



**Fall-Nr.:** UV 2009/108  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 08.04.2020  
**Entscheiddatum:** 13.09.2010

### **Entscheid Versicherungsgericht, 13.09.2010**

**Art. 6 UVG. Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden im Nachgang zu mehreren HWS-Distorsionen. Die Adäquanzprüfung ist grundsätzlich für jeden Unfall gesondert vorzunehmen. Vorliegend ist die Adäquanz bezüglich aller Unfälle zu verneinen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. September 2010, UV 2009/108).**

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei und Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Entscheid vom 13. September 2010

in Sachen

M.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. E. Ronald Pedergnana, Rorschacher Strasse 21,  
9000 St. Gallen,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358,  
6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Reto Bachmann, Schwanenplatz 4, 6004 Luzern,



betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a Der 1952 geborene M.\_\_\_\_ war seit Januar 1987 als Geschäftsführer der A.\_\_\_\_ tätig und dadurch bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 22. Juli 1993 wurde er in Italien beim Wenden seines Personenwagens von einem entgegenkommenden Fahrzeug seitlich an der Hinterachse gerammt (Suva-act. 3.7/1). Gestützt auf die Diagnosen eines HWS-Schleudertraumas, einer Kontusion der unteren LWS, von Kontusionen beider Schultern und einer Schädelkontusion (Suva-act. 3.7/2) war der Versicherte zuerst vollständig und ab 31. August 1993 zu 50% arbeitsunfähig (Suva-act. 3.7/2, 3.7/9). Ab dem 17. Dezember 1993 bestand wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 3.7/15). Die Suva schloss den Fall im Januar 1995 ab (Suva-act. 3.7/18).

A.b Am 12. April 2002 rutschte der Versicherte in den Ferien auf Santo Domingo auf nassem Boden neben einem Schwimmbad aus, wobei er sich im linken Knie eine Bänderzerrung und eine Kontusion der LWS zuzog (Suva-act. 3.6/1-2). Die ärztliche Behandlung wurde am 24. Juni 2002 abgeschlossen (Suva-act. 3.6/2). Infolge erneuter Probleme im linken Knie unterzog sich der Versicherte am 8. November 2002 in der Klinik Hirslanden, Zürich, einer Kniegelenkspiegelung mit partieller lateraler Menishektomie (Suva-act. 3.6/8). Ab 22. September 2003 bestand hinsichtlich des Knies wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 3.6/18).

A.c Mit Meldung vom 17. September 2003 hatte der Versicherte der Suva einen Auffahrunfall mitgeteilt, in welchen er am 4. September 2003 als Beifahrer eines Personenwagens involviert gewesen sei (Suva-act. 3.5/1-2). Sein Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_ diagnostizierte eine HWS-Distorsion mit Fehlhaltung sowie eine Kontusion des rechten Ellbogens (Suva-act. 3.5/2). Vom 7. bis 25. Oktober 2003 war der Versicherte in der Klinik Valens hospitalisiert. Dort stellten die Ärzte die Diagnosen eines zervikospondylogenen Schmerzsyndroms mit Armschmerzen rechts, nach



Schleudertrauma am 4. September 2003 und mit Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, sowie einer narzisstischen Persönlichkeit und einer arteriellen Hypertonie (Suva-act. 3.5/10). Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 14. Januar 2004 schilderte der Versicherte, v.a. an Problemen im mentalen Bereich, insbesondere an Vergesslichkeit zu leiden (Suva-act. 3.5/17). Die augenärztlichen Untersuchungen vom 9. März 2004 bei Dr. med. C.\_\_\_\_, Augenärztin FMH, ergaben altersentsprechende Befunde (Suva-act. 3.5/22). Die Suva stellte ihre Leistungen mit Verfügung vom 29. März 2004 auf den 5. April 2004 ein (Suva-act. 3.5/26) und bestätigte diese Einstellung durch den mittlerweile in Rechtskraft erwachsenen Einspracheentscheid vom 5. Oktober 2004 (Suva-act. 3.5/39).

A.d Am 9. Januar 2005 fuhr ein nachfolgender Personenwagen auf das Auto des Versicherten auf, als dieser vor einem Fussgängerstreifen anhalten musste (Suva-act. 3.3/1). Der Versicherte suchte am Folgetag seinen Hausarzt auf, welcher ein HWS-Distorsionstrauma diagnostizierte und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis voraussichtlich März 2005 attestierte (Suva-act. 3.3/3). Anlässlich einer Befragung durch die Suva vom 28. Februar 2005 schilderte der Versicherte, dass seine Hauptprobleme im Rückenbereich in der Kreuzgegend lägen. Im Nackenbereich sei er noch leicht eingeschränkt, was aber dank der Therapie immer besser werde (Suva-act. 3.3/4). Im Zeugnis vom 9. März 2005 hielt Dr. B.\_\_\_\_ leicht rückläufige Schmerzen und eine leichte Verbesserung der HWS-Funktion fest. Der Versicherte leide jedoch an chronischen Kopf- und Nackenschmerzen ausstrahlend bis in den rechten Arm, an Schwindel, Vergesslichkeit und Konzentrationsmangel (Suva-act. 3.3/7). Ab 29. März 2005 arbeitete er wieder zu 50% (Suva-act. 3.3/62). Die Unfallanalyse der Zürich Versicherungsgesellschaft vom 22. April 2005 ergab eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) von 3.5 - 7.5km/h (Suva-act. 3.3./83). Am 23. Februar 2006 berichtete der Versicherte, dass es ihm motorisch besser gehe, er jedoch weiterhin unter Kreuz- und Rückenschmerzen leide und ihm seine Vergesslichkeit zunehmend zu schaffen mache. Ab 1. März 2006 betrug seine Arbeitsfähigkeit wieder 75% (Suva-act. 3.3/34).

A.e Vom 19. April bis 6. Mai 2006 fand eine Hospitalisation in der Thurgauer Klinik St. Katharinental, Diessenhofen, statt. Hier konnte eine Verbesserung der HWS- und LWS-Beweglichkeit, eine Kräftigung der Rumpfmuskulatur und eine Erhöhung der



## St.Galler Gerichte

Belastbarkeit erreicht werden; hingegen wurden die Erwartungen des Versicherten bezüglich Abklärung und Behandlung von neuropsychologischen Defiziten nicht erfüllt (Suva-act. 3.3/41). Der auf den 13. Juli 2006 angesetzten kreisärztlichen Untersuchung blieb der Versicherte unentschuldigt fern (Suva-act. 3.3/42).

A.f Am 25. Juli 2006 verfügte die Suva die Einstellung der Versicherungsleistungen per 1. August 2006, hob diese Verfügung mit Schreiben vom 10. Mai 2007 aber wieder auf (Suva-act. 3.3/69).

A.g Inzwischen war es am 13. Januar 2007 erneut zu einem Sturz gekommen, dieses Mal mit Verletzung des rechten Knies (Suva-act. 3.4/3-4), weshalb sich der Versicherte am 29. August 2007 in der Klinik Gut St. Moritz einer partiellen Menishektomie unterzog (Suva-act. 3.4/7).

