



**Fall-Nr.:** UV 2007/41  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 05.05.2020  
**Entscheiddatum:** 14.07.2008

### **Entscheid Versicherungsgericht, 14.07.2008**

**Art. 6, 10, 16 UVG. Unfallkausalität psychisch überlagerter chronischer Schmerzen nach einer HWS-Distorsion, erlitten bei einem Verkehrsunfall (Heckaufprall). Geklagte Beschwerden sind nicht auf ein objektivierbares organisches Substrat zurückzuführen, psychische Beschwerden überwiegen. Adäquanzbeurteilung bei psychischer Fehlentwicklungen nach Unfall somit gemäss BGE 115 V 133 (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Juli 2008, UV 2007/41).**

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichter Joachim Huber und  
Versicherungsrichterin Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Vera  
Holenstein Werz

Entscheid vom 14. Juli 2008

in Sachen

S.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Jürg Grämiger, Bronschhoferstrasse 2, 9500 Wil,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Urs Glaus, Oberer Graben 44, Postfach,  
9001 St. Gallen,

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a Der 1969 geborene S.\_\_\_\_ war als Abkanter bei der Firma A.\_\_\_\_ tätig und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 1. Juni 2002 als Lenker eines Personenwagens in einen Auffahrunfall verwickelt wurde (UV-act. 1). Bei der medizinischen Erstbehandlung am Tag nach dem Unfall gab er an, er sei 3 Minuten wie schockiert gewesen und habe ein komisches Gefühl am Kopf verspürt (UV-act. 2 und 7). Er klagte über zunehmende Kopf- und Nackenschmerzen sowie zuletzt auch leichte Schulterschmerzen beidseits; kein Erbrechen, keine Übelkeit; Schwindel bei raschen Drehbewegungen und beim Aufstehen. Die Ärzte am Spital Wil diagnostizierten ein HWS-Schleudertrauma mit Verdacht auf leichte HWS-Instabilität (HWK 2/3) mit postkontusionellen Kopfschmerzen, Myogelose der HWS-Nacken-Schultermuskulatur und neurovegetativen Funktionsstörungen (Schwindel) und schrieben den Versicherten 100% arbeitsunfähig (UV-act. 2 und 7). Der Röntgenbefund ergab eine leichte Streckhaltung der HWS ohne Anhaltspunkte für frische ossäre Läsionen (UV-act. 8). Auf Funktionsaufnahmen zeigte sich eine minimste Subluxation von 1,5 mm zwischen dem 2. und 3. Halswirbelkörper. Bei der Befragung vom 2. Juli 2002 gab der Versicherte an, er sei auf den Aufprall nicht vorbereitet gewesen und habe den Hinterkopf an der Kopfstütze angeschlagen (UV-act. 12). Die Suva erbrachte für die gesundheitlichen Folgen des Unfalls die gesetzlichen Versicherungsleistungen.

Bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 10. Juli 2002 (UV-act. 19) klagte der Versicherte über eher progrediente Schmerzen, die seit kürzerer Zeit auch im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule auftraten. Kreisarzt Dr. med. B.\_\_\_\_ stellte wohl muskuläre Befunde im Sinn von Verspannungen und Myogelosen fest, stuft diese aber als eher geringer Art ein. Auch die Funktionseinschränkungen seien nicht sehr



beträchtlich und neurologische Ausfälle liessen sich nicht finden. Um einer weiteren Verschlechterung der gesundheitlichen Situation und einer Chronifizierung der Beschwerden entgegenzuwirken, wurde ein dringender stationärer Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon angeordnet. Dieser fand vom 31. Juli bis 4. September 2002 statt (UV-act. 35). Dabei konnte weder eine Verbesserung des Allgemeinzustandes und der Belastbarkeit noch eine Schmerzminderung erreicht werden. Das psychosomatische Konsilium vom 27. August 2002 an der Rehaklinik Bellikon (UV-act. 36) ergab die Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22) sowie Chronifizierungsgefahr bei möglicherweise sich entwickelnder somatoformer Komponente. Ab 6. September 2002 galt der Versicherte als 25% arbeitsfähig. Er setzte diese Arbeitsfähigkeit um, indem er stundenweise anderen Mitarbeitern die Bedienung und den Einsatz der Abkantmaschine instruierte. Die biomechanische Kurzbeurteilung der Arbeitsgruppe für Unfallmechanik, Zürich, vom 29. Oktober 2002 (UV-act. 60) ergab eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-V) von 10 – 15 km/h. Die Beschwerden des Versicherten wurden als "eher erklärbar" eingestuft. Die Kernspintomographie vom 2. Dezember 2002 (UV-act. 79) zeigte intakte ossäre Strukturen und ergab keinen Hinweis für eine durchgemachte Fraktur beim Unfall, eine Bandruptur oder eine muskuläre Ansatzpathologie und ebenfalls nicht auf eine Diskusprotrusion oder -herniation. Vom 12. Februar bis 19. März 2003 folgte eine weitere stationäre Behandlung in der Rehaklinik Bellikon (UV-act. 92). Im Anschluss an den Klinikaufenthalt wurde dem Versicherten wieder volle Arbeitsunfähigkeit attestiert, aber gleichzeitig ein weiterer Arbeitsversuch im angestammten Betrieb organisiert.

A.b Am 3. Juni 2003 wurde der Versicherte an der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen abgeklärt (Bericht vom 12. Juni 2003: UV-act. 125). Gestützt darauf und auf die übrigen Unterlagen verfasste Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie am 19. September 2003 eine spezialärztliche Beurteilung (UV-act. 143). Zur Abklärung der Schwindelbeschwerden des Versicherten empfahl er eine neurootologische Untersuchung. Diese wurde am 5. November 2003 durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Leitender Arzt an der Abteilung für Gehör-, Sprach- und Stimmheilkunde des Kantonsspitals St. Gallen durchgeführt (Bericht vom 18. November 2003: UV-act. 153).



