

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2015/18 vom 12. März 2018

Sg Versicherungsgericht, 2018-03-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2015_18

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2015/18 du 12 mars 2018

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2015/18 del 12 marzo 2018

Regeste

Art. 6 Abs. 1, Art. 16, Art. 18, Art. 24 UVG. Anspruch auf Taggelder, Rente und Integritätsentschädigung aus Unfallereignis. Fallabschluss korrekt vorgenommen, nachdem von weiteren Behandlungen der Folgen des Unfallereignisses keine namhafte Besserung mehr zu erwarten war (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. März 2018, UV 2015/18).

Erwägungen

E. 1

Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die Folgen des Unfalls vom 31. August 2011 und erbrachte Heilkosten- und Taggeldleistungen bis 31. März 2014. Streitig ist, ob sie auch für die nach diesem Zeitpunkt der Leistungseinstellung geltend gemachten gesundheitlichen Probleme entsprechende Versicherungsleistungen sowie eine Integritätsentschädigung zu erbringen hat.

E. 2

2.1 Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden, nachdem ein Unfallereignis vom 31. August 2011 Streitig ist, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung. 2.2 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1 f.). 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 und 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinne von nachweisbaren strukturellen

Veränderungen (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.

2.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45, 1994 Nr. U 206 S. 328; siehe ebenso BGE 117 V 261 E. 3b). Dabei muss jedoch 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 dahin gefallen sind (Urteile des Bundesgerichts vom 11. November 2008, 8C_126/2008, E. 2.3, und vom 16. November 2015, 8C_337/2015, E. 2.2; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b).

E. 3

Der Fallabschluss hat in dem Zeitpunkt zu erfolgen, in dem von der Weiterführung der medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes, d.h. insbesondere keine wesentliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten ist (BGE 134 V 113 f. E. 4). Vorliegend hielt Kreisarzt Dr. F.____ bereits in seiner Beurteilung vom 13. August 2012 fest, es sei nicht davon auszugehen, dass sich unter der weiteren ärztlichen Behandlung eine erhebliche Besserung einstellen werde (UV-act. 137 S. 6). Dies hat sich denn gemäss den weiteren Akten auch bewahrheitet, brachte doch selbst der Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik Valens vom 4. bis 22. März 2013 hinsichtlich der Schmerzintensität keine Besserung (UV-act. 173 S. 2). Auch in psychiatrischer Hinsicht kam Dr. C.____ mit Stellungnahme vom 6. Februar 2014 zum Schluss, dass von einer weiteren psychiatrischen Behandlung keine namhafte Besserung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei, da es offenbar nicht gelungen war, ein vertrauensvolles therapeutisches Bündnis zu etablieren, was möglicherweise auch daran liege, dass der Beschwerdeführer eher in der Lage sei, somatisierende Symptome als depressive Symptome zu bilden (UV-act. 219). Damit war der auf den 31. März 2014 verfügte

Fallabschluss nicht verfrüht.