A.h Ab dem 26. Oktober 2007 war der Versicherte bei Dr. med. D.\_\_\_\_, Spez. Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in Behandlung. Dieser hielt im Bericht vom 6. Juni 2008 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung fest, eine gegenwärtig mittelgradige Episode (F 33.1) bei Status nach HWS-Trauma 2003 und 2005 sowie Schleuderunfall 1999 mit Gefühl einer seither persistierenden Persönlichkeitsveränderung und schliesslich Status nach Frontalkollision 1997. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein seit Januar 2008 bestehendes Prostata-Carcinom aufgeführt (Suva-act. 3.3/117.1).

A.i Mit Verfügung vom 29. September 2008 eröffnete die Suva dem Versicherten die definitive Einstellung der Versicherungsleistungen per 13. Oktober 2008 mit der Begründung, dass die noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar und die Adäquanz zu verneinen sei (Suva-act. 3.3/130).

B.

B.a Gegen diese Verfügung liess der Versicherte, vertreten durch Q.\_\_\_\_ am 8. Oktober 2008 Einsprache erheben (Suva-act. 3.3/132).

B.b Im Auftrag der IV-Stelle fand vom 20. bis 22. und am 27. April sowie am 13. Mai 2009 eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung durch die MEDAS Ostschweiz



statt. Die Begutachter befanden den Versicherten in der bisherigen Tätigkeit als Geschäftsführer spätestens ab 1. Oktober 2007 als weitgehend arbeitsunfähig. Eine in körperlicher Hinsicht leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Lastenheben über 20 kg sei jedoch vollschichtig zumutbar, wobei eine genaue Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch unklare anamnestische Angaben, Nicht-Teilnahme an Untersuchungen und z.T. widersprüchliche Angaben erschwert würde (Suva-act. 3.3/147).

B.c Die Suva wies die Einsprache des Versicherten mit Entscheid vom 1. Oktober 2009 mit der Begründung ab, dass infolge der kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeugs des Versicherten zwischen 3.5km/h und 7.5km/h von einem leichten Unfall auszugehen sei, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang fehle (Suva-act. 3.3/150).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die von Rechtsanwalt Dr. iur. E. Ronald Pedernana für den Versicherten erhobene Beschwerde vom 2. November 2009 mit den Anträgen, der Einspracheentscheid vom 1. Oktober 2009 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin anzuweisen, dem Beschwerdeführer weiterhin Taggeld, allenfalls eine Rente und eine Integritätsentschädigung auszurichten; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung führte der Rechtsvertreter aus, dass der Fallabschluss nicht hätte erfolgen dürfen, solange der Beschwerdeführer wie vorliegend noch einer adäquaten Heilbehandlung bedürfe. Da auch das MEDAS-Gutachten noch nicht von einem Endzustand ausgehe, müsse ein solcher zuerst vorliegen und sodann ein interdisziplinäres Gutachten erstellt werden. Schliesslich habe die Beschwerdegegnerin den Fall nach Eintritt des Endzustands unter Berücksichtigung der Mehrfachverunfallung zu beurteilen. Die Sache sei daher zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 30. November 2009 beantragte die durch Rechtsanwalt lic. iur. Reto Bachmann, Luzern, vertretene Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde.

C.c Der Beschwerdeführer verzichtete auf die Einreichung einer Replik.



C.d Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

1.1 Vorliegend ist strittig, ob der von der Beschwerdegegnerin verfügte Fallabschluss (Einstellung sämtlicher Leistungen aus dem Ereignis vom 9. Januar 2005) am 13. Oktober 2008 zu Recht erfolgte. Während die Beschwerdegegnerin den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den über den genannten Zeitpunkt hinaus geklagten Beschwerden und diesem Unfall sowie auch den aktenkundigen früheren Ereignissen verneint, geht der Beschwerdeführer davon aus, der anhaltende Gesundheitsschaden stehe - zumindest teilweise - in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit den versicherten Unfällen, weshalb die Beschwerdegegnerin weiterhin leistungspflichtig sei.

1.2 Gemäss ständiger Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche 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 115 V 133, 117 V 359 und BGE 134 V 109). Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung des Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. 1b je mit Hinweisen). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen. Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Fragen nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 E. 3a). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu



bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung der adäquaten Kausalität, können doch gerade klinische Befunde erfahrungsgemäss auch psychisch ausgelöst werden. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass eine versicherte Person eine Schleudertraumaverletzung erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a), andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten bzw. den mit BGE 134 V 109 modifizierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b). Zu präzisieren bleibt, dass die zu den Verletzungen nach klassischem Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung zum natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang (BGE 119 V 335, 117 V 359) auch auf analoge Verletzungen wie Distorsionen der HWS sowie Schädel-Hirntraumata anwendbar ist, wenn und soweit sich dessen Folgen mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (vgl. Urteil des EVG vom 17. August 2004 i/S O.G. [U 243/03]; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317, E. 3; BGE 117 V 369).

1.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und



danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden Arztberichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen).

1.4 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte.

2.

2.1 Neben Vergesslichkeit und einer gewissen Wesensänderung beklagt der Beschwerdeführer Gliederschmerzen im gesamten Körper, insbesondere liege der Fokus auf dem Bereich des Nackens mit Ausstrahlung in beide Arme und im Bereich der Hüften. Zudem "schlafe" das linke Bein regelmässig ein, es bestünden Kopfschmerzen und intermittierender Drehschwindel mit Übelkeit beim Bücken, letzterer sei dann aber rasch rückläufig. Nur der Kopfschmerz bleibe drückend, bifrontal und insbesondere unter Anstrengung länger bestehen (Suva-act. 3.3/147). Folglich ist zunächst zu untersuchen, ob diese Beschwerden auf einem organisch objektivierbaren Substrat beruhen, das auf einen der Unfälle vom 22. Juli 1993,



12. April 2002, 4. September 2003, 9. Januar 2005 oder 13. Januar 2007 zurückzuführen ist. Weitere Unfälle, insbesondere ein Auffahrunfall mit Stirnanprall vor 1997, eine Frontalkollision 1997 sowie ein Leitplankenprall im Jahr 1999 sind lediglich im MEDAS-Gutachten vom 24. Juni 2009, die beiden letzteren auch in den Berichten von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, vom 10. März 2008 (Suva-act. 3.3/108 Persönliche Anamnese) und Psychiater Dr. D.\_\_\_\_ vom 6. Juni 2008 (Suva-act. 3.3/117.1) kurz erwähnt. Demgegenüber erhielt die Beschwerdegegnerin trotz fortbestehendem Versicherungsschutz keine Kenntnis über diese Ereignisse. Zudem stützte sich Dr. E.\_\_\_\_ in seinem Bericht dazu lediglich auf Angaben des Versicherten und es ist daher anzunehmen, dass Dr. D.\_\_\_\_ sowie die MEDAS-Gutachter seine Ausführungen übernommen haben. Damit ist jedoch nicht rechtsgenügend nachgewiesen, dass diese Unfallereignisse tatsächlich stattgefunden haben, weshalb auf die diesbezüglichen Aussagen in den medizinischen Berichten nicht abgestellt werden kann.