## St.Galler Gerichte

A.c Da die Beschwerden anhielten, liess die Suva den Versicherten am 9. März 2004 am Universitätsspital Zürich neurologisch und neuropsychologisch begutachten (UV-act. 181f.). Zu diesen Gutachten und den übrigen Akten verfasste das SIVM, Schweizerisches Institut für Versicherungsmedizin, Fachbereich Neuro, am 26. Oktober 2005 eine Aktenbeurteilung (UV-act.203). Am 27. März 2006 bzw. 30. August 2006 (Datum des schriftlichen Berichts) folgte ein psychiatrisches Gutachten durch Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (UV-act. 219). Dieser diagnostizierte eine "sonstige anhaltende affektive Störung mit depressiven und ängstlichen Zügen (ICD-10: F34.8) bei chronischen, cervico-cephal betonten muskuloskelettalen Schmerzen".

Mit schriftlichem Vorbescheid vom 9. Oktober 2006 (UV-act. 220) kündigte die Suva die Terminierung der Versicherungsleistungen per Ende Oktober 2006 an. Am 30. Oktober 2006 erliess sie die formelle Verfügung (UV-act. 222) und stellte die Versicherungsleistungen per 1. November 2006 ein. Zur Begründung führte sie an, die noch geklagten Beschwerden seien organisch nicht mehr als Folge des erlittenen Unfalls zu erklären und zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfall bestehe kein rechtserheblicher Kausalzusammenhang. Weiter verneinte sie die Voraussetzungen für die Ausrichtung einer Invalidenrente und einer Integritätsentschädigung.

B.

Die Krankenversicherung des Versicherten, die Helsana Versicherungen AG, erhob am 2. November 2006 vorsorglich Einsprache gegen die Verfügung der Suva vom 30. Oktober 2006 (UV-act. 224). Diese zog sie am 10. November 2006 wieder zurück (UV-act. 225). Der Versicherte liess durch seinen Rechtsvertreter, Rechtsanwalt Jürg Grämiger, Wil, Einsprache erheben und die Aufhebung der Verfügung, die Ausrichtung einer Invalidenrente von 100% ab 1. November 2006 sowie einer Integritätsentschädigung von mindestens 10% (UV-act. 223) beantragen. Mit Entscheid vom 15. Februar 2007 wies die Suva diese Einsprache ab (act. G 1.1, UV-act. 228).

C.



C.a Dagegen richtet sich die Beschwerde vom 13. März 2007 mit den Anträgen, die Verfügung vom 30. Oktober 2006 und der diese bestätigende Einspracheentscheid vom 15. Februar 2007 seien vollumfänglich aufzuheben; dem Beschwerdeführer seien eine Unfall-Invalidenrente von 100% seit 1. November 2006 und eine Integritätsentschädigung von mindestens 10% auszurichten; entgegen der Anordnung im angefochtenen Entscheid sei der Beschwerde die aufschiebende Wirkung zu erteilen und dem Beschwerdeführer seit 1. November 2006 das bisher bezahlte Taggeld zu 100% für die Dauer des Beschwerdeverfahrens nach jeweiliger fachärztlicher Beurteilung des Grades der Arbeitsunfähigkeit auszurichten; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, bis zum Unfall vom 1. Juni 2002 sei der Beschwerdeführer 100% arbeitsfähig und völlig gesund gewesen. Seither sei er anhaltend arbeitsunfähig und habe sich von den Unfallfolgen nicht mehr erholt. Seine Beeinträchtigungen seien eine natürlich kausale Folge des Unfallereignisses, das werde auch durch die vorliegenden Gutachten bestätigt. Das typische Beschwerdebild nach "Schleudertrauma" liege vor, weshalb nach der "Schleudertrauma-Praxis" des Bundesgerichts auch die adäquate Kausalität gegeben sei. Die Beschwerdegegnerin habe daher die gesetzlichen Leistungen über den 1. November 2006 hinaus zu erbringen und der Beschwerdeführer habe Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung sowie eine Integritätsentschädigung.

C.b Mit Entscheid vom 5. April 2007 gewährte der Gerichtspräsident dem Beschwerdeführer für das Beschwerdeverfahren vor Versicherungsgericht die unentgeltliche Rechtsverbeiständung durch seinen bisherigen Rechtsvertreter (act. G 7). Das Begehren um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde wies der Präsident gleichentags ab (act. G 9).

C.c Mit Beschwerdeantwort vom 15. Juni 2007 (act. G 12) beantragt Rechtsanwalt Dr. U. Glaus für die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Kein Gutachten oder Arztbericht führe organisch objektiv ausgewiesene Beschwerden an, vielmehr würden alle die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers mit der psychischen Diagnose bzw. Problematik begründen. Innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfallereignis seien nur einzelne Elemente des typischen Beschwerdebildes nach Schleudertrauma aufgetreten. Es sei daher zu prüfen, ob ein adäquater



## St.Galler Gerichte

Kausalzusammenhang der psychischen Beschwerden mit dem Unfallereignis bestehe, was im Einspracheentscheid vom 15. Februar 2007 zu Recht verneint worden sei.

C.d Auf Begehren des Beschwerdeführers sistierte der Gerichtspräsident das Verfahren bis zum Vorliegen des durch die SVA St. Gallen am 17. April 2007 in Auftrag gegebenen interdisziplinären Gutachtens des ABI, Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH, Basel (act. G 16).

Das ABI kam im multidisziplinären Gutachten [FMH Psychiatrie und Psychotherapie sowie FMH Neurologie unter internistischer/allgemeinmedizinischer Fallführung] vom 10. Januar 2008 (act. G 17.1) zusammenfassend zu folgender Stellungnahme (S. 19): "Der 38-jährige, aus Mazedonien stammende Explorand ist für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit zu 80% arbeits- und leistungsfähig, ganztätig realisierbar. Medizinische Massnahmen (Weiterführung der ambulanten Psychotherapie mit antidepressiver Medikation) können empfohlen werden. Berufliche Massnahmen können aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung nicht empfohlen werden. Aus dem gleichen Grund kann auch keine gute Prognose für die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit gestellt werden." In der neurologischen Beurteilung des Gutachtens (Ziff. 4.2.4, S. 15f.) wird diskutiert, ob die kurze Bewusstseinsstörung unmittelbar nach dem Aufprall eine Commotio cerebri im Sinn einer leichten milden traumatischen Hirnverletzung darstellte, oder ob es sich um eine allgemeine Schreckreaktion handelte. Im Ergebnis hätte die Qualifikation der Benommenheit jedoch keine Konsequenzen, die im Zeitpunkt der Begutachtung noch relevant sein könnten, müsste davon ausgegangen werden, dass in der Zwischenzeit eine vollständige Erholung eingetreten wäre, da eine Verletzung im untersten Bereich des Spektrums der milden traumatischen Hirnverletzungen mit einer sehr guten Prognose für eine rasche Erholung zur Diskussion gestanden habe.

