



Fall-Nr.: UV 2008/103
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 23.04.2020
Entscheiddatum: 14.07.2009

Entscheid Versicherungsgericht, 14.07.2009

Art. 6 UVG; Art. 19 Abs. 1 UVG: Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden im Nachgang zu einem HWS-Schleudertrauma. Prüfung der Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung. Verneinung der Adäquanz in Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Juli 2009, UV 2008/103).

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus und Versicherungsrichter Martin Rutishauser; a.o. Gerichtsschreiber Benedikt Fässler

Entscheid vom 14. Juli 2009

in Sachen

I.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Franziskus Ott, Haus zum Anker,
Ankerstrasse 24, 8004 Zürich,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a Am 18. April 2005 wurde I.____, geboren 1978, Mitarbeiter im Call-Center der A.____ und dadurch bei der Suva gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, in einen Auffahrunfall verwickelt. Wegen ca. zwei Stunden später auftretender Kopf- und Nackenschmerzen sowie Übelkeit, Schwindel, starker Müdigkeit und Konzentrationsschwäche suchte er noch am gleichen Tag Dr. med. B.____, Facharzt FHM für Allgemeinmedizin, auf. Eine Arbeitsunfähigkeit resultierte keine und eine Zweitkonsultation am 26. April 2005 zeigte eine günstige Entwicklung. Anlässlich einer Konsultation am 26. Juni 2005 war das Unfallereignis kein Thema mehr (Suva-act. 58.3 und 4).

A.b Am 12. August 2006 wurde I.____ erneut in einen Auffahrunfall auf der Hardbrücke in Zürich verwickelt. Die Unfallverursacherin fuhr in das hinter dem Versicherten stehende Auto. Dieses kollidierte mit dem stehenden Fahrzeug des Versicherten, welches noch in das vor ihm stehende Auto geschoben wurde. Der Versicherte verspürte unmittelbar nach dem Unfall Kopf- und Nackenschmerzen sowie Übelkeit (Suva-act. 5) und begab sich deshalb noch am Unfalltag in Behandlung zu Dr. med. C.____, Allgemeinmedizin FMH. Dieser diagnostiziert eine HWS-Distorsion QTF II und bescheinigte dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. 5). Dr. med. D.____, Physikalische Medizin FMH, an den der Versicherte überwiesen worden war, stellte gestützt auf eine persönliche Untersuchung am 5. September 2006 und eine Röntgenuntersuchung vom 23. August 2006 anhaltende myofasciale Störungen Nacken-/Schultermuskulatur nach HWS-Distorsion vom 12. August 2006 fest (Suva-act. 2). Bei der Röntgenuntersuchung wurde eine Gefügelockerung in den Segmenten C4/5 und C5/6 mit minimal vermehrter Beweglichkeit in der Inklination festgestellt. Darüber hinaus fanden sich keine weiteren Pathologien, insbesondere keine erkennbaren Zeichen von traumatischen Läsionen der Wirbelkörper oder der Wirbelfortsätze (Suva-act. 2 und 6). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen



(Heilbehandlung, Taggeld). Die medikamentöse und physiotherapeutische Behandlung brachte jedoch keine wesentliche Besserung der Beschwerden.

A.c Nach einem ambulanten Assessment am 8. November 2006 durch Dr. med. E.____, FMH Chirurgie, bei dem ein zervikozepales und zervikobrachiales beidseitiges myofaszielles Syndrom mit schmerzbedingten Konzentrationsstörungen und Ängstlichkeit diagnostiziert wurden (Suva-act. 36.1), begab sich der Versicherte vom 22. November 2006 bis zum 11. Januar 2007 in eine stationäre Rehabilitation in die Rehaklinik Bellikon. Während der Rehabilitation wurde am 30. November 2006 ein MRI der HWS durchgeführt, bei dem sich keine posttraumatischen Veränderungen zeigten (Suva-act. 52). Weiter erfolgte eine neurologische Beurteilung durch Dr. med. F.____, Spezialarzt FMH für Neurologie: Danach ergab die klinisch-neurologische Untersuchung keine pathologischen Befunde. Es bestanden keine Anhaltspunkte für eine Hirnschädigung oder eine Rückenmarksläsion im cervicalen Bereich und es waren keine zentralen oder peripheren Nervenläsionen nachweisbar (Suva-act. 53). Am 1. Dezember 2006 wurden durch lic. phil. G.____, Psychologin, und H.____, med. pract., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychosomatisches Konsilium und ein neuropsychologisches Screening durchgeführt. Das psychosomatische Konsilium zeigte eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt. Im neuropsychologischen Screening wurden eine deutliche Verlangsamung sowie Tendenzen zu Leistungseinbrüchen bei der Bearbeitung monotoner visueller Konzentrationsaufgaben nachgewiesen. Die mentale Dauerbelastbarkeit und Ausdauer war insbesondere schmerzbedingt deutlich herabgesetzt (Suva-act. 54.7-10). Im Austrittsbericht von Dr. med. J.____, Assistenzärztin Arbeitsorientierte Rehabilitation und Dr. med. K.____, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation FHM, vom 18. Januar 2007 wird ein cerviko-cephales und cerviko-brachiales myofaszielles Syndrom beidseits, sowie eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion diagnostiziert. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit wird ausgeführt, dass zusätzlich zu den muskuloskeletal bedingten Einschränkungen aktuell eine schmerzbedingte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsschwäche bestehe, welche zu einer verminderten mentalen Dauerbelastbarkeit führe, die sich momentan relevant leistungsmindernd auf die aktuelle berufliche Tätigkeit als Mitarbeiter in einem Call-Center der A.____ auswirke. Die zusätzliche psychische Störung von Krankheitswert begründe keine arbeitsrelevante Leistungsminderung (Suva-act. 54.1). Die Ärzte



