

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/7 vom 4. Dezember 2009

Sg Versicherungsgericht, 2009-12-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2009_7

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/7 du 4 décembre 2009

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/7 del 4 dicembre 2009

Regeste

Art. 6 UVG: Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden im Nachgang zu zwei Unfällen mit HWS-Distorsion. Prüfung der Leistungseinstellung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Dezember 2009, UV 2009/7). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_43/2010.

Erwägungen

E. 1

Streitig und zu prüfen sind vorliegend Leistungsansprüche des Beschwerdeführers gegenüber der Beschwerdegegnerin aus zwei Unfallereignissen. Der dritte Unfall vom 6. Februar 2003 hat aufgrund des EVG-Urteils vom 16. März 2006 (U 206/05; UV-act. I/214) ausser Betracht zu bleiben.

E. 2

2.1 Mit kreisärztlicher Beurteilung vom 27. Januar 2000 gelangte Dr. C.____ zum Schluss, der Beschwerdeführer habe anlässlich der beiden Auffahrunfälle im Jahr 1999 zweimal einen Beschleunigungsmechanismus erlitten. Es bestünden keine knöchernen Läsionen, keine Hinweise auf neurologische Ausfälle, keine ligamentäre Läsion und keine Hinweise auf eine begleitende Commotio cerebri bzw. eine sogenanntes MTBI; auch fehlten die Kardinalsymptome Amnesie und/oder Bewusstlosigkeit. Somit sei auch keine neuropsychologische Funktionsstörung zu erwarten. Der Verlauf sei protrahiert auch im Sinn einer gewissen Verarbeitungsstörung (UV-act. I/18). Dr. med. F.____, Allgemeine Medizin FMH, bestätigte am 8. März 2000 sowie am 23. März 2002, im Heilungsverlauf spiele eine Verarbeitungsstörung als unfallfremder Faktor mit (UV-act. I/28 und I/136). Dr. med. G.____, leitender Arzt der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen, führte im Bericht vom 31. März 2000 aus, beim Beschwerdeführer bestehe ein cervico-cephales bzw. cervico-brachiales Schmerzsyndrom links nach wiederholter Distorsion der HWS im Rahmen eines Schleudertraumas. Die Traumata seien einzeln betrachtet jeweils leichtgradig gewesen; wiederholt hätten sie sich offensichtlich additiv ausgewirkt. Nach subjektiver Massgabe sei das Schmerzsyndrom erheblich; objektive Befunde liessen sich aktuell im Neurostatus keine erheben. Ebenso habe die radiologische Abklärung der HWS, einschliesslich vertebro-spinale Computertomographie, keinen Nachweis eines pathologischen Befundes ergeben. Aktuell bestehe zusätzlich ein lumbo-vertebrales Schmerzsyndrom, das jedoch nur leichtgradig sei. Seines Erachtens bestehe vorliegend das Problem der Unfallverarbeitung. Rein objektiv lasse sich eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nur schwer begründen (UV-act. I/37). Dr. med. H.____ erstattete am 2. Juli 2000 einen Verlaufsbericht. Die Arbeitsaufnahme zu 100% sei ab 8. Juni 2000 vorgesehen

(UV-act. I/49). Im Bericht vom 18. Juli 2000 bestätigte Dr. med. I.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, eine Erstbehandlung am 3. Mai 2000. Seit diesem Datum attestierte dieser Arzt eine volle Arbeitsunfähigkeit wegen Vorliegens einer schweren Depression und psychosomatischen Störungen (UV-act. I/52). In dem aufgrund eines Aufenthalts in der Klinik Valens vom 18. September bis 12. Oktober 2000 erstellten Bericht der Klinik wurde festgehalten, das arbeitsbezogen relevante Problem sei eine Funktionsstörung der HWS mit einer verminderten Mobilität des Nackens. Der Patient zeige neben den vorhandenen Defiziten Anzeichen einer Symptomausweitung und Selbstlimitation. Die Leistungsbereitschaft werde im Wesentlichen als mässig bewertet. Der Patient habe einzelne Tests infolge zunehmender Beschwerden abgebrochen. Dadurch habe die ergonomische Limite nicht überall erreicht werden können. Die Leistungsfähigkeit bei Eintritt habe allgemein im Bereich einer mittelschweren Arbeit gelegen. Die Konsistenz bei den Tests sei schlecht gewesen (im Bericht im Einzelnen beschrieben). Die vom Patienten beschriebenen maximalen Gewichte in seiner Arbeit als Bäcker entsprächen einer leichten Arbeitsbelastung mit repetitivem Charakter. Er sei unter Berücksichtigung seiner ergonomischen Leistungsfähigkeit zu 100% arbeitsfähig für eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit (beigelegte Tabelle zur Schätzung der körperlichen Belastbarkeit, Anhang A). Da der Patient bei seiner bisherigen Arbeit repetitive Bewegungen ausführen müsse, sei es empfehlenswert, die verschiedenen Arbeiten im Zweistunden-Rhythmus zu wechseln, um eine Überlastung des Nackens zu vermeiden. Grundsätzlich sei er jedoch fähig, alle Tätigkeiten auszuführen (vgl. UV-act. I/60). Es werde ein drei- bis vierwöchiger Arbeitsversuch zu 50% vorgeschlagen, bei dem der Patient seine Tätigkeit öfters wechseln könne. Nach dieser Zeit werde eine Steigerung auf 100% empfohlen; dies sei zusammen mit dem Hausarzt zu prüfen (UV-act. I/67). Der psychosomatische Dienst der Klinik Valens hielt im Bericht vom 9. Oktober 2000 unter anderem fest, der Begutachter habe sich zunächst auf die Umstellung der bisherigen Pharmakotherapie konzentriert, nachdem der Patient primär eine Erektionsschwäche ins Zentrum seines subjektiven Leidens gerückt habe. Gegen die Fortführung der bisherigen (medikamentösen) Behandlung habe im Weiteren ihr mangelnder stimmungsaufhellender Nutzen und die Vermutung gesprochen, dass Schwindel, Brechreiz und vermehrtes Schwitzen ebenfalls Nebeneffekte der bisherigen Behandlung sein könnten. Der Patient berichte im Zug der geänderten Behandlung nun über einen allgemeinen Kraftzuwachs und einen Rückgang der Empfindungsstörung im Bereich des linken Armes. Die Schmerzsymptomatik habe sich nicht gebessert. Der Patient traue sich gegenwärtig die Wiederaufnahme seiner Arbeit wenigstens im Teilpensum von 50% zu. Eine begleitende psychiatrische Behandlung erscheine unverzichtbar (UV-act. I/69). Vom 29. Mai bis 26. Juni 2001 erfolgte eine Rehabilitation in der Klinik Rheinfelden. Gemäss Austrittsbericht vom 31. August 2001 lagen beim Beschwerdeführer eine depressive Symptomatik mit einer daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit von 75% (aus psychiatrischer Sicht) sowie ein cervicales Syndrom und ein intermittierendes Lumbovertebralsyndrom vor (UV-act. I/110). Dr. med. J.____, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, stellte in seinem audio-neurootologischen Bericht vom 2. Mai 2002 unter anderem fest, die komplexen Beschwerden des Patienten seien eindeutig durch den zweiten Unfall vom 13. November 1999 ausgelöst worden. Schon anhand der Unterlagen sei einerseits ersichtlich, dass im Verlauf von zwei Jahren trotz verschiedener therapeutischer Massnahmen die Schwindelbeschwerden und Cervicocephalgien therapieresistent geblieben seien und andererseits sich eine sekundäre psychisch-depressive Komponente überlagert habe mit