C.e Das Gutachten des ABI Basel ist den Parteien am 12. Februar 2008 unter gleichzeitiger Aufhebung der Verfahrenssistierung zur Stellungnahme zugestellt worden. Die Beschwerdegegnerin führt in ihrer Stellungnahme vom 18. Februar 2008 (act. G 19) aus, das Gutachten bestätige im Wesentlichen ihre Erhebungen und die tatsächliche Grundlage des Einspracheentscheids. Die gesundheitlichen Probleme des Beschwerdeführers seien ausschliesslich psychischer Natur und stünden nicht in



einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall. Deshalb sei die Beschwerde abzuweisen.

Der Beschwerdeführer kritisiert in der Eingabe vom 31. März 2008 (act. G 22) die Qualität und Schlüssigkeit des Gutachtens. Daher sei nicht auf diese Beurteilung abzustellen, die nicht aus Sicht des Unfalls und der Kausalität erfolgt, sondern von der IV einverlangt worden sei. Er beantragt, eine aktualisierte neurologische und neuropsychologische Expertise einzuholen. Im Übrigen hält er an der Beschwerde vom 13. März 2007 und den weiteren dort gestellten Beweisanträgen fest.

Erwägungen:

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht weitere Leistungen (Behandlungskosten und Taggelder) für die Zeit nach dem 1. November 2006 mangels adäquaten Kausalzusammenhangs eingestellt und den Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung verneint hat. Sie hat im angefochtenen Entscheid die rechtlichen Voraussetzungen des Bestehens eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und den in Frage stehenden (physischen und psychischen) Gesundheitsschädigungen zutreffend dargelegt (Erwägungen 2, 4a, 5a); darauf kann verwiesen werden. Zu ergänzen ist, dass das Bundesgericht im Entscheid U 394/06 vom 19. Februar 2008 (BGE 134 V 109) die Anforderungen an den Nachweis einer natürlich unfallkausalen Verletzung, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigt, erhöht (a.a.O. E. 9 S. 121ff.) und die Kriterien modifiziert hat, nach denen die Adäquanz bei Schleudertraumata zu prüfen ist (a.a.O. E. 10 S. 126ff.).

2.

2.1 Zunächst ist zu untersuchen, ob die Beschwerden, die der Versicherte noch klagt, auf einem organisch objektivierbaren Substrat beruhen, das auf den Unfall vom 1. Juni 2002 zurückzuführen ist. Dazu ergibt sich aus den Akten Folgendes:



2.2 Bei der Erstbehandlung am Spital Wil vom 2. Juni 2002 wurden keine neurologischen Ausfälle oder Defizite festgestellt (UV-act. 7). Die Röntgenaufnahmen zeigten keine unfallbedingten Verletzungen der ossären Strukturen (UV-act. 8). Eine leichte Instabilität der Halswirbelsäule (HWK 2/3) wurde lediglich als Verdachtsdiagnose geäussert (UV-act. 7f.) und es ist nicht klar, ob diese durch die erstbehandelnden Ärzte als vorbestehend eingeschätzt wurde. In der biomechanischen Kurzbeurteilung (UV-act. 60) wurde hergeleitet, dass es aus biomechanischer Sicht keinen Grund gebe, weshalb diese Instabilität durch die relativ geringe Kollisionseinwirkung hätte verursacht werden können.

Die cervicale vertebro-spinale Kernspintomographie (C0 bis Th5) vom 2. Dezember 2002 durch Dr. med. K.\_\_\_\_ (UV-act. 79) ergab ebenfalls intakte ossäre Strukturen und nur eine leichte Dehydrierung der Bandscheiben C4/C5 und C5/C6. Auch die HWS-Funktionsaufnahmen waren unauffällig. Eine Instabilität konnte nicht festgestellt werden.

Die Röntgenaufnahmen vom 20. November 2007 (act. G 17.1: Bericht unter Ziff. 4.2.2.1 S. 14 ABI-Gutachten und Interpretation unter Ziff. 4.2.4 S. 16) zeigten keine wesentlichen degenerativen Veränderungen, welche auf einen Zustand nach einer Traumatisierung der HWS hinweisen würden. Insbesondere konnte bei den Funktionsaufnahmen keine Instabilität nachgewiesen werden.

2.3 Die neurologische Untersuchung am Kantonsspital St. Gallen vom 3. Juni 2003 (UV-act. 125) zeigte weder fokale neurologische Defizite noch Hinweise für ein organisch bedingtes neurologisches Leiden. Unterstrichen wird dieses Ergebnis durch die neurologische Aktenbeurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 19. September 2003 (UV-act. 143): Nach den initialen Beschwerden mit Nacken- und Kopfschmerzen habe der Versicherte eine neurologisch nicht erklärbare Symptomausweitung entwickelt. Nicht nur das Fehlen traumatischer Läsionen bei den konventionell-radiologischen und neuroradiologischen Abklärungen (MRI HWS) spreche gegen das Vorhandensein eines zugrunde liegenden somatischen Leidens, sondern auch das Nichtansprechen auf somatisch orientierte Therapien und das immer wieder Auftreten von neuen Symptomen und Beschwerden würden auf das Vorhandensein einer im Vordergrund stehenden psychischen Problematik hindeuten. Neurootologisch fanden sich am



18. November 2003 (UV-act. 153) keine Erklärungen für den Schwindel des Beschwerdeführers.

Auch anlässlich der Begutachtung an der neurologischen Klinik des Universitätsspitals Zürich vom 9. März 2004 (UV-act. 182) zeigten sich neurologisch keine fokalen Defizite. Die Gutachter führten keine der Beschwerden – Kopfschmerzen, Schwindel, Nackenschmerzen beidseits, unregelmässiges Kribbeln Arme beidseits, Müdigkeit, allgemeine Leistungsminderung, vermehrt unangenehme Träume, Angstzustände – auf eine organische Ursache zurück (Beantwortung Fragenkatalog Ziff. 1.2 S. 9).