2.2 Bei der Erstbehandlung am 22. Juli 1993, welche am Unfallort in Italien stattgefunden hatte, hielt Dott. F.\_\_\_\_ im gleichentags erstellten Zeugnis eine Kopfkontusion mit Peitschenschlagverletzung an der Halswirbelsäule fest (Suva-act. 3.7/4). Wesentliche Röntgenbefunde wurden keine dokumentiert (vgl. Suva-act. 3.7/14, 3.7/17 sowie Vermerk im Arztbericht vom 22. Juli 1993 [Suva-act. 3.7/5]). Der nach der Rückkehr in die Schweiz erhobene Röntgenbefund zeigte lediglich eine Spondylose sowie eine Spondylarthrose in den unteren LWS- und den mittleren HWS-Abschnitten (Suva-act. 3.7/2). Dabei handelt es sich um degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule, bei denen sich Erstere röntgenologisch als Unregelmässigkeiten wie beispielsweise Zacken, Erhebungen oder Randwülste darstellen und Letztere durch Verdichtungen im gelenknahen Bereich des Knochens feststellbar sind (vgl. Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 848, sowie Abfragen vom 6. August 2010: [http://de.wikipedia.org/wiki/Spondylosis\\_deformans](http://de.wikipedia.org/wiki/Spondylosis_deformans); <http://de.wikipedia.org/wiki/Spondylarthrose>). Die nach dem Sturz vom 12. April 2002 gemachten Röntgenbilder ergaben sodann ebenfalls keine frische ossäre Läsion (Suva-act. 3.6/2). Erst nachdem am 11. September 2002 auf Grund eines erneuten Knackens im linken Knie ein MRI durchgeführt wurde, zeigte sich eine mediale Meniskusläsion sowie eine Instabilität des vorderen Kreuzbands (Suva-act. 3.6/5). Diese konnten sodann erfolgreich operativ behandelt werden (Suva-act. 3.6/8, 3.6/16). Der



Röntgenbefund nach dem Auffahrunfall vom 4. September 2003 zeigte eine aufgehobene Lordosierung und eine beginnende Kyphosierung der HWS C4/C5 - beides grundsätzlich durch Wirbelsäulenerkrankungen hervorgerufen (vgl. Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 811, 821 ff., sowie Abfrage vom 6. August 2010: <http://www.jameda.de/gesundheits-lexikon/lordosierung/>) - sowie eine degenerative Veränderung L4-L6 und leicht bei C6/C7 (Suva-act. 3.5/2-3). In Bezug auf die geklagten Schmerzen im Ellbogen ergaben die Röntgenbilder des Röntgeninstituts "Jona" vom 23. Januar 2004 regelrechte osteoartikuläre Stellungsverhältnisse im Ellbogengelenk rechtsseitig, jedoch eine Irregularität im Bereich des Processus coronoideus ulnarseits, die möglicherweise einem älteren kleinen ossären Ausriss entsprach (Suva-act. 3.5/19). Abklärungen zu den neuropsychologischen Defiziten des Beschwerdeführers erfolgten erstmals während seiner Hospitalisation in der Klinik Valens. In ihrer Beurteilung hielten die Ärzte fest, es sei aus neuropsychologischer Sicht nicht auszuschliessen, dass auch andere Faktoren einen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit ausüben würden, wie zum Beispiel die Schmerz- oder Krankheitsverarbeitung (Suva-act. 3.5/8). Gemäss dem Austrittsbericht der Thurgauer Klinik St. Katharinental fand zudem am 24. August 2004 eine neuropsychologische Untersuchung am Universitätsspital Zürich statt. Diese habe ein neuropsychologisch altersentsprechendes, normales kognitives Leistungsniveau ohne Hinweise auf Funktionsstörungen im Sinn einer posttraumatischen kontusionellen Läsion ergeben (Suva-act. 3.3/41 S. 3). Infolge der wegen des Unfalls vom 9. Januar 2005 durchgeführten radiologischen Kontrolle der Thurgauer Klinik St. Katharinental vom 25. April 2006 zeigten sich wiederum lediglich degenerative Veränderungen mit mässiggradiger Osteochondrose C4/C5 und C5/C6, die im Vergleich zur Voruntersuchung vom 17. September 2003 altersentsprechend diskret zugenommen hatten (Suva-act. 3.3/41 S. 2). Röntgenuntersuchungen der LWS vom 18. Dezember 2007 ergaben altersentsprechend normale Befundverhältnisse mit nur leichtgradig, beginnenden Degenerationen der LWS. Hinweise auf traumatische oder posttraumatische Veränderungen im Bereich der LWS waren keine erkennbar (Suva-act. 3.3/99). Nachdem am 31. Mai 2008 nochmals Röntgenbilder der LWS aufgenommen worden waren (Suva-act. 3.3/122), hielt Kreisarzt Dr. med. G. \_\_\_ in der Aktenzusammenfassung vom 10. September 2008 fest, dass sich somatisch sowohl im Bereich der LWS als auch der HWS keine strukturellen Unfallfolgen zeigen würden. Im



HWS-Bereich fänden sich jedoch deutliche degenerative Veränderungen. Darauf seien die Beschwerden während des Aufenthalts in der Klinik St. Katharinental unter anderem auch zurückgeführt worden. Zudem hätten auf Grund der neu durchgeführten neurologischen Untersuchungen von Dr. E.\_\_\_\_ (vgl. Suva-act. 3.3/108) ebenfalls keine Unfallfolgen nachgewiesen werden können. Eigentliche neurologische Ausfälle seien gemäss dessen Bericht vom 10. März 2008 nicht ausgemacht worden. Ausserdem würden die vom Beschwerdeführer angegebenen Kribbelgefühle im rechten Arm auf eine leichte Schädigung zervikaler Wurzeln rechts deuten, welche im MRI jedoch nicht hätten nachgewiesen werden können. Schliesslich wies Dr. G.\_\_\_\_ auf einen Bericht von PD Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 7. Juni 1994 (vgl. Suva-act. 3.7/17) hin, der ein radikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom C7 und C8 rechts beschreibe und festhalte, dass noch Residuen festzustellen seien. Es seien v.a. Sensibilitätsstörungen vermerkt und ausserdem festgehalten worden, dass diese Sensibilitätsstörungen subjektiv nicht mehr erheblich gestört hätten. Eine analoge Symptomatik beschreibe Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, im Jahr 2004 (vgl. Bericht vom 8. März 2004, Suva-act. 3.5/23), sodass diese Sensibilitätsminderung nicht auf die letzten HWS-Distorsionen zurückgeführt werden könne. Die Symptomatik sei seit Jahren vorbestehend und eine Progredienz neurologisch nicht nachgewiesen (Suva-act. 3.3/126). Das am 14. Oktober 2008 durchgeführte Upright MRI des kraniozervikalen Übergangs (Suva-act. 3.3/133) kann schliesslich nicht als Beweis für einen organischen Unfallschaden beigezogen werden, da funktionelle Magnetresonanztomografien gemäss BGE 134 V 235 E. 5.4 nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft kein geeignetes Beweismittel zur Beurteilung der Unfallkausalität von Beschwerden nach Traumen der Halswirbelsäule darstellen. Laut der Beurteilung von Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_, Chefarzt Radiologie, vom 26. Mai 2009 in Bezug auf die MR-Untersuchung der HWS vom 30. Mai 2008 und das Upright MRI vom 14. Oktober 2008 ist die rotatorische Fehlstellung der HWS im Rahmen der degenerativen Veränderungen zu erklären. Auch mit den übrigen Untersuchungen liess sich keine strukturelle Läsion nachweisen (Suva-act. 3.3/143-144). Schliesslich zeigte das MRI vom 22. November 2007 des rechten Knies nach der auf Grund der medialen Meniskusläsion durchgeführten Operation vom 29. August 2007 (Suva-act. 3.4/4, 3.4/7) nebst einer Reizung und vermehrter Flüssigkeit im Bereich des Pes anserinus ebenfalls keinen Nachweis einer erneuten Läsion im teilresezierten medialen Meniskushinterhorn



