Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess {T 7}
U 258/05

Urteil vom 16. August 2006
II. Kammer

Besetzung
Präsidentin Leuzinger, Bundesrichter Kernen und nebenamtlicher Richter Maeschi; Gerichtsschreiberin Fleischanderl

Parteien
J._____, 1957, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Hans Frei, Kriessernstrasse 40, 9450 Altstätten SG,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern, Beschwerdegegnerin

Vorinstanz
Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen, St. Gallen

(Entscheid vom 20. April 2005)

Sachverhalt:
A.
A.a J._____, geboren 1957, war bei der Firma X._____ AG als Hilfsarbeiter angestellt und bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch für die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Am 3. Dezember 1999 erlitt er als Beifahrer auf dem hinteren linken Sitz eines Personenwagens einen Verkehrsunfall, als das Fahrzeug auf vereister Strasse in einer Kurve auf die Gegenfahrbahn geriet, mit der hinteren linken Seite gegen ein entgegenkommendes Fahrzeug prallte, quer zur Fahrtrichtung weiterrutschte und gegen einen nachfolgenden Lieferwagen stiess. J._____ zog sich dabei eine Commotio cerebri, eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS), eine Rissquetschwunde am linken Ellbogen sowie eine Schulter- und Handgelenksprellung links zu. Er wurde im Spital Y._____ hospitalisiert, wo eine Computertomographie des Schädels, die Röntgenbilder der HWS und der neurologische Status unauffällig waren. Am 7. Dezember 1999 wurde er mit einem weichen Halskragen nach Hause entlassen. In der Folge klagte J._____ über ständige Kopf- und Nackenschmerzen mit Ausstrahlungen in den rechten Arm. Eine Kernspintomographie der Hals- und Brustwirbelsäule in der Klinik Q._____ vom 20.
Januar 2000 und eine neurologische Untersuchung im Spital Z._____ vom 28. Februar 2000 ergaben weitgehend normale Befunde. Die im Vordergrund stehende Kraft- und Gefühllosigkeit im rechten Arm liess sich nicht objektivieren und es wurde auf eine funktionelle Genese geschlossen. Der behandelnde Arzt Dr. med. O._____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, bezeichnete die Beschwerden als atypisch und äusserte den Verdacht auf eine pathologische Verarbeitung des Unfalls (Bericht vom 15. März 2000). Der Kreisarzt der SUVA Dr. med. S._____, Spezialarzt FMH für orthopädische Chirurgie, stellte eine depressive Entwicklung fest und erachtete den Versicherten aus somatischer Sicht ab 15. Mai 2000 zu 50 % und ab 29. Mai 2000 zu 100 % arbeitsfähig. Zu einer entsprechenden Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit kam es nicht. Auf Wunsch des Versicherten fand ab 10. Mai 2000 eine psychiatrische Betreuung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst

