



**Fall-Nr.:** UV 2009/27  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 02.04.2020  
**Entscheiddatum:** 14.04.2010

### **Entscheid Versicherungsgericht, 14.04.2010**

**Art. 6 UVG: Verneinung physischer Unfallfolgen im Zeitpunkt der Leistungseinstellung. Verneinung von typischen Beschwerden nach Beschleunigungstrauma. Adäquanz zwischen dem Unfall und einer allfälligen psychischen Fehlentwicklung unter Anwendung der Rechtsprechung von BGE 134 V 109 und 115 V 133 verneint (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. April 2010, UV 2009/27). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_455/2010.**

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

Entscheid vom 14. April 2010

in Sachen

S.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Werner Bodenmann, Waisenhausstrasse 17,  
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



## St.Galler Gerichte

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a S. \_\_\_ war als Bauarbeiter mit Fachkenntnissen bei der A. \_\_\_ angestellt und dadurch bei der Suva für die Folgen von Unfällen versichert, als er am 5. Januar 2006 mit seinem Personenwagen in Wil unterwegs war und auf einen von links auf die Strasse einbiegenden Lieferwagen auffuhr (Suva-act. 1, 6). Der am Folgetag konsultierte Hausarzt, Dr. med. B. \_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma, eine Kontusion des Musculus triceps brachii links sowie einen lumbosacralen Schmerz rechts (Suva-act. 2). Der Versicherte berichtete über das sofortige Auftreten von rechtsseitigen Nackenschmerzen sowie kurz nach dem Unfall über Zittern, Frieren und Schmerzen im Oberbauch (quer). Röntgenaufnahmen der HWS zeigten eine Streckhaltung, eine langgezogene links-Skoliose, jedoch keine Hinweise auf eine ossäre Läsion. Der Hausarzt attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit ab 6. Januar 2006 und eine solche von 50% ab 27. Februar 2006 (Suva-act. 3, 12). Infolge der Witterungsverhältnisse konnte der Versicherte die Arbeit auf dem Bau jedoch erst ab dem 13. März 2006 wieder aufnehmen (Suva-act. 17). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht.

A.b Am 24. März 2006 wurde der Versicherte von Kreisarzt Dr. med. C. \_\_\_ untersucht, der eine stationäre polydisziplinäre Abklärung empfahl (Suva-act. 14). Diese wurde vom 3. April bis 10. Mai 2006 in der Rehaklinik Bellikon durchgeführt (Suva-act. 35). Die behandelnden Ärzte diagnostizierten ein kranio-zervikales Dezelerationstrauma bei vorbestehendem rezidivierendem zerviko-vertebralen Schmerzsyndrom, eine Kontusion des Trizeps links und einen lumbosakralen Schmerz rechts bei vorbestehendem rezidivierendem lumbo-vertebralen Syndrom. Sie hielten eine Arbeitsaufnahme ab dem 15. Mai 2006 im Rahmen einer 50%igen Arbeitsfähigkeit bei ganztägiger Anwesenheit für zumutbar (Suva-act. 26). Bereits einen Tag nach der Wiederaufnahme der Arbeit wurde der Versicherte von seinem Hausarzt erneut zu 100% arbeitsunfähig



## St.Galler Gerichte

geschrieben. Er gab an, eine Beton-Kompressionsarbeit verrichtet zu haben, wobei es zur Schmerzzunahme gekommen sei (Suva-act. 30). Die Arbeitgeberin machte geltend, dass sie ihm diese schwere Arbeit nicht zugewiesen haben und weiterhin bereit sei, den Versicherten für leichte Arbeiten einzuteilen (Suva-act. 32, 38).

A.c Mit Verfügung vom 9. Juni 2006 eröffnete die Suva dem Versicherten, dass sie ab dem 12. Juni 2006 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgehen werde (Suva-act. 37). Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache (Suva-act. 39, 54) wies sie mit Entscheid vom 28. Dezember 2006 ab (Suva-act. 64). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hiess die Beschwerde gegen diesen Einspracheentscheid mit Urteil vom 30. Oktober 2007 gut (Suva-act. 85).

A.d Inzwischen war der Versicherte am 15. Mai 2007 im Röntgeninstitut und MR-Zentrum Dres. D.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_, F.\_\_\_\_ untersucht worden. Im Vergleich zu Voruntersuchungen vom Mai 1997, Januar 2004 sowie April und November 2006 konnte über die Zeit eine progrediente S-förmige Skoliosefehlhaltung zerviko-thorakal mit Linkskonvexität vor allem der unteren HWS und Rechtskonvexität im Bereich der oberen Brustwirbelsäule festgestellt werden. Im Übrigen war die Streckhaltung der HWS unverändert aber mit normaler Kontur und Struktur sowie mit initialer Unkarthrosis der unteren Bewegungssegmente der HWS rechtsbetont (Suva-act. 81). Am 15. Mai 2007 untersuchte Kreisarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, spezielle Allgemein- und Unfallchirurgie, den Versicherten. Er befand, dass die subjektiv geklagten Beschwerden des Versicherten sowie die aktuell festgestellten Befunde nicht in überwiegend wahrscheinlichem Rahmen als Unfallfolgen interpretiert werden könnten (Suva-act. 82).

A.e Mit Verfügung vom 21. Mai 2007 eröffnete die Suva dem Versicherten die definitive Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. Mai 2007 mit der Begründung, dass keine adäquaten Unfallfolgen mehr vorliegen würden (Suva-act. 83). Gegen diese Verfügung liess der Versicherte durch Rechtsanwalt lic. iur. Werner Bodenmann, St. Gallen, Einsprache erheben (Suva-act. 84, 89). Am 17. Januar 2008 teilte die Suva mit, dass sie auf Grund des Urteils des Versicherungsgerichts vom 30. Oktober 2007 nicht nur auf die aufgehobene Verfügung vom 9. Juni 2006, sondern



## St.Galler Gerichte

auch auf die Verfügung vom 21. Mai 2007 zurückkomme und weiterhin die gesetzlichen Leistungen erbringe (Suva-act. 96).

A.f Mit Schreiben vom 15. Februar 2008 liess die Suva dem Versicherten das von der IV-Stelle des Kantons St. Gallen in Auftrag gegebene ABI-Gutachten vom 23. Januar 2008 (Suva-act. 102) mit einer Einladung zur Stellungnahme zukommen (Suva-act. 100). Der Rechtsvertreter des Versicherten erklärte sich mit Schreiben vom 28. Februar 2008 mit den Ergebnissen des Gutachtens nicht einverstanden (Suva-act. 103).

A.g Mit Bericht vom 13. Mai 2008 nahm die Suva-Versicherungsmedizinerin Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, nach Einsicht in die ärztlichen Akten und Prüfung von MRI und Röntgenbildern eine neurologische Beurteilung vor. Sie führte die reduzierte Leistungsfähigkeit des Versicherten in Anlehnung an das ABI-Gutachten auf die unfallfremde Herzerkrankung und das vorbestehende zerviko-vertebrale Schmerzsyndrom zurück (Suva-act. 111).

A.h Am 10. Juni 2008 verfügte die Suva die Einstellung der Versicherungsleistungen per 20. Juni 2008, da gemäss medizinischer Beurteilung der status quo sine erreicht sei (Suva-act. 112).

B.

B.a Der Rechtsvertreter des Versicherten erhob am 14. Juli 2008 gegen diese Verfügung Einsprache (Suva-act. 113). In der Begründung vom 15. August 2008 (Suva-act. 115) machte er eine mindestens 50%ige, eher aber 100%ige Arbeitsunfähigkeit geltend und verwies dabei auf den Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. Juli 2008. Laut Dr. I.\_\_\_\_ litt der Versicherte nach dem Unfall vom 5. Januar 2006 an einer mittelschweren chronifizierten Depression sowie an einer somatoformen Schmerzstörung (Beilage zu Suva-act. 115).

B.b Die Suva wies die Einsprache des Versicherten mit Entscheid vom 2. Februar 2009 ab (Suva-act. 121).

C.



C.a Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die Beschwerde vom 5. März 2009 mit den Anträgen, die Verfügung vom 10. Juni 2008 und der Einspracheentscheid vom 2. Februar 2009 seien aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer auch ab dem 21. Juni 2008 die ihm zustehenden Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) zu erbringen; unter Kosten und Entschädigungsfolge. Zur Begründung hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers fest, dass die Beschwerdegegnerin selber kein Gutachten zur Frage der Unfallkausalität in Auftrag gegeben habe und das ABI-Gutachten insgesamt nicht überzeuge. Des Weiteren werde lediglich auf das ABI-Gutachten sowie auf den Bericht von Dr. H.\_\_\_\_, jedoch überhaupt nicht auf die nachvollziehbare und ausführliche Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ abgestellt. Zudem hätte die Adäquanzprüfung nach BGE 117 V 359 bzw. BGE 134 V 109 erfolgen müssen. Dabei seien die Kriterien der "besonderen Eindrücklichkeit" sowie der "Verletzung besonderer Art" klar gegeben. Auch müsse sich der Beschwerdeführer erheblichen Behandlungen unterziehen und leide bis heute an körperlichen Dauerschmerzen. Da die ärztliche Behandlung noch nicht abgeschlossen sei, müsse insgesamt davon ausgegangen werden, dass die Beschwerden in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis stünden.