(Suva-act. 3.4/16). Sodann sind auch den von der MEDAS veranlassten Röntgenbildern vom 21. April 2009 keine durch die Unfälle bedingten nachweisbaren strukturellen Veränderungen zu entnehmen. Das im Rahmen der MEDAS-Begutachtung geplante cranio-cerebrale MRI vom 27. April 2009 musste schliesslich auf Wunsch des Beschwerdeführers ohne Befunderhebung abgebrochen werden (Suva-act. 147 S. 16 f.). Im Übrigen stellen klinisch erhobene Druckdolenzen, Muskelhartspann sowie Bewegungseinschränkungen im Bereich der HWS (vgl. u. a. 3.6/2, 3.5/10, 3.4/13, 3.3/8, 3.3/41 S. 6, 3.3/147 S. 15) praxisgemäss kein klar fassbares organisches Substrat dar (vgl. Urteile des EVG vom 3. August 2005 i/S M. [U 9/05] E. 4 und vom 23. November 2004 i/S B. [U 109/04] E. 2.2).

2.3 Zusammenfassend konnte weder ein infolge der drei Autounfälle noch infolge der beiden Stürze aufgetretenes organisch objektivierbares Substrat für die über den 13. Oktober 2008 hinaus geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers nachgewiesen werden.

3.

3.1 Weiter ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer bei einem seiner Unfälle 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 einem der Unfälle vorgelegen haben (BGE 8C\_181/2007 vom 17. April 2008 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).

3.2 Die medizinischen Berichte gehen konkret beim Unfall 1993 von einem HWS-Schleudertrauma und einer Schädelkontusion (Suva-act. 3.7/2), beim Unfall im Jahr 2003 von einer HWS-Distorsion mit Fehlhaltung (Suva-act. 3.5/2) und beim Autounfall im 2005 von einem HWS-Distorsionstrauma aus (Suva-act. 3.3/3). Distorsionen der HWS sind Folgen von Beschleunigungskräften, die im Sinn einer Überdehnung und Überbiegung auf die HWS einwirken und mit einem Kopfanprall verbunden sein können. Ein eigentliches Schleudertrauma liegt nur dann vor, wenn bei einer Auffahrkollision durch die plötzliche Beschleunigung des getroffenen Fahrzeugs der Kopf des Insassen - ohne anzuprallen - zuerst nach hinten zu knicken scheint und anschliessend nach vorne beschleunigt wird. Führt der Beschleunigungsmechanismus zu einem Kopfanprall, sollte nicht von einem Schleudertrauma, sondern von einer HWS-Distorsion gesprochen werden (vgl. diesbezüglich Thomas Locher, HWS-Distorsionen [Schleudertrauma] - Einführung in die Rechtslage nach schweizerischem Recht, in: Murer/Niederer/Radanov/Rumo-Jungo/Sturzenegger/Walz [Hrsg.], Das sogenannte "Schleudertrauma" - medizinische, biomechanische und rechtliche Aspekte der Distorsionen der Halswirbelsäule, Bern 2001, S. 31 f.). Für die Sturzereignisse in den Jahren 2002 und 2007 fällt eine solche Diagnose offensichtlich bereits definitionsgemäss ausser Betracht. Sodann fehlen zu der im Arzteugnis vom 12. August 1993 vermerkten Schädelkontusion (Suva-act. 3.7/2) weitere Ausführungen. Auf eine neurologische Abklärung wurde damals verzichtet, nachdem der Beschwerdeführer seine geistige Leistungsfähigkeit vier Monate nach dem Unfall wiedererlangt und sich die Konzentrationsschwäche zurückgebildet hatte (Suva-act. 3.7/13). Den Akten lassen sich demnach weder Hinweise auf eine *Commotio cerebri* noch auf eine sonstige Schädelverletzung entnehmen. Lediglich im Bericht von Kreisarzt Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 22. November 1993 wurde die Möglichkeit einer kurzen Amnesie unmittelbar nach dem Auffahrunfall festgehalten (Suva-act. 3.7/13). Ob der Beschwerdeführer aber ein eigentliches Schleudertrauma oder eine schleudertraumaähnliche Verletzung, d.h. eine HWS-Distorsion und/oder ein Schädel-



Hirntrauma, erlitten hat, braucht nicht abschliessend geklärt zu werden. Es genügt, dass davon ausgegangen werden kann, dass er eine Beschleunigungsverletzung der HWS erlitten hat, auch wenn sich diese unbestrittenermassen nicht als strukturelle Verletzung zeigte. Zum Kopfanprall an der Kopfstütze am 9. Januar 2005 fehlen ebenfalls weitere Befunde, wobei anzumerken ist, dass es sich bei der Kopfstütze um einen weichen Gegenstand handelt, dessen Zweck es gerade ist, den Kopf bei einem Aufprall abzufedern. Dies scheint vorliegend auch entsprechend passiert zu sein (vgl. Suva-act. 3.3/6 S. 2). Schliesslich wird von keiner Partei bestritten, dass bei allen drei Autounfällen (vom 22. Juli 1993, 4. September 2003 und 9. Januar 2005) ein Schleuder- bzw. Distorsionstrauma der Halswirbelsäule stattgefunden hat. Auf diese Diagnose in den Arztberichten kann daher abgestellt werden.

3.3 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).

