



Fall-Nr.: UV 2008/76
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 23.04.2020
Entscheiddatum: 03.08.2009

Entscheid Versicherungsgericht, 03.08.2009

Art. 6 UVG; Art. 11 UVV: Behaupteter Rückfall nach Verkehrsunfall. Keine Leistungspflicht der Unfallversicherung, weil der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den geltend gemachten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. August 2009, UV 2008/76).

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichter Martin Rutishauser und Franz Schlauri; a.o. Gerichtsschreiber Benedikt Fässler

Entscheid vom 3. August 2009

in Sachen

S.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Christa Rempfler, Falkensteinstrasse 1,
Postfach 112, 9006 St. Gallen,

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 S.____, geboren 1967, war als Chauffeur bei der Firma A.____ angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Suva gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert, als er am 13. August 2002 als Lenker seines Personenwagens im Ausland einen Verkehrsunfall erlitt. Der Versicherte wurde in das klinische Krankenhaus B.____ eingeliefert. Dort wurde ein Polytrauma mit Milzriss, einer Fraktur des rechten Oberschenkelknochens, einer Symphysensprengung, linksseitigen Rippenbrüchen, einer Subluxation des Sakroiliakalgelenks links sowie einer Schädelhirnprellung diagnostiziert. Dem Versicherten musste die Milz entfernt werden (vgl. Austrittsbericht vom 11. September 2001; act. G 12.3/27 [Übersetzung aus der Muttersprache]). Dem Versicherten war zuvor schon 1995 wegen Niereninsuffizienz eine Niere transplantiert worden. Nach rund einmonatiger Hospitalisation im Heimatland wurde der Versicherte am 11. September 2001 mit der Rega in die Schweiz überführt (vgl. act. G 12.3/11 f.) und danach bis zum 1. Oktober 2001 im Regionalspital Lugano und anschliessend bis zum 19. Oktober 2001 in der Clinica San Rocco in Lugano weiterbehandelt (vgl. act. G 12.3/31 und 34). Mit Verfügung vom 13. November 2001 (act. G 12.3/33) anerkannte die Suva ihre Leistungspflicht und richtete Taggelder aus und übernahm die Kosten für die Heilbehandlungen. Die Taggelder wurden jedoch wegen grobfahrlässiger Verursachung des Unfalls durch den Versicherten (Nichtanpassen der Geschwindigkeit an die Strassenverhältnisse; Sicherheitsgurte nicht getragen) um 20 % gekürzt. Nach seiner Rückkehr an seinen Wohnort wurde der Versicherte ab dem 23. November 2001 durch Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, weiterbehandelt (act. G 12.3/45). Am 4. Februar 2002 machte der Versicherte am Schalter der Suva St. Gallen zum Heilverlauf folgende Angaben (act. G 12.3/41): Wegen der



Oberschenkelfraktur rechts betrage die Traglast maximal 10 kg. Auch die rechte Hüfte sei noch schmerzhaft. Zudem gab er belastungsabhängige Beschwerden in beiden Fussgelenken und in den Knien an. Im Bereich Hals/Nacken habe er bis auf ein gelegentliches Ziehen in der Nacht eigentlich keine Probleme. Weiter sei er vergesslicher geworden und habe Probleme mit der Konzentration. Zudem trete beim Lesen jeweils ein Augenflimmern auf. Am 3. Juni 2002 wurde der Versicherte in der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen ambulant untersucht. Mit Bericht vom 4. Juni 2002 (act. G 12.3/52) hielt Dr. med. D.____, Oberassistentärztin, fest, dass der Versicherte über noch mässige Schmerzen im Bereich des distalen Oberschenkels sowie Kniegelenks rechts unter Belastung sowie über zeitweise auftretende tief lumbale Rückenschmerzen, welche jedoch schon vor dem Unfall bestanden hätten, klagte. Ab dem 1. Juli 2002 wurde der Versicherte von Dr. C.____ für leichte Arbeit wieder zu 50 % arbeitsfähig geschrieben (vgl. act. G 12.3/55 und 59), war zu diesem Zeitpunkt jedoch stellenlos. Ab dem 16. Dezember 2002 bestand aus Sicht von Dr. C.____ wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 % für leichte Arbeit (vgl. act. G 12.3/67), weshalb die Suva die Taggeldzahlungen auf dieses Datum hin eingestellt hat (vgl. act. G 12.3/97). Da der Versicherte über vermehrte Vergesslichkeit klagte, wurde er von Dr. C.____ am 16. März 2003 zur Beurteilung durch die sozialpsychiatrische Beratungsstelle St. Gallen angemeldet (vgl. act. G 12.3/68). In deren Auftrag wurde er am 15. Oktober 2003 in der kantonalen psychiatrischen Klinik Wil neuropsychologisch untersucht. Mit Bericht über diese Untersuchung vom 22. Oktober 2003 (act. G 12.3/83) diagnostizierte lic. phil. E.____, Psychologin FSP, partielle neuropsychologische Teilleistungsschwächen (ICD-10: F07.8), welche hauptsächlich exekutive und Aufmerksamkeitsfunktionen betreffen; dies bei einer aktuell eingeschränkten allgemeinen kognitiven Leistungsfähigkeit. Insgesamt seien keine Hinweise zu verzeichnen, die eindeutige Rückschlüsse auf unfallbedingte kognitive Einbussen zulassen. Es sei zu vermuten, dass es sich bei den meist nur diskreten Schwächen um eine normale Variante der Hirnentwicklung handle, die wahrscheinlich vorbestehend sei. Mit Bericht an die Suva vom 25. März 2004 (act. G 12.3/82) hielten Dr. med. F.____ und Dr. med. G.____ von der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle fest, dass weder klinisch noch testpsychologisch eine posttraumatische Belastungsstörung habe nachgewiesen werden können. Die in der testpsychologischen Untersuchung festgestellten Teilleistungsstörungen könnten auch Symptome einer leicht- bis