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 17. April 2009 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde und Bestätigung ihres Einspracheentscheids vom 2. Februar 2009.

C.c Mit Replik vom 8. Juni 2009 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen und Standpunkten fest. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf das Einreichen einer Duplik.

Erwägungen:

1.

1.1 Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 5. Januar 2006 bis zum 20. Juni 2008. Streitig und zu prüfen ist, ob die Einstellung der Leistungen ab 21. Juni 2010 durch die Beschwerdegegnerin zu Recht erfolgte.



1.2 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten Versicherungsleistungen gewährt. Der Unfallversicherer hat jedoch für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zu einem versicherten Ereignis steht (BGE 119 V 338 E. 1). 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).

1.3 Ist die natürliche und adäquate Unfallkausalität für die ursprünglichen Beschwerden einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Dabei muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, beispielsweise Krankheit oder degenerative Veränderungen, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte



Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahin gefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b).

1.4 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. 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 bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Beizug eines Gerichtsgutachters - abschliessen. Auch den Berichten, welche die Suva während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten einholt, kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, solange ihre Richtigkeit nicht durch konkrete Indizien erschüttert werden. Eine ärztliche Beurteilung auf Grund der Akten ist sodann nicht an sich unzuverlässig, wenn genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371, 1993 Nr. U 167 S. 95).

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 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung



der adäquaten Kausalität, können doch gerade klinische Befunde erfahrungsgemäss auch psychisch ausgelöst werden. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen 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 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a), andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 366 E. 6a und 382 E. 4b festgelegten bzw. den mit BGE 134 V 109 modifizierten Kriterien (BGE 127 V 103 E. 5b/bb). Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b). Zu ergänzen bleibt, dass die zu den Verletzungen nach klassischem Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung zum natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang (BGE 119 V 335, 117 V 359) auch auf analoge Verletzungen wie Distorsionen der HWS sowie Schädel-Hirntraumata anwendbar ist, wenn und soweit sich dessen Folgen mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 17. August 2004 i/S G. [U 243/03]; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317, E. 3; BGE 117 V 369 E. 3c).

3.

3.1 Der Beschwerdeführer leidet gemäss Kreisarztbericht vom Mai 2007 unter Nacken- und Schulterschmerzen beidseits (Suva-act. 82) sowie nach dem ABI-Gutachten auch unter seit Jahren bestehenden Kopf-, Rücken- und Gelenkschmerzen sowie bei Anstrengung unter Atemnot. Dabei hätten sich die Beschwerden seit dem Unfall im Januar 2006 verstärkt (Suva-act. 102 S. 9). Aus den Akten geht hervor, dass



die geklagten Beschwerden nicht mit klar ausgewiesenen organischen Befunden im Sinn nachweisbarer unfallkausaler struktureller Veränderungen erklärbar sind. Die bildgebenden radiologischen Untersuchungen der HWS vom 6. Januar 2006 (Suva-act. 2, 82) haben keine Hinweise für das Vorliegen ossärer bzw. discoligamentärer Läsionen gezeigt. Auch die Röntgenaufnahmen vom 10. April und 24. Mai 2006 sowie das MRI der HWS vom 2. Mai 2006 und die Röntgenbilder vom 15. Mai 2007 ergaben keine entsprechenden Befunde (Suva-act. 35 S. 6, 81, 82 S. 3, 102 S. 13). Gemäss den Fachärzten der Rehaklinik Bellikon vom 26. Mai 2006 fanden sich im HWS-Bereich keine wesentlichen unfallbedingten Veränderungen (Suva-act. 35 S. 3). Im ABI-Bericht hielten die Gutachter lediglich diskret bis mässig ausgeprägte Veränderungen der HWS degenerativer Natur fest. Die muskuläre Dysbalance sowie eine Wirbelsäulenfehlhaltung wurden im Zusammenhang mit einem chronischen zervikozephalen Schmerzsyndrom und einem chronischen unspezifischen lumbo-vertebralen Schmerzsyndrom genannt, wobei die Schmerzsyndrome gemäss dem Bericht des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 20. April 2004 (Suva-act. 10) schon mehr als eineinhalb Jahre vor dem Unfall diagnostiziert worden waren. Auch was die Chronifizierung (vgl. Suva-act. 102 S. 19) der vorbestehenden Schmerzsyndrome anbelangt, spricht eine solche nicht für ein unfallkausales organisches Substrat. Im Verlauf einer Chronifizierung wird das ursprünglich erlittene Verletzungsmuster für das Ausmass der erlebten Behinderung immer bedeutungsloser. Andere Faktoren, wie zum Beispiel das Individuum selber, die Arbeitsumstände, das soziale Umfeld, das medizinische und legale System sowie ökonomische Umstände spielen eine massgebende Rolle (vgl. Bär/Bertrand/Kiener, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 vom Dezember 1994, S. 45 ff.). Schliesslich stellen auch die in den medizinischen Akten beschriebenen Druckdolenzen und Bewegungseinschränkungen im Bereich der HWS (Suva-act. 2, 3, 13, 14 S. 3, 35 S. 6, 59, 70, 82 S. 3) praxisgemäss kein klar fassbares organisches Substrat dar (vgl. Urteile des EVG vom 3. August 2005 i/S M. [U 9/05] E. 4 und vom 23. November 2004 i/S B. [U 109/04] E. 2.2).

3.2 Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 5. Januar 2006 erlittenen Trizepskontusion (Suva-act. 2, 3) ist davon auszugehen, dass diese innerhalb weniger Wochen bzw. Monate keine Verletzungsfolgen mehr zeitigte. Es ist eine medizinische Erfahrungstatsache, dass harmlose Traumen mit fehlenden strukturellen Schädigungen der Gelenke und Knochen, wie beispielsweise Prellungen,



Verstauchungen oder Zerrungen normalerweise innert kurzer Zeit folgenlos abheilen und sich die damit verbundenen Schmerzen gänzlich zurückbilden. Nichts anderes kann diesbezüglich den Akten entnommen werden, denn bereits im ärztlichen Zwischenbericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 15. März 2006 wurden im Bereich des Trizeps keine spezifischen Beschwerden mehr festgehalten (Suva-act. 13).

4.

4.1 Der Rechtsvertreter sieht schliesslich einen über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung weiter andauernden Leistungsanspruch darin begründet, dass der Beschwerdeführer ein Schleudertrauma erlitten habe. Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist bekannt, dass bei Schleudertraumaverletzungen sowie äquivalenten Distorsionen der HWS (vgl. dazu RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 E. 3b) auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Dabei ist nicht entscheidend, ob die im Anschluss an solche Verletzungen geklagten Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden, zumal diese Differenzierung angesichts des komplexen Beschwerdebildes gelegentlich grosse Schwierigkeiten bereitet. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma oder eine Distorsion der HWS typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 359 E. 5d/aa).

4.2 Distorsionen der HWS sind Folgen von Beschleunigungskräften, die im Sinn einer Überdehnung und Überbiegung auf die HWS einwirken und mit einem Kopfanprall verbunden sein können. Ein eigentliches Schleudertrauma liegt nur dann vor, wenn bei der Auffahrkollision durch die plötzliche Beschleunigung des getroffenen Fahrzeugs der Kopf des Insassen - ohne anzuprallen - zuerst nach hinten zu knicken scheint und anschliessend nach vorne beschleunigt wird. Führt der Beschleunigungsmechanismus zu einem Kopfanprall, ist nicht von einem Schleudertrauma, sondern von einer HWS-Distorsion zu sprechen (vgl. diesbezüglich Thomas Locher, HWS-Distorsionen [Schleudertrauma] - Einführung in die Rechtslage nach schweizerischem Recht, in: Murer/Niederer/Radanov/Rumo-Jungo/Sturzenegger/Walz [Hrsg.], Das so genannte



"Schleudertrauma" - medizinische, biomechanische und rechtliche Aspekte der Distorsionen der Halswirbelsäule, Bern 2001, S. 31 f.).

4.3 Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (Urteile vom 30. Januar 2007 i/S T. [U 215/05] und vom 15. März 2007 i/S G. [U 258/06]) muss bei einer HWS-Verletzung das typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS manifestieren. Die anderen im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen.