E. 4

4.1 Streitig und zu prüfen sind als Erstes die somatischen Beschwerden. Der Beschwerdeführer macht geltend, er leide unter Verspannungen im Nacken-/Halsbereich bzw. unter dadurch ausgelösten Kopfschmerzen (vgl. act. G 1). 4.2 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Als objektiviert gilt eine solche Läsion durch einen entsprechenden radiologisch erhobenen Untersuchungsbefund. Im anlässlich der Hospitalisation im KSSG am 31. August 2011 vorgenommenen CT der Wirbelsäule fanden sich keine Frakturen oder Luxationen und ebenso wenig in den konventionellen Bildern der Schulter, der LWS und des Thorax. Mit einem MRI der HWS wurden zudem diskoligamentäre Begleitverletzungen ausgeschlossen (UV-act. 10, 30f.). Demgegenüber zeigte dieses degenerative Veränderungen mit mehrsegmentalen Osteochondrosen und Unkarthrosen zwischen HWK4 und HWK7; am Punctum maximum HWK5/6 bestand zusätzlich eine kleine Diskushernie degenerativer Genese ohne Nachweis einer Myelon- oder Nervenwurzelkompression. Im Verlaufe der Hospitalisation sei die Kraftverminderung der oberen Extremitäten regredient gewesen. Die Ärzte gingen daher von einer Contusio spinalis aus (UV-act. 10, vgl. auch UV-act. 31). Gemäss dem Bericht der Neurologie des Universitätsspitals Zürich (USZ) vom 14. Juni 2012 war die zerebrale MRT Untersuchung vom 7. Mai 2012 unauffällig. Für das in der klinisch-neurologischen Untersuchung festgestellte sensible Defizit im distalen C6 Dermatome fand sich kein sicheres anatomisches Korrelat. Im MRT der HWS vom 7. Mai 2012 zeigte sich zwar eine Diskusprotrusion auf Höhe C6/7 (wie auch C3/4, 4/5), der Foramenkanal war aber beidseits durchgängig, wenn auch der rechte im Seitenvergleich enger imponierte (UV-act. 89). Im Bericht über das Konsilium Rheumatologie des USZ vom 24. Juli 2012 hielt Dr. med. I. ___ fest, dass auf den MRI-Bildern der HWS der Radiologie des USZ ein Riss des Ligamentum longitudinale anterius und des Anulus fibrosus des Discus intervertebralis auf Höhe C5/6 beschrieben und mit dem Unfall in Verbindung gebracht werde. Da der Beschwerdeführer angebe, vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen zu sein, sei dies durchaus möglich (UV-act. 102 S. 2). Gemäss Aktenbeurteilung von Kreisarzt Dr. F. ___ vom 13. August 2012 fehlte den geklagten Beschwerden demgegenüber ein organisches Substrat im Sinne einer unfallbedingten strukturellen Veränderung, so dass die Beschwerden als organisch nicht hinreichend nachweisbar zu werten seien (UV-act. 103). Auch in der MRI-Untersuchung der HWS vom 28. Oktober 2016 des asim konnte keine posttraumatische Läsion festgestellt werden. Demgegenüber brachten die Bilder multisegmentale progrediente degenerative Veränderungen der HWS in Form von breitbasigen Diskushernien und bilateralen Spondylarthrosen mit möglicher Nervenwurzelaffektion C6 bds. und möglicher Kompression der Wurzel C7 links zur Darstellung. Hierzu passende Sensibilitätsstörungen, motorische Defizite oder eine Schmerzausstrahlung im Bereich des radialen Unterarms und Daumens (C6), bzw. des dorsalen Unterarms und Digitus II und III (C7) seien nicht zu erheben. Die geschilderte Schmerzausstrahlung in beide Schultern wäre den oberen HWS-Segmenten zuzuordnen, welche im MRI ohne Einengung zur Darstellung kämen. Die geschilderte Schmerzausstrahlung war daher gemäss dem orthopädischen asim-Gutachter Dr. med. J. ___, Facharzt für Orthopädie, Manuelle Medizin/Chirotherapie und Akupunktur, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, als pseudoradikulär anzusehen, was auch fachneurologisch bestätigt worden sei (act. G 22.1.2 S. 12, vgl. auch G 22.1.3 S. 15). In der

interdisziplinären Gesamtbeurteilung kamen die asim-Gutachter zum Schluss, dass der Unfall keine bleibenden strukturellen Schäden hinterlassen habe. Auch die Chronifizierung sei mit der HWS-Distorsion nicht zu erklären, sondern einzig Ausdruck der komplexen psychiatrischen Problematik (act. G 22.1 S. 13). Gestützt auf sämtliche bildgebenden medizinischen Akten besteht somit dafür, dass der im Sommer 2012 im USZ festgestellte Riss des Ligamentum longitudinale anterius und des Anulus fibrosus des Discus intervertebralis auf Höhe C5/6 als Folge des Unfalls zu werten und dabei für die über die Leistungseinstellung hinaus geklagten Beschwerden verantwortlich zu machen wäre, kein mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gegebener Nachweis. Allein die Möglichkeit einer Unfallkausalität im Sinne der Formel „post hoc ergo propter hoc“, wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, begründet keine Beweistauglichkeit (vgl. BGE 119 V 341 f, E. 2b/bb). Auch weitere strukturelle Läsionen sind sodann nicht ersichtlich. Folglich ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 31. August 2011 keine strukturellen Verletzungen erlitten hat und auch die aus orthopädischer/neurologischer Sicht erklärbaren somatischen Beschwerden einen unfallfremden, degenerativen Ursprung haben (vgl. act. G 22.1 S. 12f.). 4.3 Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass die über den 31. März 2014 hinaus geklagten Beschwerden somatisch nicht mehr bzw. einzig noch teilweise, jedoch mit nicht unfallbedingten Befunden erklärbar sind.