(SPD) statt, wofür die SUVA Kostengutsprache leistete. Am 5. Juli 2000 trat der Versicherte einen stationären Aufenthalt in der Rehaklinik V._____ an, brach diesen am 24. Juli 2000 wegen Erkrankung der Ehefrau (psychiatrische Hospitalisation) jedoch vorzeitig ab. Im Austrittsbericht der Klinik vom 9. August 2000 wurden ein chronisches Zervikobrachialsyndrom, ein Status nach wahrscheinlicher leichter traumatischer Hirnverletzung sowie eine reaktive depressive Störung mittleren Grades diagnostiziert und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf bescheinigt. Auf Antrag des SPD fand vom 25. Oktober bis 18. November 2000 eine Abklärung und Behandlung in der Klinik W._____ statt, deren Ärzte eine Anpassungsstörung mit länger dauernder Depression bei chronifiziertem somatischem Leiden sowie psychosozialer Belastung diagnostizierten und eine volle Arbeitsunfähigkeit bestätigten. Die SUVA beauftragte hierauf die Klinik T._____ mit einem multidisziplinären Gutachten. In der am 21. Februar 2002 erstatteten Expertise gelangten die untersuchenden Ärzte zum Schluss, dass der Versicherte für geeignete leichtere Tätigkeiten zu 50 % arbeitsfähig sei, wobei an der bestehenden Beeinträchtigung auch unfallfremde Faktoren beteiligt seien, deren Anteil auf 50 % zu schätzen sei. Aus somatischer Sicht erachteten die Gutachter eine weitere Behandlung nicht als erforderlich; dagegen sollte die Psychotherapie fortgesetzt werden. Gestützt auf diese Beurteilung stellte die SUVA die Heilkosten- und Taggeldleistungen per 31. Oktober 2002 ein und sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 6. November 2002 eine Invalidenrente auf Grund einer Erwerbsunfähigkeit von 25 % ab 1. November 2002 zu. Gegen diese Verfügung liess der Versicherte Einsprache erheben mit dem Antrag, es sei ihm eine Rente auf Grund eines Invaliditätsgrades von 75 % sowie eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von 40 % auszurichten. Nachdem die behandelnde Ärztin Frau Dr. med. K._____, am 6. Februar 2003 eine Verschlimmerung der psychischen Beeinträchtigung gemeldet hatte, kam die SUVA für einen erneuten Aufenthalt in der Klinik W._____ in der Zeit vom 6. bis 24. Mai 2003 auf. Im Bericht vom 2. Juni 2003 diagnostizierten die dortigen Ärzte eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.11) und bestätigten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. In teilweiser Gutheissung der Einsprache sprach die SUVA dem Versicherten mit Wirkung ab 1. November 2002 eine Rente von 63 % zu; das Begehren um Zusprechung einer Integritätsentschädigung wies sie ab (Einspracheentscheid vom 1. März 2004).

A.b Am 25. August 2000 hatte sich J._____ auch zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung angemeldet. Mit Verfügungen vom 7. August, 6. Oktober und 24. November 2003 sprach die IV-Stelle des Kantons St. Gallen zunächst für die Zeitspanne vom 1. Dezember 2000 bis 31. Dezember 2002 eine ganze Rente basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von 100 % und ab 1. Januar 2003 eine halbe Rente auf Grund eines Invaliditätsgrades von 53 % bzw. 55,16 % zu. In der Folge kam sie am 9. Dezember 2003 und 19. Januar 2004 insofern auf ihren Entscheid zurück, als sie auch für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2003 sowie ab 1. Januar 2004 die Ausrichtung einer ganzen Rente gestützt auf eine Invalidität von 100 % verfügte.

B.

Gegen den Einspracheentscheid der SUVA vom 1. März 2004 beschwerte sich J._____ beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen und beantragte, es seien ihm eine Invalidenrente von 100 % sowie eine gestützt auf ein medizinisches Gutachten festzusetzende Integritätsentschädigung zuzusprechen. Die SUVA beantragte, die Beschwerde sei abzuweisen und es sei in Abänderung des Einspracheentscheids festzustellen, dass dem Versicherten kein Rentenanspruch zustehe; eventuell sei ihm eine Rente auf der Basis eines Invaliditätsgrades von höchstens 36,56 % zuzusprechen.

Nach Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels sowie einer mündlichen Verhandlung wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die Beschwerde ab und stellte in Aufhebung von Dispositiv-Ziff. 1 des Einspracheentscheids vom 1. März 2004 fest, dass der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat (Entscheid vom 20. April 2005).

C.

J._____ lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit den Rechtsbegehren, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids sei ihm mit Wirkung ab 1. November 2002 eine Invalidenrente auf Grund eines Invaliditätsgrades von 100 % zuzusprechen; eventuell sei die Sache zur Einholung eines psychiatrischen Gutachtens und zur Neubeurteilung zurückzuweisen. Des Weiteren sei ihm eine Integritätsentschädigung zuzusprechen; eventuell sei die Sache zur Einholung eines medizinischen Gutachtens zur Höhe des Integritätsschadens zurückzuweisen.