4.4 Der Beschwerdeführer suchte einen Tag nach dem Unfall seinen Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_ auf, der im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma ein solches feststellte. Zwar versah Dr. B.\_\_\_\_ die Diagnose hier mit einem Fragezeichen, im Arztzeugnis vom 14. Februar 2006 zuhanden der Suva schienen die Zweifel dann aber beseitigt (vgl. Suva-act. 3, 2). Auch im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 10. Mai 2006 wurde ein kranio-zervikales Dezelerationstrauma bei vorbestehendem rezidivierendem zerviko-vertebralem Schmerzsyndrom festgehalten (Suva-act. 26). Angesichts des Geschehensablaufs - der Beschwerdeführer kollidierte als Fahrer eines Personenwagens frontal vorne links mit einem von links auf die Strasse einbiegenden Lieferwagen, wobei beim ersten Arztbesuch am 6. Januar 2006 ein Kopfanprall verneint, im Polizeirapport vom 7. März 2006 ein solcher dagegen bejaht wurde (Suva-act. 3, 11) - kann eine HWS-Distorsion durchaus in Betracht gezogen werden. Dennoch ist festzustellen, dass zu keinem



Zeitpunkt von einem Leidensprofil mit einer Häufung von typischen Beschwerden nach einem Beschleunigungsmechanismus der HWS ausgegangen werden kann (vgl. Erwägung 4.3). Lediglich im Unfallbefragungsprotokoll der Kantonspolizei St. Gallen vom 6. Januar 2006 (recte: 5. Januar 2006) sind Nacken- und Rückenschmerzen vermerkt (Suva-act. 6 Befragung des Beschwerdeführers S. 3) und auch gegenüber dem Hausarzt gab der Beschwerdeführer als Beschwerden infolge des Unfalls Nackenschmerzen sowie ein kurz nach dem Unfall eingetretenes Zittern, Frieren und Oberbauchschmerzen an (Suva-act. 3). Gegenüber Dr. B.\_\_\_\_ verneinte der Beschwerdeführer sodann das Vorliegen weiterer typischer Beschwerden nach Beschleunigungstrauma, konkret Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen (Suva-act. 3). Ausser dem Hinweis im Bericht der Rehaklinik Bellikon (Suva-act. 35 S. 5) auf ein schmerzbedingt vermindertes Hörvermögen beidseits seit dem Unfall, finden sich in den nachfolgenden Untersuchungsberichten denn auch keinerlei Hinweise auf typische Beschwerden nach Beschleunigungstrauma (vgl. Suva-act. 14, 35, 102).

5.

5.1 Angesichts dieser Grundlagen (kein fassbarer pathologischer Befund und keine Häufung typischer Beschwerden nach Beschleunigungstrauma) ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer zum einen infolge des Unfalls nicht mehr an somatischen Beschwerden leidet und zum anderen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass er einen Unfall mit schleudertraumaähnlicher Verletzung erlitten hat. Auch die unmittelbar nach dem Unfall aufgetretenen Nackenschmerzen können fast zweieinhalb Jahre nach dem Unfallereignis keiner solchen Verletzung zugeordnet werden. Somit erübrigt sich bereits mit Blick auf die dargelegten Umstände die bei schleudertraumaähnlichen Verletzungen geforderte Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung (vgl. BGE 134 V 109).

5.2 Sind die über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus geklagten Beschwerden nicht mit einer organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolge zu erklären, ist eine eigenständige Adäquanzprüfung gemäss den bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätzen gemäss BGE 115 V 133 durchzuführen (vgl. Erwägung 2).



5.2.1 Laut dem neurologischen Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ ergaben sich trotz mannigfaltiger medizinischer Abklärungen keinerlei Hinweise auf strukturelle Läsionen. Ihrer Beurteilung nach erlitt der Beschwerdeführer beim Unfall vom 5. Januar 2006 eine leichte HWS-Distorsion, wodurch es zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des vorbestehenden zerviko-vertebralen Schmerzsyndroms gekommen sei. Die Beschwerdesymptomatik über der HWS sei bei fehlendem Nachweis struktureller Läsionen unter Berücksichtigung des typischen Heilungsverlaufs einer leichten HWS-Distorsion bei bekanntem Vorschaden längstens bis sechs Monate nach dem Unfallereignis als unfallkausal zu erachten. Die reduzierte Leistungsfähigkeit sei in Anlehnung an das ABI-Gutachten auf die unfallfremde Herzerkrankung und das vorbestehende zerviko-vertbrale Schmerzsyndrom zurückzuführen (Suva-act. 111). Dem widerspricht auch die im Arztbericht der serbischen Ärztin Dr. J.\_\_\_\_, Fachkrankenhaus für Rehabilitierungen, festgestellte Diagnose eines "Spondylosis vertebrae cervicalis et lumbalis" nicht (Suva-act. 115). Gemäss dem Bericht zum Psychosomatischen Konsilium der Rehabilitationsklinik Bellikon vom 2. Mai 2006 (Suva-act. 34) wurde beim Beschwerdeführer eine reaktive Angstproblematik, wahrscheinlich im Rahmen einer Anpassungsstörung bei anhaltend belastenden familiären und gesundheitlichen Problemen seit 2003 festgehalten. Die ABI-Gutachter diagnostizierten eineinhalb Jahre später eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Sie führten weiter aus, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall über Kopf-, Nacken-, Rücken und Gelenkschmerzen sowie Anstrengungsdyspnoe klage und eine verminderte Sensibilität in der linken Körperhälfte beschreibe. Das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, könnten durch die somatischen Befunde nicht vollständig objektiviert werden, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Die unklaren Sensibilitätsstörungen seien im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu sehen. Auch leide er unter leichten depressiven Verstimmungen, welche ebenfalls im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu sehen seien. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestehe keine. Dagegen befand Dr. I.\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer an einer Depression mit Krankheitswert leide, wahrscheinlich handle es sich um eine mittelschwere chronische Depression. Allein auf Grund der Depression sei die Arbeitsfähigkeit seiner Ansicht nach auf etwa 50% reduziert (Beilage von Suva-



act. 115). Obgleich die psychiatrischen Einschätzungen von Dr. I.\_\_\_\_ einerseits und den ABI-Gutachtern andererseits v.a. in Bezug auf den Grad der Depression und die Höhe der Arbeitsunfähigkeit voneinander abweichen, wird das Vorhandensein psychischer Störungen beim Beschwerdeführer durch die beiden Berichte offensichtlich.

5.2.2 Mangels Vorliegen einer Häufung der typischen Beschwerden nach Beschleunigungstrauma ist die Adäquanz grundsätzlich nach den Kriterien von BGE 115 V 133 (psychische Fehlentwicklungen) zu beurteilen. Indessen ist diese Beschränkung unerheblich, da auch nach der für den Beschwerdeführer günstigeren Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 130 E. 10.3) die Adäquanz - wie nachfolgend gezeigt wird - zu verneinen ist. Auf Grund der fehlenden Adäquanz braucht zudem die Frage, ob die geklagten Beschwerden natürlich kausal durch das Unfallereignis verursacht sind, nicht näher untersucht zu werden (vgl. EVG-Urteil vom 17. August 2009 i/S A. [8C\_349/2009] E. 4).

5.3 Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist nach der Schleudertrauma-Praxis im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Bei der Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. November 2007 i/ S Z. [U 2/07] E. 5.3.1) - 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 auf Grund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, die unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden (BGE 134 V 126 E. 10.1). Die in die



Adäquanzbeurteilung einzubeziehenden Kriterien lauten: 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; erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen (BGE 134 V 130 E. 10.3).

5.3.1 Einfache Auffahrunfälle werden gemäss Rechtsprechung in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (EVG-Urteil vom 24. August 2007 i/S A. [U 297/06] E. 4.2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236, U 380/04, E. 5.1.2 mit Hinweisen). Unter Berücksichtigung des augenfälligen Geschehensablaufs, insbesondere auf Grund der geringen Geschwindigkeiten der involvierten Fahrzeuge (der Beschwerdeführer gab an, mit ca. 40 - 45 km/h unterwegs gewesen zu sein, bevor er kurz vor der Kollision mit dem gemäss eigenen Angaben im Schrittempo wendenden Lieferwagen eine Vollbremsung eingeleitet hatte; vgl. Suva-act. 6), des eingetretenen Schadens und der erlittenen Verletzungen hat nichts anderes auch für vorliegendes Unfallereignis zu gelten. Zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs müssten somit entweder mehrere der sieben massgeblichen Kriterien erfüllt sein oder hätte eines davon in besonders ausgeprägter Weise vorzuliegen (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126 f. mit Hinweisen).

5.3.2 Der Unfall hat sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet noch war er - objektiv betrachtet (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207, U 287/97, E. 3b/cc; vgl. auch RKUV 2000 Nr. U 394 S. 313, U 248/98) - von besonderer Eindrücklichkeit.

