



Fall-Nr.: UV 2011/9
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 09.08.2019
Entscheiddatum: 19.04.2012

Entscheid Versicherungsgericht, 19.04.2012

Art. 6 UVG. Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden im Nachgang zu einem Autounfall mit HWS-Distorsion und Commotio cerebri (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. April 2012, UV 2011/9).

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei,
Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 19. April 2012

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Peter Conzett, Kapfstrasse 46, 9453 Eichberg,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen



Sachverhalt:

A.

A.a A.____ war als Mechaniker bei der B.____ GmbH beschäftigt und dadurch bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er am 28. Dezember 1998 am Arbeitsplatz einen "Knacks" im Halswirbelbereich erlitt (UV-act. II/1). Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, diagnostizierte im Bericht vom 3. Februar 1999 einen Verdacht auf ein cervikoradikuläres Syndrom im Bereich der unteren HWS, eventuell eine Diskushernie C6/C7. Die Frage, ob Unfallfolgen vorlägen, beantwortete er mit "eher nein" (UV-act. II/2). Die Suva anerkannte in der Folge dennoch ihre Leistungspflicht (UV-act. II/32). Seit 1. Mai 2001 bestand wieder eine volle Arbeitsfähigkeit beim Versicherten. Wegen des chronifizierten posttraumatischen Cervikothorakovertebralsyndroms konsultierte er in den Folgejahren Dr. C.____ in grossen Abständen (vgl. UV-act. II/95).

A.b Am 30. April 2008 kam der Versicherte mit seinem Personenwagen infolge eines Ausweichmanövers von der Strasse ab und verunfallte (UV-act. I/1, I/7 Beilage, I/11). Bei der Erstbehandlung wurde eine Kopfprellung mit Commotio cerebri diagnostiziert, bei unauffälligem Röntgenbild des Schädels und fehlenden neurologischen Defiziten (UV-act. I/11 S. 8 und 13). Dr. med. D.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, bestätigte in den Berichten vom 24. und 30. Mai 2008 die Diagnosen einer Commotio cerebri, einer HWS-Distorsion sowie einer LWS- und Thorax-Kontusion (vgl. UV-act. I/6 Beilage). Die Suva erbrachte Taggeldleistungen und übernahm Heilungskosten. Nach Durchführung von ärztlichen Behandlungen und Abklärungen informierte sie den Versicherten mit Schreiben vom 26. Februar 2009, dass er neben den unfallbedingten Beschwerden an der HWS unter Beschwerden leide, welche nicht auf den Unfall zurückzuführen seien (LWS, Diskushernie, Stuhl- und Harninkontinenz, Beinschwäche rechts, Morbus Dupuytren); die daraus resultierende Behandlung und allfällige Arbeitsunfähigkeit gehe nicht zu Lasten der Suva. Es bestehe vorerst weiterhin eine unfallbedingte Arbeitsfähigkeit von 50% ab 1. Februar 2009. Die beantragte Osteopathie-Behandlung könne von der Suva nicht übernommen werden (UV-act. I/52). Mit Verfügung vom 23. Oktober 2009 stellte die Suva die Versicherungsleistungen auf den 31. Oktober 2009 ein mit der Begründung, die geklagten Beschwerden seien



organisch nicht hinreichend nachweisbar. Die adäquate Unfallkausalität sowie der Anspruch auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung seien zu verneinen (UV-act. I/92). Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache (UV-act. I/95) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 15. Dezember 2010 ab.

B.

B.a Gegen diesen Entscheid erhob Rechtsanwalt lic. iur. Tim Walker, Trogen, für den Versicherten am 31. Januar 2011 Beschwerde mit den Anträgen, der Entscheid und die Verfügung vom 23. Oktober 2009 seien aufzuheben (1), es seien ab 1. Februar 2009 ganze Taggelder auf der Basis einer Arbeitsunfähigkeit von 100% ausbezahlt (2), über eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung sei später zu entscheiden, wenn sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stabilisiert habe (3), und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, sämtliche Beträge aufgrund eingereicherter Rechnungen für die Behandlung von Unfallfolgen zu übernehmen (4). Es sei die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen. Zur Begründung legte der Rechtsvertreter unter anderem dar, der Beschwerdeführer leide nach wie vor auch an den Folgen des ersten Unfalls vom 28. Dezember 1998. Die nach wie vor durchgeführte Therapie helfe, dessen Folgen nicht zu verschlimmern. Es gebe keinen Grund, die Taggelder ab 1. Februar 2009 zu reduzieren bzw. ab 1. November 2009 ganz einzustellen. Ihm sei nach wie vor keine Arbeit zumutbar, zumal er zwischenzeitlich, während des laufenden Einspracheverfahrens, einen weiteren Sturz erlitten habe. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei adäquat-kausale Folge der drei Unfälle. Die Folgerungen des Kreisarztes würden weder mit den Erkenntnissen der Rehaklinik E.____ übereinstimmen, noch würden sie die Berichte der beteiligten Spezialärzte berücksichtigen. Dass sich die Bandscheiben-Probleme wieder verstärkt hätten, sei auf die übermässige Belastung/Fehlbehandlung in der Klinik E.____ nach dem Unfall vom 30. April 2008 zurückzuführen. Dass dem Beschwerdeführer nach zwölf Jahren gekündigt worden sei, sei auf die fragwürdige Arbeit des Case Managers zurückzuführen. Die von der Beschwerdegegnerin nicht übernommene Osteopathie-Behandlung sei nachträglich (als Unfallbehandlung) zu anerkennen.

In der Beschwerdeergänzung vom 27. April 2011 hielt der neue Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Peter Konzett, Eichberg, unter anderem



zusätzlich fest, die kreisärztliche Untersuchung anerkenne, dass die HWS-Leiden zu den Unfallfolgen zu rechnen seien, nicht jedoch die weiteren Symptome. Die kreisärztliche Untersuchung gehe dann ohne jede Begründung davon aus, dass diese rein unfallbedingten Kriterien immer mehr in den Hintergrund treten dürften. Dies sei eine falsche Annahme, die seither nicht mehr in Frage gestellt worden sei. In der ärztlichen Beurteilung vom 29. September 2009 bezeichne der Kreisarzt die Veränderungen an der HWS plötzlich als degenerative Veränderungen, die als Krankheit eine sehr hohe Verbreitung in der Bevölkerung hätten, jedoch nicht dem Unfallereignis angelastet werden könnten. Dies ohne neue Untersuchung des Patienten und sehr im Gegensatz zu den Feststellungen in der kreisärztlichen Untersuchung vom 24. Februar 2009. Der Beschwerdeführer leide heute noch an den HWS-Veränderungen, die weitreichende Beschwerden auslösen würden. Der Arbeitsunfall von 1998 habe ihn nicht aus der Bahn geworfen. Vom Unfall 2008 habe er sich jedoch nicht mehr erholt und leide heute noch unter Auswirkungen desselben. Er sei bis heute arbeitsunfähig. Der Bericht der Rehaklinik E.____ könne diesbezüglich keine Beachtung finden. In der Rehaklinik E.____ habe sich eine Diskushernie gebildet, die aufgrund falscher Instruktionen in der Physiotherapie entstanden seien. Es sei nicht angezeigt gewesen, auch gegen die Rehaklinik ein Verfahren zu eröffnen, dessen Ausgang aufgrund der Beweisschwierigkeiten unsicher gewesen sei. Doch für die Frage der Adäquanz sei diese Fehlleistung, die auch zu einer Rückenoperation geführt habe, zu beachten (act. G 11). Mit Eingabe vom 8. Juni 2011 ergänzte der Rechtsvertreter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (act. G 16).