3.4 Folglich ist zu prüfen, ob beim Beschwerdeführer nach den drei Autounfällen jeweils ein typisches Beschwerdebild nach HWS-Distorsionstrauma mit einer Beschwerdehäufung vorgelegen hat. Dr. med. L.\_\_\_\_ hielt bei ihrer Behandlungsaufnahme in der Schweiz im Zeugnis vom 12. August 1993 lediglich den Röntgenbefund sowie die Diagnosen eines HWS- und Schleudertraumas, von Kontusionen der unteren LWS und der beiden Schultern sowie einer Schädelkontusion fest; genaue Angaben über Schmerzen oder weitere Beschwerden fehlen (Suva-act. 3.7/2). Mit Bericht vom 11. Oktober 1993 beschrieb Dr. L.\_\_\_\_ sodann HWS-Beschwerden und neurovegetative Störungen, aber auch eine Störung bei der Verarbeitung des Unfallgeschehens (Suva-act. 3.7/11). Der Kreisarzt Dr. K.\_\_\_\_ dokumentierte im Bericht vom 22. November 1993, dass der Beschwerdeführer unter einer erheblichen Konzentrationsschwäche gelitten habe und unfähig gewesen sei zu rechnen oder zu lesen (Suva-act. 3.7/13). Damit ist zwar unter Hinzurechnung der neurovegetativen Störungen, welche nicht weiter beschrieben wurden, insgesamt von vier Beschwerdetypen (HWS-Beschwerden, neurovegetative Störungen, Unfallverarbeitungs- und Konzentrationsprobleme) auszugehen. Nach dem zweiten



Autounfall (vom 4. September 2003) klagte der Beschwerdeführer über einen sogleich aufgetretenen starken Schmerz, eine Art Krampf im Nackenbereich, der ein bis zwei Minuten angehalten habe. Danach habe er noch leichte Kopfschmerzen gehabt, sich aber ansonsten gut gefühlt; er habe aber auch einen leichten Schock gehabt. Nach ein bis zwei Tagen habe er plötzlich Gefühlsstörungen im rechten Arm und v.a. in den Fingern verspürt. Zudem habe er unter starken Schmerzen im Nackenbereich und im rechten Hinterkopf gelitten (Suva-act. 3.7/5 S. 3). Anfang November 2003 gab er an, noch immer unter einem permanent leichten Kopfdruck zu leiden und seit dem Unfall auf kurze Distanz schlechter zu sehen. Als Hauptbeschwerden machte er Orientierungslosigkeit, Konzentrationsmängel sowie grosse Vergesslichkeit geltend (Suva-act. 3.5/6). Auch während der kreisärztlichen Untersuchung vom 14. Januar 2004 beschrieb er unverändert starke Nackenschmerzen, welche bei jeder Kopfbewegung auftreten würden und mit Kopfschmerzen verbunden seien. Sie würden verstärkt, wenn er sich beispielsweise nach vorne bücke. Dann bekomme er auch ein Schwindelgefühl und es werde ihm übel (Suva-act. 3.5/17). Diese Erhebungen zeigen ein Beschwerdebild mit einigen typischen Beeinträchtigungen unmittelbar nach dem Unfall vom 4. September 2003. Vor dem dritten Autounfall am 9. Januar 2005 war der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben wieder mehr oder weniger beschwerdefrei (Suva-act. 3.3/4). In der Unfallmeldung vom 18. Januar 2005 machte er ausser Schmerzen im Nacken und später auch in der Kreuzgegend keine weiteren Verletzungen geltend (Suva-act. 3.3/6). Erst im Ärztlichen Zeugnis vom Dr. B.\_\_\_\_ vom 9. März 2005 wurden zusätzlich chronische Kopf- und Nackenschmerzen, ausstrahlend in den rechten Arm sowie Schwindel, Vergesslichkeit und ein Konzentrationsmangel festgehalten (Suva-act. 3.3/7). Zusammenfassend lag nach dem zweiten und dritten Unfall eine Häufung von Beeinträchtigungen im Sinn eines typischen Beschwerdebilds nach HWS-Distorsionstrauma vor, was als natürlich-kausale Unfallfolge eines HWS-Traumas zu betrachten ist; für den ersten Unfall kann diese Frage offen bleiben.

4.

4.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt kumulativ voraus, dass zwischen dem Unfall und der eingetretenen Gesundheitsbeeinträchtigung die natürliche sowie die adäquate Kausalität gegeben sein muss. Sie entfällt erst, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens



mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Weil es sich dabei um eine leistungsaufhebende Tatsache handelt, liegt die Beweislast nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des EVG vom 15. Oktober 2003 i/S P. [U 154/03], RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45).

4.2 Die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den über den 13. Oktober 2008 hinaus geklagten Beschwerden und einem streitigen Unfall kann offen bleiben, wenn - wie nachfolgende Ausführungen ergeben - eine weitergehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin mangels Bestehens des kumulativ vorausgesetzten adäquaten Kausalzusammenhangs zu verneinen ist (BGE 135 V 472 E. 5.1). Hinsichtlich des Autounfalls vom 22. Juli 1993 kann das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs aber ohne Weiteres verneint werden. Dazu ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gemäss Dr. K.\_\_\_\_ drei Monate nach dem Unfallereignis seine geistige Leistungsfähigkeit zurückerlangt (Suva-act. 3.7/13) und der Hausarzt Dr. med. N.\_\_\_\_, Spezialarzt für Innere Medizin FMH, den Fall am 17. Dezember 1993 nach Besserung der Probleme abgeschlossen hatte (Suva-act. 3.7/15). Die im Dezember 1993 aufgetretenen Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Schulterbereich bis in die Finger beurteilte Dr. H.\_\_\_\_ als mögliches radikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom C8, evtl. auch C7. Residuen dieses Ereignisses seien auch beim Untersuch am 6. Juni 1994 noch feststellbar gewesen, die noch bestehenden Sensibilitätsstörungen für den Beschwerdeführer subjektiv aber nicht mehr ausgeprägt störend gewesen (Suva-act. 3.7/17). Laut dem Kreisarztbericht von Dr. O.\_\_\_\_ vom 14. Januar 2004 hing dieses Reiz- und Ausfallsyndrom infolge langer Latenzzeit nicht kausal mit dem Unfall von 1993 zusammen. Der Beschwerdeführer war somit in Bezug auf die HWS bis zum Auffahrunfall 2003 während fast zehn Jahren ohne den Nachweis von Brückensymptomen uneingeschränkt arbeitsfähig. Es kann deshalb nicht von einer erhöhten Vulnerabilität ausgegangen werden. Folglich ist nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, dass das Ereignis vom 22. Juli 1993 im Einstellungszeitpunkt (13. Oktober 2008) noch Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zeigte, weshalb die natürliche Kausalität zu verneinen ist.

5.

5.1



5.1.1 Die Adäquanzprüfung hat nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses zu erfolgen, und nicht solange von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch immer eine namhafte Besserung erwartet werden kann (= Fallabschluss gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG; Urteil des EVG vom 11. Februar 2004 i/S K. [U 246/03]; BGE 134 V 112 ff.). Sind die Voraussetzungen für den Fallabschluss erfüllt, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung abzuschliessen. Diesbezüglich macht der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers geltend, dass der Endzustand am 13. Oktober 2008 noch nicht erreicht gewesen und der Fallabschluss durch die Beschwerdegegnerin daher zu früh erfolgt sei. Der Fallabschluss durch den Unfallversicherer bedingt laut Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008 (8C\_467/2008, E. 5.2.2.2) lediglich, dass von weiteren Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist. Der Gesundheitszustand der versicherten Person ist dabei prognostisch und nicht auf Grund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen (RKUV 2005 Nr. U 577 S. 388 E. 3).