Das ABI-Gutachten vom 10. Januar 2008 (act. G 17.1) stellt in der neurologischen Beurteilung (Ziff. 4.2.4, S. 15f.) keine organischen Ursachen für die neurologischen Diagnosen (chronisches cervico-cephales Schmerzsyndrom mit begleitenden Sensibilitätsstörungen auf der rechten Körperseite und Schwindelbeschwerden sowie Status nach HWS-Distorsionstrauma vom 1. Juni 2002 mit Verdacht auf Commotio cerebri) fest. Bei der klinischen Untersuchung zeigte sich eine weitgehend normalisierte Beweglichkeit der HWS. Bei unauffälliger Beobachtung des Beschwerdeführers vermerkte der Neurologe sogar eine freie Beweglichkeit des Kopfes ohne erkennbare Zwangs- bzw. Schonhaltung.

2.4 Die medizinischen Beurteilungen gehen somit übereinstimmend davon aus, dass die vom Versicherten noch geklagten Beschwerden nicht auf einem objektivierbaren organischen Substrat beruhen. Ein anders lautender Hinweis liegt nicht vor. Bei diesem Ergebnis ist weiter zu untersuchen, ob die nicht organisch nachweisbaren Beschwerden des Versicherten auf den Unfall vom 1. Juni 2002 zurückzuführen sind.

3.

3.1 Nach der einschlägigen Rechtsprechung ist dabei zunächst zu prüfen, ob der Beschwerdeführer 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. vorliegen (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 Beurteilungszeitpunkt 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 Gemäss den Berichten des erstbehandelnden Arztes, Dr. med. G.\_\_\_\_, vom 2. Juni 2002 (UV-act. 7) bzw. vom 12. Juni 2002 (UV-act. 2) erlitt der Versicherte beim Unfall vom 1. Juni 2002 ein HWS-Schleudertrauma. Die Diagnose eines HWS-Schleuder- bzw. Distorsionstraumas wurde durch die weiterbehandelnden Ärzte übernommen. Das neurologische Gutachten des Universitätsspitals Zürich (UV-act. 182 Ziff. 5 S. 8) präziserte, es habe sich um ein cranio-cervicales Beschleunigungstrauma (sog. Schleudertrauma) Grad IIb (nach Quebec-Task-Force [initiales Beschwerdebild: Nackenbeschwerden und muskuloskelettale Zeichen]) gehandelt. Das ABI-Gutachten diskutierte in der neurologischen Beurteilung (act. G 17.1 Ziff. 4.2.4 S. 15f.) zusätzlich, ob die kurze Bewusstseinsstörung unmittelbar nach dem Aufprall eine Comotio cerebri im Sinn einer leichten milden traumatischen Hirnverletzung darstellte, oder ob es sich um eine allgemeine Schreckreaktion handelte. Es führte jedoch aus, im Ergebnis hätte die Qualifikation der Benommenheit keine Konsequenzen, die im Zeitpunkt der Begutachtung noch relevant gewesen seien, da es sich jedenfalls um eine Verletzung im untersten Bereich des Spektrums der milden traumatischen Hirnverletzungen gehandelt habe und zwischenzeitlich mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit vollständige Erholung eingetreten wäre.



Zusammengefasst kann somit von einem Schleudertrauma ausgegangen werden, das der Beschwerdeführer beim Unfall vom 1. Juni 2002 erlitten hat. Davon geht auch die Beschwerdegegnerin sowohl in ihren Unterlagen (UV-act. 1 – 230) als auch in ihren Eingaben an das Versicherungsgericht aus.

3.3 An Beschwerden gab der Versicherte dem erstbehandelnden Arzt am 2. Juni 2002 Kopf- und Nackenschmerzen sowie leichte Schulterschmerzen beidseits an. Beim raschen Drehen oder Aufstehen verspürte er Schwindel. Übelkeit oder Erbrechen verneinte er ausdrücklich. Weitere Beschwerden klagte er nicht (UV-act. 7). Erst später kamen weitere Gesundheitsbeeinträchtigungen hinzu: Wochen nach dem Unfall klagte der Versicherte über Schmerzen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule, erstmals erwähnt anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 10. Juli 2002 (UV-act. 19), und über Schlafstörungen, erstmals erwähnt bei der persönlichen Befragung durch die Beschwerdegegnerin am 2. Juli 2002 (UV-act. 12) und besonders während der Rehabilitation in Bellikon (UV-act. 35 und 36). Monate nach dem Unfall kamen an körperlichen Beschwerden ein Ameisenlaufen in den Schultern und Armen sowie Übelkeit und Erbrechen hinzu (Bericht psychosomatisches Konsilium Rehaklinik Bellikon vom 21. Februar 2003 anlässlich des zweiten Rehabilitationsaufenthalts, UV-act. 93 S. 2f.). Im neurologischen Gutachten des Universitätsspitals Zürich vom 9. März 2003 (UV-act. 182) wird neben Müdigkeit erstmals auch eine allgemeine Leistungsminderung explizit aufgeführt.

Bereits die kreisärztliche Untersuchung vom 10. Juli 2002 – 40 Tage nach dem Unfall - zeigte eine Chronifizierungstendenz (UV-act. 19). Diese wurde anlässlich des ersten stationären Aufenthalts in der Rehaklinik Bellikon (31. Juli bis 4. September 2002) weiter erhärtet (UV-act. 35). Das psychosomatische Konsilium an der Rehaklinik Bellikon vom 21. August 2002 zeigte eine Anpassungsstörung, die einerseits als reaktive Depression und andererseits mit einer erhöhten Ängstlichkeit in Erscheinung trat (UV-act. 36; Diagnose: Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt ICD-10: F43.22). Hinzu kamen eine psychovegetative Irritierbarkeit sowie eine sich wahrscheinlich anbahnende somatoforme Komponente mit expressiver Schmerzbeschreibung und hartnäckiger Therapieresistenz. In Bellikon wurde eine Psychotherapie begonnen, die anschliessend (ab 7. Oktober 2002) ambulant bei



lic. phil. J.\_\_\_\_, Wil, fortgesetzt wurde. Im Bericht vom 16. Dezember 2002 (UV-act. 78) listet dieser als psychopathologische Diagnose Angststörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt und multiple somatische und psychosomatische Störungen nach Autounfall (Heckaufprall) vom 1. Juni 2002, ICD-10: F43.22, F45.0, auf.