E. 5

5.1 Schliesslich ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer beim Autounfall vom 31. August 2011 ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies der Fall, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen wie Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, neurologische Defizite (Konzentrations- und Gedächtnisstörungen), Übelkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. nach dem Unfall vorgelegen haben (Bundesgerichtsurteil vom 17. April 2008, 8C_181/2007, E. 2.4 bzw. BGE 117 V 359 E. 4b S. 360). Kann 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 einer 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 ausgeprägten psychischen Problematik aber unmittelbar nach dem Unfall ganz in den Hintergrund getreten sind oder die physischen Beschwerden im Verlauf der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Einstellungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben (vgl. BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111f., 127 V 102 E. 5b/bb S. 103, 123 V 98 E. 2a S. 99; RKUV 5/2002 Nr. U 465 S. 437, je mit Hinweisen). 5.2 Die älteren medizinischen Berichte gehen beim Unfall vom 31. August 2011 konkret von einer HWS-Distorsion Grad III aus (UV-act. 12 S. 3, 10, 19). Dagegen leiteten die asim-Gutachter aus den vorhandenen Bildgebungen der HWS und insbesondere der bis dahin nicht bekannten bzw. nicht berücksichtigten Unfallakten des Ereignisses vom 11. Juni 1998 (Quetschtrauma am Ellbogen und Unterarm rechts mit erst- und oberflächlich zweitgradigen Hautverbrennungen, vgl. asim-Gutachten S. 2 und 12f.) ab, dass nicht von einer Contusio spinalis ausgegangen und daher die Graduierung der HWS-Distorsion auf

einen Grad III nach QTF nicht korrekt sei. Vielmehr gingen sie von einer HWS-Distorsion Grad II nach QTF ohne strukturelle Verletzungsmuster aus (act. G 22.1.1 S. 13). Zwar sei der Unfall zweifellos geeignet gewesen, ein solches HWS-Distorsionstrauma Grad II nach QTF bei Status nach Heckkollision auszulösen. Bleibende strukturelle Schäden seien daraus aber nicht entstanden und die Chronifizierung sei mit der HWS-Distorsion nicht zu erklären; vielmehr sei sie Ausdruck der komplexen psychiatrischen Problematik (siehe Vorgeschichte; act. G 22.1 S. 13).

E. 6

6.1 Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt ein für die Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden 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). 6.2 In der Folge ist zu prüfen, ob beim Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis ein typisches Beschwerdebild nach HWS-Distorsionstrauma mit einer Beschwerdehäufung vorgelegen hat. Gemäss dem Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma vom 31. August 2011 traten direkt nach dem Unfall Nackenschmerzen und Schwindel auf, aber weder Kopfschmerzen, noch Übelkeit oder Hör- und Sehstörungen. Auch bejaht wurden Druckschmerzen mit Ausstrahlung sowie abgeschwächte oder fehlende Muskeleigenreflexe, Muskelschwäche und sensible Ausfälle (UV-act. 12). Der Hausarzt Dr. B.____ hielt im Ärztlichen Zwischenbericht vom 10. Oktober 2011 weiter fest, der Beschwerdeführer vergesse viel und leide oft unter Kopfschmerzen, Nackenverspannung und eingeschränkter HWS-Beweglichkeit bei muskulärer Verspannung (UV-act. 19). Diese Erhebungen zeigen ein Beschwerdebild mit mehreren typischen Beeinträchtigungen unmittelbar nach dem Unfall vom 31. August 2011 sowie solchen nach einer gewissen Latenzzeit, wobei letztere grundsätzlich nicht berücksichtigt werden können. Gesamthaft ist aber von einer Häufung von Beeinträchtigungen im Sinne eines typischen Beschwerdebilds nach HWS-Distorsionstrauma auszugehen.