B.b Am 21. Juni 2011 wurde das Gesuch betreffend unentgeltliche Rechtsverteidigung für das vorliegende Verfahren bewilligt (act. G 17).

B.c In der Beschwerdeantwort vom 22. Juni 2011 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei. Zur Begründung verwies sie auf die Darlegungen im angefochtenen Entscheid und führte unter anderem aus, soweit der Beschwerdeführer für die Zeit ab 1. Februar 2009 verlange, es seien für eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit Taggelder zu entrichten und es seien die Kosten für die Osteopathie-Behandlung zu übernehmen, sei auf die Beschwerde nicht einzutreten. Soweit auf den früheren Unfall vom 28. Dezember 1998 Bezug genommen werde, so könne darauf ebenfalls nicht eingetreten werden. Der angebliche, in Ziff. III.3 der



Beschwerde erwähnte Sturz sei der Beschwerdegegnerin nie gemeldet worden. Dieses angebliche Ereignis sei auch nicht Gegenstand des Verfügungs- und Einspracheverfahrens gewesen. In diesem Punkt könne auf die Beschwerde ebenfalls nicht eingetreten werden. Die mit Schreiben vom 26. Februar 2009 angenommene Arbeitsfähigkeit von 50% sei angesichts der medizinischen Aktenlage (UV-act. I/29 und I/50) nicht zu beanstanden. Die Adäquanz sei nicht nach der Schleudertrauma-Praxis, sondern nach der Psycho-Praxis zu prüfen. Ein typisches Beschwerdebild habe sich nicht in einem nahe beim Unfallzeitpunkt liegenden Zeitraum manifestiert. Ferner sei das Beschwerdebild von Anfang an psychisch geprägt und dominiert gewesen. Der medizinische Endzustand sei in Bezug auf die nicht objektivierbaren physischen Beschwerden per Ende Oktober 2009 klarerweise erstellt. Von weiteren Behandlungen habe weder mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit noch im erforderlichen Ausmass (erheblich, ins Gewicht fallend) eine Besserung des psychischen Gesundheitszustandes erwartet werden können. Ausgehend von einem mittelschweren Unfall im mittleren Bereich sei die adäquate Unfallkausalität zu verneinen.

B.d Mit Replik vom 5. Juli 2011 (act. G 21) und Duplik vom 12. Juli 2011 (act. G 23) bestätigten die Parteien ihre Standpunkte.

Erwägungen:

1.

1.1 In der Beschwerde wird ein Sturz des Beschwerdeführers erwähnt, den dieser während des laufenden Einspracheverfahrens erlitten habe (act. G 1 III.3). In einem Bericht vom 10. Januar 2011 hielt die Psychiaterin Dr. med. F.____ fest, im September 2010 sei der Beschwerdeführer auf der Strasse gestürzt und habe sich an der rechten Schulter verletzt. Er befinde sich in Behandlung bei Dr. med. G.____, FMH für Orthopädie, IV-Akten, UV-act. I/121). Dieser Sturz wurde der Beschwerdegegnerin unbestrittenermassen nicht gemeldet (vgl. act. G 18 S. 3) und bildete dementsprechend auch nie Gegenstand einer Verfügung bzw. des angefochtenen Einspracheentscheids. Hierauf kann in diesem Verfahren nicht eingetreten werden.



Im angefochtenen Einspracheentscheid (E. 2), nicht jedoch in der diesem Entscheid zugrunde liegenden Verfügung (UV-act. I/92), thematisierte die Beschwerdegegnerin auch das Ereignis vom 28. Dezember 1998, indem sie diesbezügliche unfallkausale Restfolgen verneinte. Fest steht, dass nach dem Unfall vom 28. Dezember 1998 beim Beschwerdeführer seit 1. Mai 2001 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestand. Wegen des chronifizierten posttraumatischen Cervikothorakovertebralsyndroms konsultierte er in den Folgejahren Dr. C. ___ in grossen Abständen, welcher jeweils eine Serie Nacken-Massage verordnete (vgl. UV-act. II/95). Im Austrittsbericht der Rehaklinik E. ___ vom 16. Oktober 2008 wurde festgehalten, dass dieser Fall mittlerweile abgeschlossen sei (UV-act. I/29 S. 1 unten). Bei dieser Aktenlage hat als erstellt zu gelten, dass jedenfalls im Zeitpunkt des zweiten Unfalls vom 30. April 2008 keine durch das erste Ereignis bedingte Behandlungsbedürftigkeit mit der Aussicht auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit mehr vorlag (vgl. Art. 19 UVG) bzw. die zuvor durchgeführten sporadischen Behandlungsmassnahmen lediglich der Schmerzlinderung und Aufrechterhaltung des erreichten Zustands dienten. Der Beschwerdeführer liess denn auch ausführen, die nach wie vor durchgeführte Therapie helfe, die Folgen des Unfalls von 1998 nicht zu verschlimmern (act. G 1 III.2).

Streitig und zu prüfen ist damit in erster Linie, ob die Leistungen, welche von der Beschwerdegegnerin nach dem Unfallereignis vom 30. April 2008 ausgerichtet wurden, auf den 31. Oktober 2009 eingestellt werden durften oder nicht. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt erst, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Dabei muss der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, 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 (RKUV



1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Ebenso wenig hat der Unfallversicherer den negativen Beweis zu erbringen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteile des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 18. Dezember 2003, U 258/02, vom 25. Oktober 2002, U 143/02, und vom 31. August 2001, U 285/00).

1.2 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, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung, 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 Folgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a). Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten 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).

2.



2.1 Im Bericht der Klinik H.____ vom 12. Juni 2008 wurde festgehalten, die seit dem Unfall vom 30. April 2008 verstärkten (seit 1998 vorbestehenden) Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich seien muskulär bzw. durch segmentale Dysfunktionen im Bereich der HWS verursacht. Es bestünden keine Hinweise für eine zervikale Instabilität oder eine zervikoradikuläre Symptomatik. Seit dem Unfall vom 30. April 2008 bestünden auch ein leichtes Lumbovertebralsyndrom und ein Status nach Commotio cerebri (UV-act. I/12). Ein MRT des Schädels vom 19. Juni 2008 ergab keinen Nachweis von intracerebralen posttraumatischen Residuen (UV-act. I/13). Am 20. Juni 2008 berichtete Dr. med. I.____, Ärztin für Allg. Medizin, über einen Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (UV-act. I/14). Ein MR der HWS vom 30. Juni 2008 zeigte eine subligamentäre Diskushernie C6/7 sowie eine Protrusion C3/4 (UV-act. I/17 Beilage). Dr. med. J.____, Facharzt für Neurologie, fand gemäss Bericht vom 4. Juli 2008 keine Hinweise auf fokal-neurologische Defizite. Die angegebenen Beschwerden könnten auch nicht mit der cerebralen Bildgebung erklärt werden, so dass am ehesten von einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen sei (UV-act. I/17). Die Psychiaterin Dr. med. F.____ bestätigte im Bericht vom 8. Juli 2008 die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie eine volle Arbeitsunfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht (UV-act. I/16). Die Ärzte der Rehaklinik E.____ berichteten im Nachgang zu einem stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers am 16. Oktober 2008 unter anderem, infolge mässiger Selbstlimitierung aufgrund der psychischen Störung von Krankheitswert seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm vom Beschwerdeführer gezeigt worden sei. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren Befunden sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Die Tätigkeit als Anlagemechaniker für Giesserei (Stelle noch vorhanden) sei ihm nicht zumutbar, da mit bis zu sehr schweren Gewichten zu hantieren sei. Eine leichte, wechselbelastende Arbeit ohne Tätigkeiten über Kopfhöhe, ohne HWS-Zwangpositionen und ohne Arbeiten an vibrationserzeugenden Maschinen