beginnender, drohender Somatisierung, was definitiv zur Arbeitsunfähigkeit des Patienten geführt habe. Nach längerer Besprechung und Erhebung der neurootologischen Anamnese habe er den Eindruck bekommen, dass der Patient keine Hoffnung mehr habe, dass sich an seinem Zustand etwas ändere. Somit sei es auch schwierig gewesen, den Patienten für die Untersuchung zu motivieren, weshalb drei Tests der neurootologischen Testbatterie entweder nicht durchführbar oder wegen Artefakten nicht auswertbar gewesen seien. Trotzdem habe man anhand der restlichen Untersuchungsbefunde einen Teil der Beschwerden aus neurootologischer Sicht objektivieren und diese im Rahmen eines posttraumatischen multisensorischen Vertigo-Syndroms mit dringendem Verdacht auf eine Funktionsstörung der cervicalen zygoapophysealen Gelenke einordnen können (UV-act. 144). Mit Bericht vom 22. Oktober 2002 liess Dr. J.____ der Beschwerdegegnerin weitere Unterlagen zukommen und erklärte unter anderem, er sei der einzige Neurootologe in der Schweiz, welcher über die nötige Ausrüstung und über geschultes Personal für das von ihm vorgeschlagene Verfahren verfüge (UV-act. I/158). Die Beschwerdegegnerin teilte Dr. M.____ am 1. September 2003 mit, die Untersuchungen durch ihn seien ohne ihren Auftrag durchgeführt worden. Auch eine Kostengutsprache sei nicht abgegeben worden. Da sie bisher zur Behandlung bzw. Rechnung keine Stellung genommen habe, werde sie diese Rechnung ausnahmsweise begleichen. Weitere Behandlungen in dieser Form könnten nicht übernommen werden (UV-act. I/205).

2.2 Eine Begutachtung in der MEDAS Basel hatte gemäss Bericht vom 30. September 2002 das Vorliegen eines chronischen cervicospondylogenen bis cervicocephalen Syndroms links, einer depressiven Störung mittleren Grades sowie Drehschwindelattacken unklarer Aetiologie (Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) ergeben. Die Gutachter führten unter anderem aus, per 16. Juni 2000 habe sich der Beschwerdeführer in Behandlung bei Dr. I.____ begeben und sei plötzlich zu 100% arbeitsunfähig geschrieben worden. Auf diese plötzliche Verschlechterung befragt, gebe der Explorand sehr ausweichende Antworten. Dr. I.____ habe eben bemerkt, dass er nicht arbeiten könne und ihn dann krankgeschrieben. Eine eigentliche Herleitung der Verschlechterung bzw. eine deutliche Änderung oder Zunahme des Beschwerdebilds werde weder spontan berichtet noch auf gezielte Nachfrage bestätigt. Er (der Beschwerdeführer) könne nur sagen, was Dr. N.____ ihm gesagt habe. Mit Blick auf die darauffolgende Einschätzung der Klinik Valens sei diese Krankschreibung und auch die Therapie schwer nachvollziehbar; der Verdacht auf eine gewisse iatrogene Verschlimmerung sei nicht ganz von der Hand zu weisen. Aus rein rheumatologischer Sicht sei eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit zu 70-80% zumutbar. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit aktuell um 40% bis maximal 50% reduziert. In Anbetracht der rheumatologischen und psychiatrischen Befunde und der Tatsache, dass zumindest ein Teil der Beschwerden auf Nebenwirkungen der Medikamente zurückgeführt werden könne (Müdigkeit, Schwindel, Gangunsicherheit), werde in der Konsensfindung von einer Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 60% (ab 12. April 2000) ausgegangen. Auch für jeden leichten Verweisberuf bestehe eine 60%ige Arbeitsfähigkeit. Dabei wäre eine wechselbelastende Tätigkeit wünschenswert, ohne Überkopfarbeiten, ohne Zwangshaltungen und ohne Heben von Lasten über 10kg. Diese könne in einer 70-80%igen Präsenzzeit mit leicht eingeschränkter Leistungsfähigkeit aufgrund der Notwendigkeit zu vermehrten Pausen (vor allem bei repetitiven Tätigkeiten im Rahmen von 5-10 Minuten pro Stunde) erfolgen. Aus psychiatrischer Sicht sei eine Arbeit mit begrenztem Zeit- und Leistungsdruck, ohne erhöhte Lärmbelastung und emotionale Belastung erforderlich. Die bei ihr (der MEDAS) beobachteten Inkonsistenzen deckten sich mit den Beobachtungen der