mittelgradigen depressiven Störung sein, weshalb der Versicherte antidepressiv behandelt würde. Ab dem 1. April 2004 war der Versicherte wieder zu 50 % als Chauffeur bei der Firma A.____ tätig (act. G 12.3/84). Nach eigenen Angaben des Versicherten am 15. November 2004 (act. G 12.3/93) war er bis zum 31. September 2004 zwischenzeitlich zu 70 % bei der Firma H.____ (früher Firma A.____) tätig, musste jedoch wegen Rückenproblemen das Arbeitspensum per 1. Oktober 2004 auf 50 % reduzieren. Mit medizinischer Beurteilung vom 3. Mai 2005 (act. G 12.3/98) schätzte Dr. med. I.____, Kreisarzt Suva St. Gallen, den unfallbedingten Integritätsschaden für den Verlust der Milz auf 10 %. Mit Verfügung vom 9. Mai 2005 (act. G 12.3/99) wurde dem Versicherten für den Verlust der Milz gestützt auf eine Integritätseinbusse von 10 % eine Integritätsentschädigung von Fr. 10'680.-- zugesprochen. Am 1. Dezember 2006 trat der Versicherte eine neue 100 %-Stelle als Chauffeur bei der J.____ an (act. G 26.1/21 – 13/20).

A.b Mit Unfallmeldung vom 29. März 2007 (act. G 12.4/1) meldete der Versicherte der Suva, er habe am 23. Februar 2007 einen weiteren Unfall erlitten. Er habe von hinten auf die Ladefläche seines Transportfahrzeugs/Bus steigen wollen und sei dabei über ein Paket gestolpert. Er sei auf die rechte Schulter, den Kopf und die rechte Hüfte gefallen und habe die Arbeit während rund 10 Minuten unterbrechen müssen. Mit Arztzeugnis UVG vom 24. April 2007 (act. G 12.4/2) diagnostizierte Dr. med. K.____, FMH Innere Medizin, den der Versicherten am 26. Februar 2007 konsultiert hatte, eine Kopf-, Schulter- und Hüftprellung rechts nach Stolpersturz am 23. Februar 2007. Ferner bescheinigte Dr. K.____ dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 27. Februar 2007 bis zum 1. März 2007. Auf Veranlassung durch Dr. K.____ wurde am 3. April 2007 durch Dr. med. L.____, Facharzt medizinische Radiologie FMH, ein MRI des Schädels durchgeführt. Dabei wurden zwei ältere Hirnkontusionsherde frontal nachgewiesen. Frische Blutungen wurden nicht nachgewiesen. Ferner bestand differenzialdiagnostisch ein Verdacht auf gliomatös narbige Veränderungen in der weissen Hirnsubstanz (act. G 12.4/3). Die Suva übernahm die Kosten der Heilbehandlung für diesen Unfall. Eine Taggeldzahlung entfiel, da keine Arbeitsunfähigkeit bestand, welche den dritten Tag nach dem Unfall überdauerte (vgl. act. G 26.1/21 – 11/20). Am 20. Mai 2007 wurde der Versicherte wegen Unzuverlässigkeit (u.a. unbegründetes Fernbleiben vom Arbeitsplatz, Verursachung



eines Sachschadens mit anschliessender Fahrerflucht) fristlos entlassen (act. G 26.1/21 – 8/20).