5.3.3 Auch hatte der Unfall keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art zur Folge. Weder die Diagnose eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung der HWS genügen für sich allein für die Bejahung dieses Kriteriums (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.2.3 [Urteil des EVG vom 15. März 2005 i/S C. (U 380/04)]), noch vermögen die Kontusion des linken Arms, welche relativ rasch heilte (vgl. Suva-act. 13, 14), noch die lediglich kurzfristige Verschlimmerung der lumbalen Rückenschmerzen (vgl. Suva-act. 13, 14 S. 3) die Schwere oder besondere



Art der erlittenen Verletzung und insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zu begründen. Im Hinblick auf das diagnostizierte kraneo-zervikale Beschleunigungstrauma bedürfte es vielmehr einer besonderen Schwere der für ein Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen (RKUV 2003 Nr. U 489 S. 361 E. 4.3 mit Hinweisen [Urteil des EVG vom 24. Juni 2003 i/S A. (U 193/01)]). Solche Umstände sind hier nicht ausgewiesen (vgl. insbesondere Suva-act. 3).

5.3.4 Ebenfalls nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung. Der Beschwerdeführer wurde erst einen Tag nach dem Autounfall und auch dann nur ambulant behandelt. Der Hausarzt verschrieb ihm ein Schmerzmittel sowie das Tragen eines Schaumstoffkragens und ordnete eine Serie physiotherapeutischer Behandlungen an (Suva-act. 2), welche bis Mitte März 2006 dauerte (Suva-act. 13). Vom 3. April bis 10. Mai 2006 war er schliesslich in der Rehaklinik Bellikon hospitalisiert. Dabei wurde die Nichterreichung des gesteckten Hauptziels einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit aber nicht nur in der schmerzbedingt verminderten HWS-Belastbarkeit, sondern auch in der reaktiven Angstproblematik gesehen, die im Rahmen der Anpassungsstörung bei anhaltend belastenden familiären und gesundheitlichen Problemen seit 2003 erklärt wurde (Suva-act. 35 S. 3, 34). Auch die ab Mitte Juli 2006 während zwei bis drei Wochen durchgeführte Kur mit Therapien in Serbien kann nicht vollständig auf das Unfallereignis zurückgeführt werden, da der Beschwerdeführer bereits im Jahr 2003 wohl auf Grund seines Vorzustandes eine ähnliche Kur absolvierte (Suva-act. 50, 59). Was die medikamentöse Schmerztherapie des KSSG anbelangt (Suva-act. 68, 70), so liegt deren Ursache ebenso wahrscheinlich im vorbestehenden zerviko- und lumbovertebralen Schmerzsyndrom. Im Weiteren fanden neben medikamentöser Behandlung wiederum Physiotherapien statt (Suva-act. 72). Dabei liegen die durchgeführten Behandlungen aber im Rahmen dessen, was nach einer entsprechenden Verletzung mit ähnlichem Beschwerdebild üblich ist. Insgesamt ist die zeitliche Beanspruchung durch die einmal pro Monat stattfindenden Psychiatrischen Therapiesitzungen (Suva-act. 102 S. 11), die Physiotherapien (vgl. Suva-act. 82 S. 2, 102 S. 21) und die regelmässigen Sprechstunden beim Hausarzt nicht als derart intensiv zu werten, als dass deswegen von einer erheblichen - im Sinn



einer sich allein daraus ergebenden zusätzlichen - Mehrbelastung aussergewöhnlicher Natur gesprochen werden könnte. Demzufolge ist gesamthaft betrachtet auf Grund der medikamentösen (ohne Medikation im Rahmen der Herzproblematik) und therapeutischen Behandlungen zwar eine fortgesetzt spezifische, aber nicht eine den Beschwerdeführer im Sinn dieses Kriteriums speziell belastende ärztliche Behandlung anzunehmen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 8. August 2008 i/S H. [8C\_144/2008] E. 7.3 und vom 22. August 2008 i/S E. [8C\_266/2008] E. 4.2.4).

5.3.5 Beim Kriterium der erheblichen Beschwerden beurteilt sich die Erheblichkeit nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 128 E. 10.2.4). Der Beschwerdeführer berichtete im Rahmen der ABI-Begutachtung, unter Kopf-, Rücken und Gelenkschmerzen sowie bei Anstrengung unter Atemnot zu leiden. Neben den Schmerzen leide er auch unter einer verminderten Sensibilität in der linken Körperhälfte, die linke Körperhälfte schlafe manchmal ein (Suva-act. 102 S. 9). Aus Unfallsicht sind jedoch die Vorzustände des zerviko- und lumbovertebralen Schmerzsyndroms und der Herzproblematik sowie die auf Grund des zeitlichen Abstands ohnehin nicht auf den Unfall zurückzuführenden Gelenkschmerzen und Sensibilitätsstörungen unerheblich. Zudem war es dem Beschwerdeführer trotz geklagter Beschwerden weiterhin möglich, Auto zu fahren, auch wenn er dazu angab, Fahrten von ausnahmsweise 30 Minuten nicht ohne Pausen bewältigen zu können (Suva-act. 102 S. 8). Die vorliegend zu beurteilende - unfallbedingte - Beeinträchtigung des Lebensalltags ist folglich kaum mehr zu bejahen bzw. kann sicherlich nicht als erheblich im Sinn dieses Kriteriums bezeichnet werden.

5.3.6 Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, ein schwieriger Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen sind aus den Akten nicht ersichtlich und werden vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht.

5.3.7 Für das Kriterium der Arbeitsunfähigkeit ist schliesslich nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Gelingt es der versicherten Person trotz solcher Anstrengungen nicht, ihre



Arbeitsfähigkeit ganz oder teilweise wiederzuerlangen, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung rasch möglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in erheblichem Mass arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 129 f. E. 10.2.7). Die untersuchenden und behandelnden Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer nach dem Autounfall zuerst eine 100%ige, ab dem 27. Februar 2006 jedoch bis zum Rehabilitationsaufenthalt und wieder für die Zeit nach dem Austritt eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 2, 13, 35). Diese erhöhte sich bereits einen Tag nach Arbeitsaufnahme auf 100% und wurde vom Hausarzt sodann laufend bestätigt, wobei eine Unterscheidung zwischen unfall- und krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit - letztere infolge der verschiedenen Vorzustände - jedoch unterblieb (Suva-act. 52, 61, 63, 80, Beilage zu Suva-act. 97). Erst im ABI-Gutachten vom 23. Januar 2008 befanden die Fachärzte die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten körperlich leichten Tätigkeit zu 100%, in der angestammten Tätigkeit weiterhin zu 0% als gegeben. Was die Anstrengungen zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeit anbelangt, zeigte der Beschwerdeführer nur wenig Bemühungen, sich durch eine aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Zwar scheint er seine Arbeit im Rahmen von 50% Mitte März 2006 (vgl. Suva-act. 17) wieder aufgenommen zu haben. Nach dem Rehabilitationsaufenthalt in Bellikon brach er einen Arbeitsversuch in der angestammten Tätigkeit am 15. Mai 2006 wieder ab, nachdem er eine für seine Bedürfnisse unangepasste Tätigkeit am Kompressor ausgeführt hatte und bereits nach wenigen Minuten eine Schmerzzunahme verspürt haben will (vgl. Suva-act. 30, 32). Gemäss dem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 31. Januar 2007 nahm der Beschwerdeführer die Arbeit am 13. Juni 2006 auf Grund der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 9. Juni 2006 noch einmal auf, legte sie infolge eines Brechdurchfalls aber schon am Folgetag wieder nieder (Suva-act. 70). Für die Zeit danach sind keine weiteren Arbeitsversuche mehr belegt. Eigene ernsthafte Bemühungen um die Aufnahme einer anderen, den geklagten Beschwerden angepasste Tätigkeit sind nicht ersichtlich. Vielmehr gab der Beschwerdeführer



gegenüber den ABI-Gutachtern an, sich nicht vorstellen zu können, wieder einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (Suva-act. 102). Vor diesem Hintergrund ist das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit, wenn überhaupt, höchstens in nicht sehr ausgeprägter Weise erfüllt, zumal die Arbeitsunfähigkeit gemäss medizinischer Aktenlage zum wesentlichen Teil auf die unfallfremde Herzerkrankung und die unbestrittenenermassen vorbestehenden zerviko-vertebralen und lumbovertebralen Schmerzsyndrome (ICD-10 M53.0 und ICD-10 M54.5) zurückzuführen ist (vgl. Suva-act. 102, 111, 10).

5.3.8 Zusammenfassend ist bei dem als mittelschwer qualifizierten Unfallereignis auch nach den Kriterien gemäss der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 130 E. 10.3) keines der Adäquanzkriterien im erforderlichen Ausmass erfüllt. Das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 5. Januar 2006 und den am 20. Juni 2008 fortbestehenden Beschwerden muss deshalb verneint werden. Zu keinem anderen Ergebnis kommt eine Prüfung nach den Kriterien von BGE 115 V 133 (psychische Fehlentwicklungen). Somit entfällt ein Anspruch auf weitere Ausrichtung von Versicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggelder). Demnach muss in Bezug auf die Heilbehandlung auch nicht mehr geprüft werden, ob von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann (vgl. Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; BGE 116 V 44 E. 2c; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Bern 1989, S. 274). Die Leistungseinstellung per 20. Juni 2008 ist demnach nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

6.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 2. Februar 2009 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG



## St.Galler Gerichte

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

**Art. 6 UVG: Verneinung physischer Unfallfolgen im Zeitpunkt der Leistungseinstellung. Verneinung von typischen Beschwerden nach Beschleunigungstrauma. Adäquanz zwischen dem Unfall und einer allfälligen psychischen Fehlentwicklung unter Anwendung der Rechtsprechung von BGE 134 V 109 und 115 V 133 verneint** (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. April 2010, UV 2009/27).