Die SUVA beantragt Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG)

verzichtet auf Vernehmlassung.
Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.
Mit dem angefochtenen Entscheid hat das kantonale Gericht den Einspracheentscheid der SUVA vom 1. März 2004, mit welchem dem Versicherten eine Invalidenrente auf Grund einer Erwerbsunfähigkeit von 63 % zugesprochen wurde, aufgehoben und festgestellt, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht. Praxisgemäss ist die betroffene Partei auf eine drohende reformatio in peius aufmerksam zu machen und es ist ihr Gelegenheit zu einer Stellungnahme zu geben; überdies ist die Partei darauf hinzuweisen, dass sie mit dem Rückzug des Rechtsmittels der drohenden Verschlechterung ihrer Stellung entgehen kann (Art. 61 lit. d ATSG; BGE 122 V 167 f. Erw. 2). Dass der Beschwerdeführer durch einen Rechtsanwalt vertreten war und ihm das Rechtsbegehren der SUVA auf reformatio in peius bekannt war, hat die Vorinstanz nicht davon entbunden, auf die beabsichtigte Schlechterstellung aufmerksam zu machen und dem Betroffenen Gelegenheit zum Rückzug der Beschwerde zu geben (RKUV 2004 Nr. U 520 S. 442 [Urteil K. vom 8. April 2004, U 202/03]). Anlässlich der Parteiverhandlung hat der Beschwerdeführer indessen ausgeführt, er halte am Beschwerdeantrag fest, wolle in dieser Sache einen Entscheid des Gerichts und werde die Beschwerde auf keinen Fall
zurückziehen. Für die Vorinstanz bestand daher kein Anlass, den Beschwerdeführer nochmals auf die vom Gericht beabsichtigte reformatio in peius aufmerksam zu machen und ihm Gelegenheit zur Stellungnahme sowie zum allfälligen Rückzug der Beschwerde zu geben.
2.
2.1 Im kantonalen Entscheid werden die nach der Rechtsprechung für den Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung (Art. 6 Abs. 1 UVG) geltenden Voraussetzungen des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (BGE 129 V 181 Erw. 3.1 und 3.2) insbesondere bei Schleudertraumen oder schleudertraumaähnlichen Verletzungen der HWS (BGE 117 V 359 ff.; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 f. Erw. 3 [Urteil Z. vom 2. Juni 2000, U 160/98]; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67) und Schädel-Hirntraumen (BGE 117 V 369 ff.) zutreffend dargelegt. Das Gleiche gilt hinsichtlich der vorinstanzlichen Erwägungen zu den anwendbaren Beweisgrundsätzen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1 mit Hinweisen) und zur Beweislast namentlich im Fall einer nachträglichen Einstellung der Versicherungsleistungen (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 Erw. 2, 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b). Darauf wird verwiesen.
Zu ergänzen ist, dass das am 1. Januar 2003 in Kraft getretene Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) am unfallversicherungsrechtlichen Begriff des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs und dessen Bedeutung als Voraussetzung für die Leistungspflicht nach UVG nichts geändert hat (Urteil W. vom 3. März 2005, U 218/04, Erw. 2 mit Hinweis; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, N 20 zu Art. 4). Die bisher dazu ergangene Rechtsprechung bleibt nach wie vor anwendbar. Für die Frage des intertemporal anwendbaren Rechts ist somit nicht von Belang, dass der Einspracheentscheid am 1. März 2004 nach Inkrafttreten des ATSG erlassen wurde (vgl. BGE 130 V 318, 329 und 445).
2.2 Der Vorinstanz ist auch darin beizupflichten, dass die SUVA an die Invaliditätsbemessung der Invalidenversicherung nicht gebunden war. Dies nicht nur, weil im vorliegenden Fall auch unfallfremde Beeinträchtigungen bestehen, sondern schon deshalb, weil der Unfallversicherer nicht zur Einsprache gegen die Verfügung oder zur Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der IV-Stelle über den Rentenanspruch als solchen oder den Invaliditätsgrad berechtigt ist (BGE 131 V 366 f. Erw. 2.2 mit Hinweisen).
3.
Streitig und zu prüfen ist, ob und gegebenenfalls inwieweit nach dem 31. Oktober 2002 noch leistungsbegründende unfallbedingte Beeinträchtigungen bestanden haben.
3.1 Nach den medizinischen Akten hat der Beschwerdeführer beim Unfall vom 3. Dezember 1999 eine HWS-Distorsion, eine Commotio cerebri sowie eine Rissquetschwunde am Ellbogen links und eine Schulter- und Handgelenksprellung links erlitten. Eine Bewusstlosigkeit war nicht eruierbar; es wurde jedoch eine Amnesie bezüglich des Unfallereignisses von ca. fünf Minuten posttraumatisch angenommen. Eine Computertomographie des Schädels war unauffällig, ebenso die Röntgenbilder der HWS und der neurologische Status (Bericht des Spitals Y._____ vom 28. Dezember 1999). Auch die im Anschluss an den Spitalaufenthalt durchgeführten bildgebenden und neurologischen Untersuchungen zeigten durchwegs normale Befunde. Die zunächst im Vordergrund gestandenen Nackenschmerzen und Schwindel besserten sich; es traten jedoch zunehmend Beschwerden im rechten Arm (mit Gefühllosigkeit und Kraftverminderung) auf, welche sich nicht objektivieren