St.Galler Gerichte

empfehlen eine schrittweise Wiederaufnahme der bisherigen Arbeit mit anfänglich zusätzlichen Pausen und Anpassungen am Arbeitsplatz (Stehpult) (Suva-act. 54.2). Zum Therapieverlauf wird ausgeführt, dass es dem Versicherten wegen einer ausgeprägten Ängstlichkeit und Fixierung auf die Schmerzen im Schulter-/Nackengebiet nur begrenzt gelang, vom Therapieprogramm zu profitieren. Nach Einschätzung der Ärzte stünden im Vordergrund der Beschwerden psychische Beeinträchtigungen in Form eines ausgeprägten ängstlichen Besorgtseins bezüglich körperlicher Symptome mit daraus resultierender starker Verunsicherung sowie einer Schmerzfixierung. Allfällige somatische Restfolgen seien anzunehmen, stünden aber im Hintergrund. Die Schmerzfixierung verstärke die körperlichen Beschwerden und wirke sich auch hinderlich auf die berufliche Eingliederung aus (Suva-act. 54.3).

A.d In einer biomechanischen Kurzbeurteilung vom 15. Januar 2007 kamen die Experten zum Schluss, dass die durch die Kollision bedingte Geschwindigkeitsänderung (delta-v) für den VW des Versicherten unterhalb oder innerhalb eines Bereiches von 10 - 15 km/h lag und damit höchstens im Bereich der kritischen Grenze, wo unfallbedingte Beschwerden zu erklären wären (Suva-act. 51.4).

A.e Die schrittweise Wiedereingliederung am Arbeitsplatz bei der Call-Center der A.____ verlief nicht erfolgreich, weil die Versuche des Beschwerdeführers, seine Arbeitsleistung stufenweise zu erhöhen, an seiner raschen Ermüdbarkeit mit Konzentrationsstörungen und begleitender Steigerung der Schmerzintensität scheiterten. Am 26. Mai 2007 diagnostizierte Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion auf dem Boden anhaltender psychosozialer und somatischer Belastung nach dem Autounfall vom 12. August 2006. Die Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht schätzte er mit 30 % ein (Suva-act. 86). Am 30. Mai 2007 fand eine kreisärztliche Untersuchung bei Kreisarzt Dr. med. M.____, Orthopädische Chirurgie FMH, statt (Suva-act. 91). Dr. M.____ gelangte zur Einschätzung, dass die heutigen Beschwerden organisch nicht erklärt werden könnten. Ob die von psychiatrischer Seite diagnostizierte Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Situation eine Traumafolge sei oder durch eine psychosoziale Belastungssituation erklärt werden könne, könne er nicht entscheiden (Suva-act. 91.5). Am 23. Juli 2007 wurde dem



St.Galler Gerichte

Versicherten mit Wirkung auf den 30. September 2007 gekündigt (Suva-act. 104). Es erfolgte eine Anmeldung bei der Arbeitslosenversicherung. Seit Oktober 2007 werden dem Versicherten Taggelder der Arbeitslosenversicherung ausgerichtet (Suva-act. 158.7). Im Rahmen eines Beschäftigungsprogramms des RAV ist der Versicherte an der Gestaltung eines Handbuches im Computer-Bereich beteiligt.

A.f Ab Ende August 2007 bestand laut Dr. D.____ wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Suva-act. 107.1 und 109). Am 17. Oktober 2007 wurde ein MRI des Schädels durchgeführt, welches keine pathologischen Befunde ergab (Bericht Prof. Dr. med. N.____; Suva-act. 131). Mit Schreiben vom 30. Oktober 2007 erklärte Dr. L.____, aus psychiatrischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 129). Am 19. November 2007 fand eine neuropsychologische Untersuchung bei Dr. phil. O.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, statt (Suva-act. 137). Dieser diagnostizierte in seinem Bericht vom 1. Dezember 2007 defizitäre Hirnleistungen in verschiedenen Bereichen. Bei knappem allgemeinem Leistungsniveau seien v.a. Aufmerksamkeit und Konzentration sowie Lernen und Gedächtnis beeinträchtigt. Mit diesem Hirnleistungsbild wären nach Auffassung des Gutachters weder die diversen Aus- und Weiterbildungen noch der letzte Arbeitsplatz des Versicherten möglich gewesen (Suva-act. 137.6). Am 12. Januar 2008 berichtete Dr. O.____ über die bei ihm durchgeführte Schmerzpsychotherapie (10 Sitzungen). Dr. O.____ führt aus, es sei möglich, dass eine Kumulation mehrerer HWS-Distorsionstraumen plötzlich zu massivsten Schädigungen führen könne, auch wenn anfangs keine Anzeichen zu erkennen waren. Dass der Beschwerdeführer ein erstes Schleudertrauma von 2005 problemlos weggesteckt habe, rechtfertige nicht die Annahme, deshalb sei auch keine Schädigung zurückgeblieben. Aus Sicht von Dr. O.____ blockiert eine gedankliche Schmerz-Fixierung eine adäquate Wahrnehmung und Bearbeitung seiner Störungen. Er glaube, das eigentliche Problem seien seine Schmerzen und dass erst dann alles wieder in Ordnung sei, wenn diese Schmerzen durch ärztliche Kunst behoben seien (Suva-act. 140.2). Gestützt auf die Akten und auf eine eigene neurologische Untersuchung vom 13. September 2007 diagnostizierte Dr. med. P.____, Facharzt FMH für Neurologie, mit Bericht vom 13. Februar 2008 ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma, ein zervikozephalales Syndrom und ein Zervikobrachial-Syndrom. Bei seiner Untersuchung stellte er eine angedeutete Asterixis und leichte Dysdiadochokinese links fest (Suva-act. 149.2). Er gelangte zur Auffassung, dass diese