sei ganztags zumutbar. Aufgrund der Schwindelbeschwerden kämen kein Bedienen von gefährlichen Maschinen und keine Tätigkeiten an absturzgefährdeten Stellen in Betracht. Aufgrund der LWS-Problematik (unfallfremd) seien LWS-Zwangspitionen zu vermeiden und Körperhaltungen in vornübergeneigter Position auf ein Minimum zu reduzieren. Im MRI der LWS vom 1. Oktober 2008 sei eine grosse Diskusherniation im Segment L5/S1 mit Kompression der Nervenwurzel S1 rechts erkennbar gewesen. Weiter hätten sich multisegmentale, degenerative Veränderungen im Sinn einer Osteochondrose, Spondylose und Spondylarthrose sowie eine Diskusprotrusion mit Anuluseinriss im Segment L3/4 ohne eindeutige Kompromittierung neuraler Strukturen gezeigt. Aufgrund des psychischen Leidens (posttraumatische Belastungsstörung, leichte depressive Episode) sei aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 50% (halbtags) gegeben (UV-act. I/29).

2.2 Die Arbeitgeberin löste das Arbeitsverhältnis mit dem Beschwerdeführer auf Ende Januar 2009 auf (UV-act. I/33). Die Kündigung bewirkte gemäss Bericht von Dr. F.____ vom 3. Januar 2009 eine Verschlechterung der psychischen Situation (UV-act. I/44). Kreisarzt Prof. Dr. med. K.____, FMH Orthopädische Chirurgie, kam nach einer Untersuchung vom 24. Februar 2009 im Bericht vom 25. Februar 2009 zum Schluss, vor dem Hintergrund einer somatoformen Schmerzausweitung, einer numerischen Vergrösserung von weiteren Diagnosen (nicht unfallbedingt) und einer psychopathologischen Komponente könne es nicht mehr Aufgabe der Suva sein, die volle Arbeitsunfähigkeit seit der Kündigung finanziell zu kompensieren. Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sei zunächst mit 50% zu attestieren und nach einer gewissen Zeit auf 25% zu senken. Die Arbeitsfähigkeit sei aus somatischer Sicht für folgende Tätigkeiten gegeben: Arbeitszeit ganztags, leichte bis mittlere Arbeiten, keine Tätigkeiten mit HWS-Zwangspitionen, keine Arbeiten über Kopfhöhe, keine Bedienung von gefährlichen Maschinen, keine Arbeiten an absturzgefährdeten Stellen. Die LWS-Problematik (unfallfremd) erlaube keine Zwangspitionen der LWS. Mangels objektivierbarer Unfallfolgen seien die Kosten für eine stationäre konservative Therapie, auch vor dem Hintergrund eines nur spärlich günstigen Resultats anlässlich des Aufenthalts in der Rehaklinik E.____, nicht zu übernehmen (UV-act. I/50). Am 27. Februar 2009 bestätigte Dr. J.____, dass die Beschwerden im Bereich des linken Arms nicht mit einem neurogenen Kompressionssyndrom zu erklären seien. Es bestehe weiterhin ein chronifiziertes Schmerzsyndrom mit belastungsabhängigen Beschwerden. Hinsichtlich



eines operativen Procederes bezüglich des lumbovertebralen Schmerzsyndroms sei Zurückhaltung geboten (UV-act. I/53). Der Handchirurg Dr. med. L.____ riet im Bericht vom 26. März 2009 von einem operativen Vorgehen ab (UV-act. I/59.1). Eine Abklärung in der Befas Appisberg ergab gemäss Bericht vom 11. September 2009, dass dem Beschwerdeführer aktuell eine maximal sechsstündige Tagespräsenz mit einer 50% Tagesleistung zugemutet werden könne. Dabei wurde im Wesentlichen auf die psychische Situation verwiesen. Von somatischer Seite nicht mehr zumutbar sei körperliche Schwerarbeit. Optimal behinderungsangepasst seien körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mit Arbeitseinsätzen überwiegend auf Tischhöhe, ohne grössere Kraftaufwendungen mit der linken oberen Extremität und linksseitig ohne Armeinsätze über Schulterhöhe. Längerdauerndes oder repetitives Tätigsein in stärker rückenbelastenden Körperpositionen sollte vermieden werden können. Der Beschwerdeführer sei vor allem psychisch zu wenig stabil für eine Direkteingliederung auf dem freien Arbeitsmarkt. Es werde daher ein aufbauendes Arbeitstraining empfohlen. Während der Abklärungszeit sei ein deutliches Schmerz- und Schonverhalten festzustellen gewesen. Der Beschwerdeführer habe wiederholt die Auffassung geäussert, dass er behinderungsbedingt nicht mehr in der Lage sei, eine Arbeit auszuführen (UV-act. I/80). In der Beurteilung vom 28. September 2009 erachtete der Kreisarzt die Voraussetzungen für den Fallabschluss als gegeben. Aufgrund der Angaben aus Appisberg, der Erhebungen anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung im Februar 2009 und der damals durchgeführten neurologischen Untersuchung sei rein unfallbedingt keine Arbeitsunfähigkeit mehr gegeben (UV-act. I/83). Im Bericht vom 13. Oktober 2009 diagnostizierte die Psychiaterin Dr. F.____ eine posttraumatische Belastungsstörung, eine leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom sowie Merkmale einer Persönlichkeitsstörung. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (UV-act. I/88).

2.3 Die Klinik M.____ bescheinigte am 18. Dezember 2009 eine mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischen Symptomen sowie einen Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei ausgeprägter Akzentuierung zwanghafter Persönlichkeitszüge. Dem Patienten sei eine intensive psychosomatische Behandlung angeboten worden (UV-act. I/101). Der Neurochirurg Dr. med. F.____ berichtete am 29. März 2010 über einen operativen Bandscheibeneingriff am lumbalen Rücken (UV-act. I/111). Im Bericht zuhanden der IV vom 10. Dezember 2010 erwähnte



Dr. F.____ als therapeutische Massnahme einzig den am 25. März 2010 durchgeführten Eingriff und hielt fest, die Arbeitsfähigkeit lasse sich erst nach Erstellung eines neuen LWS-MRI beurteilen (IV-Akten, UV-act. I/121). Die Psychiaterin Dr. F.____ hielt im Bericht vom 10. Januar 2011 einen stationären Gesundheitszustand fest. Die posttraumatische Belastungsstörung bei Zustand nach Autounfall vom 30. April 2004 (richtig 2008) sei nicht mehr relevant. Sie bestätigte eine leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom sowie Merkmale einer Persönlichkeitsstörung und berichtete unter anderem, die psychosoziale Situation des Patienten habe sich durch den Streit mit den Versicherungen negativ auf dessen Gemütszustand ausgewirkt. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (IV-Akten, UV-act. I/121). Der Neurochirurg Dr. F.____ bestätigte am 4. April 2011 einen stationären Gesundheitszustand und führte als therapeutische Massnahme eine stationäre Physiotherapie, eventuell mit Spondylodese L5/S1 an. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit in einer zumutbaren Tätigkeit hielt der Arzt fest, die Behandlung der Rückenproblematik sei nicht abgeschlossen; wahrscheinlich sei eine weitere Operation nötig. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei erst danach möglich (IV-Akten, UV-act. I/121). Die Ärzte der Klinik M.____ hielten im Bericht vom 20. Mai 2011 fest, der Beschwerdeführer habe sich vom 28. März bis 21. April 2011 in einer ambulanten Rehabilitationsbehandlung bei ihnen befunden. Er habe sich mit Mühe in das Behandlungsprogramm integrieren können. Neben Fitness- und Ausdauertraining seien physio- und atemtherapeutische Übungen sowie Gruppengespräche und Gesundheitsvorträge durchgeführt und die Behandlung durch psychotherapeutische Einzelgespräche ergänzt worden. Die Therapie sei dabei insbesondere auf die aktuelle Lebenssituation sowie die bevorstehende Reintegration in den Alltag fokussiert worden. Die Medikation werde in den nächsten ambulanten Sitzungen optimiert (IV-Akten, UV-act. I/121).

