

200 18 391 UV
KNB/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 28. Juni 2019

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 4. Mai 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1963 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine berufliche Tätigkeit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend Suva oder Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als er am 2. Januar 2005 in eine Auffahrkollision verwickelt wurde (Akten der Suva [act. II] 1). Am 21. Februar 2006 erfolgte ein weiteres Ereignis (Anschlagen des Kopfes an einem Türpfosten [act. II 97 S. 7]). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und kam für die Folgen der Heilungskosten und der Arbeitsunfähigkeit auf. In der Folge tätigte sie berufliche und medizinische Abklärungen. Mit Verfügung vom 11. September 2008 (act. II 121) stellte sie im Zusammenhang mit dem Unfall vom 2. Januar 2005 die Heilungskosten und Taggeldleistungen per 30. September 2008 ein und verneinte einen Anspruch auf eine Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung, was sie mit Einspracheentscheid vom 30. Dezember 2008 (act. II 133) und das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 7. September 2010, UV/2009/99 (Akten der Suva [act. IIA] 148), bestätigte. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. IIA 149) hiess das Bundesgericht (BGer) mit Entscheid vom 15. Februar 2011, 8C_844/2010 (act. IIA 154), dahingehend gut, als es das Urteil des Verwaltungsgerichts und den Einspracheentscheid der Suva aufhob und die Sache an Letztere zurückwies, damit diese nach weiteren Abklärungen über ihre Leistungspflicht ab dem 1. Oktober 2008 neu verfüge.

In der Folge holte die Suva bei der MEDAS C._____ (MEDAS) ein interdisziplinäres Gutachten vom 9. August 2012 (act. IIA 177) ein. Am 5. Februar 2013 (act. IIA 184) verfügte sie, im Zusammenhang mit den Ereignissen vom 2. Januar 2005 und 21. Februar 2006 über den 30. September 2008 hinaus keine Versicherungsleistungen (Taggelder und Heilungskosten) mehr zu erbringen und verneinte einen Anspruch auf eine Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung, was sie mit Einspracheentscheid vom 4. Juli 2013 (Akten der Suva [act. IIB] 195) bestätigte. In Gutheissung der dagegen erhobenen Beschwerde (act. IIB 198) hob das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 29. September 2014, UV/2013/654 (act.

IIB 206), den angefochtenen Einspracheentscheid auf und wies die Sache an die Suva zurück, damit diese ein neues Gutachten einhole und alsdann neu verfüge.

Die Suva liess den Versicherten in der Folge durch die Dres. med. D._____, Facharzt für Neurologie, E._____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, und F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, interdisziplinär begutachten (vgl. ORL-Teilgutachten vom 15. August 2016 [act. IIB 248], psychiatrisches Teilgutachten vom 15. Dezember 2016 [Akten der Suva {act. IIC} 250], neurologisches Teilgutachten vom 15. März 2017 [act. IIC 251] sowie interdisziplinäre Beurteilung vom 29. März 2017 [act. IIB 247]). Mit Verfügung vom 19. September 2017 (act. IIC 259) stellte sie die Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit den Unfällen vom 2. Januar 2005 und 21. Februar 2006 per 30. September 2008 ein und verneinte überdies einen Anspruch auf eine Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung. Die dagegen erhobene Einsprache (act. IIC 260) wies die Suva mit Entscheid vom 4. Mai 2018 (act. IIC 263) ab.

B.

Mit Eingabe vom 17. Mai 2018 erhob der Versicherte hiergegen Beschwerde mit dem sinngemässen Rechtsbegehren, in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids sei der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den geltende gemachten Beschwerden und den Unfällen vom 2. Januar 2005 und vom 21. Februar 2006 zu bejahen und ihm eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung zuzusprechen.