liessen. Der behandelnde Arzt Dr. med. O._____ und die Ärzte des Spitals Z._____ schlossen auf funktionelle Beschwerden und äusserten den Verdacht auf eine pathologische Verarbeitung des Unfalls. Kreisarzt Dr. med. S._____ fand kaum mehr somatische Befunde und stellte eine ausgeprägte depressive Entwicklung
fest (Berichte vom 21. März und 10. Mai 2000). Im Austrittsbericht der Rehaklinik V._____ vom 9. August 2000 wurden folgende Diagnosen erhoben:
1. Bewegungs- und belastungsabhängige myofasziale Kopf-, Nacken- und Armbeschwerden rechts mit
- -:-
- mässiggradiger schmerzhafter HWS-Beweglichkeitseinschränkung,
- nicht im Vordergrund stehendem lageabhängigem Schwankschwindel,
- Fremdkörpergefühl des rechten Arms bei erhaltener Funktion (dominante Seite),
- Verdacht auf vestibuläre Funktionsstörung (Abweichung nach links im Blindstrich- und Blindzielgang, verschärftem Romberg und Unterbergertretversuch),
- Störung des Bewegungssehens,
bei
- Status nach Verkehrsunfall mit u.a. HWS-Distorsion am 3.12.99.
2. Status nach wahrscheinlich durchgemachter leichter traumatischer Hirnverletzung (heute 4-tägige Amnesie) beim Unfall vom 3.12.99.
3. Reaktive depressive Störung mittleren Grades.
Im psychosomatischen Konsilium der Dres. med. R._____ und P._____ vom 11. August 2000 wird ausgeführt, der Versicherte leide an einer reaktiven depressiven Störung mittleren Grades (ICD-10: F32.1), welche teils vor dem Hintergrund einer Anpassungsstörung, teils psychoreaktiv bei belastender familiärer Situation entstanden sei. Neben deutlichen Zeichen einer Erschöpfung bestehe eine Somatisierungskomponente. Nicht auszuschliessen sei eine gewisse hirnorganische Mitbeteiligung in Form einer milden traumatischen Hirnschädigung. Die partielle anterograde Amnesie könne auch Teil einer akuten Belastungsreaktion in unmittelbarer Folge des Unfallgeschehens sein. Die Klinik W._____ diagnostizierte am 1. Dezember 2000 eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21). Differentialdiagnostisch wurde ein Status nach traumatischer Hirnverletzung in Betracht gezogen. Im multidisziplinären Gutachten der Klinik T._____ vom 21. Februar 2002 wird als unfallkausal ein chronisches zervikozephales und zervikospondylogenes Syndrom rechts bei Fehlform und Fehlhaltung der Wirbelsäule, muskulärer Dysbalance und ausgeprägter vegetativer Begleitsymptomatik (Schwindelsensationen, Lärmempfindlichkeit, Zittern) in
Verbindung mit psychischen Faktoren, Verhaltensfaktoren und äussern Faktoren (namentlich Neurasthenie, dysfunktional wirksames Schmerzvermeidungsverhalten, Belastung durch ungenügende familiäre Unterstützung und durch ökonomische Engpässe) diagnostiziert. Im psychiatrischen Teilgutachten des Psychosomatischen Dienstes vom 18. Februar 2002 verneint Dr. med. E._____ das Vorliegen eines erheblichen depressiven Syndroms und schliesst auf eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0). Er bejaht die Unfallkausalität des bestehenden Beschwerdebildes, wobei der Anteil der unfallfremden Faktoren auf 50 % geschätzt wird. Im neurologischen Teilgutachten vom 17. Oktober 2001 führt Dr. med. B._____ aus, auch heute liessen sich klinisch-neurologisch keine objektivierbaren Ausfälle, insbesondere keine Anhaltspunkte für eine zentralnervöse oder radikuläre Pathologie feststellen. Im Vordergrund stehe das zervikozephale und zervikobrachiale Schmerzsyndrom rechts mit deutlichen Zeichen einer Schmerzverarbeitungsstörung. Zur Behandlungsbedürftigkeit wird im Hauptgutachten vom 21. Februar 2002 ausgeführt, aus somatischer Sicht seien keine Massnahmen mehr erforderlich; dagegen sei die psychiatrische Betreuung fortzuführen. Die Arbeitsfähigkeit wird auf 50
% geschätzt. In einer Stellungnahme zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 26. November 2002 stellten die Ärzte des SPD die gutachterliche Beurteilung insoweit in Frage, als sie auf ein depressives Zustandsbild schlossen und die Arbeitsunfähigkeit auf 75 % schätzten. Im Anschluss an den zweiten Rehabilitationsaufenthalt vom Mai 2003 bestätigten die Ärzte der Klinik W._____ eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.11) und eine volle Arbeitsunfähigkeit. Dabei wird davon ausgegangen, dass die psychischen Beeinträchtigungen als Reaktion auf psychosoziale Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Unfall entstanden sind.
3.2 Auf Grund der Akten ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 3. Dezember 1999, bei dem es sich nicht um einen Auffahrunfall, sondern um eine mehrfache frontal-seitliche Kollision gehandelt hat, kein eigentliches Schleudertrauma (Peitschenhiebverletzung, Whiplash-Injury) erlitten hat. Es