Anlässlich des psychosomatischen Konsiliums an der Rehaklinik Bellikon vom 19. Februar 2003 ergab sich im Vergleich zur Beurteilung vom August 2002 ein weitgehend unverändertes Bild mit reaktiv-depressiver Symptomatik und Ängstlichkeit. Neu berichtete der Beschwerdeführer über eine leicht intrusive Symptomatik mit spezifischen Unfallträumen und Nachhallerinnerungen. Es wurde eine Anpassungsstörung mit Angst (teils in Form von erlebnisreaktiver, leicht intrusiver Symptomatik) und depressiver Reaktion gemischt sowie somatoformer Komponente mit entsprechender Chronifizierungsgefahr (ICD-10: F43.22, F45.1) diagnostiziert (UV-act. 93). Im Austrittsbericht vom 18. März 2003 (UV-act. 92) weist die Rehaklinik Bellikon darauf hin, dass die Psychopathologie bei der Beurteilung eine entscheidende Rolle spiele. Arbeitsrelevante Problembereiche seien die cervico-cephalen Schmerzen sowie die psychische Auffälligkeit und die allgemein verminderte Belastbarkeit. Aufgrund der psychogenen Überlagerung der somatischen Beschwerden liesse sich die körperliche Belastbarkeit des Patienten nicht genau einschätzen (a.a.O. S. 3). Der Psychotherapeut bestätigte im Bericht vom 29. Mai 2003 (UV-act. 123) die im Bericht vom 16. Dezember 2002 gestellten Diagnosen. In der Psychotherapie arbeitete er an der Realisierung einer regelmässigen, ausgewogenen Tages-, Nacht- und Beschäftigungsstruktur, um den ausgeprägten regressiven Tendenzen des Patienten gezielt entgegenzuwirken. Anlässlich der neurologischen Untersuchung vom 3. Juni 2003 am Kantonsspital St. Gallen (UV-act. 125) wurde – wie bereits vorstehend Ziff. 2.3 ausgeführt – das Fehlen eines fokal-neurologischen Defizits und von Hinweisen für ein organisch bedingtes neurologisches Leiden festgestellt. Laut den Fachärzten für Neurologie sprachen die anamnestischen Angaben inkl. psychischem Befund und das Auftreten des Patienten während der Konsultation für ein chronisches Schmerzsyndrom mit Cephalaea und einer Cervikalgie sowie einer ausgeprägten reaktiven Depression.

Im psychiatrischen Gutachten vom 30. August 2006 (UV-act. 219) führte Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in der diagnostischen



Beurteilung (a.a.O. Ziff. 5 S. 17) aus, trotz medikamentöser antidepressiver Therapie sowie psychotherapeutischer Fachbehandlung sei es bis heute zu keiner durchgreifenden Zustandsverbesserung gekommen. Die Symptomatik herrsche weitgehend unverändert auch im aktuellen psychopathologischen Befund vor. Da die Störung den in den diagnostischen Leitlinien der ICD-10 angegebenen Zeitrahmen von höchstens zwei Jahren für eine Anpassungsstörung (F43) überschritten habe, könne das psychische Leiden nosologisch am besten als sonstige anhaltende affektive Störung mit depressiven und ängstlichen Zügen (ICD-10: F34.8) klassifiziert werden. Er empfahl eine Weiterführung der psychotherapeutischen Behandlung. Prognostisch sei auf Grund des bisherigen chronischen Verlaufs mit Persistieren der psychischen Störung trotz adäquater Behandlung, geringen weiteren Behandlungsaussichten auf psychiatrischer Seite und chronifiziertem Schmerz mit fehlendem Ansprechen auf somatische Behandlungen von keiner weiteren wesentlichen Veränderung des Störungsbildes in einem absehbaren Zeitrahmen auszugehen.

Das ABI-Gutachten vom 10. Januar 2008 (act. G 17.1 Ziff. 4.1.3 S. 11) listet als psychiatrische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) auf. Der begutachtende Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, geht mit Dr. E.\_\_\_\_ einig, dass eine leichte depressiv-ängstliche Störung vorliege. Im Gegensatz zu Dr. E.\_\_\_\_ schliesst er daraus, dass aus psychiatrischer Sicht nur eine geringgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne und beurteilt diese mit 20%. Die Schmerzverarbeitungsstörung habe keinen Krankheitswert und schränke die Arbeitsfähigkeit nicht ein (a.a.O. Ziff. 4.1.5 und 4.1.7).

3.4 Zusammenfassend waren beim Versicherten nur einzelne der Beschwerden, die zum typischen Beschwerdebild nach Schleudertrauma gehören, innerhalb der Latenzzeit von maximal 72 Stunden nach dem Unfallereignis aufgetreten. Das typische Beschwerdebild nach Schleudertrauma lag nur teilweise vor. Die körperlichen Beschwerden traten gegenüber den psychischen im Zeitverlauf seit dem Unfall immer mehr in den Hintergrund. Dieser Prozess begann mit dem Auftreten der psychischen Beschwerden. Im Zeitpunkt der Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin (per 1. November 2006) herrschten die psychischen Beschwerden eindeutig vor. Die



Adäquanzbeurteilung ist demnach praxisgemäss nicht nach der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109 und 117 V 359), sondern nach der Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) vorzunehmen.

4.