Die Beschwerdegegnerin – vertreten durch Rechtsanwalt B._____ – schloss mit Beschwerdeantwort vom 26. September 2018 auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsgegenstand bildet der die Verfügung vom 19. September 2017 (act. IIC 259) bestätigende Einspracheentscheid vom 4. Mai 2018 (act. IIC 263). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die vorübergehenden UVG-Versicherungsleistungen per 30. September 2008 einstellte und in Verneinung eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den Ereignissen vom 2. Januar 2005 und 21. Februar 2006 und den geklagten Beschwerden den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung verneinte.

Soweit der Beschwerdeführer beschwerdeweise einen Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und den Ereignissen vom 16. Mai 1993 sowie 24. Juni 1998 herleitet und daraus einen Leistungsanspruch postuliert, ist auf die Beschwerde nicht einzutreten, da diese Ereignisse nicht Gegenstand des Verfahrens bilden. Insofern fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung (BGE 125 V 413 E. 1a S. 414). In Bezug auf das Ereignis vom 24. Juni 1998 war die

Leistungseinstellung per 31. Mai 2000 bzw. nach einem Rückfall per 31. Januar 2004 höchstrichterlich bestätigt worden (vgl. Entscheide des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 27. August 2002, U 415/01, und vom 24. November 2006, U 91/06).

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden – wie hier – nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG). Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.3 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; Entscheid des BGer vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweismwürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.4 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2). Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

2.4.1 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen, insbesondere bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

2.4.2 Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358, 115 V 133 E. 6c aa S. 140), während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; SVR 2018 UV Nr. 29 S. 101 E. 2.2). Dabei ist wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1997 UV Nr. 95 S. 346 E. 2a, 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma (BGE 117 V 369 E. 4b S. 382; SVR 2001 UV Nr. 1 S. 2 E. 3) erlitten hat, wobei die Schleudertrauma-Praxis nur dann Anwendung findet, wenn sich innert der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden Beschwerden in der Halsregion und der Halswirbelsäule (HWS) manifestieren (SVR 2009 UV Nr. 30 S. 107 E. 5.2). Liegt keine der erwähnten Verletzungen vor, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtniss-

törungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw.; BGE 119 V 335 E. 1 S. 338, 117 V 359 E. 4b S. 360) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber bereits unmittelbar nach dem Unfall ganz in den Hintergrund treten oder die physischen Beschwerden im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind (vgl. RKUV 2002 U 465 S. 438 E. 3a). Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109, 117 V 359) festgelegten Kriterien, d.h. ohne Unterscheidung zwischen körperlichen und psychischen Beschwerden (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112, 127 V 102 E. 5b bb S. 103). Die Grundsätze gemäss BGE 115 V 133 sind auch anwendbar, wenn die im Anschluss an den Unfall auftretenden psychischen Störungen nicht zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Traumas gehören. Erforderlichenfalls ist vorgängig der Adäquanzbeurteilung zu prüfen, ob es sich bei den im Anschluss an den Unfall geklagten psychischen Beeinträchtigungen um blosser Symptome des erlittenen Traumas oder aber um eine selbstständige (sekundäre) Gesundheitsschädigung handelt, wobei für die Abgrenzung insbesondere Art und Pathogenese der Störung, das Vorliegen konkreter unfallfremder Faktoren oder der Zeitablauf von Bedeutung sind (SVR 2007 UV Nr. 8 S. 28 E. 2.2). Ebenfalls nach BGE 115 V 133 vorzugehen ist, wenn bei einer versicherten Person bereits vor dem Unfall psychische Beschwerden vorlagen, die durch das Unfallereignis verstärkt wurden (Entscheid des BGer vom 15. Juni 2007, U 159/05, E. 2.2). Die Diskussion der Frage, nach welchen Regeln die Adäquanz zu beurteilen ist, kann unterbleiben, wenn der Kausalzusammenhang auch nach der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109) zu verneinen ist (SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.3; Entscheid des BGer vom 17. Juni 2010, 8C_248/2010, E. 3.3).