E. 7

Im Rahmen des stationären Aufenthalts des Beschwerdeführers in der Klinik Valens vom 4. bis 22. März 2013 diagnostizierte Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik Valens, eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.11) einhergehend mit einem deutlichen somatischen Syndrom und vielen Insuffizienzgefühlen auf Grundlage des chronischen Schmerzsyndroms nach Unfallereignis. Weiter diagnostizierten die behandelnden Ärzte ein zervikospondylogenes Syndrom, ein lumbospondylogenes Syndrom sowie chronischen Kopfschmerz (UV-act. 173). Mit Bericht vom 27. März 2014 hielt Dr. D.____ an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) fest. Beim Beschwerdeführer beständen vor allem starke Konzentrationsstörungen hervorgerufen durch die Schmerzsymptomatik. Es liege eine depressive Stimmungslage mit rascher Ermüdbarkeit, Tagesmüdigkeit durch Schlafstörungen und vermindertem Antrieb vor (vgl. Zusammenfassung im PMEDA-Gutachten, UV-act. 234 S. 14). Auch die asim-Gutachter diagnostizierten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), wobei in diesem Rahmen zusätzlich Phasen mit dysfunktionalem Umgang mit Schmerzen sowie mit der depressiven Symptomatik erklärbar, in der neuropsychologischen Testung objektivierte kognitive Einschränkungen

festgestellt wurden. Weiter diagnostizierten sie ein chronisches zervikovertebrales und zervikocephales Schmerzsyndrom (ICD-10: M47.12, M51.1), ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M47.16 und M51.3) sowie multifaktoriellen Schwindel (ICD-10: R42; act. G 22.1.1 S. 11 und G 22.1.1 S. 14ff.). Ob demzufolge der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den über den 31. März 2014 hinaus geklagten Beschwerden und dem streitigen Unfall verneint werden muss, kann letztlich offen bleiben, da - wie nachfolgende Ausführungen ergeben - eine weitergehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin mangels Bestehens des kumulativ voraus-gesetzten adäquaten Kausalzusammenhangs ohnehin zu verneinen ist (BGE 135 V 472 E. 5.a).

E. 8

Kreisarzt Dr. F.____ befand bereits im Bericht vom 13. August 2012, es sei nicht davon auszugehen, dass sich unter der weiteren ärztlichen Behandlung (in orthopädischer Hinsicht) noch eine erhebliche Besserung einstellen werde. Den geklagten Beschwerden fehle ein organisches Substrat im Sinne einer unfallbedingten strukturellen Veränderung, weshalb die Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar seien (UV-act. 137 S. 6). In der Stellungnahme vom 6. Mai 2013 sah Dr. C.____ eine psychiatrisch-psychopharmakologisch-psychotherapeutische Behandlung als aktuell noch indiziert. Dies auch um depressive Verschlechterungen rechtzeitig erkennen und behandeln zu können (UV-act. 174). Eine solche fand dann bei Dr. D.____ statt, welche mit Bericht vom 27. März 2014 eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) diagnostizierte (UV-act. 234 S. 14). Gemäss Dr. C.____ war jedoch ab 6. Februar 2014 von einer weiteren psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung des Beschwerdeführers keine namhafte Besserung mehr zu erwarten, da er offenbar eher somatisierende Symptome anstelle von depressiven Symptomen zu akzeptieren in der Lage sei (UV-act. 219). Sind die geklagten gesundheitlichen Störungen nach dem Gesagten auf Grund der medizinischen Akten im Zeitpunkt der Leistungseinstellung zumindest in ihrer überwiegenden Mehrheit als von psychischem Ursprung zu qualifizieren, hat die Beurteilung der Adäquanz praxisgemäss unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall (BGE 115 V 133) zu erfolgen und nicht anhand der Kriterien, wie sie für Schleudertraumata der Halswirbelsäule entwickelt wurden (BGE 117 V 367 E. 6a bzw. BGE 134 V 127 E. 10.2f.). Vor diesem Hintergrund ist die Adäquanzprüfung vorliegend trotz diagnostizierter HWS-Distorsion und des gegebenen typischen Beschwerdebilds nicht nach der Schleudertraumapraxis, sondern nach jener zu psychischen Fehlentwicklungen nach Unfällen (BGE 115 V 133 ff.) vorzunehmen.