5.1.2 Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_ hielt am 25. September 2008 fest, dass beim Beschwerdeführer insgesamt von einem stabilen Zustand ausgegangen werden müsse. Somatisch strukturell hätten keine Unfallfolgen nachgewiesen werden können. Der Beschwerdeführer sei unter anderem stationär rehabilitiert worden, so dass ein aktives Training durchgeführt worden sei, was grundsätzlich zur Linderung indiziert gewesen sei (Suva-act. 3.3/129). Auch das MEDAS-Gutachten vom 24. Juni 2009, welches als Hauptdiagnosen für die Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit psychogene kognitive Störungen, insbesondere leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörungen sowie ein bis mittelschweres dysexekutives Syndrom, eine Somatisierungsstörung und eine Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen festhielt, sah keine im Hinblick auf die Erhöhung der Arbeitsfähigkeit erfolgsversprechenden Behandlungsmassnahmen vor. Der zur Organisation der Tagesstruktur vorgeschlagene systematische Einsatz einer Strukturierungshilfe (z.B. des Natels) durch ergotherapeutisch und neuropsychologische Unterstützung fällt nicht darunter (Suva-act. 3.3/147 S. 22 und 26). Damit ist der Zeitpunkt des Fallabschlusses und der Adäquanzprüfung nicht zu beanstanden.



5.2 Hat die versicherte Person mehr als einen Unfall mit Schleudertrauma der HWS oder gleichgestellter Verletzung erlitten, so ist die Adäquanz prinzipiell für jeden Unfall gesondert zu beurteilen. In diesem Rahmen ist es nach der Rechtsprechung jedoch nicht generell ausgeschlossen, die wiederholte Betroffenheit desselben Körperteils bei der Adäquanzprüfung zu berücksichtigen. Letzteres ist insbesondere dann denkbar, wenn die Auswirkungen der verschiedenen Ereignisse auf gewisse Beschwerden und/oder auf Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit nicht voneinander abgegrenzt werden können (SVR 2007 UV Nr. 1 S. 1 [U 39/04], E. 3.3.2 mit Hinweisen; J.-M. Duc, La jurisprudence des assurances sociales concernant les traumatismes cervicaux, SZS 52/2008 S. 66f.).

5.3 Bereits im Bericht der Klinik Valens vom 5. November 2003 wiesen die Ärzte auf eine deutlich narzisstische Persönlichkeit des Beschwerdeführers hin, welche sich als sehr limitierender Faktor gezeigt habe (Suva-act. 3.5/10). Auf Grund der neuropsychologischen Untersuchung am Universitätsspital Zürich vom 24. August 2004, auf welche der Austrittsbericht der Thurgauer Klinik St. Katharinental vom 18. Mai 2006 hinweist, seien die anamnestisch ausgeprägten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen dort im Zusammenhang mit dem chronifizierten zervikozephalen Schmerzsyndrom und der sekundären neuropsychologischen Entwicklung beurteilt worden. Damals sei eine Optimierung der Schmerztherapie sowie eine psychiatrische Betreuung und die Anwendung von Entspannungsverfahren empfohlen worden. Die Ärzte der St. Katharinentalklinik führten ein chronisches posttraumatisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont sowie ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits auf und empfahlen eine regelmässige psychotherapeutische Behandlung (Suva-act. 3.3/41). Der Psychiater Dr. D.\_\_\_\_, der den Beschwerdeführer ab dem 26. Oktober 2007 behandelte, hielt mit Bericht vom 6. Juni 2008 eine seit mindestens Oktober 2007, anamnestisch schon länger dauernde, vollständige Arbeitsunfähigkeit infolge einer rezidivierenden depressiven Störung, einer gegenwärtig mittelgradigen Episode (F33.1) mit dem Gefühl einer seit dem (zweifelhaften) Schleuderunfall 1999 (vgl. Erwägung 2.1) persistierenden Persönlichkeitsveränderung fest (Suva-act. 3.3/117). Laut dem MEDAS-Gutachten sind die beklagten mnestic-kognitiven Defizite psychogen bedingt. Beim Beschwerdeführer stehe eine psychische Störung v.a. des Verhaltens bzw. ein dysexekutives Syndrom im Vordergrund, wobei die Ätiologie infolge der durch den



Beschwerdeführer verunmöglichten Zusatzdiagnostik (MRI) nicht sicher habe festgelegt werden können. Mit grosser Wahrscheinlichkeit trage die prämorbid Persönlichkeitsstruktur massgeblich zum Grad der subjektiven Einschränkung des Versicherten bei. Die Arbeitsfähigkeit sei aus neuropsychologischer Sicht im prämorbidem Betätigungsfeld auf Grund der notwendigen Selbststrukturierung wahrscheinlich nicht mehr gegeben, während aus psychiatrischer Sicht eine Umschulung in eine adaptierte unselbständige Tätigkeit wegen der narzisstischen Problematik des Beschwerdeführers heikel sei (Suva-act. 3.3/147 S. 25 f.). Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter eine Osteochondrose und Spondylarthrose der HWS, insbesondere eine deformierende Spondylose C4-6, eine Osteochondrose der LWS mit Spondylarthrose L3-S1 und Spondylose L1-3 sowie Adipositas und Spannungskopfschmerzen mit Verdacht auf eine analgetikainduzierte Schmerzkomponente auf (Suva-act. 3.3/147 S. 22). Dass die Beschwerden durch somatische Unfallfolgen nicht mehr erklärbar seien, geht auch aus der Beurteilung von Kreisarzt Dr. G. \_\_\_ vom 10. September 2008 (Suva-act. 3.3/126) sowie seiner Stellungnahme vom 25. September 2008 (Suva-act. 3.3/129) hervor. Danach würden sich infolge der Unfälle weder röntgenologisch strukturelle Unfallfolgen zeigen, noch hätten neurologische Ausfälle festgestellt werden können (Suva-act. 3.3/126). 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 praxismässig 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](#)). Vor diesem Hintergrund ist die für jeden Unfall grundsätzlich gesondert vorzunehmende Adäquanzprüfung trotz mehrerer HWS-Distorsionen und des zumindest partiell gegebenen typischen Beschwerdebilds nicht nach der Rechtsprechung gemäss [BGE 117 V 366 ff.](#), sondern nach jener zu psychischen Fehlentwicklungen nach Unfällen ([BGE 115 V 133 ff.](#)) vorzunehmen.

6.

6.1 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.

6.2 Beim Autounfall vom 22. Juli 1993 erübrigt sich eine eigenständige Adäquanzprüfung, nachdem das Vorhandensein der natürlichen Kausalität bereits verneint wurde (vgl. Erwägung 4.2).

6.3 Bei den Unfällen vom 12. April 2002 (Ausrutschen auf nassem Boden) und 13. Januar 2007 (Sturz auf vereister Metallladerampe) handelt es sich jeweils um einen gewöhnlichen Sturz bzw. ein Ausrutschen, was rechtsprechungsgemäss den leichten



Unfällen zuzuordnen ist mit der Folge, dass der adäquate Kausalzusammenhang zwischen beiden Unfällen und den psychischen Störungen ohne Weiteres verneint werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juni 2010 i/S W. [8C\_168/2010] E. 6.2, Urteile des EVG vom 9. Dezember 2004 i/S K. [U 84/04] E. 4.3, und vom 30. November 2004 i/S E. [U 300/03] E. 3.3).