Klinik Valens. Sie stütze sich wesentlich auf die Leistungs-Testung in Valens, da sich aufgrund ihrer Untersuchung und der Anamnese seither keine nachvollziehbare Verschlechterung oder neue Symptome ergeben hätten. Ein erheblicher Teil der Einschränkungen sei im Rahmen einer ausgeprägten Selbstlimitierungstendenz zu sehen und beeinträchtige die zumutbare Arbeitsfähigkeit nicht. Es sollte eine Umstellung der Medikamente erfolgen und insbesondere auf die zentral wirksamen Mittel wie Tramal und Tramadol ganz verzichtet werden, da diese nicht indiziert und mit erheblichen Nebenwirkungen belastet seien, welche einen Teil der Beschwerden mit verursachen dürften. Der Schwindel schränke die Arbeitsfähigkeit nur qualitativ ein, indem Arbeiten in der Höhe oder im gewerblichen Personen- und Güterverkehr oder an stark gefährdenden Maschinen mit hohem Verletzungsrisiko nicht geeignet seien. Aufgrund der Arbeitsschilderung in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit werde davon ausgegangen, dass die attestierte Arbeitsfähigkeit von 60% gegeben sei. Dies gelte auch für jede Verweistätigkeit, welche die erwähnten Einschränkungen berücksichtige (UV-act. I/169 S. 17-20). Im Gutachten der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie des Universitätsspitals Zürich vom 21. November 2002 wird unter anderem ausgeführt, dass im Reintonaudiogramm eine geringgradige Hörverminderung auf der linken Seite diagnostiziert werden konnte. Bei sonst blander Ohranamnese und unauffälligem Ohrbefund sei diese Beeinträchtigung im Sinn von „sine qua non“ auf die beiden Unfallereignisse zu beziehen. Allerdings sei die Hörminderung derart mild, dass der Integritätsschaden gemäss Suva 0% betrage. Anlässlich der neurootologischen Untersuchung habe sich eine milde Funktionseinschränkung auf der linken Seite ergeben. Zu erwähnen sei jedoch, dass die kalorische Prüfung von mässiger Qualität sei. Wie den Unterlagen zu entnehmen sei, habe der Beschwerdeführer bei der Untersuchung durch Dr. J. ___ im Mai (2002) bei derselben Prüfung eine ausgeprägte Übelkeit entwickelt. Es sei deshalb nicht auszuschliessen, dass es bei der Untersuchung vom 18. Oktober 2002 zu einer gewissen Unterdrückung gekommen sei. Da die Untersuchung bei Dr. J. ___ abgebrochen werden musste, könnten diese Resultate nicht als Referenz verwendet werden. Bei sonst blander neurootologischer Anamnese vor den beiden Unfällen sei die milde Funktionseinbusse auf der linken Seite im Sinn einer Contusio labyrinthii im Zusammenhang mit den Unfallereignissen zu sehen. Nach den Angaben des Beschwerdeführers trete einmal täglich eine Episode von Drehschwindel auf. Bei einer solchen Häufigkeit wäre im neurootologischen Status ein Spontan- oder Provokationsnystagmus zu erwarten. Ein solcher habe jedoch bei der Begutachtung nicht gefunden werden können. Hingegen fänden sich bei der Untersuchung Hinweise für eine funktionelle Überlagerung. Der angegebene Tinnitus sei ebenfalls im Zusammenhang mit dem Unfallereignis zu sehen. Aussergewöhnlich sei der Umstand, dass der Beschwerdeführer das Tinnitusgeräusch in geräuschvoller Umgebung als unangehm, in ruhiger Umgebung jedoch nicht als störend empfinde. In der Anamnese fänden sich nur diskrete Hinweise einer Dekompensation aufgrund des Tinnitus. Aus rein neurootologischer Sicht könne der Beschwerdeführer bei den üblichen Schutzmassnahmen seiner beruflichen Tätigkeit als Bäcker vollständig nachgehen (100%ige Arbeitsfähigkeit). Arbeiten in geräuschvoller Umgebung, gleichgewichtsanspruchsvolle Tätigkeiten bzw. Tätigkeiten mit Sturzgefahr sollten vom Beschwerdeführer nicht durchgeführt werden. Ein Integritätsschaden liege nicht vor (UV-act. I/170).

2.3 Die neurologische Klinik und Poliklinik am Universitätsspital Zürich gelangte aufgrund einer Abklärung am 3. Juni 2003 zum Schluss, es lägen mnestiche Defizite vor, die sich in reduzierten Lern- und

Wiedererkennungsleistungen äusserten. Daneben fänden sich Minderleistungen von Hirnfunktionen, die mit frontalen Hirnarealen assoziiert würden: Verminderung des Antriebs, eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit, erhöhte Interferenzanfälligkeit, verlangsamtes Lösungsverhalten. Diese kognitiven Funktionsstörungen träten häufig nach einem HWS-Trauma auf und könnten die Arbeitsfähigkeit in erheblichem Mass einschränken (UV-act. 196). Im Januar 2004 erfolgte eine weitere MEDAS-Abklärung. Im Gutachten vom 19. Februar 2004 wurde unter anderem festgehalten, die Befunde gemäss neuropsychologischer Abklärung am Universitätsspital Zürich vom 3. Juni 2003 seien bei einem depressiven Patienten als vermindert aussagekräftig zu beurteilen und weitgehend unspezifisch. Im Vergleich zu den neurologischen Voruntersuchungen zeige sich im aktuellen Neurostatus eine Ausweitung der angegebenen Hypästhesieareale, die sich keinem Innervationsgebiet eines radikulären oder peripheren Nerven zuordnen lasse und im Rahmen einer Symptomausweitung bzw. als Ausdruck einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu interpretieren sei. Aus psychiatrischer Sicht habe sich gegenüber 2002 keine wesentliche Änderung ergeben. Es lägen zusätzliche agoraphobe Symptome vor, doch fehlten die vollständigen diagnostischen Kriterien für diese Diagnose. Die ängstliche Symptomatik könne noch mehrheitlich einer ängstlich gefärbten depressiven Störung zugeordnet werden. Bezüglich Arbeitsfähigkeit müsse von einer gewissen Verschlechterung gegenüber 2002 ausgegangen werden. Ob diese wirklich nur dem erneuten Unfall (von 2003) zuzuschreiben sei, könne nicht mit Sicherheit gesagt werden. Durch die Inaktivität im Alltag und die Perspektivlosigkeit sei es zu einer Chronifizierung der Depression wie auch der somatischen Beschwerden gekommen. Aus rein somatischer Sicht könne von einer 50-60%igen Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte Tätigkeit ausgegangen werden. Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer vornehmlich aufgrund der depressiven Störung mit Schlafstörung und Müdigkeit, Reizbarkeit und verminderter emotionaler Belastbarkeit für eine den somatischen Beschwerden angepasste Tätigkeit um 50% eingeschränkt. Der genaue Zeitpunkt der Verschlechterung gegenüber November 2002 sei schwierig festzulegen; es könne anamnestisch das Datum des letzten Autounfalls vom 6. Februar 2003 genommen werden (Gutachten vom 19. Februar 2004, S. 12-15; Beilage zu UV-act. I/214). Dr. med. K.____, Allgemeine Medizin FMH, bestätigte in seiner Stellungnahme vom 13. September 2004, dass es sich seines Erachtens bei sämtlichen Beschwerden (Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Hinterkopf, Schwindel und zeitweise diffuse Kopfschmerzen mit Übelkeit sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen mit rascher Ermüdbarkeit) um klassische Symptome bei Status nach Schleudertrauma handle. Diese Beschwerden träten gegenüber den psychischen Beschwerden nicht in den Hintergrund (Beilage zu UV-act. I/214).