sehr leichten Koordinationsstörungen der linken oberen Extremität darauf schliessen liessen, dass bei den beiden Auffahrunfällen spinocerebelläre Verbindungen leicht geschädigt worden seien. Somit seien die Hirnleistungsstörungen – einschliesslich der neuropsychologisch festgestellten – mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit organisch bedingt. Der Versicherte sei deshalb im bisherigen Beruf als EDV-Kundenberater zu 100 % und in angepasster Beschäftigung zwischen 60 % und 70 % arbeitsunfähig. In Bezug auf den Unfallmechanismus führt Dr. P. ___ auf, die wiederholten Auffahrunfälle seien bei der Adäquanzprüfung zu berücksichtigen, wobei der letzte Unfall einem Schütteltrauma entspreche (Suva-act. 149.3). Am 28. April 2008 fand erneut eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. M. ___ statt. Die klinische Untersuchung ergab einen Normalbefund mit Ausnahme einer als eingeschränkt gezeigten HWS-Beweglichkeit und einem minimal erhöhten Tonus des M. trapezius im Sitzen. Die verschiedenen koordinativen Tests waren unauffällig, neurologische Auffälligkeiten wurden keine festgestellt. Er kommt darin zum Schluss, dass eine strukturelle Schädigung durch das Unfallereignis vom 12. August 2006 nie nachgewiesen werden konnte und aufgrund der bei der Aufarbeitung des Unfallereignisses errechneten physikalischen Beschleunigung auch gar nicht zu erwarten sei. Ein Weiterführen der Behandlung sei nicht vertretbar, die Erfolgsaussichten erschienen zu gering (Suva-act. 153.7). Die Beurteilung durch Dr. P. ___ vom 13. Februar 2008 stuft er als in mehrerer Hinsicht schwer nachvollziehbar ein. So seien die von Dr. P. ___ festgestellten "sehr leichten Koordinationsstörungen" an der linken oberen Extremität bei der fachärztlich-neurologischen Beurteilung im Dezember 2006 nicht vorhanden gewesen und im MRI habe sich keine Schädigung im Bereiche der spinocerebellären Verbindungen nachweisen lassen. Zudem sei bei beiden Unfällen ein Schädel-Hirn-Trauma nicht überliefert und es bestünden auch nicht leise Verdachtsmomente für eine Commotio (Suva-act. 153.6).

A.g Mit Verfügung vom 22. Mai 2008 (Suva-act. 157) stellte die Suva die Heilungskosten per 31. Mai 2008 ein. Die Taggeldleistungen wurden bis 30. September 2007 bezahlt, da ab 1. Oktober 2007 keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr ausgewiesen sei. Die Suva begründete ihren Entscheid damit, dass die vom Versicherten geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar seien. Deshalb sei die Adäquanz nach den bundesgerichtlichen Kriterien zu prüfen. Nach Prüfung der massgebenden Kriterien sei die Adäquanz zu verneinen.



B.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Kaspar Noser, Lachen, am 20. Juni 2008 Einsprache (Suva-act. 158). Darin beantragte der Anwalt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben, es sei festzustellen, dass der Versicherte weiterhin unfallbedingt arbeitsunfähig sei und es seien die gesetzlichen Leistungen weiterhin auszurichten. Mit Einspracheentscheid vom 20. August 2008 wurde die Einsprache abgewiesen. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass vorliegend die bundesgerichtlichen Adäquanzkriterien (BGE 134 V 109) nicht erfüllt seien und das vom Versicherten geklagte Beschwerdebild deshalb nicht als adäquate Unfallfolge anerkannt werden könne (Suva-act. 162).

C.