A.c Mit Schadenmeldung UVG für arbeitslose Personen vom 16. November 2007 (act. G 12.3/102) meldete der Versicherte einen Rückfall zum Unfall aus dem Jahr 2001. Gemäss Arztzeugnis vom 13. Oktober 2007 (act. G 12.3/103) und Bericht vom 4. Dezember 2007 (act. G 12.3/105) von Dr. K.____ klagte der Versicherte über anhaltende Schmerzen im Nacken, Rücken und rechten Oberschenkel, welche seit dem Unfall im August 2001 bestünden. Der Versicherte habe Ende Oktober einen Kanal gereinigt. Nachdem er in den Schacht hinunter gestiegen sei, habe er einen Eimer getragen. Eine Bewegung unter Belastung habe seine Rückenschmerzen erneut verstärkt. Dr. K.____ schrieb den Versicherten ab dem 22. Oktober 2007 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig wegen Krankheit (act. G 12.3/104.1). Der Versicherte wurde von Dr. K.____ an Dr. med. M.____, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, überwiesen. Mit Bericht vom 10. Dezember 2007 (act. G 12.3/106) berichtete Dr. M.____ über seit dem Unfall chronisch auftretende und immer wieder exazerbierende Lumbalschmerzen, vor allem beim Sitzen, weniger beim Gehen, sich verstärkend beim Tragen von Lasten von 10 kg oder mehr, ferner über Schmerzen am rechten Oberschenkel beim Tragen von Lasten ab ca. 20 kg aber auch nach einer Gehstrecke von einer Stunde. Seit einem Sturz auf die rechte Schulter am 27. November (richtig: 23. Februar) 2007 würden immer wieder Schmerzen in der Schulter auftreten, vor allem bewegungsabhängig beim Hochheben des Armes mit Aussendrehung. Dr. M.____ diagnostizierte bei Status nach Polytrauma Restbeschwerden: Chronisch rezidivierende Lumbalgie (funktionell?); Belastungsbeschwerden nach Femurfraktur rechts, nach Metallentfernung; Posttraumatische AC-Gelenkspathologie Schulter rechts, Verdacht auf zusätzliche Scapularissehnenläsion; Internistisch: Status nach Nierentransplantation 1995, Beta-Thalassämie, Status nach Hepatitis A. Am 18. Dezember 2007 wurde auf Veranlassung durch Dr. M.____ in der Klinik Stephanshorn, ein Arthro-MRI der rechten Schulter und eine lumbo-vertebrale Kernspintomographie durchgeführt (Bericht von Dr. med. N.____, FMH medizinische Radiologie, vom 19. Dezember 2007; act. G 12.3/108). Mit Arztzeugnis vom 7. Februar 2008 (act. G 12.3/113.1) bescheinigte Dr. M.____ dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % für eine leichte Arbeit im Sinne von Wechselbelastung mit maximaler Gewichtsbelastung von 15 kg. Am 15. Februar 2008



St.Galler Gerichte

wurde der Versicherte in der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen untersucht. Mit Bericht vom 4. März 2008 (act. G 12.3/115.1) stellten Dr. med. O.____ und Dr. med. P.____ folgende Diagnosen: 1. Verdacht auf Schlafapnoe-Syndrom mit verstärkter Tagesmüdigkeit und nächtlichem Schnarchen sowie Abwesenheitszuständen am Tage; 2. Rechtsseitige Kopfschmerzen ungeklärter Aetiologie DD: Spannungskopfschmerzen; 3. Status nach Nierentransplantation 1995 bei Verdacht auf tubulo-interstitielle Nephropathie (aktuell immunsuppressive Therapie mit Sandimmun); 4. Status nach Polytrauma mit Commotio cerebri 2001; 5. Beta-Thalassämie. Ein Elektroenzephalogramm (EEG) zeigte einen unauffälligen Befund. Mit ärztlicher Beurteilung vom 5. März 2008 (act. G 12.3/116) nahm Dr. med. Q.____, Facharzt FMH für Chirurgie, Suva Versicherungsmedizin Luzern, zur Frage Stellung, ob noch Folgen des Polytraumas vom 13. August 2001 bestehen. Dr. Q.____ gelangte zur Einschätzung, dass der Beschwerdeverlauf bezüglich des Bewegungsapparats komplikationslos verlaufen sei. Eine Verschlimmerung der Beschwerden am Bewegungsapparat sei weder nachgewiesen noch wahrscheinlich. Die heutigen Rückenbeschwerden stufte er als unfallfremd ein. Orthopädisch liege deshalb kein Rückfall vor. Es bestehe theoretisch immer noch eine volle Vermittelbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Da nach dem Sturz vom 23. Februar 2007 keine posttraumatische Läsion im Schulterbereich festgestellt worden sei, könnten die Beschwerden auch nicht auf den neuen Unfall zurückgeführt werden. Obwohl unbestritten sei, dass der Versicherte beim Unfall 2001 auch eine Contusio cerebri frontal erlitten habe, hätte neuropsychologisch am 15. Oktober 2003 keine erheblichen Residuen nachgewiesen werden können. Hirnorganisch sei eine spätere Verschlechterung unwahrscheinlich und im Schädel-MRI vom 3. April 2007 auch nicht nachgewiesen.

A.d Mit Verfügung vom 7. April 2008 (act. G 12.3/121) lehnte die Suva eine Leistungspflicht für die als Rückfall zum Unfall vom 13. August 2001 gemeldeten Schulter- und Rückenbeschwerden ab, weil gemäss der medizinischen Beurteilung durch Dr. Q.____ vom 5. März 2008 kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 13. August 2001 und den geklagten Beschwerden bestehe.