### 6.4

6.4.1        Rechtsprechungsgemäss werden einfache Auffahrunfälle in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236, U 380/04 E. 5.1.2 mit Hinweisen). Für den Auffahrunfall vom 4. September 2003, bei welchem ein nachfolgendes Auto auf den mit ca. 20 - 30 km/h fahrenden Personenwagen, dessen Beifahrer der Beschwerdeführer war, auffuhr (Suva-act. 3.5/5), liegen keine Umstände vor, die zu einer anderen Beurteilung Anlass geben würden. Die Adäquanz wäre daher zu bejahen, falls ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise gegeben ist oder die zu berücksichtigenden Kriterien insgesamt in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sind (BGE 117 V 367 f. E. 6b, bestätigt in BGE 134 V 126 f. E. 10.1).

6.4.2        Der Unfall vom 4. September 2003 hat sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet noch war er - objektiv betrachtet - von besonderer Eindrücklichkeit. Die Diagnose einer HWS-Distorsion vermag das Kriterium der Schwere oder der besonderen Art der erlittenen Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hiezu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besondere Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Solche Umstände sind vorliegend klar nicht gegeben. Daran vermag auch die zusätzlich erlittene Ellbogenkontusion (Prellung) nichts zu ändern, da Prellungen erfahrungsgemäss nicht als geeignet betrachtet werden, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Im Zusammenhang mit der Frage der Dauer der ärztlichen Behandlung ist zu beachten, dass das nach der HWS-Verletzung aufgetretene Beschwerdebild bereits während des stationären Aufenthalts in der Klinik Valens vom 7. bis 25. Oktober 2003 nicht mehr vorwiegend organischer, sondern viel eher psychischer Natur war, weshalb die psychiatrische Betreuung durch den Psychosomatischen Dienst nach dem Klinikaustritt auch ambulant fortgesetzt wurde



(Suva-act. 3.5/8). Ebenso standen nach der kreisärztlichen Untersuchung vom 14. Januar 2004 die somatischen Beschwerden im Hintergrund (mit Verweis auf Suva-act. 3.5/15). Der Beschwerdeführer habe angegeben, damit leben zu können (Suva-act. 3.5/17). Bezüglich des rechten Ellbogens stellte Kreisarzt Dr. O. \_\_\_ gestützt auf die Röntgenaufnahmen vom 23. Januar 2004 keinen Befund zur Klärung der in diesem Bereich geklagten Beschwerden fest, und es ergaben sich auch keine Therapiefolgen daraus. Folglich ist das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ebenfalls nicht gegeben. Der Beschwerdeführer schilderte, nach dem Unfall vom September 2003 während ungefähr einem Jahr an Kopf- und Nackenschmerzen sowie an Schmerzen im rechten Ellbogen zu leiden. Diese gingen mit der Zeit jedoch zurück und wurden spätestens ab Januar 2005 nicht mehr geltend gemacht (Suva-act. 3.5/10, 17, 27, 36, 38, 41). Diesbezüglich kann auf Grund der Akten auch nicht von erheblichen Schmerzen ausgegangen werden, weshalb das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen ebenfalls nicht erfüllt ist. Anzeichen für eine fachärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, ein schwieriger Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen gehen aus den medizinischen Akten nicht hervor. Schliesslich sind auch Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht in erheblichem bzw. ungewöhnlich langem Mass als erfüllt zu betrachten, nachdem die Ärzte der Klinik Valens den Beschwerdeführer im Austrittsbericht vom 5. November 2003, d.h. zwei Monate nach Unfalleintritt, wieder zu 100% für arbeitsfähig befanden (Suva-act. 3.5/10) und Kreisarzt Dr. O. \_\_\_ nach Durchführung weiterer Abklärungsmassnahmen dieser Beurteilung in der Stellungnahmen vom 22. März 2004 folgte (Suva-act. 3.5/25). Damit ist keines der Kriterien erfüllt und die Adäquanz folglich zu verneinen. Im Übrigen war dieser Unfall - wie eingangs erwähnt - bereits Gegenstand des Einspracheverfahrens, das mit Entscheid vom 5. Oktober 2004 rechtskräftig per 5. April 2004 abgeschlossen wurde.

6.4.3 Die Praxis stuft auch Auffahrkollisionen vor einem Fussgängerstreifen oder einem Lichtsignal regelmässig als mittelschweres, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis ein (RKUV 2003 Nr. U 489 S. 360 E. 4b mit Hinweisen). Ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - ein nachfolgender Personenwagen fuhr innerorts auf das vor einem Fussgängerstreifen stehende Auto des Beschwerdeführers auf - wäre das Unfallereignis vom 9. Januar 2005 daher gleich zu qualifizieren. Ob auf Grund der geringen kollisionsbedingten



Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) von 3.5 - 7.5 km/h (Suva-act. 3.3/83) sogar eine Qualifizierung als leichter Unfall gerechtfertigt wäre (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 7. August 2001 i/S B. [U 33/01] E. 3a; vom 10. November 2004 i/S R. [U 174/03] E. 5.2 ff.: kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung von 4 - max. 7 km/h als banaler Unfall qualifiziert), wobei gemäss Urteil des Bundesgerichts vom 29. Oktober 2002 i/S S. [U 22/01] E. 7.1 zusätzlich unmittelbar im Anschluss an den Unfall nur geringe Beschwerden hätten vorliegen dürfen (lediglich Nackenschmerzen ohne direkte Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mit fehlender Notwendigkeit, unmittelbar nach dem Ereignis den Arzt aufzusuchen), kann vorliegend offen gelassen werden. Dies, weil die Adäquanz auch bei einer Prüfung der Kriterien gemäss BGE 115 V 133 zu verneinen ist, wie nachfolgende Ausführungen zeigen:

Das geschilderte Ereignis war weder von besonderer Eindrücklichkeit noch mit besonders dramatischen Begleitumständen verbunden, so dass dieses Merkmal nicht erfüllt ist.

Bezüglich der erlittenen HWS-Distorsion ist festzuhalten, dass die Diagnose eines Schleudertraumas für sich allein keine besondere Art oder Schwere der erlittenen Verletzung zu begründen vermag, sondern der Prüfung im Einzelfall bedarf (vgl. RKUV 2005 Nr. U 549 S. 238 E. 5.2.3; ferner Urteile des EVG vom 11. Juli 2005 i/S K. [U 446/04] E. 2.4.2; vom 31. Mai 2005 i/S P. [U 329/03] E. 3.3.2; vom 20. Mai 2005 i/S J. [U 279/04] E. 3.3.3, je mit Hinweisen). Mit Bezug auf jene Fälle, in denen die Adäquanz nach erlittener HWS-Distorsion (ohne objektivierbare traumatische Läsionen) nach der für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall geltenden Rechtsprechung zu beurteilen ist, hat das Eidgenössische Versicherungsgericht im Urteil vom 14. Oktober 2004 i/S C. [U 66/04] E. 6.3 entschieden, dass das Adäquanzkriterium der besonderen Art der erlittenen Verletzung hier sachlogisch ausser Betracht falle. Denn ein Schleudertrauma der HWS oder eine ihm gleichgestellte äquivalente Verletzung stelle in solchen Fällen überhaupt keine unfallkausale Teilursache oder nur eine solche von ganz untergeordneter Bedeutung für die eingetretene psychische Fehlentwicklung dar. Ob diese Betrachtungsweise für alle denkbaren Konstellationen - also auch bei wiederholten HWS-Distorsionen - zu gelten hat, kann hier offen bleiben (vgl. auch Urteil des EVG vom 16. Dezember 2005 i/S G. [U 297/04] E. 4.3.2). Selbst wenn auf Grund der wiederholten Betroffenheit der HWS vorliegend ein besonders geartetes



## St.Galler Gerichte

Schleudertrauma angenommen würde, dem die grundsätzliche Eignung, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen, nicht von vornherein gänzlich abgesprochen werden könnte, führte dies - wie nachfolgende Erwägungen zeigen - zu keiner Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs.