Mit Eingabe vom 18. September 2008 (act. G 1) und Ergänzung vom 30. Oktober 2008 (act. G 6) erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Franziskus Ott, Zürich, Beschwerde an das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen. Er beantragte, der Einspracheentscheid der Suva vom 20. August 2008 sei aufzuheben, es sei festzustellen, dass er weiterhin unfallbedingt arbeitsunfähig sei, die Beschwerdeführerin sei zu verpflichten, ihm weiterhin die gesetzlichen Leistungen auszurichten, eventuell seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. Zudem wurde die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverteidigung beantragt. In ihrer Beschwerdeantwort vom 26. November 2008 (act. G 8) verlangt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Am 2. Dezember 2008 wurde dem Gesuch um unentgeltliche Rechtsverteidigung vom Präsidenten des Versicherungsgerichts entsprochen (act. G 10). Mit Replik vom 22. Dezember 2008 (act. G 11) hielt der Beschwerdeführer an den Beschwerdeanträgen fest. Materiell wurden insbesondere ergänzende medizinische Abklärungen zur natürlichen Unfallkausalität verlangt. Mit Duplik vom 15. Januar 2009 (act. G 13) hielt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich an ihrem Standpunkt, wie er sich aus dem Einsprache-Entscheid sowie aus der Beschwerdeantwort ergibt, fest.

Erwägungen:

1.



Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht abgeschlossen und weitere Leistungen der Unfallversicherung nach dem 31. Mai 2008 verweigert hat. Es besteht zusätzlich die Besonderheit, dass die Beschwerdegegnerin die Taggelder bereits per 30. September 2007 eingestellt (vgl. Suva-act. 106 und 157.1), dies jedoch nicht - wie an sich vorgeschrieben - in Verfügungsform mitgeteilt hat (vgl. Art. 49 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] i.V.m. Art. 124 lit. b der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]). Erst in der angefochtenen Verfügung vom 22. Mai 2008 hat die Beschwerdegegnerin in Verfügungsform mitgeteilt, die Taggeldleistungen seien per 30. September 2007 eingestellt worden, weil ab dem 1. Oktober 2007 keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr ausgewiesen sei (Suva-act. 157.1). Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann im Fall einer gesetzeswidrig formlos mitgeteilten Leistungseinstellung die betroffene Person grundsätzlich innerhalb eines Jahres den Erlass einer schriftlichen Verfügung verlangen. Ansonsten erwächst auch der unzulässigerweise formlos mitgeteilte Entscheid in Rechtskraft (vgl. BGE 134 V 145). Vorliegend hat jedoch die Beschwerdegegnerin von sich aus am 22. Mai 2008 eine Verfügung erlassen. Da der Anwalt des Beschwerdeführers die in der Einsprache vom 20. Juni 2008 (vgl. Suva-act. 158) gemachten Ausführungen zum integrierenden Bestandteil der vorliegenden Beschwerde erklärte (act. G 6 Ziff. 4), ist die in der Einsprache bestrittene Rechtmässigkeit der Einstellung der Taggelder per 30. September 2007 (vgl. Suva-act. 158.2) ebenfalls zu prüfen.

2.

2.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der diesen Instanzen obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden haben. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt dabei für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1,



118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Weiter ist das Vorhandensein des adäquaten Kausalzusammenhangs zu prüfen. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolgs zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 125 V 456 E. 5a mit Hinweisen). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 E. 3a).

2.2 Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne Weiteres zu bejahen (BGE 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/bb, mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung der adäquaten Kausalität, können doch gerade klinische Befunde erfahrungsgemäss auch psychisch ausgelöst werden. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen dagegen, dass die versicherte Person eine Schleudertraumaverletzung erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Bild 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 133 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend, andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 E. 6a festgelegten bzw. den mit BGE 134 V 109 E. 10.3 modifizierten Kriterien (BGE 127 V 102 E. 5b/bb).

3.



3.1 Aus den Akten ergibt sich, dass beim Beschwerdeführer im Rahmen umfassender bildgebender Abklärungen kein Beschwerdebild festgestellt wurde, welchem ein organisches Substrat im Sinn einer Verletzung der Halswirbelsäule oder des Gehirns zugrunde liegt (vgl. Suva-act. 6, 52, 131). Im Röntgen der HWS vom 23. August 2006 wurde zwar eine Gefügelockerung in den Segmenten C4/5 und C5/6 mit minimal vermehrter Beweglichkeit in der Inklination festgestellt (Suva-act. 6). Im MRI der HWS vom 30. November 2006 wurde ein leichter Wasserverlust der Bandscheiben in den Segmenten HWK2/3 bis einschliesslich HWK6/7 festgestellt (Suva-act. 52). Nach Einschätzung von Kreisarzt Dr. M.____ ist die minimale Hypermobilität der Segmente C4/5 und C5/6 einerseits konstitutionell und andererseits möglicherweise degenerativ bedingt (Suva-act. 91.4). Auch die im MRI der HWS festgestellte leichte Dehydratation der Bandscheiben ist laut Dr. M.____ degenerativ bedingt (Suva-act. 91.2). Klinisch erhobene Bewegungseinschränkungen der HWS sowie ein erhöhter Muskeltonus - wie von Dr. M.____ anlässlich der Abschlussuntersuchung vom 28. April 2008 festgestellt (vgl. Suva-act. 153.7) - stellen praxisgemäss kein klar fassbares organisches Substrat dar (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 3. August 2005, U 9/05, E. 4). Ein Hinweis auf ein organisches Substrat ergibt sich auch nicht aus dem Bericht des Neurologen Dr. P.____ vom 13. Februar 2008: Dieser führt aus, die von ihm diagnostizierten leichten Koordinationsstörungen deuteten darauf hin, dass bei den beiden Auffahrunfällen spinocerebelläre Verbindungen leicht geschädigt worden seien. Die neuropsychologischen Hirnleistungsstörungen seien zudem so klar begrenzt, dass eine organische Ursache mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden könne (Suva-act. 149.3). Wie Kreisarzt Dr. M.____ zu Recht ausführt, ist der Bericht von Dr. P.____ in mehrerer Hinsicht schwer nachvollziehbar. So findet sich in den Vorakten kein Hinweis auf ein Schädel-Hirntrauma, ja sogar nicht einmal auf eine Hirnerschütterung. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, wie Dr. P.____ über ein Jahr nach dem Unfall plötzlich zur Diagnose eines Schädel-Hirntraumas gelangt ist. Ferner ist nicht nachvollziehbar, wie Dr. P.____ zum Schluss kommt, es bestünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit organische Ursachen für die neuropsychologisch festgestellten Hirnleistungsstörungen, obwohl beim MRI des Schädels keine pathologischen Befunde festgestellt wurden. Zudem wurden die von Dr. P.____ festgestellten sehr leichten Koordinationsstörungen von keinem anderen Arzt