E. 9

9.1 Bei der Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und einer anschliessend einsetzenden psychischen Fehlentwicklung mit Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist nach der Rechtsprechung (BGE 115 V 138 ff. E. 6, bestätigt unter anderem in SVR 1999 UV Nr. 10 S. 31) vom Unfallereignis auszugehen. Dabei besteht ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfall, wenn dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Beschwerden zukommt. In objektivierter Betrachtungsweise werden die Unfälle nach ihrer erfahrungsgemässen Eignung, psychische Beschwerden zu bewirken, eingeteilt in banale und leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und in einen dazwischen liegenden mittleren Bereich der mittelschweren Unfälle. Während die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang

besteht, in der Regel bei banalen Unfällen ohne weiteres verneint und bei schweren Unfällen bejaht werden kann, lässt sie sich bei Unfällen im mittleren Bereich nicht auf Grund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Vielmehr sind weitere, objektiv fassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (BGE 115 V 139 E. 6a-c). Dabei müssen rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 115 V 140 E. 6c; SVR 1999 UV Nr. 10 S. 31 E. 2, 2001 UV Nr. 8 S. 32, je mit Hinweisen) die weiteren unfallbezogenen Kriterien entweder in gehäufte oder auffallender Weise oder ein einziges Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Als wichtigste Kriterien gelten dabei: besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls, die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, die ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, körperliche Dauerschmerzen, ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

9.2 Praxisgemäss werden Auffahrunfälle, bei welchen das Auto vor einem Fussgängerstreifen oder Lichtsignal stillsteht, dem mittleren Bereich an der Grenze zu den leichten Fällen zugeordnet (RKUV 2003 Nr. U 489 S. 357 E. 4.2 mit Hinweisen [U 193/01], vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 20. Oktober 2010, 8C_718/2010, E. 3.1). Im hier zu beurteilenden Fall kam der vom Beschwerdeführer gelenkte Lieferwagen vor dem Fussgängerstreifen zum Stillstand. Dabei fuhr ihm der hinter ihm mit ca. 20-30km/h fahrende Personenwagen auf (UV-act. 10). Der Lieferwagen wurde im Heckbereich vor allem am Stossfänger und an der linken Hecktür beschädigt. Gemäss biomechanischer Kurzbeurteilung vom 28. Februar 2012 dürfte der vom Beschwerdeführer gelenkte Lieferwagen auf Grund der Kollision eine Geschwindigkeitsänderung in Vorwärtsrichtung erfahren haben, welche unterhalb oder knapp innerhalb eines Bereichs von 10 bis 15 km/h lag. Aus biomechanischer Sicht ergab sich auf Grund der technischen Bewertung und der medizinischen Unterlagen, dass die anschliessend an das Ereignis beim Beschwerdeführer festgestellten, von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde isoliert durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall wie im vorliegenden Fall eher nicht erklärbar sind (UV-act. 56). Somit ist auf Grund des unbestrittenen Geschehensablaufs und der sich dabei entwickelnden Kräfte von einem Unfall im mittleren Bereich an der Grenze zu den leichten Fällen auszugehen.

9.2.1 Das Ereignis vom 31. August 2011 hat sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet, noch war es von besonderer Eindrücklichkeit. Das Kriterium der besonderen Eindrücklichkeit ist objektiv zu beurteilen und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207, U 287/97 E. 3b/cc; Urteil vom 25. Januar 2008, U 56/07, E. 6.1). Denn nicht was im Betroffenen psychisch vorgeht, ist entscheidend, sondern die objektive Eignung der Begleitumstände, psychische Fehlentwicklungen auszulösen (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc). Zu beachten ist, dass jedem mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit allein noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreicht (Urteil vom 11. Februar 2009, 8C_799/2008, E. 3.2.3 mit Hinweis).