3.

Eine manuelle ärztliche Untersuchung der versicherten Person fördert klinische, nicht aber objektivierbare Ergebnisse im Sinn eines organischen Substrats zu Tage. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde allein auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein



organisches Substrat namhaft gemacht. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen wird deshalb erst dann gesprochen, wenn die erhobenen Befunde auch mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 E. 9, 117 V 359 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen). Beispielsweise sind ein Thoracic outlet Syndrom (TOS), myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde für sich allein nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen zu betrachten. Auch Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit können für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden. Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung (Urteile des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008, mit vielen Hinweisen, sowie vom 7. Februar 2008, U 13/07, E. 3.2 und 3.3, und vom 22. September 2010, 8C_240/2010). In Bezug auf den HWS/Nacken-Bereich ist ein durch den Unfall vom 30. April 2008 bedingter organisch-struktureller (somatischer) Gesundheitsschaden in Anbetracht der in E. 2 geschilderten medizinischen Aktenlage und der vorstehenden Ausführungen überwiegend wahrscheinlich zu verneinen (vgl. unter anderem UV-act. I/12; MR der HWS vom 30. Juni 2008 und Bericht Dr. J.____ vom 4. Juli 2008, UV-act. I/17 Beilagen). Hinsichtlich der Beschwerden im LWS-Bereich ist aktenmässig dokumentiert, dass nach dem Unfall vom 30. April 2008 auch ein leichtes Lumbovertebralsyndrom bestand (UV-act. I/12), die eigentliche LWS-Problematik aber unfallfremden (degenerativen) Ursprungs ist (vgl. Bericht Rehaklinik E.____ vom 16. Oktober 2008 mit Hinweis auf ein MRI der LWS vom 1. Oktober 2008; UV-act. I/29 S. 3 und 4). Für eine ärztliche Fehlbehandlung in der Rehaklinik E.____, wie sie der Beschwerdeführer behaupten lässt (act. G 1 Ziff. III./4; G 11 S. 5f), fehlt es an konkreten Anhaltspunkten und Belegen; eine solche ist umso weniger wahrscheinlich, als eine Kontusion von LWS und Thorax mit lumbalen Rückenschmerzen bereits unmittelbar nach dem Unfall vom 30. April 2008 vermerkt wurde (vgl. UV-act. I/6 Beilagen). Ein (unfallfremdes) lumboradikuläres Schmerzsyndrom S1 mit entsprechender Operationsempfehlung findet sich zudem bereits in einem Arztbericht von 2002 erwähnt (UV-act. II/88). Die signifikante und dauernde Verschlimmerung einer vorbestandenen Schädigung der Wirbelsäule, hervorgerufen durch einen Unfall, ist nur dann bewiesen, wenn die Radioskopie ein



plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen aufgrund eines Traumas aufzeigt (RKUV 2000, 45). Ein solcher Sachverhalt ist vorliegend mit Bezug auf den LWS-Bereich nicht dargetan. Selbst wenn es durch den Unfall vom 30. April 2008 zur Auslösung einer Schmerzsituation im LWS-Bereich gekommen ist, so hat diese bei fehlendem Nachweis einer organisch-strukturellen Unfallfolge jedenfalls auf Ende Oktober 2009 - eineinhalb Jahre nach dem Unfall - als abgeheilt zu gelten (vgl. Bär/Kiener, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule, Medizinische Mitteilungen Nr. 67 der Suva, S. 45ff, wo die Abheilungsdauer bei vergleichbaren Sachverhalten mit maximal 12-18 Monaten angegeben wird). Da diesbezüglich eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität nicht belegt ist, besteht für gesundheitliche Beschwerden im LWS-Bereich und daraus allenfalls resultierender Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsbedürftigkeit und Integritätseinbusse jedenfalls für die Zeit ab November 2009 keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin.

3.2 Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt - wie vorliegend - kein fassbarer organischer (unfallbedingter) Befund an der HWS vor, muss für die Bejahung der natürlichen Kausalität ein typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. gegeben sein (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 E. 9). Dieses Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden muss jedoch nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall aufgetreten sein. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS manifestiert haben (Urteile des Bundesgerichts vom 30. Januar 2007, U 215/05, und vom 15. März 2007, U 258/06; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e).

Gemäss Berichten von Dr. N.____ vom 24. und 30. Mai 2008 hatte der Unfall vom 30. April 2008 eine Commotio cerebri, eine HWS-Distorsion sowie eine LWS- und Thorax-Kontusion bewirkt, wobei der Beschwerdeführer über Kopf- und Nackenschmerzen sowie bewegungsabhängige lumbale Schmerzen klagte und erklärte, nach dem Unfall habe eine Bewusstlosigkeit von ca. 10 Minuten bestanden (UV-act. I/6 Beilage). Der



Arzt bestätigte mit dem Vorliegen einer Commotio cerebri grundsätzlich eine leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI; vgl. dazu S. Johannes/R. Schaumann-von Stosch, Grundlegende Aspekte der leichten traumatischen Hirnverletzung, Medizinische Mitteilungen der SUVA Nr. 78 [2007], 74ff). Im Cervikal- bzw. HWS-Bereich lag ein gesundheitlicher Vorzustand vor (Status nach HWS-Trauma 1998) mit seitheriger Dauertherapie und residuellen Beschwerden (vgl. UV-act. I/6 Beilage, II/95). Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma wurde am 15. Mai 2008 festgehalten, nach dem Unfall mit Kopfanprall hätten eine Bewusstlosigkeit und Übelkeit bestanden. Die neurologische Untersuchung habe normale Befunde ergeben. Die aktuelle Bewusstseinslage wurde mit einem Wert von 15 auf dem GCS-Score (Glasgow Coma Scale) bestätigt. Es hätten bereits vor dem Unfall behandlungsbedürftige Nackenschmerzen bestanden (UV-act. I/6 Beilage). Angesichts der geschilderten Aktenlage kann vom Auftreten eines typischen Beschwerdebilds mit einer Häufung von Beschwerden, wozu auch die von der Rehaklinik E.____ angeführten psychischen Beschwerden zu zählen sind, gesprochen werden. Die Beschwerdegegnerin ging im Resultat von einer - wenn auch zeitlich befristeten - Unfalleinwirkung aus, indem sie ihre Leistungspflicht bis Ende Oktober 2009 anerkannte.

4.