2.4 Im rheumatologischen Gutachten vom 26. Juli 2007 kam Dr. O.____ zum Schluss, dass sich der Beschwerdeführer nach der ersten Heckkollision im August 1999 innerhalb von wenigen Wochen vollständig erholt habe. Die geringen radiologischen Veränderungen seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die Heckkollision vom November 1999 zurückzuführen. Keine der rein organisch bedingten Beschwerden ständen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 6. August 1999 oder jenem vom 13. November 1999. Bei den geringen degenerativen Veränderungen der unteren HWS handle es sich um normale Abnützungserscheinungen ohne Kausalzusammenhang zu den beiden Unfällen. Spätestens drei Jahre nach dem Unfall vom 13. November 1999 hätte der Beschwerdeführer wiederum eine volle Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf erreichen müssen. Sechseinhalb Jahre nach dem Unfallereignis sei

es nicht möglich, retrograd die Arbeitsfähigkeit sicher zu beurteilen. Es könne jedoch davon ausgegangen werden, dass er für leichtere angepasste Tätigkeiten bereits seit dem 30. Januar 2001 anfänglich 50% und später 100% arbeitsfähig gewesen wäre. Das Persistieren der Beschwerden spreche für einen unfallfremden gestörten Heilverlauf (UV-act. I/242). PD Dr. D.____ führte in dem unter Einbezug der Ergebnisse der rheumatologischen Begutachtung (UV-act. I/242) erstellten Gutachten vom 30. Juli 2007 unter anderem aus, keine der Beschwerden seien ohne jeglichen psychischen Einfluss überwiegend wahrscheinlich auf die Unfälle zurückzuführen. Es fänden sich degenerative Veränderungen, die unfallfremd seien. Aufgrund der lange zurückliegenden Unfallereignisse bleibe nur eine pragmatische Arbeitsfähigkeitsschätzung aufgrund der Angaben des Exploranden und der Akten. Ab dem zweiten Unfall vom 13. November 1999 habe während vier Monaten eine volle Arbeitsunfähigkeit, weitere vier Monate eine solche von 75% und ab dem achten Monat eine solche von 50% bestanden. Die 50%ige Arbeitsfähigkeit sei bestehen geblieben. Es lägen zum Teil Beschwerden vor, die als typische Beschwerden nach HWS-Distorsionstraumen aufgeführt würden. Aufgrund der Unfallanamnese könne eine milde traumatische Hirnverletzung (MTBI) bei keinem der Unfälle postuliert werden. Die leichten degenerativen Veränderungen der HWS könnten zwar als radiologischer Vorzustand betrachtet werden. Doch sei dieser zu gering, als dass die Beschwerden allein auf diesen Vorzustand zurückgeführt werden könnten. Die drei Unfälle müssten als überwiegend wahrscheinliche Ursache oder zumindest Teilursache des cervicocephalen Syndroms angesehen werden. Dabei müsse dem Unfall vom November 1999 der Hauptanteil an den Beschwerden zugewiesen werden. Obwohl der Analgetikaüberkonsum primär als unfallfremd angesehen werden könne, müsse er dennoch - wie das hierzu führende Schmerzsyndrom - als überwiegend unfallkausal eingestuft werden. Die neuropsychologischen Defizite seien Teil des typischen Beschwerdebilds nach HWS-Beschleunigungsverletzung. Ein eigentlicher Hinweis für fokale oder strukturelle Läsionen bestehe nicht. Die Unfallkausalität der neuropsychologischen Defizite sei gegeben, da sie Folge der überwiegend wahrscheinlich unfallkausalen Faktoren seien. Der Schwindel als Teil des typischen Beschwerdebilds sei überwiegend wahrscheinliche Unfallfolge. Dies gelte auch für den Tinnitus. Die Schallleitungsschwerhörigkeit sei nur mögliche Unfallfolge. Die Brustschmerzen seien nicht durch die Unfallereignisse erklärbar. Die Kausalität der psychiatrischen Diagnosen könne nicht durch die Gutachter bestimmt werden. Ein erheblicher Anteil der Beschwerden dürfte psychisch bedingt sein; diese Beschwerden ständen im Vordergrund. Über sieben Jahre nach den Unfällen sei nicht mehr mit einer namhaften Besserung zu rechnen. Es sei von einem Endzustand auszugehen. Aus interdisziplinärer somatischer Sicht ergebe sich eine Gesamtarbeitsunfähigkeit von 20% bis maximal 30%; falls zusammen mit den neuropsychologischen Defiziten beurteilt, ergebe die Arbeitsfähigkeit 50%. Da die psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in den früheren Beurteilungen (MEDAS-Gutachten vom 30. September 2002 und 19. Februar 2004; Bericht med. pract. L.____, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, St. Gallen, vom 13. Dezember 2000) jeweils mit maximal 50% angegeben worden sei, könne die Gesamtarbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung dieser Beurteilungen mit 50% angegeben werden. Rein aufgrund der unfallbedingten (objektivierbaren) Beschwerden organischer Genese könne, wenn der Muskelhartspann der HWS als gegeben angenommen werde, die Arbeitsunfähigkeit mit 20% eingestuft werden. In einer leichten, wechselbelastenden, kognitiv nicht sehr anspruchsvollen Tätigkeit sei der Explorand allenfalls 10-20% mehr arbeitsfähig. Aufgrund des chronischen cervicocephalen Syndroms (15%) und des Tinnitus (5%) werde der

körperliche Integritätsschaden gemäss Suva-Tabelle 7 auf 20% geschätzt (UV-act. I/243). Am 9. Mai 2008 nahm PD Dr. D.____ zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers Stellung zu einem Schreiben der AXA Winterthur vom 13. Dezember 2007 (UV-act. I/249). Er legte unter anderem dar, durch die Nichtnennung des beratenden Arztes sei es nicht nachvollziehbar, welche Qualifikationen dieser aufweise. Es sei richtig, dass keine neue neuropsychologische Exploration erfolgt sei. Die Unfallkausalitätsbeurteilung zu neuropsychologischen Defiziten sei jedoch durch den neurologischen Sachverständigen vorzunehmen und nicht durch einen Juristen. Es hätten sich nach den Unfällen über zwei Jahre konstante neuropsychologische Defizite gezeigt, weshalb es aus medizinischer Sicht nicht zwingend indiziert gewesen sei, nochmals eine neuropsychologische Untersuchung durchzuführen. Die Aussage, dass er weder die Schwindelbeschwerden noch den Tinnitus weiter abgeklärt habe, sei schlicht falsch und entbehre jeder Begründung. Die Stellungnahme vom 13. Dezember 2007 sei unseriös erarbeitet und tendenziös (act. G 9.1).