9.2.2 Für die Frage der Dauer der ärztlichen Behandlung wird auf die kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustands gerichtete ärztliche Behandlung abgestellt. Eine Behandlung, die lediglich noch der Erhaltung des bestehenden Gesundheitszustands und nicht der Heilung dient, ist im Rahmen der Adäquanzprüfung

grundsätzlich nicht relevant. Abklärungsmassnahmen und blossen ärztlichen Kontrollen kommt nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zu (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Februar 2008, U 11/07, E. 5.3.1 mit Hinweisen). Am Unfalltag wurde der Beschwerdeführer ins KSSG eingeliefert, wo er zur Abklärung drei Tage hospitalisiert war und einen weichen Halskragen sowie Schmerzmittel erhielt (UV-act. 10). Im Weiteren verschrieb ihm auch sein Hausarzt Schmerzmittel und ordnete Physiotherapie an (UV-act.). Vom 4. bis 22. März 2013 fand sodann eine stationäre Behandlung in der Klinik Valens statt, um ihn in einem spezifischen Programm mit Fokus auf das Schmerzleiden zu behandeln (UV-act. 173). Sodann begann der Beschwerdeführer ca. einen Monat nach dem Unfallereignis mit Physiotherapie (Fango, Massagen und Traktion), die wöchentlich teilweise mehrmals stattfand (UV-act. 48 S. 2, 118, 125, 231). Zwar berichtete der Beschwerdeführer gegenüber der SUVA, sich auch regelmässig im Abstand von rund zwei Wochen zu Behandlungen ins Psychiatrische Zentrum zu begeben (UV-act. 197). Demgegenüber sind lediglich ein paar unregelmässig stattgehabte und für die Adäquanzprüfung grundsätzlich nicht relevante, psychotherapeutische Behandlungen im Psychiatrischen Zentrum E.____ bei Dr. D.____ dokumentiert. Bis zum 22. Oktober 2012 waren es sechs an der Zahl und im Herbst 2013 fand sich der Beschwerdeführer offenbar erneut nach längerer Pause zu einem psychiatrischen Gespräch ein (UV-act. 109 S. 1, UV-act. 120 f.). Das Kriterium einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist damit nicht erfüllt.

9.2.3 Anlässlich der versicherungsmedizinischen/internistischen Untersuchung im Rahmen der asim-Begutachtung im Oktober 2016 gab der Beschwerdeführer an, er leide unter Nacken- und Kopfschmerzen, Schwindel sowie einer raschen Erschöpfbarkeit und Energielosigkeit. Schon bei kleinsten Anstrengungen gerate er ausser Atem und schwitze stark. Die Kopf- und Nackenschmerzen würden letztlich in den ganzen Körper ausstrahlen und ihn überall verkrampfen. Die Schmerzen seien ständig vorhanden, sie würden durch Tabletten etwas gemindert, durch jede Belastung aber verstärkt (act. G 22.1 S. 5f.). Dass der Beschwerdeführer allerdings auf Grund von klinisch ausgewiesenen Beschwerden massgeblich im Lebensalltag beeinträchtigt wäre, ist nicht ersichtlich. Damit ist das Kriterium der erheblichen Beschwerden jedenfalls nicht in ausgeprägtem Masse zu bejahen.

9.2.4 Anzeichen einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, eines schwierigen Heilungsverlaufs oder erheblicher Komplikationen sind vorliegend nicht ersichtlich.

9.2.5 Der Beschwerdeführer war im Anschluss an das Unfallereignis vom 31. August 2011 bis zum 13. September 2011 vollständig arbeitsunfähig. Ab 14. September 2011 nahm er die Arbeit wieder zu 50% auf (UV-act. 19). Ab 29. Mai 2012 betrug die Arbeitsunfähigkeit schliesslich 70% (UV-act. 121). Die verbleibende Leistungsfähigkeit von 30% erbrachte der Beschwerdeführer ab Juni 2012 in einem zeitlichen Pensum von 50% (UV-act. 109). Beim Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit gilt es schliesslich auch den Umstand zu berücksichtigen, dass die psychischen Probleme die organischen schon relativ früh unterhalten haben. So wurde gestützt auf das psychiatrische Konsilium vom 24. Januar 2012 eine leichte depressive Episode leicht agitierter Färbung (ICD-10: F32.0) diagnostiziert und festgehalten, dass sich ein hartnäckiges und topographisch ausgeweitetes Schmerzsyndrom entwickelt habe, welches auf Grund der geringen Variabilität, der überaus limitierenden Auswirkungen im Alltag und des hohen Leidensdrucks wiederum eine somatoforme Komponente aufweise. Trotz psychischen Leidensdrucks bestehe wenig Krankheitseinsicht, was eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung erschwere