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

Entscheid vom 14. April 2010

in Sachen

S.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Werner Bodenmann, Waisenhausstrasse 17,  
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen



Sachverhalt:

A.

A.a S. \_\_\_ war als Bauarbeiter mit Fachkenntnissen bei der A. \_\_\_ angestellt und dadurch bei der Suva für die Folgen von Unfällen versichert, als er am 5. Januar 2006 mit seinem Personenwagen in Wil unterwegs war und auf einen von links auf die Strasse einbiegenden Lieferwagen auffuhr (Suva-act. 1, 6). Der am Folgetag konsultierte Hausarzt, Dr. med. B. \_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma, eine Kontusion des Musculus triceps brachii links sowie einen lumbosacralen Schmerz rechts (Suva-act. 2). Der Versicherte berichtete über das sofortige Auftreten von rechtsseitigen Nackenschmerzen sowie kurz nach dem Unfall über Zittern, Frieren und Schmerzen im Oberbauch (quer). Röntgenaufnahmen der HWS zeigten eine Streckhaltung, eine langgezogene links-Skoliose, jedoch keine Hinweise auf eine ossäre Läsion. Der Hausarzt attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit ab 6. Januar 2006 und eine solche von 50% ab 27. Februar 2006 (Suva-act. 3, 12). Infolge der Witterungsverhältnisse konnte der Versicherte die Arbeit auf dem Bau jedoch erst ab dem 13. März 2006 wieder aufnehmen (Suva-act. 17). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht.

A.b Am 24. März 2006 wurde der Versicherte von Kreisarzt Dr. med. C. \_\_\_ untersucht, der eine stationäre polydisziplinäre Abklärung empfahl (Suva-act. 14). Diese wurde vom 3. April bis 10. Mai 2006 in der Rehaklinik Bellikon durchgeführt (Suva-act. 35). Die behandelnden Ärzte diagnostizierten ein kranio-zervikales Dezelerationstrauma bei vorbestehendem rezidivierendem zerviko-vertebralen Schmerzsyndrom, eine Kontusion des Trizeps links und einen lumbosakralen Schmerz rechts bei vorbestehendem rezidivierendem lumbo-vertebralen Syndrom. Sie hielten eine Arbeitsaufnahme ab dem 15. Mai 2006 im Rahmen einer 50%igen Arbeitsfähigkeit bei ganztägiger Anwesenheit für zumutbar (Suva-act. 26). Bereits einen Tag nach der Wiederaufnahme der Arbeit wurde der Versicherte von seinem Hausarzt erneut zu 100% arbeitsunfähig geschrieben. Er gab an, eine Beton-Kompressionsarbeit verrichtet zu haben, wobei es zur Schmerzzunahme gekommen sei (Suva-act. 30). Die Arbeitgeberin machte geltend, dass sie ihm diese schwere Arbeit nicht zugewiesen haben und weiterhin bereit sei, den Versicherten für leichte Arbeiten einzuteilen (Suva-act. 32, 38).



## St.Galler Gerichte

A.c Mit Verfügung vom 9. Juni 2006 eröffnete die Suva dem Versicherten, dass sie ab dem 12. Juni 2006 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgehen werde (Suva-act. 37). Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache (Suva-act. 39, 54) wies sie mit Entscheid vom 28. Dezember 2006 ab (Suva-act. 64). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hiess die Beschwerde gegen diesen Einspracheentscheid mit Urteil vom 30. Oktober 2007 gut (Suva-act. 85).

A.d Inzwischen war der Versicherte am 15. Mai 2007 im Röntgeninstitut und MR-Zentrum Dres. D.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_, F.\_\_\_\_ untersucht worden. Im Vergleich zu Voruntersuchungen vom Mai 1997, Januar 2004 sowie April und November 2006 konnte über die Zeit eine progrediente S-förmige Skoliosefehlhaltung zerviko-thorakal mit Linkskonvexität vor allem der unteren HWS und Rechtskonvexität im Bereich der oberen Brustwirbelsäule festgestellt werden. Im Übrigen war die Streckhaltung der HWS unverändert aber mit normaler Kontur und Struktur sowie mit initialer Unkarthrosis der unteren Bewegungssegmente der HWS rechtsbetont (Suva-act. 81). Am 15. Mai 2007 untersuchte Kreisarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, spezielle Allgemein- und Unfallchirurgie, den Versicherten. Er befand, dass die subjektiv geklagten Beschwerden des Versicherten sowie die aktuell festgestellten Befunde nicht in überwiegend wahrscheinlichem Rahmen als Unfallfolgen interpretiert werden könnten (Suva-act. 82).

A.e Mit Verfügung vom 21. Mai 2007 eröffnete die Suva dem Versicherten die definitive Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. Mai 2007 mit der Begründung, dass keine adäquaten Unfallfolgen mehr vorliegen würden (Suva-act. 83). Gegen diese Verfügung liess der Versicherte durch Rechtsanwalt lic. iur. Werner Bodenmann, St. Gallen, Einsprache erheben (Suva-act. 84, 89). Am 17. Januar 2008 teilte die Suva mit, dass sie auf Grund des Urteils des Versicherungsgerichts vom 30. Oktober 2007 nicht nur auf die aufgehobene Verfügung vom 9. Juni 2006, sondern auch auf die Verfügung vom 21. Mai 2007 zurückkomme und weiterhin die gesetzlichen Leistungen erbringe (Suva-act. 96).

A.f Mit Schreiben vom 15. Februar 2008 liess die Suva dem Versicherten das von der IV-Stelle des Kantons St. Gallen in Auftrag gegebene ABI-Gutachten vom 23. Januar 2008 (Suva-act. 102) mit einer Einladung zur Stellungnahme zukommen (Suva-



## St.Galler Gerichte

act. 100). Der Rechtsvertreter des Versicherten erklärte sich mit Schreiben vom 28. Februar 2008 mit den Ergebnissen des Gutachtens nicht einverstanden (Suva-act. 103).

A.g Mit Bericht vom 13. Mai 2008 nahm die Suva-Versicherungsmedizinerin Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, nach Einsicht in die ärztlichen Akten und Prüfung von MRI und Röntgenbildern eine neurologische Beurteilung vor. Sie führte die reduzierte Leistungsfähigkeit des Versicherten in Anlehnung an das ABI-Gutachten auf die unfallfremde Herzerkrankung und das vorbestehende zerviko-vertebrale Schmerzsyndrom zurück (Suva-act. 111).

A.h Am 10. Juni 2008 verfügte die Suva die Einstellung der Versicherungsleistungen per 20. Juni 2008, da gemäss medizinischer Beurteilung der status quo sine erreicht sei (Suva-act. 112).

B.

B.a Der Rechtsvertreter des Versicherten erhob am 14. Juli 2008 gegen diese Verfügung Einsprache (Suva-act. 113). In der Begründung vom 15. August 2008 (Suva-act. 115) machte er eine mindestens 50%ige, eher aber 100%ige Arbeitsunfähigkeit geltend und verwies dabei auf den Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. Juli 2008. Laut Dr. I.\_\_\_\_ litt der Versicherte nach dem Unfall vom 5. Januar 2006 an einer mittelschweren chronifizierten Depression sowie an einer somatoformen Schmerzstörung (Beilage zu Suva-act. 115).

B.b Die Suva wies die Einsprache des Versicherten mit Entscheid vom 2. Februar 2009 ab (Suva-act. 121).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die Beschwerde vom 5. März 2009 mit den Anträgen, die Verfügung vom 10. Juni 2008 und der Einspracheentscheid vom 2. Februar 2009 seien aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer auch ab dem 21. Juni 2008 die ihm zustehenden Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) zu erbringen; unter Kosten und



Entschädigungsfolge. Zur Begründung hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers fest, dass die Beschwerdegegnerin selber kein Gutachten zur Frage der Unfallkausalität in Auftrag gegeben habe und das ABI-Gutachten insgesamt nicht überzeuge. Des Weiteren werde lediglich auf das ABI-Gutachten sowie auf den Bericht von Dr. H.\_\_\_\_, jedoch überhaupt nicht auf die nachvollziehbare und ausführliche Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ abgestellt. Zudem hätte die Adäquanzprüfung nach BGE 117 V 359 bzw. BGE 134 V 109 erfolgen müssen. Dabei seien die Kriterien der "besonderen Eindrücklichkeit" sowie der "Verletzung besonderer Art" klar gegeben. Auch müsse sich der Beschwerdeführer erheblichen Behandlungen unterziehen und leide bis heute an körperlichen Dauerschmerzen. Da die ärztliche Behandlung noch nicht abgeschlossen sei, müsse insgesamt davon ausgegangen werden, dass die Beschwerden in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis stünden.