liegt jedoch eine schleudertraumaähnliche Verletzung der HWS vor, welche praxisgemäss einem eigentlichen Schleudertrauma gleichzustellen ist (RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 f. Erw. 3 [Urteil Z. vom 2. Juni 2000, U 160/98]; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67). Im Anschluss an den Unfall ist denn auch zumindest teilweise das typische Beschwerdebild (in casu Nacken- und Kopfschmerzen, Schwindel, später auch depressive Verstimmung, Lärmempfindlichkeit und starke Müdigkeit) nach solchen Verletzungen aufgetreten (vgl. BGE 117 V 360 Erw. 4b). Unklar ist, ob der Beschwerdeführer auch ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. In den Arztberichten wird übereinstimmend eine Commotio cerebri diagnostiziert, welche vom behandelnden Arzt Dr. med. O._____ allerdings als leicht bezeichnet wird. Bei der Eintrittsuntersuchung im Spital Y._____ konnte lediglich eine minimste Schürfung im Bereich des Schädels festgestellt werden. Im Übrigen stützt sich
die Diagnose auf die vom Versicherten geltend gemachte anterograde Amnesie, deren Dauer in den Arztberichten zunächst mit ca. fünf Minuten, später mit vier Tagen angenommen wurde. Dies nachdem der Versicherte anlässlich des Aufenthaltes in der Rehaklinik V._____ im Juli 2000 angegeben hatte, seine Erinnerung sei während der ersten vier Tage nach dem Unfall sehr lückenhaft gewesen und habe erst ab dem vierten Tag wieder voll eingesetzt. Ob es sich dabei effektiv um eine Amnesie gehandelt hat, ist nicht klar. Fest steht, dass keine Anhaltspunkte für eine organische Hirnläsion gefunden werden konnten und auch die von der Rehaklinik V._____ und der Klinik W._____ in Erwägung gezogene milde traumatische Hirnverletzung nicht mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit bestätigt werden konnte. Es wurden seitens der untersuchenden Ärzte auch keine abklärungsbedürftigen neuropsychologischen Funktionsstörungen festgestellt. Bei der psychosomatischen Untersuchung in der Klinik T._____ zeigten sich keine Hinweise auf Beeinträchtigungen der kognitiven Basisfunktionen (Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Konzentrationsvermögen). Auch die wegen Visusstörungen veranlasste ophthalmologische Abklärung ergab keine unfallbedingte
Beeinträchtigung (Berichte des Dr. med. N._____, Augenarzt FMH, vom 16. November und 7. Dezember 2001). Es bleibt damit fraglich, ob der Beschwerdeführer beim Unfall vom 3. Dezember 1999 ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Wie es sich damit verhält, kann insoweit offen bleiben, als für die Adäquanzbeurteilung von Schädel-Hirntraumen die gleichen Regeln anwendbar sind, wie sie für Schleudertraumen und schleudertraumaähnliche Verletzungen der HWS Geltung haben (BGE 117 V 369 ff.).
3.3 In der Zeit ab 1. November 2002 hat der Beschwerdeführer weiterhin über Nackenschmerzen sowie Schmerzen in der rechten Schulter und im rechten Arm, über ausgeprägte Schwindelgefühle, insbesondere bei körperlichen Belastungen, und über Kopfweh, zunehmend bei starkem Lärm und in Gesellschaft vieler Leute, geklagt. Ferner erwähnte er Müdigkeit, Vergesslichkeit und eine psychische Beeinträchtigung im Zusammenhang mit persönlichen und familiären Problemen (Gutachten Klinik T._____ vom 21. Februar 2002 und Bericht Klinik W._____ vom 2. Juni 2003). Für die geltend gemachten somatischen Beschwerden konnte trotz eingehender Untersuchungen keine organische Grundlage gefunden werden. Nach dem Neurologischen Teilgutachten der Klinik T._____ vom 17. Oktober 2001 handelt es sich um ein chronisches zervikozephales und zervikobrachiales Schmerzsyndrom mit deutlichen Zeichen einer Schmerzverarbeitungsstörung. Für eine psychische Genese spricht, dass bei den wiederholten ärztlichen Untersuchungen bezüglich der Beweglichkeit, Kraft und Muskulatur im Schulter-/Armbereich keine erheblichen Unterschiede zwischen den beiden Körperseiten festzustellen waren. Im Gutachten der Klinik T._____ wurde ein dysfunktional wirkendes
Schmerzvermeidungsverhalten des Versicherten erwähnt, welches unter die ICD-10-Codierung F68.8 (andere näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) subsumiert wird. Zudem wird eine somatisch orientierte Behandlung als nicht mehr erforderlich bezeichnet, eine Fortsetzung der psychiatrischen Therapie dagegen als unbedingt notwendig erachtet. Es liegt somit eindeutig ein psychisches bzw. psychosomatisches Leiden im Vordergrund. Hinsichtlich der Unfallkausalität dieses Leidens ist auf Grund der Akten mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass das Beschwerdebild multifaktoriell und zu einem wesentlichen Teil auf unfallfremde Faktoren (psychiatrische Erkrankung der Ehefrau, familiäre und wirtschaftliche Probleme) zurückzuführen ist. Es ist jedoch davon auszugehen, dass der Unfall eine Teilursache der weiter bestehenden Beschwerden darstellt, was auch von der SUVA nicht bestritten wird. Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den weiter bestehenden Beschwerden ist daher zu bejahen (vgl. BGE 119 V 337 Erw. 1, 117 V 360 Erw. 4b).
4.
Zu prüfen bleibt, ob die Adäquanz des Kausalzusammenhangs ebenfalls gegeben ist.
4.1 Die im Anschluss an den Unfall vom 3. Dezember 1999 aufgetretenen Nacken- und Schulterbeschwerden und die Schwindelgefühle haben sich schon wenige Wochen nach dem Unfall gebessert. In den Vordergrund