(UV-act. 47 S. 1 f.). Schliesslich ging Dr. C.____ davon aus, dass der Beschwerdeführer schon vor dem Unfallereignis nicht als psychisch gesund habe betrachtet werden können. Im Rahmen der stationären Behandlung in der Klinik Valens im Jahre 2004 sei er auf Grund von funktioneller Problematik und somatisierender Dynamik dem psychosomatischen Dienst vorgestellt worden, welcher eine psychiatrische Störung im Sinne einer Anpassungsstörung festgestellt habe. Dabei sei auch dort von einer ausgeprägten somatoformen Komponente die Rede gewesen. Diagnostisch sei das Zustandsbild als lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit Symptomausweitung und Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt eingeordnet worden. Allerdings könne auf Grund des Austrittsberichts der Klinik Valens aus dem Jahr 2004 nicht von einer Verlaufsbeschreibung ausgegangen werden. Eine anhaltende psychosoziale Belastungssituation mit entsprechenden Beschwerden bei Arbeitsplatzverlust, sozialem Rückzug, Grübelneigungen und Neigungen zu starker Selbstlimitierung seien bereits vor dem Unfall von 2011 beschrieben. Zwar beurteilte Dr. C.____ das Unfallereignis als einen Teil der kausalen Kette der nachfolgenden Entwicklung, sie hielt aber auch fest, dass die entscheidenden Faktoren vorbestehende Einschränkungen beziehungsweise soziale Faktoren waren (soziale Isolation, Arbeitsplatzverlust, Abbruch der Ausbildung bzw. keine Ausbildung, eine begrenzte soziale Integration sowie eine finanzielle Notlage). Auch gemäss dem Austrittsbericht der Klinik Valens waren sodann vor allem die mittelgradig depressive Episode mit deutlichem somatischem Syndrom, das zervikospondylogene und lumbospondylogene Syndrom sowie der chronische Kopfschmerz für die Arbeitsunfähigkeit relevant (vgl. UV-act. 173). Damit hatten sich die psychischen Störungen schon früh an die unfallbedingten somatischen Symptome angeschlossen, weshalb dem Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit kein besonderes Gewicht zukommt. 9.2.6 Somit können vorliegend - wenn überhaupt - höchstens die Kriterien der körperlichen Dauerschmerzen und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit trotz Anstrengung als erfüllt gelten, jedoch ausdrücklich nicht in ausgeprägter Weise, weshalb die Unfalladäquanz der psychischen Beeinträchtigungen verneint werden muss (BGE 115 V 139 E. 6c).

E. 10

Gestützt auf diese Ausführungen ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit weder eine klar ausgewiesene neue bleibende Gesundheitsschädigung im Sinne einer strukturellen Veränderung noch eine richtunggebende Verschlimmerung des degenerativen Vorzustands erlitten hat. Nachdem auch nach Prüfung der entsprechenden Kriterien dem strittigen Ereignis keine massgebende Bedeutung für die organisch nicht nachweisbaren Beschwerden beizumessen und der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 31. August 2011 und den über den 31. März 2014 hinaus bestehenden Beschwerden zu verneinen ist, hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht eingestellt. In der Folge ist auch kein Anspruch auf Integritätsentschädigung geschuldet, nachdem eine dauernde erhebliche Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität bedingt durch den Unfall nicht erwiesen ist (vgl. Art. 24 Abs. 1 UVG).

E. 11

11.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). 11.2 Dem Beschwerdeführer wurde die unentgeltliche Rechtsverteidigung für das Verfahren vor Versicherungsgericht am 20. Mai 2015

bewilligt (act. G 9). Damit ist der Staat zu verpflichten, für die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers aufzukommen. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Verwaltungsgericht, Verwaltungsrekurskommission und Versicherungsgericht pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.-- (Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten [HonO; sGS 963.75]). Ausgehend von einem durchschnittlichen Arbeitsaufwand erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes [AnwG; sGS 963.70]). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal (BGE 125 V 201) mit Fr. 3'200.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. 11.3 Wenn die wirtschaftlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers es gestatten, kann er jedoch zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden (Art. 123 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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