E. 3

3.1 Bezüglich des natürlichen Unfallkausalzusammenhangs der HWS-Beschwerden hat gestützt auf die dargelegten medizinischen Akten als belegt zu gelten, dass die streitigen Unfälle keine ossären Läsionen oder strukturell-organische Veränderungen an der HWS zur Folge hatten. So sind denn auch beispielsweise ein Thoracic outlet Syndrom (TOS), myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde für sich allein nicht als organisch-strukturell hinreichend nachweisbare Unfallfolgen zu betrachten. Auch Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur (vgl. dazu UV-act. I/243 S. 26 Mitte), Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit können für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden. Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008 i/S H.B.-G. [8C_124/2008] mit vielen Hinweisen, sowie vom 7. Februar 2008 i/S D. [U13/07] Erw. 3.2 und 3.3). Der Neurologe PD Dr. D.____ kam sodann im Gutachten vom 30. Juli 2007 zum Schluss, die neuropsychologischen Defizite seien Teil des typischen Beschwerdebilds nach HWS-Beschleunigungsverletzung. Sie seien multifaktorieller Ursache (schmerzbedingt bei chronischem Schmerzsyndrom, Interferenz mit Analgetikaüberkonsum). Ein eigentlicher Hinweis für fokale oder strukturelle Läsionen bestehe nicht. Auch den Schwindel und den Tinnitus - letzteren bezeichnete der Gutachter ausdrücklich als nicht objektivierbare (subjektive) Empfindung - ordnete er unter die Ausprägungen des typischen Beschwerdebilds nach HWS-Trauma ein. Beim Schwindel könnten mehrere Faktoren (Medikamentenüberkonsum, verminderte Nackenbeweglichkeit, evtl. labyrinthäre Schädigung als Folge einer commotio labyrinthii, etc.) eine Rolle spielen (UV-act. I/243 S. 27-29). Bereits im MEDAS-Gutachten vom 30. September 2002 wurde hinsichtlich der Schwindelbeschwerden festgehalten, der neurologische Status habe keine Anhaltspunkte für eine fassbare periphere oder vestibuläre Funktionsstörung gezeigt. Die Ätiologie der Schwindelbeschwerden könne nicht abschliessend geklärt werden. Der Verlauf mit sukzessiver Zunahme sowohl der Schmerz- als auch der Schwindelsymptomatik spreche für eine nichtorganische Komponente (UV-act. I/169 S. 15). Auch im spezialärztlichen Gutachten des Universitätsspitals Zürich vom 21. November 2002 wurde festgehalten, bei der vom Beschwerdeführer angegebenen Häufigkeit des Auftretens von Drehschwindel wäre im neurootologischen Status ein Spontan- oder Provokationsnystagmus zu erwarten. Ein solcher habe jedoch bei der Begutachtung nicht gefunden werden können. Hingegen finde man jedoch bei der Untersuchung Hinweise für eine funktionelle Überlagerung

(UV-act. I/170). Bei dieser Aktenlage ist zwar sowohl bei den neuropsychologischen Störungen als auch beim Schwindel und beim Tinnitus von klinisch sichtbar zutage tretenden Gesundheitsschäden im Sinn des typischen Beschwerdebildes nach HWS-Trauma auszugehen; ein organisch-struktureller Schaden im erwähnten Sinn kann jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich als belegt gelten. 3.2 Ausgehend von HWS-Distorsionen und damit im konkreten Fall einer schleudertraumaähnlichen Verletzung muss nach der Rechtsprechung (vgl. z.B. Urteil des EVG vom 4. November 2005 i/S K. [U 312/05]) nicht der gesamte Beschwerdekatalog vorliegen, um von einer Unfallkausalität ausgehen zu können. Innerhalb der Latenzzeit von drei Tagen nach dem Unfall müssen sich lediglich Nacken- bzw. HWS-Beschwerden manifestieren, und nicht auch jene, die typischerweise im Rahmen einer schleudertraumaähnlichen Verletzung auftreten können (vgl. Urteil des EVG vom 30. Januar 2007 i/S T. [U 215/05], Erw. 5.3 mit Hinweisen). Im Entscheid UV 2004/21 vom 13. April 2005 (S. 15f) hatte das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen festgehalten, beim Beschwerdeführer hätten im Nachgang zum Ereignis vom 6. August 1999 Beschwerdefreiheit und volle Arbeitsfähigkeit bestanden (UV-act. II/2f, 5f und 12). Nach dem Unfall vom 13. November 1999 sei eine HWS-Distorsion ohne neurologische Ausfälle und ohne ossäre Läsionen bestätigt und explizit auch das Fehlen von Schwindel und Amnesie festgehalten worden, hingegen seien Übelkeit, Rücken- und Schulterschmerzen vermerkt worden (UV-act. I/2 und 6). Erst im Bericht von Dr. F. ___ vom 6. Januar 2000 - knapp zwei Monate nach dem Unfall - fände sich ein Hinweis auf „diffuse Schwindelgefühle“ (UV-act I/11), welche der Beschwerdeführer selbst kurze Zeit später am 20. Januar 2000 gegenüber der Beschwerdegegnerin (UV-act. I/13) jedoch nicht erwähnt, sondern lediglich von Nacken-, Kopf- und Schulterschmerzen gesprochen habe. Wenn Dr. J. ___ im Bericht vom 2. Mai 2002 (S. 2) von einer sofortigen Auslösung der Schwindelproblematik durch den Unfall vom 13. November 1999 und Verstärkung der Schwindelbeschwerden nach zwei bis drei Tagen ausgegangen sei, so fänden diese Annahmen in den erwähnten Akten keine Stütze. Die Schwindelbeschwerden – soweit überhaupt solche vorgelegen hätten - könnten in den ersten beiden Jahren nach dem Unfall vom 19. November 1999 kaum von wesentlicher Bedeutung gewesen sein, da sonst mit grosser Wahrscheinlichkeit bereits damals entsprechende Abklärungen stattgefunden hätten. Anderweitig sei der Beschwerdeführer ausführlich abgeklärt worden. Aufgrund dieser Aktenlage könnten die Schwindelprobleme als höchstens mögliche, nicht jedoch überwiegend wahrscheinliche Unfallfolge gelten. Die Abklärungsergebnisse von Dr. J. ___ seien im Übrigen auch deshalb nicht verwendbar, weil die Tests nach eigenen Angaben des Arztes nicht vollständig durchgeführt werden konnten bzw. nicht auswertbar gewesen seien. Schliesslich sei das Universitätsspital Zürich im Gutachten vom 21. November 2002 zum Schluss gekommen, dass der Beschwerdeführer aus rein neurootologischer Sicht - unter Vermeidung von geräuschvollen Arbeiten mit Heben von Lasten sowie von Tätigkeiten mit Sturzgefahr - uneingeschränkt arbeitsfähig gewesen sei (Entscheid, a.a.O., S. 15f). - Ein Beschwerdebild, wie es typischerweise nach schleudertraumaähnlicher Verletzung auftreten kann, lässt sich vorliegend nicht in Abrede stellen. Von einem solchen gingen auch die Gutachter des IIMB aus, wobei sie die Schwindelbeschwerden entgegen den Ausführungen des Versicherungsgerichts im Entscheid vom 13. April 2005 als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal bezeichneten. Davon ist nachstehend auszugehen. Die Beschwerdegegnerin anerkannte denn auch ihre Leistungspflicht vorerst, erachtet jedoch nunmehr die Voraussetzungen für die Leistungseinstellung auf den 15. August 2003 als erfüllt. Die natürliche Unfallkausalität der gesundheitlichen Beschwerden wurde von

Seiten der Gutachter des IIMB wie dargelegt zum Teil bejaht. Auch unter Berücksichtigung der Schlussfolgerungen im erwähnten Gutachten muss jedoch - wie nachstehend zu zeigen sein wird - die adäquate Unfallkausalität der HWS-Beschwerden für die Zeit ab 15. August 2003 verneint werden.