diagnostiziert (vgl. Suva-act. 153.6). Auf den Bericht von Dr. P.____ ist wegen der genannten Mängel deshalb nicht abzustellen.

3.2 Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist bekannt, dass bei Schleudertraumaverletzungen der Halswirbelsäule auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedener Art auftreten können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS) typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, sie in Abrede zu stellen (BGE 117 V 359 E. 5d/aa). Ist ein Schleudertrauma diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffusen Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depressionen, Wesensveränderungen usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den Beschwerden resp. der dadurch eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 359 E. 4b). In casu hat der Beschwerdeführer bereits am Unfalltag wegen Kopf- und Nackenschmerzen und Übelkeit den Notfallarzt Dr. C.____ aufgesucht. Dieser dokumentierte das Ergebnis seiner Untersuchung auf dem "Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kraniocervikalem Beschleunigungstrauma". Danach klagte der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Unfall über Kopf- und Nackenschmerzen sowie Übelkeit. Als Befunde wurden Ruheschmerzen und Schmerzen bei der Flexion, Extension, Linksdrehung und Seitenneigung links im Bereiche der HWS, Druckschmerz im Nackenbereich und eine Verspannung im rechten Schultergürtel festgestellt. Als Diagnose wurde eine HWS-Distorsion QTF II gestellt (Suva-act. 5). Am 5. September 2006 bestanden gemäss Bericht von Dr. D.____ andauernde Schmerzen im Bereich Nacken, Schulter und zwischen den Schulterblättern, sowie Muskelverspannungen und Pseudoparästhesien im linken Arm. Die Beweglichkeit der HWS war jedoch passiv und aktiv ohne wesentliche Einschränkung (Suva-act. 2). Anlässlich des ambulanten Assessments vom 8. November 2006 wurde die Diagnose einer HWS-Distorsion QTF II bestätigt. Weiter wurden ein zervicocephales und zervikobrachiales beidseitiges myofasciales Syndrom, schmerzbedingte Konzentrationsstörungen und Ängstlichkeit diagnostiziert (Suva-act. 36.1). Im nach einem stationären Aufenthalt vom 22.



November 2006 bis zum 11. Januar 2007 in der Rehaklinik Bellikon erstellten Austrittsbericht wurden ein zervikozepales und zervikobrachiales myofaciales Syndrom beidseits und eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt diagnostiziert. Ferner zeigte sich eine schmerzbedingte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsschwäche (Suva-act. 54.1). Somit traten unmittelbar nach dem Unfall erste Beschwerden auf, die sich in der Folge zu einem für Schleudertraumaverletzungen typischen bunten Beschwerdebild ausweiteten. Es ist deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 12. August 2006 und dem Beschwerdebild des Versicherten auszugehen. Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers auf Taggelder und Heilbehandlungen anerkannt.

4.

4.1 Wenn die Beschwerdegegnerin nun geltend macht, ab dem 31. Mai 2008 sei der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 12. August 2006 und den geklagten Beschwerden nicht mehr gegeben, so ist darauf hinzuweisen, dass die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst entfällt, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Weil es sich dabei um eine leistungsaufhebende Tatsache handelt, liegt die Beweislast nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des EVG vom 15. Oktober 2003, U 154/03, E. 2.1, RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45). Dabei muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b).

4.2 Vorliegend lässt sich den Akten nicht entnehmen, dass die einmal anerkannte natürliche Kausalität zwischen dem Unfall und den gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers weggefallen wäre. Da somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist, dass ab dem 31. Mai 2008 keine Unfallfolgen mehr bestehen, ist auch nach dem 31. Mai 2008 vom Fortbestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen. Die Beschwerdegegnerin durfte ihre



Leistungen somit nur einstellen, wenn ab diesem Zeitpunkt die Adäquanz verneint werden kann. Kann die Adäquanz verneint werden, erübrigen sich auch weitere Abklärungen zur natürlichen Kausalität, wie sie vom Anwalt des Beschwerdeführers beantragt werden. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass sich in einer ersten Phase nach dem Unfall die natürliche mit der adäquaten Kausalität deckt; auf eine gesonderte Adäquanzprüfung kann verzichtet werden. Eine solche ist erst vorzunehmen, wenn sich die Frage nach Dauerleistungen (Rente) stellt (vgl. BGE 134 V 109 E. 9.2 und 9.3).