4.1 Vorerst zu prüfen ist die - von der Beschwerdegegnerin bejahte (act. G 18 S. 2f) - Frage, ob die Mitteilung der Beschwerdegegnerin vom 14. Januar 2009, mit welcher das Taggeld ab 1. Februar 2009 auf 50% reduziert wurde (UV-act. 40), sowie die Mitteilung vom 26. Februar 2009, mit welcher die Übernahme der Osteopathie-Behandlung abgelehnt wurde (UV-act. I/52), in Rechtskraft erwachsen. Über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, hat der Versicherungsträger schriftlich eine Verfügung zu erlassen (Art. 49 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die nicht unter Art. 49 Abs. 1 ATSG fallen, können nach Art. 51 Abs. 1 ATSG in einem formlosen Verfahren behandelt werden; diesfalls räumt Abs. 2 dieser Bestimmung der betroffenen Person die Möglichkeit ein, den Erlass einer Verfügung zu verlangen. Gemäss Art. 124 lit. b der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV;



SR 832.202) ist eine Verfügung insbesondere über die Kürzung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu erlassen. Die Beschwerdegegnerin wäre grundsätzlich verpflichtet gewesen, die Entscheide über die Taggeldreduktion und die Ablehnung einer Behandlung nicht formlos, sondern in Form von Verfügungen mitzuteilen. In Analogie zu Art. 51 Abs. 2 ATSG kann die versicherte Person jedoch einen Entscheid in Form einer Verfügung verlangen, wobei sich die Frage nach allfälligen zeitlichen Grenzen dieser Befugnis stellt (BGE 134 V 145 E. 5.1). Die versicherte Person kann einen unzulässigerweise im formlosen Verfahren erlassenen Entscheid des Unfallversicherers nicht zeitlich unbeschränkt in Frage stellen. Unterbleibt eine fristgerechte Intervention, entfaltet der im formlosen Verfahren ergangene Entscheid in gleicher Weise Rechtswirkungen, wie wenn er im durch Art. 51 Abs. 1 ATSG umschriebenen Rahmen erlassen worden wäre (BGE 134 V 145 E. 5.2 mit Hinweisen). Das Bundesgericht setzte die zeitliche Begrenzung im erwähnten Urteil auf ein Jahr fest. Eine längere Frist kommt allenfalls dann in Frage, wenn die betroffene Person - insbesondere wenn sie rechtsunkundig und nicht anwaltlich vertreten ist - in guten Treuen annehmen durfte, der Versicherer habe noch keinen abschliessenden Entscheid fällen wollen und sei mit weiteren Abklärungen befasst (BGE 134 V 145 E. 5.3.2). Die Rechtsbeständigkeit wird erreicht, wenn anzunehmen ist, dass die versicherte Person sich mit einer getroffenen Regelung abgefunden hat. Dies ist nach der Rechtsprechung dann der Fall, wenn sie sich nicht innert einer (nach den Umständen) angemessenen Überlegungs- und Prüfungsfrist dagegen verwahrt (BGE 122 V 367 E. 3 mit Hinweisen).

Die Beschwerdegegnerin verwies auf ein Bundesgerichts-Urteil vom 13. April 2011, 8C_14/2011, wo es um die Frage der Rechtskraft von Taggeldabrechnungen bzw. des Taggeldansatzes ging. Für diesen Sachverhalt hatte das Bundesgericht die Frist, innerhalb welcher eine anfechtbare Verfügung zu verlangen ist, auf drei Monate festgelegt (Urteil 8C_14/2011, a.a.O., E. 5 mit Hinweisen). Vorliegend stehen nicht Modalitäten von Taggeldabrechnungen oder die Höhe des Taggeldsatzes zur Diskussion. Vielmehr gab die Beschwerdegegnerin im Schreiben 14. Januar 2009 den (partiellen) Fallabschluss insofern bekannt, als sie das Taggeld auf 1. Februar 2009 auf die Hälfte reduzierte und den Beschwerdeführer ausdrücklich darauf hinwies, dass er sich für ergänzende Teilleistungen bei der Arbeitslosenversicherung (RAV) melden solle (UV-act. I/47). Auch beim Schreiben vom 26. Februar 2009 handelt es sich nicht um eine Taggeldabrechnung, sondern um die Ablehnung der Übernahme der Osteopathie-



Behandlung mit dem impliziten Hinweis, sich an den Krankenversicherer zu wenden (UV-act. I/52). In der Einsprache vom 1. Dezember 2009 - und damit rechtzeitig innerhalb eines Jahres nach Zustellung der formlosen Mitteilungen - wurden sowohl die Taggeldreduktion als auch die Ablehnung der Übernahme der Osteopathie-Behandlung beanstandet (UV-act. I/95). Beide Fragen sind daher materiell zu prüfen.

4.2 Die Ärzte der Rehaklinik E.____ erachteten im Bericht vom 16. Oktober 2008 die bisherige (körperlich zu schwere) Tätigkeit als nicht mehr zumutbar, gingen jedoch von der ganztägigen Zumutbarkeit einer leichten, wechselbelastenden, den gesundheitlichen Problemen des Beschwerdeführers angepassten Tätigkeit aus, wobei sie aktuell eine durch den psychischen Befund bedingte Einschränkung von 50% bescheinigten (UV-act. I/29). Nachdem Dr. F.____ am 3. Januar 2009 eine durch die Kündigung bedingte Verschlechterung der psychischen Situation bestätigt hatte (UV-act. I/44), legte Kreisarzt Prof. K.____ die aktuelle Arbeitsfähigkeit im Bericht vom 25. Februar 2009 auf 50% fest und wies unter anderem auf das Vorliegen von nicht unfallbedingten Problemen hin (UV-act. I/50). Gemäss dem späteren Bericht der Befas Appisberg vom 11. September 2009 konnte dem Beschwerdeführer - bei nach Lage der Akten im Wesentlichen unveränderter gesundheitlicher Situation seit Februar 2009 - eine sechsstündige Tagespräsenz mit 50% Tagesleistung zugemutet werden (UV-act. I/80). Vor dem geschilderten Hintergrund lässt sich nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ab Februar 2009 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausging und das Taggeld entsprechend festsetzte.

4.3 Was die streitige Osteopathie-Behandlung betrifft, wurde im Bericht der Rehaklinik E.____ vom 16. Oktober 2008 festgehalten, der Beschwerdeführer sei durch sie (die Klinik-Ärzte) bei O.____ für eine probatorische osteopathische Behandlung angemeldet worden. Da ein Termin im Rahmen des Rehabilitationsaufenthalts nicht möglich gewesen sei, werde der Hausarzt gebeten, den Beschwerdeführer in Wohnortnähe für eine solche Behandlung anzumelden (UV-act. I/29 S. 2). Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin vom 30. Oktober 2008, ob dies veranlasst worden sei (UV-act. I/38), gab der Hausarzt Dr. med. P.____ am 13. Dezember 2008 die Adresse eines Osteopathen bekannt (UV-act. I/41 Beilage). Dem Kreisarzt gab der Beschwerdeführer am 24. Februar 2009 bekannt, er sei dreimal zwecks Osteopathie bereits in Behandlung gewesen (UV-act. I/50 S. 2). Dieser äusserte sich im Bericht zu dieser



Behandlung nicht und hielt lediglich fest, eine stationäre konservative Therapie (s. Antrag in UV-act. I/48) könne seitens der Suva mangels objektivierbarer Unfallfolgen nicht unterstützt werden (UV-act. I/50 S. 5). Ein Bericht des konsultierten Osteopathen findet sich bei den Akten nicht. Angesichts der geschilderten Aktenlage bestand kein ausgewiesener Grund, die Übernahme der - von der Rehaklinik E.____ empfohlenen - Osteopathie-Behandlung ohne Weiteres abzulehnen, zumal die übrigen Behandlungskosten bis Ende Oktober 2009 (Zeitpunkt der Leistungseinstellung) von der Beschwerdegegnerin anerkannt wurden. Einzig der Hinweis, dass es sich dabei um Alternativmedizin handle (UV-act. I/52) oder der Umstand, dass die Wirksamkeit der komplementär- und alternativmedizinischen Massnahmen (z.B. Akupunktur, Osteopathie und Alexandertechnik) umstritten ist (vgl. Urteil des EVG vom 28. Juni 2005, U 376/04, E. 3.2.2), vermag für sich allein noch keine Leistungsablehnung zu begründen. Die Beschwerdegegnerin wird daher vorerst einen Bericht des behandelnden Osteopathen zur Dauer und Verlauf der durchgeführten Behandlung einzuholen und danach erneut über die Leistungsübernahme zu verfügen haben.