4.1 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 133 E. 6 S. 138 ff., bestätigt unter anderem in SVR 1999 UV Nr. 10 S. 31 ff.) 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. Bei banalen Unfällen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil auf Grund der allgemeinen Lebenserfahrung davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen. Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken. Dabei gelten als schwer nur solche Unfälle, bei denen sämtliche Umstände, insbesondere die Dramatik des Unfallereignisses und die Dauer desselben wie auch die somatischen Unfallfolgen eine für die versicherte Person aussergewöhnliche Eindringlichkeit aufweisen. Mithin können auch Unfälle, die im Volksmund als schwer bezeichnet werden, keine der Rechtsprechung zur obligatorischen Unfallversicherung entsprechende Schwere aufweisen. Bei Unfällen im mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund 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 133 E. 6a-c S. 139 ff.). Dabei müssen rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 115 V 133 E. 6c S. 140f.; SVR 1999 UV Nr. 10 S. 31 ff. E. 2, 2001 UV Nr. 8 S. 31 ff. E. 3, 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 abschliessend aufgezählte Kriterien gelten dabei:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls,
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen,
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung,
- körperliche Dauerschmerzen,
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert,
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen,
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

4.2 Der Beschwerdeführer erlitt am 1. Juni 2002 einen Auffahrunfall mit Heckkollision. Auffahrkollisionen werden regelmässig als mittelschweres, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis eingestuft (vgl. RKUV 3/2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.1.2 mit Hinweisen). Diesbezüglich ist im Ergebnis der Argumentation des Beschwerdeführers in der Beschwerdeschrift (act. G 1 S. 8f.) zu folgen und der Auffahrunfall vom 1. Juni 2002 – entgegen der Ausführungen der Beschwerdegegnerin - als mittelschwerer Unfall an der Grenze zu den leichten einzuteilen. Dabei kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass die Unfallverursacherin ungebremst mit 60 - 70 km/h auf das Fahrzeug des Beschwerdeführers auffuhr. Vielmehr ist rechtsprechungsgemäss auf den äusseren, augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften abzustellen



(BGE U 615/06 vom 9. Januar 2008 und U 2/07 vom 19. November 2007). Massgebend ist insbesondere die biomechanische Kurzbeurteilung der Arbeitsgruppe für Unfallmechanik vom 29. Oktober 2002 (UV-act. 60), wonach die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung ( $\Delta v$ ) 10 – 15 km/h betrug. Auch die Fotos vom Fahrzeug des Beschwerdeführers (UV-act. 41) sowie die Tatsache, dass seine Ehefrau als Folge des Unfalls nur minimale Gesundheitsbeeinträchtigungen beklagte und die mitfahrenden Kinder unverletzt blieben (UV-act. 11), unterstützen diese Beurteilung.

4.3 Der Unfall vom 1. Juni 2002 hatte sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet, noch war er – objektiv betrachtet – von besonderer Eindrücklichkeit. Er hatte auch keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art zur Folge. Die Diagnose eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung der HWS vermag die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können, wie etwa eine besondere Körperhaltung im Unfallzeitpunkt, erhebliche krankhafte oder traumatisch bedingte Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule (Vorzustand) oder ein biologisches Alter der verunfallten Person über 50/55 Jahren (BGE U 167/06 vom 31. Januar 2007 E. 5.2, RKUV 3/2005 Nr. U549 E. 5.2.3 S. 238). Solche besonderen Umstände liegen hier nicht vor. Die Verletzungen des Beschwerdeführers gelten erfahrungsgemäss auch nicht als geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

Unmittelbar nach dem Unfall nahm der Beschwerdeführer keine oder kaum körperliche Beschwerden wahr. Die Polizei ging jedenfalls im Rapport vom 22. Juni 2002 (UV-act. 25) davon aus, er habe sich beim Unfall vom 1. Juni 2002 nicht verletzt. Er war nach dem Ereignis in der Lage, wie vorgesehen, einen Kollegen zu besuchen. Die Schwere der Verletzung ist von den schwerwiegend empfundenen Verletzungsfolgen (besonders die anhaltende, mit Ausnahme des Arbeitsversuches zwischen 6. September 2002 und Herbst 2003, für die bisherige Tätigkeit vollständige Arbeitsunfähigkeit) zu trennen. Letztere werden unter andern Kriterien zur Adäquanzbeurteilung berücksichtigt. Zusammenfassend ist das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen nicht erfüllt.



4.4 Die ärztliche Behandlung der somatischen Beschwerden dauerte nicht ungewöhnlich lange, beschränkten sich doch die nach dem Unfall getroffenen Massnahmen schon nach kurzer Zeit im Wesentlichen auf die Abgabe von Medikamenten und auf Verlaufskontrollen. In der neurologischen Beurteilung vom 19. September 2003 beurteilte Dr. C.\_\_\_\_ das Weiterführen somatisch orientierter Therapien ausdrücklich für nicht notwendig (UV-act. 143 S. 4). Die noch andauernde und im ABI-Gutachten vom 10. Januar 2008 (act. G 17.1) auch weiterhin empfohlene psychotherapeutische Behandlung ist auf psychische Gründe zurückzuführen und daher hier nicht zu berücksichtigen.

4.5 Das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen war während einer gewissen Zeit erfüllt. Die aktuellen Schmerzen sind allerdings zu einem wesentlichen Teil psychisch bedingt und fallen daher hier ausser Betracht (BGE U 159/05 vom 15. Juni 2007 E. 5.3).

4.6 Der Beschwerdeführer macht geltend, das Tragen des Halskragens über einen Monat nach der Kollision sei verordnet gewesen und stelle auch gemäss biomechanischer Kurzbeurteilung der Arbeitsgruppe für Unfallmechanik vom 29. Oktober 2002 (UV-act. 60) eine ärztliche Fehlbehandlung dar, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert habe. Aus den Akten ist eine Verordnung zum Tragen des Halskragens lediglich für 3 – 5 Tage im Bericht (UV-act. 7) bzw. im Zeugnis (UV-act. 2) von Dr. G.\_\_\_\_ über die Erstbehandlung am Spital Wil vom 2. Juni 2002 dokumentiert. Der nachbehandelnde Hausarzt, Dr. med. H.\_\_\_\_, erwähnt den Halskragen im Zwischenbericht vom 21. Juni 2002 (UV-act. 10) nicht. Vielmehr führt er als Therapie neben Analgetika und Myotonolytika physiotherapeutische Massnahmen zur Lockerung und Stabilisierung der HWS an. Massnahmen zur Schonung oder gar Ruhigstellung, das Ziel der Behandlung mit einem Halskragen, werden vom Hausarzt nicht verordnet. Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 10. Juli 2002 (UV-act. 19) führte der Beschwerdeführer aus, er trage den Halskragen (wie auch heute) noch sehr oft und lasse ihn nur stundenweise weg. Auch dieses Dokument sagt nichts aus über eine Verordnung, den Halskragen länger als 3 – 5 Tage nach dem Unfall zu tragen. Eine ärztliche Verordnung, den Halskragen länger als 3 – 5 Tage nach dem Unfall zu tragen, ist somit nicht ausgewiesen.