5.

5.1 Das Gesetz legt nicht fest, bis zu welchem Zeitpunkt der Unfallversicherer die Heilbehandlungen und Taggelder zu gewähren hat. Dieser Zeitpunkt ergibt sich jedoch aus Art. 19 Abs. 1 UVG, wonach der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggelderleistungen dahin. Nach konstanter Rechtsprechung heisst dies, der Versicherer hat – sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind – die Heilbehandlung und das Taggeld nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der Heilbehandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 134 V 109 E. 4.1). Eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes des Versicherten bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt. "Namhaft" bedeutet, dass die Besserung ins Gewicht fallen muss und unbedeutende Verbesserungen nicht genügen (BGE 134 V 109 E. 4.3).

5.2 Vorliegend führt Kreisarzt Dr. M.____ am 28. April 2008 aus, eine Weiterführung der Behandlung sei nicht vertretbar, die Erfolgsaussichten erschienen zu gering, da die bisherige sehr vielfältige Behandlung das bunte Beschwerdebild nicht zu beeinflussen



vermochte (Suva-act.153.7). Auch der Neurologe Dr. P.____ nennt in seinem Bericht vom 13. Februar 2008 (Suva-act. 149) keine weiteren Behandlungsmassnahmen. Einzig der Neuropsychologe Dr. O.____ formuliert in seinem Bericht über die Schmerzpsychotherapie vom 12. Januar 2008 als Behandlungsziele ein Training der Selbst-Wahrnehmung als Basis für jede weitere therapeutische Tätigkeit: Es müsse ein Wechsel von einer aussengelenkten auf eine selbstgelenkte Orientierung seiner Aktivitäten stattfinden, sonst komme es zu einer Fortschreitung von Chronifizierung und Schmerzausweitung. Ferner schlägt Dr. O.____ eine Gestaltung der Tagesstruktur und seines Arbeitseinsatzes gemäss seinen aktuellen Grenzen und das Erlernen von Entspannungstechniken vor (Suva-act. 140.3). Es ist jedoch zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer bereits intensiv sowohl somatisch als auch psychologisch/psychiatrisch behandelt wurde, ohne dass sich eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes zeigte. Auch der schrittweise leidensangepasste Versuch der Wiederaufnahme der alten Arbeitstätigkeit verlief erfolglos. Allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung sind nicht ausgewiesen. Vielmehr wurde mit Vorbescheid der Sozialversicherungsanstalt St. Gallen vom 1. Dezember 2008 festgehalten, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe, weil ab dem 2. Juli 2007 sowohl in der angestammten als auch für sämtliche andere Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestehe (vgl. act. G 13.1). Vor diesem Hintergrund ist es nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin den Fall mit Verfügung vom 22. Mai 2008 abgeschlossen hat. Die Prüfung einer Rente oder einer Integritätsentschädigung erübrigt sich, wenn die Adäquanz verneint werden kann.

6.

6.1 Es ist deshalb zu prüfen, ob die Vorinstanz die Adäquanz zu Recht gemäss den für Schleudertraumaverletzungen massgeblichen Adäquanzkriterien nach BGE 134 V 109 verneint hat.

6.2 Im Abschlussbericht aus Bellikon wird ausgeführt, dass allfällige somatische Restfolgen anzunehmen seien, jedoch im Verhältnis zur psychischen Problematik im Hintergrund stünden. Während der Rehabilitation zeigte sich, dass der Beschwerdeführer wegen seiner Ängstlichkeit und Schmerzfixierung nur begrenzt vom Therapieprogramm profitieren konnte (Suva-act. 54.3). Nach der Aktenlage stand



demnach schon ca. ein halbes Jahr nach dem Unfall die psychische Problematik im Vordergrund. Auch Dr. M.____ hat zur kreisärztlichen Untersuchung vom 30. Mai 2007 ausgeführt, die gezeigte Einschränkung der HWS-Beweglichkeit sei am ehesten als Schmerzverdeutlichungshaltung oder möglicherweise als bewusstseinsnahe Selbstlimitierung zu werten. Bezüglich der neu beklagten lumbalen Beschwerden liege eine Symptomausweitung vor (Suva-act. 91.5). Der Psychiater Dr. L.____ diagnostizierte am 30. Oktober 2007 eine ausgeprägte Somatisierung (Schmerzverarbeitungsstörung). Dr. L.____ führte aus, Ursache der Beschwerden (Kopf-, Nacken- und seit ca. März 2007 zusätzlich Kreuzschmerzen sowie anhaltende Müdigkeit und Erschöpfbarkeit) sei vermutlich eine Schmerzverarbeitungsstörung bei Status nach Schleudertrauma (Suva-act. 129.2). Auch Dr. O.____ betrachtete in seinem Bericht vom 12. Februar 2008 die psychologische Schmerz-Fixierung als Hauptproblem des Beschwerdeführers (Suva-act. 140.2). Vorliegend muss jedoch nicht abschliessend geprüft werden, ob tatsächlich eine im Vordergrund stehende psychische Problematik besteht oder nicht. Denn wenn - wie sich zeigen wird - die Adäquanz schon nach den für den Versicherten günstigeren Kriterien des BGE 134 V 109 verneint werden muss, ist sie auch gemäss BGE 115 V 133 zu verneinen.