sind Armschmerzen rechts getreten, welche sich nicht objektivieren liessen und als funktioneller Natur beurteilt wurden. Der vom behandelnden Arzt bereits im Bericht vom 15. März 2000 geäusserte Verdacht auf eine pathologische Verarbeitung des Unfalls wurde in der Folge bestätigt. Bei einer Kontrolluntersuchung vom 26. April 1999 äusserte der Beschwerdeführer von sich aus den Wunsch nach einer psychotherapeutischen Betreuung, worauf ihn Dr. med. O._____ an den SPD verwies. Ab dem 10. Mai 2000 stand der Versicherte in ständiger psychiatrischer Behandlung. Auch wenn weiterhin somatische Untersuchungen und Behandlungsversuche stattgefunden haben, sind die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS bzw. eines Schädel-Hirntraumas gehörenden Beeinträchtigungen gegenüber der psychischen Problematik schon kurz nach dem Unfall ganz in den Hintergrund getreten und haben während der gesamten Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt, weshalb die Adäquanzprüfung nicht nach den für Schleudertraumen und schleudertraumaähnliche Verletzungen der HWS (BGE 117 V 359 ff.) oder Schädel-Hirntraumen (BGE 117 V 369 ff.), sondern nach den für psychische Unfallfolgen (BGE 115 V 133 ff.) geltenden Regeln zu erfolgen hat (BGE 123 V 99 Erw. 2a; RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437 [Urteil W. vom 18. Juni 2002, U 164/01]).