3.3 Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen kam im Entscheid vom 13. April 2005 zum Schluss, in Anbetracht der Aktenlage (auf S. 17-20 des Entscheids ausführlich dargelegt) sei das gegenwärtige psychische Zustandsbild vorerst zwar mit den erlittenen HWS-Verletzungen in Verbindung gebracht (mit entsprechender Leistungsanerkennung durch die Beschwerdegegnerin), dann jedoch zum Teil auf eine psychogene Störung zurückgeführt worden. Der psychischen Problematik sei zwar nicht bereits unmittelbar nach dem Unfall eine Bedeutung zugekommen; im späteren Verlauf hätten jedoch die psychischen Beschwerden im Vergleich zur physischen Problematik gesamthaft gesehen eine mindestens gleichwertige Rolle gespielt. Die MEDAS habe die Arbeitsunfähigkeit von 50% allein mit psychischen Gegebenheiten begründet. Daneben habe sie aber auch eine somatisch (rheumatologisch und neurologisch) bedingte Arbeitsunfähigkeit von 40-50% bestätigt, wobei die beiden Arbeitsunfähigkeiten nicht zu addieren seien (gesamthaft 50%ige Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf und in anderen Tätigkeiten). Aus rein rheumatologischer Sicht sei von den Gutachtern eine 60%ige Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit mit wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen ohne Hebelbelastungen und länger dauernd ungünstigen Körperhaltungen bestätigt worden. Im Weiteren sei festgehalten worden, aus rein neurologischer Sicht sei der Beschwerdeführer aufgrund seines chronischen Cervicalsyndroms für körperlich mittelschwer und intellektuell wenig belastende Tätigkeiten 50% arbeitsfähig. Inwiefern die somatisch begründeten Einschränkungen unfallbedingt bzw. mit den HWS-Verletzungen in Verbindung zu bringen seien, lasse sich weder dem MEDAS-Gutachten noch einem anderen ärztlichen Bericht entnehmen. Solange aber nicht klar sei, ob die erwähnten physischen Einschränkungen ihre Ursache in den streitigen Unfallereignissen hätten, könne auch nicht entschieden werden, ob (unfallbedingte) physische Beschwerden im Vergleich zur psychischen Problematik eine untergeordnete Rolle spielen würden (vgl. RKUV 2002, 437). Gestützt auf die bestehende Aktenlage lasse sich damit nicht festlegen, ob die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs unter dem Gesichtspunkt einer (eigenständigen) psychischen Fehlentwicklung nach Unfall vorzunehmen bzw. ob bei der Prüfung der adäquaten Kausalität zwischen psychisch und physisch bedingten Beschwerden zu unterscheiden sei oder nicht (vgl. RKUV 1999, 407 Erw. 3b). Die Beschwerdegegnerin werde daher zur Klärung der erwähnten medizinischen Fragen ein ergänzendes Gutachten bei der MEDAS Basel zu veranlassen haben (Entscheid, a.a.O. S.20), wobei die bezeichnete Institution gemäss den höchstrichterlichen Ausführungen im Entscheid vom 16. März 2006 (a.a.o., Erw. 5.3 S. u7) lediglich als Anregung und nicht als verbindliche Vorgabe zu verstehen war. Aufgrund des nunmehr vorliegenden Gutachtens des IIMB hat als erstellt zu gelten, dass neben psychisch bedingten Einschränkungen immer auch Beschwerden vorlagen, die zum typischen Beschwerdebild bei HWS-Distorsionen zu zählen sind. Bei diesem Sachverhalt hat die Adäquananzprüfung nach der Schleudertrauma-Rechtsprechung (BGE 134 V 109) zu erfolgen, womit bei den in Frage stehenden gesundheitlichen Beschwerden nicht zwischen psychischen und physischen Anteilen zu unterscheiden ist.

3.4 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 Gesundheitszustands erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario). Zu prüfen ist

vorweg, ob per 15. August 2003 noch eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit vorlag bzw. ob von einem Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG - als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung (BGE 134 V 109 Erw. 4) - ausgegangen werden durfte oder nicht. Gemäss MEDAS-Gutachten vom 30. September 2002 wurde als medizinische Massnahme lediglich eine Umstellung der Medikamente bzw. aus psychiatrischer Sicht eine antidepressive Medikation vorgeschlagen und eine stationäre (psychiatrische) Therapie erwogen (UV-act. I/169 S. 20 und I/169c S. 6f). Im neurologischen Fachgutachten vom 23. Januar 2004 wurde einzig eine psychiatrische Betreuung vorgeschlagen, zwecks Optimierung der Schmerzverarbeitung und Behandlung der Depression (Beilage zu UV-act. I/214). Aufgrund der neuropsychologischen Abklärung im Universitätsspital Zürich im Juni 2003 ergaben sich keine Behandlungsvorschläge (UV-act. I/196). Im Gutachten vom 19. Februar 2004 erachteten die MEDAS-Gutachter gestützt auf Untersuchungen vom Januar 2004 eine stationäre (psychiatrische) Behandlung zwar weiterhin als sinnvoll. Sie hielten jedoch fest, angesichts der fortgeschrittenen Chronifizierung werde sich dadurch an der jetzigen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vermutlich wenig ändern. Nicht zuletzt bestünden umfangreiche invaliditätsfremde Faktoren (sehr begrenzte Sprachkenntnisse und Ausbildung, lange Arbeitskarenz), welche die berufliche Reintegration erschweren würden. Berufliche Massnahmen erachteten die Gutachter wegen der subjektiven Krankheitsüberzeugung als wenig sinnvoll (Beilage zu UV-act. I/214). Der medizinische Endzustand bezüglich der Unfallfolgen lag angesichts dieser Aktenlage im Zeitpunkt der streitigen Leistungseinstellung am 15. August 2003 - rund dreieinhalb Jahre nach dem zweiten Unfall - überwiegend wahrscheinlich vor, zumal der Beschwerdeführer den Gutachtern des IIMB im Jahr 2007 im Wesentlichen die selben Beschwerden angab (UV-act. I/243 S. 12), wie sie bereits im Jahr 2004 von den MEDAS-Gutachtern vermerkt wurden (Beilage zu UV-act. I/214 S. 5). Im Gutachten des IIMB wurde - bei zwischenzeitlich im Wesentlichen unveränderter gesundheitlicher Situation - bestätigt, dass auch aufgrund weiterer Behandlungen nicht mehr mit einer namhaften Besserung zu rechnen und daher von einem Endzustand auszugehen sei (UV-act. I/243 S. 31). Aber selbst wenn von der unfallbedingten Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Weiterbetreuung über den 15. August 2003 hinaus auszugehen wäre, müsste - wie nachstehend zu zeigen sein wird - die Adäquanz verneint werden. Von einer weiteren Begutachtung im Sinn einer Gesamtschau (vgl. dazu BGE 134 V 109 Erw. 10.2.4) kann vor diesem Hintergrund abgesehen werden.