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 17. April 2009 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde und Bestätigung ihres Einspracheentscheids vom 2. Februar 2009.

C.c Mit Replik vom 8. Juni 2009 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen und Standpunkten fest. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf das Einreichen einer Duplik.

Erwägungen:

1.

1.1 Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 5. Januar 2006 bis zum 20. Juni 2008. Streitig und zu prüfen ist, ob die Einstellung der Leistungen ab 21. Juni 2010 durch die Beschwerdegegnerin zu Recht erfolgte.

1.2 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten Versicherungsleistungen gewährt. Der Unfallversicherer hat jedoch für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zu einem



versicherten Ereignis steht (BGE 119 V 338 E. 1). 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).

1.3 Ist die natürliche und adäquate Unfallkausalität für die ursprünglichen Beschwerden einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Dabei muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, beispielsweise Krankheit oder degenerative Veränderungen, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahin gefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b).

1.4 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel



eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. 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 bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Beizug eines Gerichtsgutachters - abschliessen. Auch den Berichten, welche die Suva während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten einholt, kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, solange ihre Richtigkeit nicht durch konkrete Indizien erschüttert werden. Eine ärztliche Beurteilung auf Grund der Akten ist sodann nicht an sich unzuverlässig, wenn genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371, 1993 Nr. U 167 S. 95).

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 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung der adäquaten Kausalität, können doch gerade klinische Befunde erfahrungsgemäss auch psychisch ausgelöst werden. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen 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 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a), andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 366 E. 6a und 382 E. 4b festgelegten bzw. den mit BGE 134 V 109 modifizierten Kriterien (BGE 127 V 103 E. 5b/bb). Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b). Zu ergänzen bleibt, dass die zu den Verletzungen nach klassischem Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung zum natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang (BGE 119 V 335, 117 V 359) auch auf analoge Verletzungen wie Distorsionen der HWS sowie Schädel-Hirntraumata anwendbar ist, wenn und soweit sich dessen Folgen mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 17. August 2004 i/S G. [U 243/03]; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317, E. 3; BGE 117 V 369 E. 3c).

3.

3.1 Der Beschwerdeführer leidet gemäss Kreisarztbericht vom Mai 2007 unter Nacken- und Schulterschmerzen beidseits (Suva-act. 82) sowie nach dem ABI-Gutachten auch unter seit Jahren bestehenden Kopf-, Rücken- und Gelenkschmerzen sowie bei Anstrengung unter Atemnot. Dabei hätten sich die Beschwerden seit dem Unfall im Januar 2006 verstärkt (Suva-act. 102 S. 9). Aus den Akten geht hervor, dass die geklagten Beschwerden nicht mit klar ausgewiesenen organischen Befunden im Sinn nachweisbarer unfallkausaler struktureller Veränderungen erklärbar sind. Die bildgebenden radiologischen Untersuchungen der HWS vom 6. Januar 2006 (Suva-act. 2, 82) haben keine Hinweise für das Vorliegen ossärer bzw. discoligamentärer Läsionen gezeigt. Auch die Röntgenaufnahmen vom 10. April und 24. Mai 2006 sowie das MRI der HWS vom 2. Mai 2006 und die Röntgenbilder vom 15. Mai 2007 ergaben



keine entsprechenden Befunde (Suva-act. 35 S. 6, 81, 82 S. 3, 102 S. 13). Gemäss den Fachärzten der Rehaklinik Bellikon vom 26. Mai 2006 fanden sich im HWS-Bereich keine wesentlichen unfallbedingten Veränderungen (Suva-act. 35 S. 3). Im ABI-Bericht hielten die Gutachter lediglich diskret bis mässig ausgeprägte Veränderungen der HWS degenerativer Natur fest. Die muskuläre Dysbalance sowie eine Wirbelsäulenfehlhaltung wurden im Zusammenhang mit einem chronischen zervikozephalen Schmerzsyndrom und einem chronischen unspezifischen lumbo-vertebralen Schmerzsyndrom genannt, wobei die Schmerzsyndrome gemäss dem Bericht des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 20. April 2004 (Suva-act. 10) schon mehr als eineinhalb Jahre vor dem Unfall diagnostiziert worden waren. Auch was die Chronifizierung (vgl. Suva-act. 102 S. 19) der vorbestehenden Schmerzsyndrome anbelangt, spricht eine solche nicht für ein unfallkausales organisches Substrat. Im Verlauf einer Chronifizierung wird das ursprünglich erlittene Verletzungsmuster für das Ausmass der erlebten Behinderung immer bedeutungsloser. Andere Faktoren, wie zum Beispiel das Individuum selber, die Arbeitsumstände, das soziale Umfeld, das medizinische und legale System sowie ökonomische Umstände spielen eine massgebende Rolle (vgl. Bär/Bertrand/Kiener, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 vom Dezember 1994, S. 45 ff.). Schliesslich stellen auch die in den medizinischen Akten beschriebenen Druckdolenzen und Bewegungseinschränkungen im Bereich der HWS (Suva-act. 2, 3, 13, 14 S. 3, 35 S. 6, 59, 70, 82 S. 3) praxisgemäss kein klar fassbares organisches Substrat dar (vgl. Urteile des EVG vom 3. August 2005 i/S M. [U 9/05] E. 4 und vom 23. November 2004 i/S B. [U 109/04] E. 2.2).

3.2 Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 5. Januar 2006 erlittenen Trizepskontusion (Suva-act. 2, 3) ist davon auszugehen, dass diese innerhalb weniger Wochen bzw. Monate keine Verletzungsfolgen mehr zeitigte. Es ist eine medizinische Erfahrungstatsache, dass harmlose Traumen mit fehlenden strukturellen Schädigungen der Gelenke und Knochen, wie beispielsweise Prellungen, Verstauchungen oder Zerrungen normalerweise innert kurzer Zeit folgenlos abheilen und sich die damit verbundenen Schmerzen gänzlich zurückbilden. Nichts anderes kann diesbezüglich den Akten entnommen werden, denn bereits im ärztlichen Zwischenbericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 15. März 2006 wurden im Bereich des Trizeps keine spezifischen Beschwerden mehr festgehalten (Suva-act. 13).

4.



4.1 Der Rechtsvertreter sieht schliesslich einen über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung weiter andauernden Leistungsanspruch darin begründet, dass der Beschwerdeführer ein Schleudertrauma erlitten habe. Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist bekannt, dass bei Schleudertraumaverletzungen sowie äquivalenten Distorsionen der HWS (vgl. dazu RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 E. 3b) auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Dabei ist nicht entscheidend, ob die im Anschluss an solche Verletzungen geklagten Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden, zumal diese Differenzierung angesichts des komplexen Beschwerdebildes gelegentlich grosse Schwierigkeiten bereitet. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma oder eine Distorsion der HWS typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 359 E. 5d/aa).

4.2 Distorsionen der HWS sind Folgen von Beschleunigungskräften, die im Sinn einer Überdehnung und Überbiegung auf die HWS einwirken und mit einem Kopfanprall verbunden sein können. Ein eigentliches Schleudertrauma liegt nur dann vor, wenn bei der Auffahrkollision durch die plötzliche Beschleunigung des getroffenen Fahrzeugs der Kopf des Insassen - ohne anzuprallen - zuerst nach hinten zu knicken scheint und anschliessend nach vorne beschleunigt wird. Führt der Beschleunigungsmechanismus zu einem Kopfanprall, ist nicht von einem Schleudertrauma, sondern von einer HWS-Distorsion zu sprechen (vgl. diesbezüglich Thomas Locher, HWS-Distorsionen [Schleudertrauma] - Einführung in die Rechtslage nach schweizerischem Recht, in: Murer/Niederer/Radanov/Rumo-Jungo/Sturzenegger/Walz [Hrsg.], Das so genannte "Schleudertrauma" - medizinische, biomechanische und rechtliche Aspekte der Distorsionen der Halswirbelsäule, Bern 2001, S. 31 f.).

4.3 Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der



natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (Urteile vom 30. Januar 2007 i/S T. [U 215/05] und vom 15. März 2007 i/S G. [U 258/06]) muss bei einer HWS-Verletzung das typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS manifestieren. Die anderen im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen.