B.



St.Galler Gerichte

Die vom Versicherten gegen die Verfügung erhobene Einsprache (act. G 12.3/122) wurde von der Suva mit Einspracheentscheid vom 4. Juni 2008 (act. G 12.3/127) abgewiesen.

C.

C.a Mit Schreiben vom 4. Juli 2008 (act. G 1) und Ergänzung vom 28. August 2008 (act. G 5) erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Christa Rempfler, Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 4. Juni 2008 an das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen. Er lässt beantragen, die Verfügung vom 7. April 2008 und der Einspracheentscheid vom 4. Juni 2008 seien aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen für seine Beschwerden (insbesondere Schulter- und Rückenbeschwerden) seit dem 22. Oktober 2007 auszusahlen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Ferner sei ihm die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und Rechtsanwältin Rempfler als unentgeltliche Rechtsvertreterin einzusetzen. Mit der Beschwerdeergänzung vom 28. August 2008 wurde ein neues Arztzeugnis von Dr. K.____ vom 25. August 2008 (act. G 6.1/14) eingereicht. Darin führt dieser Arzt neu aus: "Aus internistischer Sicht bin ich der Meinung, dass ein Kausalzusammenhang zwischen der Arbeitsunfähigkeit von Herrn Softic ab dem Oktober 2007 und seinen Unfällen besteht, weil die Schmerzen seit dem Jahre 2001 bestanden und durch den Zwischenfall im Oktober 2007 verstärkt wurden." Mit Bezug auf die Schlaflosigkeit, die Konzentrationsstörungen, die erhöhte Ermüdbarkeit, die Vergesslichkeit und die Kopfschmerzen könne auf Grund des zeitlichen Zusammentreffens des Beschwerdebeginns mit dem Unfall im Jahre 2001 seines Erachtens eine Unfallfolge zumindest vermutet werden. Mit Schreiben vom 1. September 2008 (act. G 7) wurde dem Gesuch um unentgeltliche Prozessführung vom Vizepräsidenten des Versicherungsgerichts entsprochen. Mit Beschwerdeantwort vom 31. Oktober 2008 (act. G 12) beantragt die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Urs Glaus, St. Gallen, die Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 26. Januar 2009 (act. G 20) hält die Rechtsanwältin des Beschwerdeführers an ihren Anträgen gemäss Beschwerde unverändert fest. Am 23. Februar 2009 reichte der Rechtsanwalt der Beschwerdegegnerin eine Duplik ein (act. G 24). Weiter wurden die IV-Akten des Beschwerdeführers beigezogen und beiden Parteien zur Einsicht zugestellt (act. G 27). Mit Schreiben vom 15. April 2009 (act. G 33) nahm die



Rechtsanwältin des Beschwerdeführers zu den IV-Akten Stellung. Der Rechtsanwalt der Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine ausführliche Stellungnahme (act. G 35).

D.

Aus den beigezogenen IV-Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer vom 11. Juli 2007 bis zum 8. Januar 2008 in Behandlung bei Dr. med. R.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, war. Mit Bericht vom 3. Mai 2008 (act. G 26.1/23) diagnostizierte Dr. R.____ ein organisches amnestisches Syndrom (ICD-10 F04), eine organische depressive Störung (ICD-10 F06.4) und eine organische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F07.0). Zudem stuft sie den Beschwerdeführer ab dem 11. Juli 2007 bis auf Weiteres als zu 100 % arbeitsunfähig ein. Im Auftrag der IV wurde der Beschwerdeführer zudem von der MEDAS Zentralschweiz, Luzern, polydisziplinär begutachtet. Mit Bericht vom 11. November 2008 zuhanden der MEDAS (act. G 26.1/43 – 39/54) diagnostizierten Dr. Dr. h.c. T.____ und Dr. med. U.____ vom Interdisziplinären Zentrum für Schlafmedizin am Kantonsspital St. Gallen eine obstruktive Schlaf-Apnoe schweren Grades. Diese führe zu Konzentrationsstörungen und Tagesschläfrigkeit, was die Tätigkeit des Beschwerdeführers als Chauffeur einschränke. Mit Schreiben vom 24. November 2008 (act. G 26.1/43 – 41 ff./54) berichtete Dr. med. V.____, FMH Rheumatologie / Physikalische Medizin und Rehabilitation, Klinik St. Anna, über das im Auftrag der MEDAS Zentralschweiz durchgeführte rheumatologische Konsilium vom 14. August 2008. Danach stünden für den Versicherten Kreuzschmerzen im Vordergrund. Klinisch lasse sich ein mässiges Lumbovertebralsyndrom nachweisen, im MRI zeige sich eine Diskopathie L4/5 (= Dehydrierung der Bandscheibe mit Bandscheibenprotrusion und wahrscheinlich Anulusriss). Dr. V.____ führte aus, dass normalerweise bei Vorliegen eines leichten Lumbovertebralsyndroms bei klinisch möglicherweise mitbeteiligter Diskopathie L4/5 eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit grundsätzlich zumutbar wäre. Die komplexen Frakturen im Rahmen des Polytraumas 2001 führten jedoch zu statischen Problemen, welche zusammen mit den Rückenschmerzen eine rheumatologisch begründete Verminderung der Arbeitsfähigkeit bewirkten. Dr. V.____ stuft die Arbeitsunfähigkeit aus rein rheumatologischer Sicht für die bisherige Tätigkeit (Auslieferdienst Pakete) mit 100 % ein. In einer körperlich leichten Tätigkeit bestehe demgegenüber bloss eine Arbeitsunfähigkeit im Ausmass von 30 % (act. G 26.1/43 – 45/54). Dr. med. W.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, der den