5.

5.1 Bereits rund eineinhalb Monate nach dem Unfall vom 30. April 2008 stellte Dr. I.____ beim Beschwerdeführer den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (UV-act. I/14), welche am 8. Juli 2008 von der Psychiaterin Dr. F.____ und am 16. Oktober 2008 von den Ärzten der Rehaklinik E.____ bestätigt wurde. Letztere hielten als Behandlungsergebnis fest, insgesamt habe trotz intensiven physiotherapeutischen Massnahmen, Vermittlung von Coping-Strategien und psychosomatisch orientierter Gesprächstherapie keine wesentliche Zustandsverbesserung erreicht werden können (UV-act. I/16, I/29). Am 13. Oktober 2009 vermerkte Dr. F.____ neben der posttraumatischen Belastungsstörung und einer leichten depressiven Episode auch Merkmale einer Persönlichkeitsstörung. Der Patient brauche eine längere intensive psychiatrische Behandlung. Im Heilungsverlauf würden unfallfremde Faktoren (Ablehnung der gewünschten Umschulung durch die IV) mitspielen. Die Schmerzproblematik habe sich chronifiziert. Es sei kaum zu erwarten, dass es zu einer deutlichen Besserung kommen werde. Die gesundheitlichen Beschwerden sowie psychosoziale Probleme hätten negativen Einfluss auf die Fortschritte der Therapie (UV-act. I/88). Am 11. November 2009 bescheinigte Dr. F.____ zuhanden der



Invalidenversicherung, dass die Behandlung eines Patienten mit dieser Persönlichkeitsstruktur (mit Merkmalen einer Persönlichkeitsstörung der Cluster-Gruppe B) eine Herausforderung darstelle und eine Behandlungsprognose nicht absehbar sei (IV-Akten S. 274f; UV-act. I/121). Im Bericht der Klinik M.____ vom 18. Dezember 2009 wurde unter anderem auf eine ausgeprägte Akzentuierung der zwanghaften Persönlichkeitszüge hingewiesen und eine intensive psychosomatische Therapie als erforderlich erachtet (UV-act. I/101). Eine von der Invalidenversicherung im Oktober 2009 in Auftrag gegebene medizinische Begutachtung wurde später zurückgezogen (vgl. IV-Akten S. 270 und 285; UV-act. I/121). Von Seiten der Klinik M.____ wurde am 29. März 2010 festgehalten, unter weiterer psychiatrischer Betreuung sei mit der Erhaltung der 60%igen Arbeitsfähigkeit zu rechnen (IV-act. Akten S. 298; UV-act. I/121). Der Neurochirurg Dr. F.____ bestätigte am 9. April 2010 gegenüber der IV, dass am 25. März 2010 eine Bandscheibenoperation (LWS; L5/S1) durchgeführt worden sei. Eine Therapie-Prognose konnte er nicht stellen (IV-Akten S. 302f). Im Bericht vom 10. Januar 2011 erachtete die Psychiaterin Dr. F.____ - bei stationärem und damit durch die zwischenzeitliche Behandlung im Wesentlichen unverändertem psychischem Gesundheitszustand - die posttraumatische Belastungsstörung als nicht mehr relevant. Die Persönlichkeitsstörungs-Problematik rücke immer wieder in den Vordergrund. Es bestehe ein maladaptives Schema Anspruchshaltung/Grandiosität, welches aufgrund der schweren psychosozialen Belastungen nicht mehr habe kompensiert werden können. Bei fehlender Selbstreflexion sei es immer wieder zu schweren depressiven Krisen gekommen, wie nach dem Tod des Bruders im Mai 2010. Im Rahmen eines Rehabilitationsaufenthalts vom 26. Juli bis 31. August 2010 habe eine leichte Besserung der depressiven Stimmungslage erzielt werden können. Die Prognose bezüglich der psychiatrischen Problematik sei schlecht (IV-Akten, UV-act. I/121).

Gestützt auf diese Aktenlage ist festzuhalten, dass bei den psychischen Problemen des Beschwerdeführers nach dem Unfall vom 30. April 2008 in erheblichem Umfang unfallfremde Aspekte (Persönlichkeitsstörung, psychosoziale Probleme) mitspielten oder sogar im Vordergrund standen (vgl. auch IV-Akten S. 298). Überwiegend wahrscheinlich ist davon auszugehen, dass jedenfalls per Ende Oktober 2009 keine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit mit der Aussicht auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit mehr vorlag und die



durchgeführten Behandlungsmassnahmen (bei unsicherem Behandlungserfolg) lediglich der Beschwerdelinderung (leichte Besserung der depressiven Stimmungslage) und Aufrechterhaltung des erreichten Zustands dienen. Auch hinsichtlich der cervikalen Beschwerden (HWS) stand nach Lage der Akten Ende Oktober 2009 ein namhafte Besserung des Zustands und der Arbeitsfähigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich in Aussicht, zumal spätere Behandlungen in der Klinik M.____ (vgl. Bericht vom 20. Mai 2011; IV-Akten, UV-act. I/121) neben physiotherapeutischen Übungen im Wesentlichen auf den psychischen Gesundheitszustand gerichtete Massnahmen zur Zustandserhaltung umfasste. Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG bedingt lediglich, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C_467/2008, E. 5.2.2.2.). Der Fallabschluss setzt nicht den Eintritt des Status quo sine/ante voraus, sondern lediglich den medizinischen Endzustand im erwähnten Sinn (BGE 134 V 109 E. 3.2 und 4). Für die Annahme einer Weiterdauer der Behandlungskostenübernahme genügt es nicht, dass eine Therapie lediglich eine unbedeutende Besserung erhoffen lässt oder dass für eine namhafte Besserung nur eine weit entfernte Möglichkeit besteht (A. Maurer, Unfallversicherungsrecht, 2. A., Bern 1989, 274). Von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands kann auch dann nicht gesprochen werden, wenn eine therapeutische Massnahme mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur die sich aus einem stationären Gesundheitsschaden ergebenden Beschwerden für eine begrenzte Zeit zu lindern vermag (RKUV 2005, 388). Für die Bejahung eines medizinischen Endzustands wird sodann keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (vgl. Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 145). - Die durch den Neurochirurgen Dr. F.____ vorgeschlagenen oder veranlassten Massnahmen bezogen sich auf die Gesundheitsschädigung in der LWS (vgl. Bericht vom 10. Dezember 2010 in den IV-Akten; UV-act. I/121). Die LWS-Problematik war jedoch wie erwähnt (vorstehende E. 3.1) spätestens im Zeitpunkt der streitigen Leistungseinstellung (Ende Oktober 2009) überwiegend wahrscheinlich nicht mehr auf den Unfall vom 30. April 2008 zurückzuführen, weshalb auch die nach diesem Zeitpunkt vorgenommenen Behandlungen (vgl. UV-act. I/111) hier ausser Betracht zu bleiben haben. Die Beschwerdegegnerin nahm somit zu Recht den Fallabschluss im



Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG - als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung (BGE 134 V 109) - auf Ende Oktober 2009 an.