6.3 Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne Weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Dabei müssen 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



(vgl. BGE 134 V 109 E. 10.1, 117 V 359 E. 6, mit Hinweisen). Als in die Adäquanzbeurteilung einzubeziehende Kriterien nennt die Rechtsprechung (BGE 134 V 109 E. 10.3) abschliessend: besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; erhebliche Beschwerden; ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen und erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

6.4 Nach der Rechtsprechung werden einfache Auffahrunfälle in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236, U 380/04, E. 5.1.2 mit Hinweisen). Aufgrund des Geschehensablaufs und der biomechanischen Beurteilung (kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung [Δv] unterhalb oder innerhalb eines Bereiches von 10 - 15 km/h; vgl. Suva-act. 51.4) sind hier keine Gründe ersichtlich um vom Regelfall abzuweichen, weshalb vorliegend von einem mittelschweren Unfallereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen auszugehen ist. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs ist daher nur zu bejahen, wenn ein einzelnes der für die Beurteilung massgebenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (BGE 117 V 359 E. 6b).

6.5

6.5.1 Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls sind offensichtlich nicht gegeben. Vielmehr handelt es sich um einen alltäglichen Auffahrunfall.

6.5.2 Der Unfall 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 (BGE 134 V 109 E. 10.2.2). Solche



besonderen Umstände liegen hier nicht vor. Der Beschwerdeführer sass zum Unfallzeitpunkt mit gerader Kopfstellung im Auto (Suva-act. 5). Auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer zwei HWS-Distorsionen nacheinander erlebt hat, begründet keine massgebende Schwere der Verletzung. Dies ist nach höchstrichterlicher Rechtsprechung nur der Fall, wenn der erste Unfall eine erhebliche Vorschädigung der HWS verursachte (vgl. Urteil des EVG vom 26. April 2006, U 39/04, E. 3.4.2). Vorliegend verlief das erste Ereignis vom 18. April 2005 jedoch ohne Komplikationen (vgl. Suva-act. 58.3) und ist als Bagatellunfall einzustufen (vgl. Suva-act. 91.4).

6.5.3 Zum Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung ist zu sagen, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall physiotherapeutisch (Suva-act. 12 und 13), mit Akupunktur (Suva-act. 17.1) und zusätzlich medikamentös behandelt wurde. Während des Reha-Aufenthaltes in Bellikon wurden folgende Behandlungsmassnahmen durchgeführt: Physiotherapie einzeln und in Gruppen zur allgemeinen Aufkonditionierung und Muskellockerung; Massage zur Entspannung; psychotherapeutische Gespräche. Bezüglich der medikamentösen Therapie wurde eine Reduktion der Schmerzmittel empfohlen, welche der Versicherte jedoch nicht umsetzen konnte (Suva-act. 54.3). Auch nach Abschluss der Rehabilitation wurde die Physiotherapie fortgesetzt (Suva-act. 72-74, 80, 90, 100, 117, 139, 144, 156). Zudem begab sich der Versicherte in Behandlung beim Psychiater Dr. L.____. Dieser behandelte ihn psychotherapeutisch und mit Psychopharmaka (Suva-act. 86.2). Von Dr. D.____ wurde er wegen ungenügender Wirkung der Analgesiemittel mit diversen Opiaten behandelt, welche jedoch die Schmerzen nur geringgradig beeinflussten (Suva-act. 87). Danach erfolgte eine Schmerzpsychotherapie bei Dr. O.____ in 10 Sitzungen (Suva-act. 140.1). Der Anwalt des Beschwerdeführers weist zudem darauf hin, dass dieser von seinem Hausarzt nach wie vor psychopharmakologisch behandelt wird (act. G 6, S. 4). Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung erfüllen Physio- sowie eine medikamentöse Schmerztherapie für sich allein das Kriterium nicht (Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2008, 8C_52/2008, E. 8.2). Der Beschwerdeführer wurde jedoch zusätzlich zuerst bei Dr. L.____ und danach bei Dr. O.____ psychotherapeutisch und psychopharmakologisch behandelt. Diese ambulanten Behandlungen können jedoch ebenfalls nicht als besonders belastend betrachtet werden. Das Bundesgericht hat den Besuch einer



psychiatrischen Tagesklinik während mehrerer Wochen, jeweils halbtags, als fortgesetzte und belastende ärztliche Behandlung qualifiziert (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2008, 8C_52/2008, E. 8.2). Die hier in Frage stehenden ambulanten Behandlungen sind im Vergleich dazu nicht als belastend zu betrachten. Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung ist somit nicht erfüllt.