Beschwerdeführer am 13. August 2008 im Auftrag der MEDAS psychiatrisch untersuchte, diagnostizierte mit Schreiben vom 17. August 2008 (act. G 26.1/43 – 48 ff./54) ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (F07.2), eine unter Therapie teilweise remittierte organische depressive Störung (F06.4) entsprechend einer leichten depressiven Episode ohne somatisches Syndrom (F32.00); Nikotinabhängigkeit (F 17.24) und eine Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01). Dr. W.____ betrachtet das organische Psychosyndrom ausdrücklich als Folge des im Kontrast-MRI von 2007 nachgewiesenen Schädeltraumas (act. G 26.1/43 – 50/54). Die diagnostizierte Depression könnte einerseits ebenfalls eine mögliche Folge des Schädelhirntraumas darstellen, andererseits aber auch durch die Reaktion auf die Belastungen durch den Unfall bedingt sein (act. G 26.1/43 – 51/54). Mit Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit sei der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in der bisherigen Tätigkeit als Chauffeur zu 100 % arbeitsunfähig. Auch in einer Verweistätigkeit bestehe noch eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 30 %, additiv zu den anderen körperlich bedingten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (act. G 26.1/43 – 52 f./54). Im Gesamtgutachten der MEDAS vom 15. Dezember 2008 (act. G 26.1/43 – 1 ff./54) von Dr. med. X.____ und Dr. med. Y.____ gingen die Gutachter aufgrund der kumulierten rheumatologischen und psychiatrischen Defizite in einer adaptierten Tätigkeit von einer Restarbeitsfähigkeit von 40 % aus. Die Arbeitsfähigkeit von 0 % in der angestammten Tätigkeit wurde von den Gutachtern aufgrund der psychiatrischen Einschätzung auf den 13. August 2001 zurückdatiert. Die Gutachter gingen ferner davon aus, dass auch in einer adaptierten Tätigkeit die Restarbeitsfähigkeit ab dem 13. August 2001 aus psychiatrischer Sicht nur noch 70 % betragen habe. Die von den Gutachtern attestierte Restarbeitsfähigkeit von 40 % wurde auf das Datum der Schlussbesprechung vom 2. Dezember 2008 datiert (act. G 26.1/43 – 36/54).

Erwägungen:

1.

Strittig ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht eine Leistungspflicht für die seit Oktober 2007 aufgetretenen Beschwerden des Beschwerdeführers abgelehnt hat.

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 blossе 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). 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).

2.2 Gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Praxisgemäss handelt es sich bei einem Rückfall um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, sodass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt, während von Spätfolgen dann gesprochen wird, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Laufe längerer Zeit organische oder psychische Folgen bewirkt, die zu einem andersgearteten



Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen können eine Leistungspflicht des (damals haftbaren Unfallversicherers) nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut vorgebrachten Beschwerden und der seinerzeit durch den Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 11. September 2007, 8C_44/2007; BGE 118 V 293 E. 2c; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 f. E. 2). Festzuhalten ist in diesem Zusammenhang, dass die für den Grundfall an sich massgebenden kausalen Faktoren mit der Zeit wegfallen können, weshalb der Unfallversicherer bei einem Rückfall nicht automatisch an seiner damaligen Leistungszusage behaftet werden kann. Eine allfällige Beweislosigkeit hinsichtlich des natürlichen Kausalzusammenhangs wirkt sich zum Nachteil des Versicherten aus, da dieser aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b; Urteil des Bundesgerichts vom 11. September 2007, 8C_44/2007, E. 1.2). Ferner ist zu beachten, dass umso strengere Anforderungen an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen sind, je grösser der zeitliche Abstand zwischen Unfall und Eintritt gesundheitlicher Störungen ist (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c).

2.3 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 122 V 157 E. 1a und 121 V 204 E. 6c, je mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die erwähnte Beweislastregel, wonach im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte, greift deshalb erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b mit Hinweisen).