E. 4

4.1 Unter der Annahme einer schleudertraumaähnlichen Verletzung Fall ist die Adäquanz nach Massgabe der in BGE 117 V 359 Erw. 6 entwickelten und in BGE 134 V 109 Erw. 10 präzisierten Kriterien zu beurteilen. Bei beiden Unfallereignissen ist von mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen auszugehen (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236). Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs ist bei einer Mehrzahl von Unfällen grundsätzlich für jeden Unfall gesondert zu beurteilen. Dies ist insbesondere (aber nicht nur) dann der Fall, wenn verschiedene Körperteile betroffen sind (RKUV 1996, Nr. U 248 S. 176 Erw. 4b). In den Akten zum Ereignis vom 13. November 1999 finden sich keine Hinweise auf ein doppeltes Trauma („Doppelschlag“), wie der Beschwerdeführer geltend machen lässt (act. G 1 S. 3). Solche ergeben sich auch aus der eigenen Schilderung des Beschwerdeführers vom 20. Januar 2000 oder dem Rapport der Kantonspolizei Zug nicht; aus letzterem ist lediglich ersichtlich, dass das Fahrzeug des Beschwerdeführers aufgrund des Heckaufpralls gegen das Heck des vor ihm stehenden Wagens geschoben wurde (vgl.

UV-act. I/1, I/12 und I/13). Eine besondere Eindringlichkeit 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 EVG vom 23. November 2004 i/S B., Erw. 2.3 [U 109/04] und vom 2. März 2005 i/S S., Erw. 5.1 [U 309/03]) können nicht als belegt gelten. Bei den erlittenen HWS-Distorsionen als solche handelt es sich nicht um Verletzungen, die durch ihre Schwere oder besondere Art charakterisiert wären (vgl. Urteil des EVG vom 9. August 2004 i/S J. [U 116/04]). Ein Kopfanprall an harten Strukturen - die Kopfstütze des Fahrzeugs fällt nicht darunter - fand nach Lage der Akten nicht statt. Im Zeitpunkt des zweiten Ereignisses vom November 1999 lagen keine Restbeschwerden des ersten Ereignisses vom August 1999 mehr vor (UV-act. II/2f und II/5), so dass auch insofern eine besondere Art der Verletzung - im Sinn einer wiederholten Betroffenheit desselben, bereits verletzten Körperteils (vgl. Urteil des EVG vom 26. April 2006 [U 39/04] Erw. 3.3.2) - nicht bejaht werden kann. Der zweite Unfall traf m.a.W. nicht auf eine erheblich vorgeschädigte HWS. Eine schwere Verletzung (vgl. act. G 1 S. 3) lässt sich auch daraus nicht ableiten, dass als Folge des Unfalls Schwindel, Tinnitus sowie psychische und neuropsychologische Beschwerden auftraten, zumal es sich dabei um Ausprägungen des typischen Beschwerdebilds nach HWS-Trauma handelt (vgl. dazu vorstehende Erw. 3.1).

4.2 Zu prüfen ist im Weiteren das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung (BGE U 394/06 vom 19. Februar 2008, Erw. 10.2.3 [BGE 134 V 109]; BGE 17. April 2008 i/S H.B. [8C_181/2007]). Vorliegend bestand die Therapie nach dem zweiten Unfall in der Abgabe von Medikamenten sowie in physiotherapeutischen Massnahmen (Manualtherapie). Im Weiteren erfolgten stationäre Hospitalisationen in der Klinik Valens und in der Reha-Klinik Rheinfelden sowie eine psychiatrische Betreuung durch die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle. Sodann wurde eine grosse Anzahl von Untersuchungen und Abklärungen durchgeführt, welche allerdings nicht als ärztliche Behandlungen gelten können (vgl. zum Ganzen UV-act. I/169 S. 6-11). Insgesamt kann somit von einer fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung im Nachgang zu den Unfällen gesprochen werden. Bei der von den MEDAS-Gutachtern weiterhin empfohlenen psychotherapeutischen Behandlung dürfte es sich demgegenüber - soweit überhaupt natürlich unfallkausal - nicht um eine solche mit eigentlich belastendem Charakter - im Sinn einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität - handeln.

4.3 Adäquanzrelevant können im Weiteren in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.4). Nachdem der Beschwerdeführer gegenüber den MEDAS-Gutachtern im Jahr 2002 dauernde, jedoch im Verlauf eines Tages unterschiedlich ausgeprägte Schmerzen angegeben hatte (UV-act. I/169 S. 11), legte er den Gutachtern im Jahr 2004 dar, es beständen Kopfschmerzen von wechselndem Verlauf, gegenwärtig nicht besonders stark und auszuhalten. Zudem habe er Nackenschmerzen und Schmerzen im Bereich des rechten Arms, welche auf lokale Spritzen bessern würden. Wenn er längere Zeit laufe, träten Schwindel und Übelkeit auf, und er müsse sich eine Weile hinsetzen (Beilage zu UV-act. I/214 S. 3). Ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden lassen sich aus diesen Angaben nicht ableiten, zumal die Beschwerdeangaben auch unter Berücksichtigung der Feststellung der Ärzte der Klinik Valens und der MEDAS zu sehen