Die Arbeitsgruppe für Unfallmechanik führt in der biomechanischen Kurzbeurteilung 29. Oktober 2002 (UV-act. 60) wörtlich aus: "Es sind nun seit längerer Zeit und immer deutlicher auch medizinisch-therapeutische Studien vorhanden, die aufzeigen, dass das längere Tragen eines Halskragens praktisch nie sinnvoll ist und sich in den meisten Fällen sogar negativ auf die Heilung auswirkt. Es wäre nicht erstaunlich, wenn das lange Tragen des Halskragens die Heilung negativ beeinflusst hätte." (a.a.O. S. 3 unten). Damit bleibt die Arbeitsgruppe für Unfallmechanik sehr vage und im Bereich einer möglichen Hypothese. Damit das Kriterium der ärztlichen Fehlbehandlung für die Adäquanzbeurteilung erfüllt ist, muss jedoch sowohl die ärztliche Fehlbehandlung als auch die dadurch bedingte erhebliche Verschlimmerung der Unfallfolgen nachgewiesen sein. Beides ist vorliegend nicht der Fall.

Das Bundesgericht (damals noch Eidgenössisches Versicherungsgericht) hat im Entscheid vom 20. April 2004 U 299/03 E. 3.3 eine ärztliche Fehlbehandlung durch das Tragen eines Halskragens ebenfalls verneint und diese Praxis in den Entscheiden U 65/07 vom 14. Dezember 2007 E. 5.5 und U 14/05 vom 29. Mai 2006 E. 5 beibehalten. In der Begründung führt das Bundesgericht u.a. aus, die Frage, ob das (längere) Tragen eines Halskragens negative Auswirkungen auf die Heilung habe und ob es zur Verschlimmerung der Beschwerden beitrage, sei in medizinischen Fachkreisen umstritten.

4.7 Ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen können nach der neueren Rechtsprechung nicht bereits aus dem Fortbestehen bestimmter Symptome abgeleitet werden, sondern setzen voraus, dass besondere Gründe gegeben sind, die die Heilung beeinträchtigt haben (SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 ff. E. 8.5 U 479/05). Derartige Umstände sind hier nicht ersichtlich, weshalb das Kriterium verneint werden muss. Die Umstände, die der Beschwerdeführer als schwierig anführt, beschreiben fast ausschliesslich nicht den Heilungsverlauf sondern andere (Lebens-)Bereiche. Aus der Tatsache, dass die somatischen Beschwerden weitgehend therapieresistent waren und sind, lässt sich noch nicht auf einen schwierigen Heilverlauf und erhebliche Komplikationen im Sinn der zitierten Rechtsprechung schliessen; zumal die Therapieresistenz der somatischen Beschwerden zumindest teilweise durch die hier nicht zu berücksichtigenden psychischen Beeinträchtigungen verursacht wurde.



4.8 Bleibt als letztes Kriterium der Adäquanzbeurteilung Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu prüfen. Der Beschwerdeführer war bei der ärztlichen Erstbehandlung am 2. Juni 2002 (UV-act. 2 und 7) 100% arbeitsunfähig geschrieben worden. Der Hausarzt gab im Zwischenbericht vom 21. Juni 2002 (UV-act. 10) an, eventuell sei eine Wiederaufnahme der Arbeit ab 1. Juli 2002 möglich. Der Kreisarzt nahm im Untersuchungsbericht vom 10. Juli 2002 (UV-act. 19) zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht Stellung, meldete ihn wegen Chronifizierungsgefahr und zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit aber dringend zur stationären Rehabilitation in Bellikon an. Obwohl die Behandlungen und Therapien der Rehaklinik Bellikon nicht fruchteten (Austrittsbericht vom 16. September 2002, UV-act. 35), wurde mit dem Beschwerdeführer und seiner Arbeitgeberin nach Klinikaustritt ein Arbeitsversuch geplant und durchgeführt. Das psychosomatische Konsilium vom 21. August 2002 an der Rehaklinik Bellikon (UV-act. 36) diagnostizierte eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt ICD-10: F43.22. Zu deren anteilmässiger Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nahm die Klinik nicht Stellung. Der Arbeitsversuch, mehr als berufsorientierte Ergotherapie denn als Arbeitstätigkeit durchgeführt, wurde nach Absprache mit den Beteiligten - Ende Oktober 2002 von ca. 2 auf 3 Stunden täglich gesteigert (UV-act. 57). Aufgrund der Tatsache, dass der Arbeitsversuch bisher nicht zu einem wirtschaftlich verwertbaren Resultat geführt hatte, sowie der Bestätigung dieser Ausgangssituation in der berufsorientierten Ergotherapie, attestierte die Rehaklinik Bellikon dem Beschwerdeführer nach dem zweiten stationären Aufenthalt im Austrittsbericht vom 18. März 2003 (UV-act. 92) volle Arbeitsunfähigkeit, gleiste aber einen Arbeitsversuch im angestammten Betrieb von 2 x 2 Stunden pro Tag auf. Das psychosomatische Konsilium vom 19. Februar 2003 an der Rehaklinik Bellikon (UV-act. 93) diagnostizierte neben der Anpassungsstörung eine somatoforme Komponente. Der Anteil der psychischen Beeinträchtigungen an der Arbeitsunfähigkeit wurde nicht beziffert. Wörtlich hielten die Ärzte der Rehaklinik Bellikon im Austrittsbericht vom 18. März 2003 (UV-act. 92) unter dem Titel "Behinderungen / Fähigkeitsstörungen" fest: "Arbeitsrelevante Problembereiche sind die cervico-cephalen Schmerzen(,) sowie die psychische Auffälligkeit und die allgemein verminderte Belastbarkeit. Aufgrund der psychogenen Überlagerung der somatischen Beschwerden lässt sich die körperliche Belastbarkeit des Patienten nicht genau einschätzen. Bei Austritt besteht eine reduzierte psychophysische Belastbarkeit,



Arbeiten in Zwangshaltungen und rückenbelastende Tätigkeiten sind reduziert. Überkopfarbeiten und schweres Heben und Tragen sind mindestens vorläufig limitiert, Arbeiten in absturzgefährdeten Positionen sind derzeit nicht zumutbar." Nach dem zweiten stationären Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon war der Beschwerdeführer wegen einer Magen-Darm-Entzündung zusätzlich arbeitsunfähig (Zwischenbericht Dr. I. \_\_\_ vom 7. Mai 2003 UV-act. 118 und Bericht Psychotherapeut vom 29. Mai 2003 UV-act. 123). Den Arbeitsversuch nahm er danach – soweit aus den Akten ersichtlich (Telefonnotizen vom 19. Juni 2003 UV-act. 128 und 130 sowie vom 26. Juni 2003 UV-act. 133) - erst am 19. Juni 2003 wieder auf.