2.4 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche



Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden Arztberichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei ihrer Auffassung, wonach bezüglich der ab Oktober 2007 aufgetretenen Beschwerden kein Rückfall zum Unfallereignis vom 13. August 2001 vorliege, auf die ärztliche Beurteilung durch Kreisarzt Dr. Q.____ vom 5. März 2008 ab (act. G 12.3/116). Dieser verneinte das Vorliegen einer Verschlimmerung bezüglich der Beschwerden am Bewegungsapparat. Dass seit dem Unfall auch Nacken- und Rückenschmerzen bestünden, sei nicht aktenkundig. Radiologisch zeigten sich auch keine traumatischen Läsionen an der LWS sondern lediglich altersentsprechende degenerative Veränderungen. Am 4. Februar 2002 habe der Beschwerdeführer explizit erklärt, er habe mit dem Hals/Nacken eigentlich keine Probleme. Im Kantonsspital St. Gallen seien am 3. Juni 2002 nur tief lumbale Beschwerden erwähnt worden, welche jedoch bereits vor dem Unfall bestanden hätten. Die heutigen Rückenbeschwerden seien demnach unfallfremd. Orthopädisch liege somit kein Rückfall vor. Es bestehe weiter eine volle Vermittelbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Beim als Unfall gemeldeten Sturz vom 23. Februar 2007 sei



im Bereiche der rechten Schulter keine posttraumatische Läsion nachgewiesen worden, weshalb die Beschwerden auch nicht auf den neuen Unfall zurückgeführt werden könnten. Zwar sei unbestritten, dass der Versicherte beim Unfall am 13. August 2001 auch eine Contusio cerebri frontal erlitten habe. Neuropsychologisch hätten jedoch am 15. Oktober 2003 keine erheblichen Residuen nachgewiesen werden können. Hirnorganisch sei eine spätere Verschlimmerung unwahrscheinlich und konkret im Schädel-MRI vom 3. April 2007 auch nicht nachgewiesen. Auch der Hausarzt gehe bezüglich der Konzentrationsstörungen eher von einem psychischen Problem aus. Die Rechtsanwältin des Beschwerdeführers stützt sich demgegenüber vor allem auf die Einschätzung von Dr. K.____ ab. Mit Bericht vom 4. Dezember 2007 (act. G 12.3/105) führte dieser Arzt aus, dass der Beschwerdeführer an Schmerzen leide, die möglicherweise oder sogar wahrscheinlich durch seine Unfälle bedingt seien. Da klinisch und anamnestisch keine sicheren Hinweise auf eine neurologische Erkrankung bestünden, beurteile er die Konzentrationsstörungen und die damit verbundenen Ängste als psychisch bedingt. Im nach Vorliegen des Einspracheentscheids von der Rechtsanwältin nachgereichten Zeugnis vom 25. August 2008 (act. G 6.1/14) bejahte Dr. K.____ die Kausalität zwischen den vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen und dem Unfall vom 13. August 2001 mit der Begründung, dass die Schmerzen seit 2001 bestünden und durch den Zwischenfall im Oktober 2007 verstärkt worden seien. Was die vom Beschwerdeführer geklagten Schlaflosigkeit, die Konzentrationsstörungen, die erhöhten Ermüdbarkeit, die Vergesslichkeit und die Kopfschmerzen anbelangt, könne ein Kausalzusammenhang aufgrund des zeitlichen Zusammentreffens des Beschwerdebeginns mit dem Unfall im Jahre 2001 zumindest vermutet werden.

3.2 Bezüglich der als Rückfall geltend gemachten Rückenschmerzen ist zu bemerken, dass nach dem Unfall beim Beschwerdeführer keine Rückenverletzung diagnostiziert wurde. Zudem ergibt sich aus den Akten, dass der Beschwerdeführer bereits am 4. Juni 2002 anlässlich einer Untersuchung in der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen über zeitweise auftretende tief lumbale Rückenschmerzen berichtete, welche jedoch bereits vor dem Unfall bestanden hätten (act. G 12.3/52). Aufgrund der Aktenlage erweist sich die Beurteilung durch Dr. Q.____, wonach die Rückenbeschwerden unfallfremd seien, als korrekt. Nach Erlass des Einspracheentscheids wurde jedoch im Auftrag der Invalidenversicherung von der