2.5 Bei psychischen Unfallfolgen setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Das trifft dann zu, wenn es objektiv eine

gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist gemäss BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 an das objektiv erfassbare Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften – eine Katalogisierung der Unfälle in leichte (banale), im mittleren Bereich liegende und schwere Unfälle vorzunehmen ist. Die erlittenen Verletzungen können dabei Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten. Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Diese werden unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 5.1 S. 359, 129 V 177 E. 4.1 S. 183; SVR 2018 UV Nr. 21 S. 76 E. 4.2, 2011 UV Nr. 10 S. 36 E. 4.2.2).

2.5.1 Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel (vgl. jedoch BGE 140 V 356 E. 5.3 S. 360) ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6a S. 139).

2.5.2 Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6b S. 140).

2.5.3 Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht auf Grund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Das Bundesgericht hat daher festgestellt, dass weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erschei-

nen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6c aa S. 140):

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

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen ist oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Sowohl einem mittelschweren wie auch einem im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegenden Ereignis kommt nur dann im Sinne adäquater Kausalität massgebende Bedeutung für die aktuelle Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu, wenn ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder aber diese in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (RKUV 2005 U 548 S. 232 E. 3.2.3). Liegt im eigentlichen mittleren Bereich keines der Einzelkriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 5.1). Handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung der Adäquanz vier Kriterien gegeben sein (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 102 E. 4.2.2). Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz (BGE 117 V 359 E. 6b S. 367, BGE 115 V 133 E. 6c bb S. 140; vgl. RKUV 1997 U 272 S. 174 E. 4b).

2.6 Nach der Schleudertrauma-Praxis ist analog zu den bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätzen (BGE 115 V 133) für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt (vgl. E. 2.5 hier vor). Der Katalog der – abschliessend aufgezählten (BGE 134 V 109 E. 10.2 S. 127) – adäquanzrelevanten Kriterien lautet (BGE 134 V 109 E. 10.3 S. 130; SVR 2017 UV Nr. 41 S. 143 E. 6.1):

- 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.

Im Rahmen der Schleudertrauma-Praxis wird bei der Beurteilung der vorstehend genannten Kriterien auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, weil hier nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organisch und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 117 V 359 E. 5d aa S. 364 und E. 6a S. 367; RKUV 1999 U 341 S. 409 E. 3b, 1997 U 272 S. 174 E. 4a). Voraussetzung für die Anwendung dieser Praxis ist aber, 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 (SVR 2001 UV Nr. 13 S. 48 E. 3b).

2.7 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, 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 Vorzustandes

auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine) erreicht ist (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1; Entscheid des BGer vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

2.8 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Von den Parteien unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass der Beschwerdeführer am 2. Januar 2005 und am 21. Februar 2006 je einen Unfall im Rechtsinne erlitt und damit zumindest initial eine Leistungspflicht bestand. Das Bundesgericht hielt in BGer 8C_844/2010 (act. IIA 154) fest, es sei unbestritten, dass sich der Beschwerdeführer beim Ereignis vom 2. Januar 2005 eine HWS-Distorsion zugezogen habe und in der Folge unter den für eine solche Verletzung typischen Beschwerden gelitten habe. Namentlich sei aktenkundig, dass innert fünf Stunden nach dem Unfall Nacken- und Kopfschmerzen aufgetreten seien (E. 4.2). Es sei davon auszugehen, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden or-