Das neurologische Gutachten vom 9. März 2004 (UV-act. 182) attestiert aus neurologisch/neuropsychologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50% (a.a.O. S. 8 und 10). Für eine Differenzierung nach Ursache bzw. Beschränkung auf unfallbedingte Beschwerden organischer Genese verweist es auf das psychiatrische Gutachten. Die Aktenbeurteilung des Schweizerischen Instituts für Versicherungsmedizin (SIVM) vom 26. Oktober 2005 (UV-act. 203) kam in der Beurteilung (a.a.O. S. 4) zum Schluss, das Gutachten des Universitätsspitals Zürich nach Untersuchung vom 9. März 2004 sei widersprüchlich. Nachdem organisch bedingte Beschwerden im Wesentlichen verneint würden, werde dennoch eine Arbeitsunfähigkeit von ca. 30 – 50% als Abkanter angenommen, welche aus ihrer Sicht vor allem durch psychische Faktoren bedingt sei. Neuropsychologisch lasse sich höchstens ein leichte, ca. 20 – 30% Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen. Die beiden neurologischen Gutachter hätten hier klarer trennen müssen, welcher Anteil der Arbeitsunfähigkeit neurologisch bzw. neuropsychologisch, also aufgrund organischer Faktoren, und welcher aufgrund psychischer Faktoren gerechtfertigt erscheine. (...) Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit betrage maximal 30%.

Das psychiatrische Gutachten vom 30. August 2006 (UV-act. 219) attestierte dem Beschwerdeführer für die Tätigkeit als Abkanter volle Arbeitsunfähigkeit. In einer an die körperlichen Einschränkungen adaptierten, körperlich leichten Tätigkeit, ohne zeitlichen Stress, mit begrenzten sozialen Kontakten und ohne besondere Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit schätzte der Gutachter die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auf 50% (a.a.O. S. 21f.). Diese Einschätzung wird durch das ABI-Gutachten vom 10. Januar 2008 (act. G. 17.1) kritisiert. Bei einer leichten depressiv-ängstlichen



Störung – wie von beiden psychiatrischen Gutachtern übereinstimmend festgestellt – sei die Arbeitsfähigkeit nur geringgradig beeinträchtigt. Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung und der passive Umgang würden aber keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht begründen. Daher könne aus psychiatrischer Sicht nur eine geringgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Diese wurde auf 20% eingeschätzt. Dabei könne es dem Exploranden aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können (a.a.O. S.12/19). Zusammengefasst kam das ABI-Gutachten zum Schluss, der Explorand sei aus polydisziplinärer Sicht für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zu 80% arbeits- und leistungsfähig, vollschichtig realisierbar. Den Beginn dieser Arbeitsunfähigkeit setzt das ABI auf wenige Wochen nach dem Unfallereignis fest.

Auch wenn der psychisch bedingte und damit hier nicht zu berücksichtigende Anteil an der Arbeitsfähigkeit erst mit dem neurologischen Gutachten des Universitätsspitals Zürich vom 9. März 2003 (UV-act. 182) klarer und erst mit dem ABI-Gutachten vom 10. Januar 2008 polydisziplinär festgelegt wurde, ist aufgrund der vorstehend zusammengefassten Unterlagen klar, dass die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers schon innerhalb von Wochen nach dem Unfall weitgehend auf psychische Ursachen zurückzuführen war. Damit ist das Kriterium Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ebenfalls nicht erfüllt.

4.9 Zusammenfassend ist keines der Beurteilungskriterien der Adäquanzprüfung in besonders ausgeprägter Weise erfüllt. Die Kriterien sind auch nicht in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt. Die adäquate Kausalität der Unfallfolgen muss daher verneint werden. Die Beschwerdegegnerin ist daher nicht verpflichtet, über den 1. November 2006 hinaus weitere Versicherungsleistungen zu erbringen.

5.

Fehlt es am adäquaten Kausalzusammenhang für eine weitere Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den 1. November 2006 hinaus, sind auch weder eine Unfall-



Invalidenrente noch eine Integritätsentschädigung geschuldet. Die entsprechenden tatsächlichen Voraussetzungen sind daher nicht zu prüfen.

6.

Dem Beweisantrag des Beschwerdeführers, es sei eine zweite oder aktualisierte neurologische und neuropsychologische Begutachtung durch Spezialärzte einzuholen, ist nicht zu folgen. Da 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 124 V 90 E. 4b S.94; Praxis 88/1999 Nr. 117 S. 636 ff.; SVR UV 1996 Nr. 62 S. 211 ff. E. 3).

7.

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

8.

Dem Beschwerdeführer wurde die unentgeltliche Rechtsverteidigung am 5. April 2007 bewilligt. Wenn die wirtschaftlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers es gestatten, kann er jedoch zur Nachzahlung der Gerichtskosten, der Auslagen für die Vertretung und der vom Staat entschädigten Parteikosten verpflichtet werden (Art. 288 Abs. 1 ZPG, sGS 961.2, i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP, sGS 951.1). Der Staat ist zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung zu verpflichten, für die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers aufzukommen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass dem unentgeltlichen Rechtsbeistand lediglich ein um 20% reduziertes Honorar zusteht (vgl. Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Mangels Kostennote ist die Entschädigung vom Gericht ermessensweise festzusetzen. Ein Betrag von Fr. 3'200.-- (80% von Fr. 4'000.--; inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) scheint der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses angemessen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG



entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Der Staat hat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Fr. 3'200.-- zu entschädigen.