4.4 Der Beschwerdeführer suchte einen Tag nach dem Unfall seinen Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_ auf, der im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma ein solches feststellte. Zwar versah Dr. B.\_\_\_\_ die Diagnose hier mit einem Fragezeichen, im Arztzeugnis vom 14. Februar 2006 zuhanden der Suva schienen die Zweifel dann aber beseitigt (vgl. Suva-act. 3, 2). Auch im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 10. Mai 2006 wurde ein kranio-zervikales Dezelerationstrauma bei vorbestehendem rezidivierendem zerviko-vertebralem Schmerzsyndrom festgehalten (Suva-act. 26). Angesichts des Geschehensablaufs - der Beschwerdeführer kollidierte als Fahrer eines Personenwagens frontal vorne links mit einem von links auf die Strasse einbiegenden Lieferwagen, wobei beim ersten Arztbesuch am 6. Januar 2006 ein Kopfanprall verneint, im Polizeirapport vom 7. März 2006 ein solcher dagegen bejaht wurde (Suva-act. 3, 11) - kann eine HWS-Distorsion durchaus in Betracht gezogen werden. Dennoch ist festzustellen, dass zu keinem Zeitpunkt von einem Leidensprofil mit einer Häufung von typischen Beschwerden nach einem Beschleunigungsmechanismus der HWS ausgegangen werden kann (vgl. Erwägung 4.3). Lediglich im Unfallbefragungsprotokoll der Kantonspolizei St. Gallen vom 6. Januar 2006 (recte: 5. Januar 2006) sind Nacken- und Rückenschmerzen vermerkt (Suva-act. 6 Befragung des Beschwerdeführers S. 3) und auch gegenüber dem Hausarzt gab der Beschwerdeführer als Beschwerden infolge des Unfalls Nackenschmerzen sowie ein kurz nach dem Unfall eingetretenes Zittern, Frieren und Oberbauchschmerzen an (Suva-act. 3). Gegenüber Dr. B.\_\_\_\_ verneinte der



Beschwerdeführer sodann das Vorliegen weiterer typischer Beschwerden nach Beschleunigungstrauma, konkret Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen (Suva-act. 3). Ausser dem Hinweis im Bericht der Rehaklinik Bellikon (Suva-act. 35 S. 5) auf ein schmerzbedingt vermindertes Hörvermögen beidseits seit dem Unfall, finden sich in den nachfolgenden Untersuchungsberichten denn auch keinerlei Hinweise auf typische Beschwerden nach Beschleunigungstrauma (vgl. Suva-act. 14, 35, 102).

5.

5.1 Angesichts dieser Grundlagen (kein fassbarer pathologischer Befund und keine Häufung typischer Beschwerden nach Beschleunigungstrauma) ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer zum einen infolge des Unfalls nicht mehr an somatischen Beschwerden leidet und zum anderen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass er einen Unfall mit schleudertraumaähnlicher Verletzung erlitten hat. Auch die unmittelbar nach dem Unfall aufgetretenen Nackenschmerzen können fast zweieinhalb Jahre nach dem Unfallereignis keiner solchen Verletzung zugeordnet werden. Somit erübrigt sich bereits mit Blick auf die dargelegten Umstände die bei schleudertraumaähnlichen Verletzungen geforderte Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung (vgl. BGE 134 V 109).

5.2 Sind die über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus geklagten Beschwerden nicht mit einer organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolge zu erklären, ist eine eigenständige Adäquanzprüfung gemäss den bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätzen gemäss BGE 115 V 133 durchzuführen (vgl. Erwägung 2).

5.2.1 Laut dem neurologischen Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ ergaben sich trotz mannigfaltiger medizinischer Abklärungen keinerlei Hinweise auf strukturelle Läsionen. Ihrer Beurteilung nach erlitt der Beschwerdeführer beim Unfall vom 5. Januar 2006 eine leichte HWS-Distorsion, wodurch es zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des vorbestehenden zerviko-vertebralen Schmerzsyndroms gekommen sei. Die Beschwerdesymptomatik über der HWS sei bei fehlendem Nachweis struktureller Läsionen unter Berücksichtigung des typischen Heilungsverlaufs einer leichten HWS-



Distorsion bei bekanntem Vorschaden längstens bis sechs Monate nach dem Unfallereignis als unfallkausal zu erachten. Die reduzierte Leistungsfähigkeit sei in Anlehnung an das ABI-Gutachten auf die unfallfremde Herzerkrankung und das vorbestehende zerviko-vertebrale Schmerzsyndrom zurückzuführen (Suva-act. 111). Dem widerspricht auch die im Arztbericht der serbischen Ärztin Dr. J.\_\_\_\_, Fachkrankenhaus für Rehabilitierungen, festgestellte Diagnose eines "Spondylosis vertebrae cervicalis et lumbalis" nicht (Suva-act. 115). Gemäss dem Bericht zum Psychosomatischen Konsilium der Rehabilitationsklinik Bellikon vom 2. Mai 2006 (Suva-act. 34) wurde beim Beschwerdeführer eine reaktive Angstproblematik, wahrscheinlich im Rahmen einer Anpassungsstörung bei anhaltend belastenden familiären und gesundheitlichen Problemen seit 2003 festgehalten. Die ABI-Gutachter diagnostizierten eineinhalb Jahre später eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Sie führten weiter aus, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall über Kopf-, Nacken-, Rücken und Gelenkschmerzen sowie Anstrengungsdyspnoe klage und eine verminderte Sensibilität in der linken Körperhälfte beschreibe. Das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, könnten durch die somatischen Befunde nicht vollständig objektiviert werden, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Die unklaren Sensibilitätsstörungen seien im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu sehen. Auch leide er unter leichten depressiven Verstimmungen, welche ebenfalls im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu sehen seien. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestehe keine. Dagegen befand Dr. I.\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer an einer Depression mit Krankheitswert leide, wahrscheinlich handle es sich um eine mittelschwere chronische Depression. Allein auf Grund der Depression sei die Arbeitsfähigkeit seiner Ansicht nach auf etwa 50% reduziert (Beilage von Suva-act. 115). Obgleich die psychiatrischen Einschätzungen von Dr. I.\_\_\_\_ einerseits und den ABI-Gutachtern andererseits v.a. in Bezug auf den Grad der Depression und die Höhe der Arbeitsunfähigkeit voneinander abweichen, wird das Vorhandensein psychischer Störungen beim Beschwerdeführer durch die beiden Berichte offensichtlich.

5.2.2 Mangels Vorliegen einer Häufung der typischen Beschwerden nach Beschleunigungstrauma ist die Adäquanz grundsätzlich nach den Kriterien von BGE 115 V 133 (psychische Fehlentwicklungen) zu beurteilen. Indessen ist diese



Beschränkung unerheblich, da auch nach der für den Beschwerdeführer günstigeren Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 130 E. 10.3) die Adäquanz - wie nachfolgend gezeigt wird - zu verneinen ist. Auf Grund der fehlenden Adäquanz braucht zudem die Frage, ob die geklagten Beschwerden natürlich kausal durch das Unfallereignis verursacht sind, nicht näher untersucht zu werden (vgl. EVG-Urteil vom 17. August 2009 i/S A. [8C\_349/2009] E. 4).

5.3 Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist nach der Schleudertrauma-Praxis im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Bei der Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. November 2007 i/S Z. [U 2/07] E. 5.3.1) - 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 auf Grund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, die unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden (BGE 134 V 126 E. 10.1). Die in die Adäquanzbeurteilung einzubeziehenden Kriterien lauten: 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; erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen (BGE 134 V 130 E. 10.3).



5.3.1 Einfache Auffahrunfälle werden gemäss Rechtsprechung in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (EVG-Urteil vom 24. August 2007 i/S A. [U 297/06] E. 4.2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236, U 380/04, E. 5.1.2 mit Hinweisen). Unter Berücksichtigung des augenfälligen Geschehensablaufs, insbesondere auf Grund der geringen Geschwindigkeiten der involvierten Fahrzeuge (der Beschwerdeführer gab an, mit ca. 40 - 45 km/h unterwegs gewesen zu sein, bevor er kurz vor der Kollision mit dem gemäss eigenen Angaben im Schrittempo wendenden Lieferwagen eine Vollbremsung eingeleitet hatte; vgl. Suva-act. 6), des eingetretenen Schadens und der erlittenen Verletzungen hat nichts anderes auch für vorliegendes Unfallereignis zu gelten. Zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs müssten somit entweder mehrere der sieben massgeblichen Kriterien erfüllt sein oder hätte eines davon in besonders ausgeprägter Weise vorzuliegen (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126 f. mit Hinweisen).

5.3.2 Der Unfall hat sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet noch war er - objektiv betrachtet (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207, U 287/97, E. 3b/cc; vgl. auch RKUV 2000 Nr. U 394 S. 313, U 248/98) - von besonderer Eindrücklichkeit.

5.3.3 Auch hatte der Unfall keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art zur Folge. Weder die Diagnose eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung der HWS genügen für sich allein für die Bejahung dieses Kriteriums (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.2.3 [Urteil des EVG vom 15. März 2005 i/S C. (U 380/04)]), noch vermögen die Kontusion des linken Arms, welche relativ rasch heilte (vgl. Suva-act. 13, 14), noch die lediglich kurzfristige Verschlimmerung der lumbalen Rückenschmerzen (vgl. Suva-act. 13, 14 S. 3) die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung und insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zu begründen. Im Hinblick auf das diagnostizierte kraneo-zervikale Beschleunigungstrauma bedürfte es vielmehr einer besonderen Schwere der für ein Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen (RKUV 2003 Nr. U 489 S. 361 E.