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 i/S D. [U 11/07] E. 5.3.1 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer war vom 13. bis 30. September 2005 zur ambulanten Rehabilitation im Medizinischen Zentrum Bad Ragaz (Suva-act. 3.3/23) und vom 19. April bis 6. Mai 2006 stationär in der Thurgauer Klinik St. Katharinental hospitalisiert, danach sollte die medizinische Trainingstherapie weitergeführt werden (Suva-act. 41). Zwischen diesen beiden längeren Spitalabklärungen fanden während einer unbestimmten Dauer laut Angaben des Beschwerdeführers aber keine Therapien statt (Suva-act. 28). Weitere Behandlungen bestanden schliesslich nur noch in Physiotherapiesitzungen (vgl. Suva-act. 3.3/54) und den für die Adäquanzprüfung nicht relevanten psychotherapeutischen Behandlungen (Suva-act. 3.3/117). Damit ist das Kriterium einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung nicht erfüllt.

Der Beschwerdeführer war vor diesem jüngsten Auffahrunfall 2005 mehr oder weniger beschwerdefrei (Suva-act. 3.5/41). Als Folge des Unfalls vom 9. Januar 2005 traten Schmerzen im Nacken- und Rückenbereich auf, wobei die Nackenschmerzen nach einer Stunde Autofahren oder unbequemem Sitzen entstehen und dann in den Kopf bis in die Stirn ausstrahlen würden. Je nach Bewegung würden auch punktuelle Schmerzen in den Schultern auftreten, seitlich lokalisiert, jedoch kein Dauerschmerz. Zudem bestünden auch Anlaufschmerzen im Kreuz und v.a. nach dem Aufstehen. Gemäss dem MEDAS-Gutachter Dr. med. P.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, waren die Beschwerden in der Hals- und der Lendenwirbelsäule jedoch bedingt durch die seit vielen Jahren nachgewiesenen degenerativen Veränderungen (Suva-act. 3.3/147



Orthopädisches Consiliargutachten vom 4. Mai 2009 S. 2) und damit nicht unfallkausal. Auch hinsichtlich der Kopfschmerzen ist eine Unfallkausalität nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, werden diese gemäss MEDAS-Gutachten doch als Spannungskopfschmerzen mit Verdacht auf eine analgetikainduzierte Schmerzkomponente festgehalten. Zudem kann auch hier nicht von Dauerschmerzen ausgegangen werden, da die Kopfschmerzen lediglich nach Anspannungen oder Bewegungen wie dem Bücken auftreten (Suva-act. 3.3/147 S. 5, 22, Orthopädisches Consiliargutachten vom 4. Mai 2009 S. 2). Im Übrigen waren laut Dr. G.\_\_\_\_ sämtliche Beschwerden spätestens per 1. August 2006 nicht mehr unfallkausal (Suva-act. 3.3/63 S. 5). Zusammenfassend bestehen demnach keine durch organisch nachgewiesene Unfallfolgen hervorgerufene Dauerschmerzen, welche so erheblich wären, dass sie den Beschwerdeführer im Lebensalltag massgeblich beeinträchtigen würden.

Im Rahmen der die psychischen Faktoren ausblendenden Adäquanzprüfung nach [BGE 115 V 133](#) ff. können auf Grund der Akten ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, ohne Weiteres ausgeschlossen werden.

Der Beschwerdeführer war im Anschluss an das Unfallereignis vom 9. Januar 2005 vollständig arbeitsunfähig. Ab dem 29. März 2005 konnte er die Arbeitsfähigkeit wieder auf 50% steigern. Danach wurde diese Teilarbeitsfähigkeit lange Zeit lediglich durch die beiden Rehabilitationsaufenthalte unterbrochen (Suva-act. 3.3/62). Vom 1. März 2006 an betrug die Arbeitsunfähigkeit noch 25% (Suva-act. 3.3/34, 62). Beim Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit gilt es schliesslich auch den Umstand zu berücksichtigen, dass die psychischen Probleme schon relativ früh die organischen Beschwerden unterhalten haben. Gemäss dem Austrittsbericht der Thurgauer Klinik St. Katharinental, wonach die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im angestammten Tätigkeitsbereich weiterhin 75% betrug, waren die Beschwerden und damit auch die Arbeitsunfähigkeit nicht mehr vorwiegend durch organische, sondern vielmehr durch neuropsychologische Defizite begründet (Suva-act. 3.3/41 S. 3). Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_ ging schliesslich mit Bericht vom 27. Februar 2007 davon aus, dass am 1. August 2006 keine Unfallfolgen mehr vorhanden waren (Suva-act. 3.3/63 S. 5 f.). Dr. D.\_\_\_\_, der den Beschwerdeführer seit Ende Oktober 2007 psychiatrisch



behandelte, befand ihn wegen seines depressiven Zustandsbilds seit mindestens Oktober 2007, anamnestisch schon länger, als vollständig arbeitsunfähig (Suva-act. 3.3/117). Darauf stellte auch das MEDAS-Gutachten ab (Suva-act. 3.3/147 S. 25). Unter diesen Umständen kommt dem Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit kein besonderes Gewicht zu.

Somit ist keines bzw. höchstens eines der Kriterien (die besondere Art oder Schwere der erlittenen Verletzung wegen wiederholten HWS-Distorsionen) als erfüllt zu betrachten. Folglich ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Unfall vom 9. Januar 2005 nicht geeignet war, die bestehenden psychisch bedingten Beschwerden des Beschwerdeführers auch über den 13. Oktober 2008 hinaus adäquat-kausal zu beeinflussen. Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht für die Zeit ab 13. Oktober 2008 daher zu Recht verneint.

7.

Dem Begehren, es sei ein ergänzendes Gutachten einzuholen, ist nicht stattzugeben. Da die vorliegenden medizinischen Akten - mit Ausnahme der teilweisen Nennung weiterer Unfallereignisse, was jedoch in ihren Beurteilungen ohne Relevanz ist - in sich schlüssig, nachvollziehbar und vollständig sind und nicht anzunehmen ist, dass weitere medizinische Abklärungen für die Beurteilung des vorliegend relevanten Sachverhalts neue Erkenntnisse bringen, kann darauf verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung vgl. BGE 131 I 153 E. 3 S. 157, 124 V 90 E. 4b S.94; Praxis 88/1999 Nr. 117 S. 636 ff.; SVR UV 1996 Nr. 62 E. 3 S. 212 f.).

8.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 1. Oktober 2009 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.