5.2 Das Vorliegen eines Schädel-Hirntraumas, worunter sämtliche Hirnfunktionsstörungen mit oder ohne morphologisch fassbare Schädigung des Gehirns und seiner Hüllen, einschliesslich Gehirnschädel und Kopfschwarte subsumiert werden (Trentz/Bühren, Checkliste Traumatologie, Stuttgart/New York 2001, S. 122 ff.), rechtfertigt die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis nur, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen Commotio und Contusio cerebri liegt. Leichte Hirnerschütterungen hingegen reichen hierfür nicht aus (vgl. Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgericht vom 6. Mai 2003, U 6/03, und vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2.1). Vorliegend war nach dem streitigen Unfall wie erwähnt von einer leichten traumatischen Hirnverletzung auszugehen. Die Adäquanz beurteilt sich damit grundsätzlich nach Massgabe der in BGE 117 V 359 E. 6 entwickelten und in BGE 134 V 109 E. 10 präzisierten Kriterien. Dabei ist auf eine Differenzierung zwischen psychischen und physischen Komponenten zu verzichten, wenn es an einer Dominanz psychischer Probleme fehlt (vgl. BGE 123 V 98 E. 2a). Die dargelegte medizinische Aktenlage (E. 5.1) weist klar darauf hin, dass im streitigen Einstellungszeitpunkt psychische Probleme beim Beschwerdeführer im Vordergrund standen bzw. zumindest einen erheblichen Stellenwert hatten. Ob die Adäquanzprüfung angesichts dieser Fakten nach der Schleudertrauma- oder der Psycho-Praxis durchzuführen ist, kann jedoch offen bleiben, da die Adäquanz auch bei Anwendung der für den Beschwerdeführer günstigeren Schleudertrauma-Praxis (vgl. dazu SVR 2010 UV Nr. 3 S. 11; Urteil des Bundesgerichts vom 18. September 2009, 8C_283/2009) zu verneinen ist, wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen werden.

6.

6.1 Der in Frage stehende Unfall vom 30. April 2008 ist aufgrund des Geschehensablaufs - das vom Beschwerdeführer gelenkte Fahrzeug überschlug sich, nachdem es wegen eines Ausweichmanövers von der Strasse abgekommen und in eine "Schlucht" (UV-act. I/7 Beilage) bzw. eine Böschung (UV-act. I/11 S. 3) hinuntergestürzt war - und der Verletzungen (UV-act. I/6 Beilage) nicht als ausserordentlich schweres, lebensbedrohliches Geschehen im Sinn der Praxis



(dargestellt in RKUV 1995, 91) einzustufen (vgl. auch Urteile des EVG vom 20. Juli 2005, U 338/04, und vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.3). Die Unterscheidung zwischen mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen und solchen im mittleren Bereich ist insofern von Bedeutung, als bei Unfällen im mittelschweren Bereich nach der Praxis mehrere Zusatzkriterien erfüllt sein müssen, um die Adäquanz bejahen zu können, wobei die Zahl um so geringer sein kann, je näher das Ereignis bei den schweren Unfällen liegt (vgl. dazu BGE 115 V 133 E. 6c/bb). Es scheint konkret gerechtfertigt, von einem mittelschweren Unfall auszugehen, allerdings nicht im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen (vgl. dazu etwa die Sachverhalte in den Urteilen des EVG vom 14. April 2000, U 257/99, und vom 24. August 2007, U 497/06, E. 4.2, sowie vom 22. August 2008, 8C_609/2007, E. 4.1.3). Weitere Abklärungen zum Unfallereignis bzw. zur Unfallursache vermöchten an dieser Einstufung nichts zu ändern. Nach den Angaben des Beschwerdeführers bewirkte der Unfall einen Bewusstseinsverlust von ca. 10-15 Minuten (UV-act. I/6 Beilage, I/7 Beilage). Eine gewisse Eindrücklichkeit für den Beschwerdeführer kann dem Ereignis, sofern er sich tatsächlich an das Geschehen zu erinnern vermag, nicht abgesprochen werden. Eine besondere Eindrücklichkeit oder dramatische Begleitumstände sind allerdings nicht belegt, zumal das objektive Unfallgeschehen massgebend ist (vgl. die Kasuistik zu diesem Kriterium in Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 58-64, sowie Urteile des EVG vom 23. November 2004, U 109/04, E. 2.3 und vom 2. März 2005, U 309/03, E. 5.1). Beim erlittenen Trauma handelt es sich nicht um eine Gesundheitsschädigung, die durch ihre Schwere oder besondere Art charakterisiert ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. August 2007, 8C_101/2007, E. 5.2 und 5.3, und vom 21. Dezember 2007, U 558/06, E. 4.2.2, sowie Urteil des EVG vom 9. August 2004, U 116/04). Das Trauma dürfte konkret jedoch eine unter anderem im Cervikal-Bereich vorgeschädigte Wirbelsäule getroffen haben; es ist somit als Verletzung besonderer Art zu qualifizieren. Das Kriterium ist damit - wenn auch nicht in besonders ausgeprägtem Masse - als erfüllt anzusehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2008, 8C_785/2007, E. 4.4).

6.2 Was das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.2.3) betrifft, ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 30. April 2008 mit initialer Behandlung in Bosnien und



anschliessender konservativer sowie psychiatrischer Therapie einen stationären Aufenthalt in der Rehaklinik E.____ absolvierte. Bei letzterem bestätigten sich durch Selbstlimitierung beeinflusste Abklärungsergebnisse. Diese ergaben unter anderem, dass trotz intensiver physiotherapeutisch und psychosomatisch orientierter Massnahmen keine wesentliche Zustandsverbesserung habe erreicht werden können (UV-act. I/6 Beilage, I/11, I/14, I/16, I/17, I/29). Nach weiteren Therapiemassnahmen, welche auch die LWS-Problematik betrafen, zeigte sich anlässlich der Befas-Abklärung im August 2009 erneut ein deutliches Schmerz- und Schonverhalten (UV-act. I80). Von psychiatrischer Seite wurden mit entsprechendem Behandlungsbedarf neben der somatoformen Schmerzstörung Merkmale einer (unfallfremden) Persönlichkeitsstörung bzw. zwanghafte Persönlichkeitszüge und psychosoziale Probleme festgehalten (UV-act. I/88, I/101). Reine Abklärungsmassnahmen fallen hier - wie die Behandlung von unfallfremden Problemen - ausser Betracht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. August 2008, 8C_687/2007, E. 5.3). Wie dargelegt war jedenfalls Ende Oktober 2009 von weiteren Behandlungsmassnahmen keine namhafte Besserung mehr zu erwarten (vgl. vorstehende E. 5.1). In Anbetracht dieser Aktenlage kann eine fortgesetzt spezifische, den Beschwerdeführer belastende (unfallbedingte) ärztliche Behandlung im Sinn der Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2008, 8C_331/2007, E. 4.2.3) nicht als belegt gelten.