4.3 mit Hinweisen [Urteil des EVG vom 24. Juni 2003 i/S A. (U 193/01)]. Solche Umstände sind hier nicht ausgewiesen (vgl. insbesondere Suva-act. 3).

5.3.4 Ebenfalls nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung. Der Beschwerdeführer wurde erst einen Tag nach dem Autounfall und auch dann nur ambulant behandelt. Der Hausarzt verschrieb ihm ein Schmerzmittel sowie das Tragen eines Schaumstoffkragens und ordnete eine Serie physiotherapeutischer Behandlungen an (Suva-act. 2), welche bis Mitte März 2006 dauerte (Suva-act. 13). Vom 3. April bis 10. Mai 2006 war er schliesslich in der Reha-klinik Bellikon hospitalisiert. Dabei wurde die Nichterreichung des gesteckten Hauptziels einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit aber nicht nur in der schmerzbedingt verminderten HWS-Belastbarkeit, sondern auch in der reaktiven Angstproblematik gesehen, die im Rahmen der Anpassungsstörung bei anhaltend belastenden familiären und gesundheitlichen Problemen seit 2003 erklärt wurde (Suva-act. 35 S. 3, 34). Auch die ab Mitte Juli 2006 während zwei bis drei Wochen durchgeführte Kur mit Therapien in Serbien kann nicht vollständig auf das Unfallereignis zurückgeführt werden, da der Beschwerdeführer bereits im Jahr 2003 wohl auf Grund seines Vorzustandes eine ähnliche Kur absolvierte (Suva-act. 50, 59). Was die medikamentöse Schmerztherapie des KSSG anbelangt (Suva-act. 68, 70), so liegt deren Ursache ebenso wahrscheinlich im vorbestehenden zerviko- und lumbovertebralen Schmerzsyndrom. Im Weiteren fanden neben medikamentöser Behandlung wiederum Physiotherapien statt (Suva-act. 72). Dabei liegen die durchgeführten Behandlungen aber im Rahmen dessen, was nach einer entsprechenden Verletzung mit ähnlichem Beschwerdebild üblich ist. Insgesamt ist die zeitliche Beanspruchung durch die einmal pro Monat stattfindenden Psychiatrischen Therapiesitzungen (Suva-act. 102 S. 11), die Physiotherapien (vgl. Suva-act. 82 S. 2, 102 S. 21) und die regelmässigen Sprechstunden beim Hausarzt nicht als derart intensiv zu werten, als dass deswegen von einer erheblichen - im Sinn einer sich allein daraus ergebenden zusätzlichen - Mehrbelastung aussergewöhnlicher Natur gesprochen werden könnte. Demzufolge ist gesamthaft betrachtet auf Grund der medikamentösen (ohne Medikation im Rahmen der Herzproblematik) und therapeutischen Behandlungen zwar eine fortgesetzt spezifische, aber nicht eine den Beschwerdeführer im Sinn dieses Kriteriums speziell belastende ärztliche Behandlung anzunehmen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 8. August 2008 i/S H. [8C\_144/2008] E. 7.3 und vom 22. August 2008 i/S E. [8C\_266/2008] E. 4.2.4).



5.3.5 Beim Kriterium der erheblichen Beschwerden beurteilt sich die Erheblichkeit nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 128 E. 10.2.4). Der Beschwerdeführer berichtete im Rahmen der ABI-Begutachtung, unter Kopf-, Rücken und Gelenkschmerzen sowie bei Anstrengung unter Atemnot zu leiden. Neben den Schmerzen leide er auch unter einer verminderten Sensibilität in der linken Körperhälfte, die linke Körperhälfte schlafe manchmal ein (Suva-act. 102 S. 9). Aus Unfallsicht sind jedoch die Vorzustände des zerviko- und lumbovertebralen Schmerzsyndroms und der Herzproblematik sowie die auf Grund des zeitlichen Abstands ohnehin nicht auf den Unfall zurückzuführenden Gelenkschmerzen und Sensibilitätsstörungen unerheblich. Zudem war es dem Beschwerdeführer trotz geklagter Beschwerden weiterhin möglich, Auto zu fahren, auch wenn er dazu angab, Fahrten von ausnahmsweise 30 Minuten nicht ohne Pausen bewältigen zu können (Suva-act. 102 S. 8). Die vorliegend zu beurteilende - unfallbedingte - Beeinträchtigung des Lebensalltags ist folglich kaum mehr zu bejahen bzw. kann sicherlich nicht als erheblich im Sinn dieses Kriteriums bezeichnet werden.

5.3.6 Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, ein schwieriger Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen sind aus den Akten nicht ersichtlich und werden vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht.

5.3.7 Für das Kriterium der Arbeitsunfähigkeit ist schliesslich nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Gelingt es der versicherten Person trotz solcher Anstrengungen nicht, ihre Arbeitsfähigkeit ganz oder teilweise wiederzuerlangen, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung rasch möglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in erheblichem Mass arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium



erfüllen (BGE 134 V 129 f. E. 10.2.7). Die untersuchenden und behandelnden Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer nach dem Autounfall zuerst eine 100%ige, ab dem 27. Februar 2006 jedoch bis zum Rehabilitationsaufenthalt und wieder für die Zeit nach dem Austritt eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 2, 13, 35). Diese erhöhte sich bereits einen Tag nach Arbeitsaufnahme auf 100% und wurde vom Hausarzt sodann laufend bestätigt, wobei eine Unterscheidung zwischen unfall- und krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit - letztere infolge der verschiedenen Vorzustände - jedoch unterblieb (Suva-act. 52, 61, 63, 80, Beilage zu Suva-act. 97). Erst im ABI-Gutachten vom 23. Januar 2008 befanden die Fachärzte die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten körperlich leichten Tätigkeit zu 100%, in der angestammten Tätigkeit weiterhin zu 0% als gegeben. Was die Anstrengungen zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeit anbelangt, zeigte der Beschwerdeführer nur wenig Bemühungen, sich durch eine aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Zwar scheint er seine Arbeit im Rahmen von 50% Mitte März 2006 (vgl. Suva-act. 17) wieder aufgenommen zu haben. Nach dem Rehabilitationsaufenthalt in Bellikon brach er einen Arbeitsversuch in der angestammten Tätigkeit am 15. Mai 2006 wieder ab, nachdem er eine für seine Bedürfnisse unangepasste Tätigkeit am Kompressor ausgeführt hatte und bereits nach wenigen Minuten eine Schmerzzunahme verspürt haben will (vgl. Suva-act. 30, 32). Gemäss dem Bericht von Dr. B. \_\_\_ vom 31. Januar 2007 nahm der Beschwerdeführer die Arbeit am 13. Juni 2006 auf Grund der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 9. Juni 2006 noch einmal auf, legte sie infolge eines Brechdurchfalls aber schon am Folgetag wieder nieder (Suva-act. 70). Für die Zeit danach sind keine weiteren Arbeitsversuche mehr belegt. Eigene ernsthafte Bemühungen um die Aufnahme einer anderen, den geklagten Beschwerden angepasste Tätigkeit sind nicht ersichtlich. Vielmehr gab der Beschwerdeführer gegenüber den ABI-Gutachtern an, sich nicht vorstellen zu können, wieder einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (Suva-act. 102). Vor diesem Hintergrund ist das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit, wenn überhaupt, höchstens in nicht sehr ausgeprägter Weise erfüllt, zumal die Arbeitsunfähigkeit gemäss medizinischer Aktenlage zum wesentlichen Teil auf die unfallfremde Herzerkrankung und die unbestrittenen ermassen vorbestehenden zerviko-vertebralen und lumbovertebralen Schmerzsyndrome (ICD-10 M53.0 und ICD-10 M54.5) zurückzuführen ist (vgl. Suva-act. 102, 111, 10).



5.3.8 Zusammenfassend ist bei dem als mittelschwer qualifizierten Unfallereignis auch nach den Kriterien gemäss der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 130 E. 10.3) keines der Adäquanzkriterien im erforderlichen Ausmass erfüllt. Das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 5. Januar 2006 und den am 20. Juni 2008 fortbestehenden Beschwerden muss deshalb verneint werden. Zu keinem anderen Ergebnis kommt eine Prüfung nach den Kriterien von BGE 115 V 133 (psychische Fehlentwicklungen). Somit entfällt ein Anspruch auf weitere Ausrichtung von Versicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggelder). Demnach muss in Bezug auf die Heilbehandlung auch nicht mehr geprüft werden, ob von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann (vgl. Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; BGE 116 V 44 E. 2c; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Bern 1989, S. 274). Die Leistungseinstellung per 20. Juni 2008 ist demnach nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

6.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 2. Februar 2009 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.