4.2 Mit der Vorinstanz ist das Unfallereignis auf Grund des Geschehensablaufs, wie er sich aus den Polizeiakten ergibt, der erlittenen Verletzungen und der entstandenen Fahrzeugschäden als mittelschwer zu qualifizieren. Um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen oder gar einen schweren Unfall handelt es sich nicht (vgl. die in SZS 2001 S. 431 ff. erwähnte Rechtsprechung; ferner auch RKUV 2005 Nr. U 548 S. 231 [Urteil K. vom 28. Februar 2005, U 306/04]und 1999 Nr. U 330 S. 122). Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs wäre daher zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wäre oder mehrere der zu berücksichtigenden Kriterien gegeben wären (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb).

4.3

4.3.1 Dem Unfall, bei welchem der von einem Bekannten des Beschwerdeführers gesteuerte Personenwagen auf der vereisten Fahrbahn ins Schleudern geriet und mit zwei entgegenkommenden Fahrzeugen kollidierte, wobei alle drei Fahrzeuginsassen Verletzungen erlitten und das Fahrzeug in einer Weise verformt wurde, dass der Beschwerdeführer von der Feuerwehr befreit werden musste, ist eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abzusprechen. Der Unfall hat sich jedoch nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet noch war er - objektiv betrachtet (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 Erw. 3b/cc; vgl. auch RKUV 2000 Nr. U 394 S. 313 [Urteil S. vom 31. Mai 2000, U 248/98]) - von besonderer Eindrücklichkeit.

4.3.2 Er hatte auch keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art zur Folge. Es bedarf hiezu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (Urteile M. vom 21. April 2006, U 51/05, C. vom 28. April 2005, U 386/04, D. vom 4. September 2003, U 371/02, T. vom 6. Februar 2002, U 61/00, und - in HAVE 2003 S. 298 erwähntes - Urteil D. vom 16. August 2001, U 21/01). Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen (RKUV 2003 Nr. U 489 S. 361 Erw. 4.3 mit Hinweisen [Urteil A. vom 24. Juni 2003, U 193/01]). Solche Umstände sind hier nicht gegeben. Es liegt auch keine besondere Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden vor.

4.3.3 Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. Nach einer viertägigen stationären Behandlung der Unfallfolgen konnte der Beschwerdeführer mit deutlich gebessertem Allgemeinbefinden nach Hause entlassen werden. Der nachbehandelnde Arzt Dr. med. O._____ verordnete eine physikalische Therapie und nahm eine medikamentöse Behandlung mit Analgetika vor, welche weitgehend erfolglos blieben und nach den Akten spätestens im März 2000 abgebrochen wurden. In der Folge besuchte der Beschwerdeführer jeden zweiten Tag das Mineralbad M._____. Eine weitere Behandlung fand nicht statt. Während der Aufenthalte in der Rehaklinik V._____ vom 5. bis 24. Juli 2000 und der Klinik W._____ vom 25. Oktober bis 18. November 2000 wurden erneut physiotherapeutische Massnahmen sowie ein körperliches Trainingsprogramm durchgeführt, wobei auch diese Vorkehren zu keiner wesentlichen Besserung des Beschwerdebildes führten. Im Gutachten vom 21. Februar 2002 bestätigten die Ärzte der Klinik T._____, dass eine somatisch orientierte Behandlung nicht mehr indiziert war. Die wiederholten Klinikaufenthalte dienten teilweise der Untersuchung und Abklärung der geklagten Beschwerden. Zudem stand bereits ab Mai 2000 die psychiatrische Behandlung im Vordergrund, welche im Rahmen der Adäquanzbeurteilung psychischer Unfallfolgen unberücksichtigt zu bleiben hat. Insgesamt handelt es sich somit nicht um eine kontinu-

ierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer (Urteile M. vom 21. April 2006, U 51/05, N. vom 14. März 2005, U 82/04, P. vom 24. September 2003, U 361/02, und S. vom 8. April 2002, U 357/01).
4.3.4 Von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, kann ebenso wenig gesprochen werden, wie von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen. Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf geschlossen werden. Es bedarf hiezu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (Urteile S. vom 10. Februar 2006, U 79/05, F. vom 10. September 2003, U 343/02, und B. vom 7. August 2002, U 313/01). Solche Gründe sind hier nicht gegeben. Vielmehr waren es die psychischen Beeinträchtigungen, welche zu einem protrahierten Heilungsverlauf geführt haben.
4.3.5 Zum Kriterium von Dauer und Schwere der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist festzustellen, dass der behandelnde Arzt bereits im Januar 2000 und erneut im März 2000 auf eine Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit gedrängt hatte. Kreisarzt Dr. med. S._____ erachtete den Beschwerdeführer im Bericht vom 21. März 2000 als arbeitsfähig am bisherigen Arbeitsplatz unter der Voraussetzung, dass ihm geeignete leichtere Arbeit zugewiesen werden könne. Nach einer weiteren Untersuchung vom 10. Mai 2000 setzte er die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht auf 50 % ab 15. Mai 2000 und 100 % ab 29. Mai 2000 fest. Die in den Berichten der Klinik V._____ vom 9. August 2000 und der Klinik W._____ vom 1. Dezember 2000 bescheinigte volle Arbeitsunfähigkeit bezieht sich auf die bisherige körperlich schwere Tätigkeit als Hilfsarbeiter in einer Textilfabrik und erfolgte unter Berücksichtigung auch der psychischen Beeinträchtigungen. Die Ärzte der Klinik T._____ schätzten die aus dem gesamten somatopsychischen Beschwerdebild resultierende Arbeitsunfähigkeit auf 50 %. Dass im Bericht der Klinik W._____ vom 2. Juni 2003 erneut eine vollständige Arbeitsunfähigkeit angegeben wurde, ist auf eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes zurückzuführen (Bericht der Frau Dr. med. K._____ vom 6. Februar 2003). Auf Grund der medizinischen Akten ist anzunehmen, dass die physisch bedingte Arbeitsunfähigkeit jedenfalls 50 % nicht überschritten hat. Dafür spricht auch die Feststellung im Bericht des Dr. med. G._____, Klinik W._____, an die Invalidenversicherung vom 29. August 2003, wonach dem Beschwerdeführer leichte Hilfsarbeiten ohne statische Belastungen über 5 kg und ohne körperliche oder kognitive Ausdauerleistung während vier Stunden im Tag zumutbar sind. Wird zusätzlich berücksichtigt, dass eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.11) diagnostiziert wurde und die körperlichen Beschwerden zumindest teilweise Ausdruck der bestehenden psychischen Beeinträchtigung sind, kann das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht als erfüllt gelten.
4.3.6 Das Gleiche gilt in Bezug auf das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen. Soweit noch körperliche Beschwerden bestanden haben, waren sie in hohem Masse psychisch überlagert. Das Kriterium ist jedenfalls nicht in besonders ausgeprägter Weise gegeben.

Da somit weder eines der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist noch mehrere der zu berücksichtigenden Kriterien gegeben sind, ist die Unfalladäquanz der geltend gemachten Beschwerden zu verneinen. Der vorinstanzliche Entscheid, mit welchem ein Rentenanspruch verneint und der Einspracheentscheid der SUVA vom 1. März 2004 im Übrigen bestätigt wurde, besteht folglich zu Recht.

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.
Luzern, 16. August 2006
Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Die Präsidentin der II. Kammer: Die Gerichtsschreiberin:

i. V.