sind, dass infolge Symptomausweitung und Selbstlimitierung sowie schlechter Konsistenz die Resultate der physischen Leistungstests nur teilweise verwertbar bzw. die Befunde in der Untersuchungs- und Nichtuntersuchungssituation teils diskrepant waren (vgl. UV-act. I/60, I/169 S. 19). Bei dieser Aktenlage können dauerhafte und erhebliche (unfallbedingte) Beschwerden nicht als belegt gelten. Sodann lassen sich ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen nicht schon dann bejahen, wenn eine Vielzahl von verschiedenen Therapien zu keinem Heilungserfolg führt und Arbeitsversuche scheitern. Diese Kriterien können ebenfalls nicht als erfüllt gelten. Im MEDAS-Gutachten vom 30. September 2002 wurde festgehalten, die Krankschreibung durch Dr. I.____ (vom Juli 2000; UV-act. I/52) und auch die Therapie mittels Injektion hochpotenter Medikamente über einen längeren Zeitraum seien schwer nachvollziehbar. Der Verdacht auf eine gewisse iatrogene Verschlimmerung sei nicht ganz von der Hand zu weisen (UV-act. I/169 S. 18). Von einer ärztlichen Fehlbehandlung wäre in diesem Zusammenhang auszugehen, wenn das Verschlimmerungspotential durch die Krankschreibung und die Verabreichung von Medikamenten für den verabreichenden Arzt zum voraus erkennbar und die Medikation offensichtlich auch nicht angebracht gewesen wäre. Die Frage, inwiefern dies konkret der Fall war, kann offenbleiben, denn es steht fest, dass die Klinik Valens die Einschätzung von Dr. I.____ sowie die Medikation relativ kurze Zeit später, im Oktober 2000 (UV-act. I/67, I/69), korrigierte. Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen (mit Dauercharakter) erheblich verschlimmerte, kann somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als belegt gelten.

4.4 Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsfähigkeit anbelangt, ist gemäss BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7 dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS und ähnlichen Verletzungen ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus als eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7). Der Beschwerdeführer nahm im Nachgang zum zweiten Unfall die Arbeit am 31. Januar 2000 zu 50% auf, unterbrach sie jedoch am 3. Februar 2000 wieder. Vom 14. bis 18. Februar 2000 arbeitete er erneut 50%; nach einem grippebedingten Unterbruch ab 21. Februar 2000 war er ab 8. März 2000 regelmässig zu 50% tätig (UV-act. I/23, 25-27). Eine Abklärung im Betrieb vom 8. Mai 2000 ergab, dass der Beschwerdeführer seit dem 12. April 2000 während einer Präsenzzeit von 75% eine volle Leistung erbrachte. Eine unfallbedingte Minderleistung während der Arbeit liege nicht vor. Er könne überall eingesetzt werden. Er klagte nicht gross über Beschwerden. Er habe nur schon verlauten lassen, dass er noch ziemlich schnell ermüde. Der Beschwerdeführer erklärte seinerseits, dass der Gesundheitszustand langsam bessere und die Beschwerden zurückgegangen seien (UV-act. I/40f). Ab 8. Juni 2000 war die Arbeitsaufnahme zu 100% vorgesehen (Suva-act. I/49), worauf Dr. I.____ den Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig schrieb (UV-act. I/52; vgl. dazu Anmerkungen im MEDAS-Gutachten vom

19. Februar 2004, S. 12, wonach sich diese Arbeitsunfähigkeit nicht ergründen lässt). Von Seiten der Klinik Valens wurde im Bericht vom 7. November 2000 unter Berücksichtigung der ergonomischen Leistungsfähigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten bescheinigt (UV-act. I/67). Die ab 16. Oktober 2000 vorgesehene 50%-Arbeitsfähigkeit wurde vom Beschwerdeführer nicht realisiert (UV-act. I/61). Im Bericht vom 13. Dezember 2000 veranschlagte die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle die Arbeitsfähigkeit auf 30-50% (UV-act. I/72). Die Arbeitgeberin kündigte das Arbeitsverhältnis in der Folge auf Ende Januar 2001 (UV-act. I/75). Dies deshalb, weil der Beschwerdeführer entgegen der ärztlichen Taxierung nicht zur Arbeit erschienen war bzw. sich nie bei der Arbeitgeberin gemeldet hatte (UV-act. I/65). Die MEDAS bestätigte daraufhin im Gutachten vom 30. September 2002 eine 60%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und in einem leichten Verweisberuf (UV-act. I/169). Im MEDAS-Gutachten vom 19. Februar 2004 und im Gutachten des IIMB vom 30. Juli 2007 wurde die Arbeitsfähigkeit auf 50% festgelegt (Beilage zu UV-act. I/214, I/243). Die vorstehend geschilderte Aktenlage zeigt bezüglich der Festlegung der Arbeitsfähigkeit - insbesondere nachdem nach einem anfänglich positiven Verlauf von Dr. I. ___ eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden war - im Zeitverlauf ein uneinheitliches bzw. für Schleudertrauma-Heilverläufe untypisches Bild. Aufgrund der Einschätzungen der Gutachter der MEDAS und des IIMB lässt sich eine erhebliche (unfallbedingte) Arbeitsunfähigkeit dennoch nicht ausschliessen. Aber selbst wenn eine solche im Einstellungszeitpunkt vorbehaltlos zu bejahen wäre, wären - abgesehen vom erwähnten schrittweisen Einstieg in den Arbeitsprozess bei der bisherigen Arbeitgeberin nach dem Unfall - ausgewiesene Anstrengungen nicht aktenkundig, obwohl die Arbeitgeberin den schrittweisen Einstieg in den Arbeitsprozess soweit ersichtlich weiterhin ermöglicht hätte. Nachdem der Beschwerdeführer ein mit der ehemaligen Arbeitgeberin vereinbartes Praktikum (vgl. UV-act. I/92) am 10. September 2001 angetreten hatte, erschien er in der Folge ohne Abmeldung nicht mehr mit der durch den Hausarzt übermittelten Begründung, dass er für eine Woche in die Türkei fahren müsse (Verkauf der Eigentumswohnung; UV-act. I/108). Eine Wiederaufnahme des Praktikums misslang (UV-act. I/114). Die MEDAS-Gutachter erachteten berufliche Massnahmen im Jahr 2002 nicht angezeigt (UV-act. I/169 S. 20) und im Jahr 2004 aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers wenig sinnvoll (Beilage zu UV-act. I/214 S. 14). Das erwähnte Kriterium kann vor diesem Hintergrund ebenfalls nicht bejaht werden. Hieran vermag der Umstand nichts zu ändern, dass der Beschwerdeführer nach Angaben der früheren Arbeitgeberin vor den Unfällen ein "Top-Mann" war (UV-act. I/27; act. G 1 S. 5). Zusammenfassend kann somit lediglich das Kriterium der fortgesetzt spezifischen belastenden Therapien als erfüllt angesehen werden, womit dem streitigen Unfall keine adäquanzrechtlich massgebende Bedeutung für die über den 15. August 2003 hinaus andauernden Beschwerden zukommen kann (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts vom 31. Juli 2009 [8C_172/2009] Erw. 5.3.5). Die Einstellung der Leistungen auf den 15. August 2003 erscheint demgemäss ausgewiesen.

E. 5

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 19. Dezember 2008 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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