MEDAS Zentralschweiz ein polydisziplinäres Gutachten erstellt. Grundsätzlich ist auf den Sachverhalt bis zum Erlass des Einspracheentscheids abzustellen. Ein späteres Gutachten darf jedoch berücksichtigt werden, wenn sich Rückschlüsse auf die Zeit vor Erlass des Einspracheentscheids ziehen lassen. Bezüglich der vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen führte der Rheumatologe Dr. V.____ aus, dass für den Beschwerdeführer zur Zeit der Untersuchung Kreuzschmerzen im Vordergrund gestanden seien. Diese würden sich durch eine degenerativ bedingte Diskopathie L4/L5 erklären. Nach Einschätzung von Dr. V.____ sei es durch die komplexen Frakturen im Rahmen des Polytraumas zu statischen Störungen gekommen, welche zusammen mit den Rückenschmerzen aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Dr. V.____ führte jedoch weiter aus, dass eine schwierig von den Diagnosen abzugrenzende generelle Schmerzausweitung bestehe auch mit wechselnden Gelenkbeschwerden "mal hier und mal da". Im Status finde sich dafür keine wesentliche Pathologie und eine eindeutige Diagnose sei nicht möglich. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Unfallkausalität der geklagten Schmerzen zwar möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Beschwerdegegnerin hat somit in Bezug auf die Beschwerden am Rücken auch unter Berücksichtigung des MEDAS-Gutachtens einen Rückfall zum Unfall vom 13. August 2001 zu Recht verneint. Die Einschätzung von Dr. K.____, auf die sich die Anwältin des Beschwerdeführers primär abstützt, führt zu keinem anderen Ergebnis. Dr. K.____ bezeichnete die Unfallkausalität der Schmerzen am 4. Dezember 2007 als möglich oder sogar wahrscheinlich (act. G 12.3/105). Diese vage Einschätzung genügt nicht zum Nachweis einer Unfallkausalität mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Die Einschätzung vom 25. August 2008 ist ohnehin von beschränkter Beweiskraft, weil sie erst in Kenntnis des ablehnenden Einspracheentscheids getroffen wurde. Zudem begründet Dr. K.____ darin die Unfallkausalität einzig mit den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, die Schmerzen seien seit dem Unfall vorhanden.

3.3 Bezüglich der psychischen Beschwerden lag bis zum Erlass des Einspracheentscheids keine medizinische Beurteilung vor, welche eine Unfallkausalität bejaht hätte. Erst im MEDAS-Gutachten wird ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 13. August 2001 und den geklagten psychischen Beschwerden bejaht. So besteht nach Auffassung des Psychiaters Dr. W.____ ein organisches Psychosyndrom



nach Schädel-Hirntrauma (act. G 26.1/43 – 50/54). Dieses wird in ICD-10 folgendermassen definiert: "Das Syndrom folgt einem Schädeltrauma, das meist schwer genug ist, um zur Bewusstlosigkeit zu führen. Es besteht aus einer Reihe verschiedenartiger Symptome, wie Kopfschmerzen, Schwindel, Erschöpfung, Reizbarkeit, Schwierigkeiten bei Konzentration und geistigen Leistungen, Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen und verminderter Belastungsfähigkeit für Stress, emotionale Reize oder Alkohol." Da der Beschwerdeführer beim Unfall am 13. August 2001 nachweislich ein Schädel-Hirntrauma erlitten hatte, sich auch im MRI vom 3. April 2007 noch ältere Hirnkontusionsherde nachweisen liessen und sich der Beschwerdeführer über andauernde Müdigkeit und Störungen bei Aufmerksamkeit und Gedächtnis beklagt (vgl. act. G 26.1/43 – 30/54), erscheint die Diagnose nachvollziehbar. Dr. W.____ führt jedoch selber aus, dass das organische Psychosyndrom nicht besonders ausgeprägt sei. Weiter fällt auf, dass die Diagnose eines organischen Psychosyndroms anlässlich der Abklärung durch die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle St. Gallen und der neuropsychologischen Untersuchung in der kantonalen psychiatrischen Klinik Wil im Jahr 2003 nicht erhoben wurde (vgl. act. G 12.3/82 und 83). Auch die Psychiaterin Dr. R.____ stellte im Bericht an die Invalidenversicherung vom 3. Mai 2008 (act. G 26.1/23) andere Diagnosen, nämlich ein organisches amnestisches Syndrom und eine organische Persönlichkeitsstörung. Diese wurden von Dr. W.____ jedoch explizit ausgeschlossen. Übereinstimmung zwischen Dr. R.____ und Dr. W.____ besteht lediglich bei der Diagnose einer organischen depressiven Störung. Zudem führt auch das vom Kantonsspital St. Gallen diagnostizierte obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom nach Angaben der Ärzte zu Konzentrationsstörungen und Tagesschläfrigkeit (act. G 26.1/43 – 39/54). Gemäss Pschyrembel (Medizinisches Wörterbuch, 260. A., 2004) äussert sich ein Schlaf-Apnoe-Syndrom klinisch durch folgende Symptome: "abnorme Tagesmüdigkeit, diskontinuierl. lautes Schnarchen (bei obstruktivem Sch.), Konzentrations- u. Gedächtnisstörungen, Persönlichkeitsveränderungen, morgendl. Kopfschmerz, Potenzstörungen, imperativer Schlafzwang." Im Hauptgutachten der MEDAS wird zwar ausgeführt, dass die Diagnose eines organischen Psychosyndroms von Dr. W.____ in Kenntnis der Diagnose eines Schlaf-Apnoe-Syndroms gestellt wurde (act. G 26.1/43 – 32/54). Dr. W.____ führt jedoch in keiner Weise aus, inwiefern die Symptome des Schlaf-Apnoe-Syndroms von einem organischen Psychosyndrom abgegrenzt werden können. Vor diesem