Adäquanzrelevant können im Weiteren in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4). Anlässlich eines Aufenthalts in der Klinik M.____ vom Dezember 2009 gab der Beschwerdeführer an, seit dem Unfall unter Hinterkopfschmerzen, Gefühllosigkeit und Kraftminderung im linken Arm sowie Schluckbeschwerden und einer Depression zu leiden (UV-act. I/101). Dieses Beschwerdebild stimmt im Wesentlichen mit demjenigen überein, welches bereits nach dem Unfall von 1998 vermerkt wurde (vgl. UV-act. I/30 S. 3, II/42 und II/60). Die Pflege sozialer Kontakte gestaltet sich beim (zurückgezogen lebenden; UV-act. I/101) Beschwerdeführer soweit ersichtlich nicht wesentlich anders als vor dem Unfall von 2008. Die Unfallkausalität der anhaltenden Beschwerden im LWS-Bereich (lumbovertebrales Syndrom; vgl. UV-act. I/80 S. 4) kann, wie diejenige der durch die



Persönlichkeitsstörung (vgl. UV-act. I/101 und Schreiben Dr. Q.____ vom 10. Januar 2011 in den IV-Akten, UV-act. I/121) bedingten Beschwerden, wie erwähnt (vorstehende E. 3.1 dritter Abschnitt) nicht als belegt gelten. Damit lässt sich das Kriterium der ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden (unfallbedingten) erheblichen Beschwerden höchstens in geringem Umfang bejahen. Dies auch deshalb, weil nicht ausser Acht gelassen werden kann, dass es sich beim Beschwerdeführer um eine klagensame Person handelt, hat doch die Arbeitgeberin bereits früher mitgeteilt, geklagt habe der Mitarbeiter eigentlich immer. Irgendetwas habe ihm immer weh getan; vor allem Nacken, Kopf und Rücken hätten ihn immer geschmerzt. Man habe ihn dann jeweils einfach wieder an die Arbeit geschickt und die Sache sei erledigt gewesen (UV-act. I/34). Im Weiteren können ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen angesichts der medizinischen Aktenlage (E. 2 und 3.1) nicht angenommen werden. Dieses Kriterium ist deshalb nicht erfüllt. Wie dargelegt kann auch eine die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung, wie sie der Beschwerdeführer bezüglich des Aufenthalts in der Rehaklinik E.____ behaupten lässt (act. G 1 Ziff. III./4; G 11 S. 5f), nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als belegt gelten (vgl. dazu vorstehende E. 3.1).

6.3 Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsfähigkeit anbelangt, ist gemäss BGE 134 V 109 E. 10.2.7 dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS und leichten Schädelhirntraumen ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung möglichst rasch wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 E. 10.2.7). - Nachdem in der Zeit nach dem Unfall eine volle unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit angenommen worden war, bestand



wie dargelegt ab Februar 2009 eine im Wesentlichen mit der psychischen Situation begründete 50%ige Arbeitsfähigkeit (vorstehende E. 4.2). Diese kann jedoch - soweit sie mit einer Persönlichkeitsstörung (der Cluster-Gruppe B; UV-act. I/88) und unfallfremden Problemen (Ablehnung der gewünschten Umschulung durch die IV; vgl. IV-act. I/88 S. 2) begründet wird (Berichte Dr. F. ___ vom 11. November 2009 und vom 10. Januar 2011 in den IV-Akten [UV-act. I/121]) - nicht ohne Weiteres als unfallkausal gelten. Der Kreisarzt war denn auch in der Beurteilung vom 29. September 2009 unter anderem gestützt auf die Angaben im Befas-Schlussbericht zum Schluss gelangt, dass keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr vorliege (UV-act. I/83). Der Regionalärztliche Dienst der IV (RAD) attestierte am 13. Oktober 2009 aus rein somatischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit (IV-Akten, UV-act. I/121). Von Seiten der Klinik M. ___ wurde am 8. März 2010 aus psychiatrischer Sicht eine mindestens 60%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt (IV-Akten S. 295; UV-act. I/121). Die Arbeitgeberin hatte gegenüber dem Suva-Aussendienstmitarbeiter am 27. Oktober 2008 festgehalten, nach dem Unfall habe sich der Beschwerdeführer nur sehr selten bei ihr gemeldet. Sie habe ihm übel genommen, dass er ihr nicht öfter berichtet habe und dass er nicht habe sagen können oder wollen, was er überhaupt habe (UV-act. I/34). Nach den Darlegungen im Befas-Bericht vom 11. September 2009 fokussierte der Beschwerdeführer sich während der Abklärungszeit auf berufliche Ausbildungen, für welche er die schulischen Voraussetzungen nicht mitbrachte. Über Arbeiten, bei denen er gute Leistungen habe zeigen können, habe er sich abschätzig geäußert. Er habe wiederholt die Auffassung geäußert, dass er behinderungsbedingt nicht mehr in der Lage sei, eine Arbeit auszuführen (UV-act. I/80). Bemühungen, sich wieder den Arbeitsprozess einzugliedern, sind bei dieser Aktenlage nicht ausgewiesen. Das Kriterium der erheblichen (unfallbedingten) Arbeitsunfähigkeit trotz Wiedereingliederungs-Anstrengungen kann dementsprechend nicht als erfüllt betrachtet werden. Bei Erfüllung von höchstens zwei Adäquanz-Kriterien (in geringem Umfang) kann dem Unfall keine adäquanzrechtlich massgebende Bedeutung für die andauernden gesundheitlichen Beschwerden beigemessen werden, da nach der Rechtsprechung bei mittelschweren Unfällen im engeren Sinn die Erfüllung von mindestens drei Adäquanzkriterien verlangt ist (SVR-V 2010 Nr. 25, 100 mit Hinweis auf Urteil 8C_421/2009 vom 2. Oktober 2009).



6.4 Bei fehlendem bzw. mit dem Erreichen des medizinischen Endzustandes weggefallenem adäquatem Unfallkausalzusammenhang steht ein Anspruch auf Rente und Integritätsentschädigung nicht weiter zur Diskussion. Die Frage, ob die zusätzliche Anspruchsvoraussetzung der fehlenden Überwindbarkeit der Erwerbsunfähigkeit gegeben ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; BGE 136 V 279), stellt sich dementsprechend nicht.

7.

7.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist, in dem Sinn teilweise gutzuheissen, dass die Angelegenheit zur Prüfung der Frage, ob die mit Schreiben vom 26. Februar 2009 abgelehnte Osteopathie-Behandlung zu übernehmen sei, und zu neuer Verfügung hierüber an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

7.2 Im Umfang dieses teilweisen Obsiegens (20%) hat der Beschwerdeführer Anspruch auf Parteientschädigung gegenüber der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG). Ausgehend von der Pauschalentschädigung bei vollem Obsiegen von praxisgemäss Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer mit Fr. 800.-- zu entschädigen. Für die verbleibenden Fr. 3'200.-- hat der Staat aufgrund der bewilligten unentgeltlichen Rechtsverbeiständung im Umfang von 80% (Art. 31 Abs. 3 AnwG; sGS 963.75), d.h. mit einem Betrag von Fr. 2'560.-- aufzukommen. Die Kostennote des Rechtsvertreters ist mit Fr. 2'500.-- (act. G 21 Beilage) tiefer als der erwähnte Pauschalbetrag. Der in Rechnung gestellte Betrag beinhaltet aber im Gegensatz zur Pauschale weder die Mehrwertsteuer noch Barauslagen. Angesichts der konkreten Verhältnisse erscheint es daher gerechtfertigt, vom Pauschalbetrag auszugehen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden:

1. Die Beschwerde wird, soweit darauf einzutreten ist, in dem Sinn teilweise gutgeheissen, dass die Angelegenheit zur Prüfung der Frage, ob die mit Schreiben vom 26. Februar 2009 abgelehnte Osteopathie-Behandlung zu übernehmen sei, und zu



neuer Verfügung darüber an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit Fr. 800.-- zu entschädigen.
4. Der Staat entschädigt den Rechtsbeistand des Beschwerdeführers mit Fr. 2'560.--.