6.5.4 Das Kriterium der erheblichen Beschwerden 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 der letzten kreisärztlichen Untersuchung am 28. April 2008 wurde keine wesentliche Beeinträchtigung der Beweglichkeit festgestellt. Die Schmerzen treten zudem nach eigenen Angaben des Beschwerdeführers nicht dauernd auf (Suva-act. 153.4). Auffallend ist, dass auch bei Nachfrage die noch im Mai 2007 angegebenen Konzentrationsstörungen, das Schwitzen, die Müdigkeit, die Lustlosigkeit und die Kälteintoleranz seitens des Beschwerdeführers nicht mehr erwähnt werden (Suva-act. 153.6). Zudem ist der Beschwerdeführer in der Lage, in der Funktion eines Ausbilders an einem Beschäftigungsprogramm des RAV im Bereich der Computerausbildung teilzunehmen (Suva-act. 153.4). Es kann deshalb nicht von erheblichen Beschwerden ausgegangen werden. Auch Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen wesentlich verschlimmert hat, sind nicht ersichtlich.

6.5.5 Auch das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen ist nicht erfüllt. Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf geschlossen werden. Hierzu bedarf es besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (vgl. Urteile des Bundesgerichts U 590/06 vom 7. Februar 2008, E. 4.3.2 und 8C_61/2008 vom 10. Juli 2008, E. 7.6). Vorliegend war vor allem die psychische Symptomatik Ursache des verzögerten Heilungsverlaufs. Darin liegt praxisgemäss kein besonderer Grund, welcher die Annahme eines schwierigen Heilungsverlaufs rechtfertigt (vgl. Urteil des EVG vom 10. Februar 2006, U 79/05, E. 4.2).



6.5.6 Das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen setzt voraus, dass die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt, die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden. Darin liegt der Anreiz für die versicherte Person, alles daran zu setzen, wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig zu werden. Gelingt es ihr trotz solcher Anstrengungen nicht, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret muss ihr Willen erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei ist auch der persönliche Einsatz im Rahmen von Therapiemassnahmen zu berücksichtigen. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragenden 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 mit Hinweisen). Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin einen detaillierten Wiedereingliederungsplan erstellt (Suva-act. 75). Dieser wurde vom Beschwerdeführer jedoch nicht eingehalten. Er verliess den Arbeitsplatz oft vor Schichtende, weil er sich aufgrund der Nacken- und Rückenschmerzen nicht in der Lage fühlte, die Schichten zu beenden, obwohl ihm zur Entlastung ein Stehpult zur Verfügung gestellt wurde (Suva-act. 95). Ob die Arbeitsversuche des Beschwerdeführers ausreichend waren, kann jedoch offen bleiben. Aus somatischer Sicht bestand nämlich spätestens ab Ende August 2007 eine volle Arbeitsfähigkeit (vgl. Suva-act. 107.1 und 109). Eine volle Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht wurde von Dr. L. ___ mit Schreiben vom 30. Oktober 2007 ab dem 15. Oktober bescheinigt (Suva-act. 129.2). Die Beurteilung von Dr. P. ___, der im angestammten Tätigkeitsbereich von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausgeht (Suva-act. 149.3), ist wegen der bereits erwähnten Mängel (vgl. E. 3.1) der Beurteilung nicht massgeblich. Da somit nicht von einer erheblichen Arbeitsunfähigkeit bis zum Zeitpunkt des Fallabschlusses gesprochen werden kann, ist das Kriterium zu verneinen.

6.6 Da keines der massgeblichen Adäquanzkriterien erfüllt ist, hat die Beschwerdegegnerin die Adäquanz zu Recht verneint und die Versicherungsleistungen per 31. Mai 2008 eingestellt.



7.

Aus den in E. 6.5.6 gemachten Ausführungen ergibt sich, dass auch aus psychiatrischer Sicht ab dem 15. Oktober 2007 eine volle Arbeitsfähigkeit bestand (vgl. Suva-act. 129.2). Am 14. September 2007 wurde demgegenüber aus psychiatrischer Sicht noch eine Arbeitsunfähigkeit von ca. 30 % bescheinigt (Suva-act. 120.2). Somit liegt erst ab dem 15. Oktober 2007 keine aus ärztlicher Sicht ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit mehr vor. Per 30. September 2007 wurde dem Beschwerdeführer jedoch gekündigt (vgl. Suva-act. 104). Gemäss Art. 25 Abs. 3 UVV besteht bei arbeitslosen Versicherten kein Taggeldanspruch gegenüber der Unfallversicherung, wenn die Arbeitsunfähigkeit 25 % und weniger beträgt. In Anbetracht dessen, dass Dr. L.____ auf die Unschärfe seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit hinweist (ca. 30 %) und angesichts der Tatsache, dass andere Ärzte zu diesem Zeitpunkt schon eine volle Arbeitsfähigkeit bescheinigten, darf im fraglichen Zeitraum zwischen dem 30. September und dem 15. Oktober 2007 von einer Arbeitsunfähigkeit von unter 25 % ausgegangen werden. Deshalb ist die Einstellung der Taggelder per 30. September 2007 nicht zu beanstanden.

8.

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Dem Beschwerdeführer wurde die unentgeltliche Rechtsverteidigung bewilligt. 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, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Aufwand des Rechtsvertreters 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.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.