Hintergrund erscheint es zwar möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich, dass aus psychiatrischer Sicht noch Unfallfolgen bestehen. Für die vom Beschwerdeführer geklagten Konzentrationsstörungen und die Müdigkeit kann ebenso wahrscheinlich das Schlaf-Apnoe-Syndrom verantwortlich sein. Zur diagnostizierten Depression führt Dr. W.____ aus, dass diese irgendwann nach dem psychiatrischen Konsilium der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle St. Gallen vom 26. September 2003 begonnen habe. Die Depression sei wahrscheinlich auch eine Folge der vielfältigen körperlichen Beschwerden, der Schmerzen und des Verlusts der Arbeit, des Einkommens und der Anerkennung (vgl. act. G 26.1/43 – 51/54). Auch bezüglich der diagnostizierten Depression ist deshalb eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität nicht anzunehmen. Somit besteht für die psychiatrischen Beschwerden des Beschwerdeführers keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin nach UVG.

3.4 Aus dem Gesagten ergibt sich, dass sich im Zusammenhang mit dem Unfall vom 13. Januar 2001 keine Unfallfolgen mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen lassen.

4.

Es bleibt zu prüfen, ob eine Leistungspflicht für den Unfall vom 23. Februar 2007 (Stolpersturz in Lieferwagen) besteht. Dabei hatte sich der Beschwerdeführer eine Prellung des Kopfs, der rechten Hüfte und der rechten Schulter zugezogen (vgl. act. G 12.4/2). Die Suva übernahm die Kosten der Heilbehandlung für diesen Unfall. Eine Taggeldzahlung entfiel, da keine Arbeitsunfähigkeit eintrat, welche den dritten Tag nach dem Unfall überdauerte (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG; act. G 26.1/21 – 11/20). Das nach dem Unfall vom 23. Februar 2007 von Dr. L.____ erstellte MRI des Schädels vom 3. April 2007 zeigte keine frischen Verletzungen (vgl. act. G 12.4/3). Somit sind im Kopf/Hirnbereich keine Folgen des Unfalls vom 23. Februar 2007 nachweisbar. Zu den Beschwerden im Schulterbereich findet sich in den Akten ein Schreiben von Dr. M.____ an Dr. K.____ vom 29. April 2008 (act. G 12.3/125). Darin führt Dr. M.____ aus: "Die im MRI vom 18.12.2007 beschriebenen Veränderungen an der Supraspinatussehne sind ohne weiteres mit einer Unfallfolge vereinbar, wenn auch nicht beweisend. Meines Erachtens sollte unter diesen Voraussetzungen die SUVA die Behandlung der Schulteraffektion übernehmen." Diesen Ausführungen von Dr. M.____ lässt sich



entnehmen, dass eine unfallkausale Schulterverletzung zwar möglich, jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Somit ist die Beurteilung von Dr. Q. ___, wonach im Schulterbereich keine Unfallfolgen bestehen, nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin trifft somit auch für die Folgen des Ereignisses vom 23. Februar 2007 keine Leistungspflicht mehr.

5.

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Dem Beschwerdeführer wurde die unentgeltliche Rechtsverteidigung bewilligt. Der Staat ist zu verpflichten, für die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers aufzukommen. Die Rechtsanwältin hat eine Kostennote über Fr. 6'923.-- eingereicht (act. G 33.1). Die Rechtsanwältin begründet das von ihr beantragte Honorar mit dem Zeitaufwand zu einem Ansatz von Fr. 220.-- pro Stunde und mit einzeln aufgeführten Barauslagen. Gemäss Art. 22 der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) ist im Bereich der Verwaltungsrechtspflege jedoch eine Pauschalentschädigung zuzusprechen. Ein Honorar nach Zeitaufwand ist nur in den in Art. 23 HonO genannten Fällen zuzusprechen. Gemäss Art. 22 Abs. 1 lit. a HonO beträgt das pauschale Honorar vor Versicherungsgericht Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Für ein aussergewöhnlich kompliziertes Verfahren kann das Honorar bis zum Doppelten erhöht werden (Art. 22 Abs. 2 HonO). Praxisgemäss wird im Bereich der Unfallversicherung von einer mittleren Entschädigung von Fr. 4'000.-- ausgegangen. Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die für ein aussergewöhnlich kompliziertes Verfahren sprechen. Da die Rechtsanwältin neben der Einreichung einer Beschwerde und einer Replik nachträglich noch die IV-Akten des Beschwerdeführers studieren und dazu Stellung nehmen musste, rechtfertigt es sich, bei der Pauschale von einer erhöhten Pauschale von Fr. 4'500.-- auszugehen. 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). Die Parteientschädigung ist deshalb auf Fr. 3'600.-- (80 % von Fr. 4'500.--; inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

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 die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers mit Fr. 3'600.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.