ganisch objektiv nicht ausgewiesen seien. (E. 4.3). Weiter könne nicht davon ausgegangen werden, dass die durch den Unfall mit Schleudertrauma verursachten Beschwerden durch eine Dominanz der psychischen Problematik imponieren würden (E. 4.7) und es könne nicht gesagt werden, die psychischen Beschwerden würden ganz im Vordergrund stehen bzw. die zum Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS gehörenden Störungen seien in den Hintergrund getreten. Die Anwendbarkeit der Schleudertrauma-Praxis könne jedenfalls nicht von vornherein ausgeschlossen werden (E. 4.8). Der Unfall vom 2. Januar 2005 habe weder eine psychische Fehlentwicklung herbeigeführt, noch die vorbestehende psychische Störung verschlimmert. Jedoch stehe gemäss den psychiatrischen Stellungnahmen fest, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner vorbestehenden psychischen Problematik deutlich eingeschränkt sei, mit – allenfalls unfallbedingten – Belastungen und Schmerzen umzugehen. Nach Lage der medizinischen Akten bestünden Hinweise darauf, dass es nach dem Unfall vom 2. Januar 2005 zu einer Verschlimmerung der Schmerzen gekommen sei, was sich nunmehr zufolge des psychischen Leidens und der damit verbundenen mangelhaften Fähigkeit, mit Schmerzen umzugehen, auch in beträchtlichem Umfang auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Mit Blick auf die erhöhten Anforderungen an den Nachweis einer natürlich unfallkausalen Verletzung, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertige, hätten daher beweismässige Weiterungen nicht unterbleiben dürfen. Die Sache wurde zur Einholung eines poly-/interdisziplinären Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen (E. 4.10).

Bezüglich des in der Folge von der Beschwerdegegnerin bei der MEDAS eingeholten interdisziplinären Gutachtens vom 9. August 2012 (act. IIA 177) kam das Verwaltungsgericht in VGE UV/2013/654 (act. IIB 206) zum Schluss, das Gutachten erfülle die rechtsprechungsgemäss an den Beweiswert eines ärztlichen Berichts gestellten Anforderungen nicht. Das Gutachten sei in wesentlichen Punkten fehlerhaft und basiere auf unvollständigen Akten, weshalb ihm die Beweiskraft und Verwertbarkeit abzusprechen sei. Das Verwaltungsgericht wies die Sache zur Einholung eines neuen Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurück (E. 4).

3.2 In der Folge beauftragte die Beschwerdegegnerin die Dres. med. D._____, E._____ und F._____, den Beschwerdeführer interdisziplinär zu untersuchen (act. IIB 232). Diese stellten in der interdisziplinären Beurteilung vom 29. März 2017 (act. IIB 247) folgende Diagnosen:

- Schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.1) seit dem frühen Erwachsenenalter,
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4),
- nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (ICD-10 F45.9),
- posttraumatischer und dekompensierter Tinnitus der Jastreboff-Kategorie 2 (S. 5).

Sämtliche genannten Verletzungen seien nicht geeignet, auf neurologischem Fachgebiet mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer versicherungsmedizinisch relevanten, dauerhaften Beeinträchtigung der Gesundheit zu führen. Dies bezogen auf die Unfallereignisse aus den Jahren 1993 und 1998, insbesondere aber auf die vorliegend relevanten Ereignisse vom 2. Januar 2005 und 21. Februar 2006. Gemäss den Akten sei zu keinem Zeitpunkt in einer ärztlichen Untersuchung im neurologischen Befund eine relevante Störung objektivierbar gewesen, die eine Schädigung des Gehirns, des Rückenmarks oder auch der peripheren Nervenstrukturen wie bspw. der Nervenwurzeln im Rahmen eines Traumas im Bereich des Kopfes oder der HWS anzeigen würden. Zu keinem Zeitpunkt hätten in den MRI-Untersuchungen von Gehirn und HWS besondere und relevante Auffälligkeiten gefunden werden können, die auf ein Unfallereignis zu beziehen seien. Auch darüber hinaus hätten keine besonderen andersartigen pathologischen Veränderungen vorgelegen. Schliesslich sei auch der aktuelle neurologische Untersuchungsbefund ohne besondere Einschränkungen oder Auffälligkeiten. Sehr auffällig sei allerdings die Diskrepanz der subjektiv erlebten Einschränkungen einerseits, der sportlich gut trainiert wirkende Habitus des Versicherten andererseits. Somit würden sich auf neurologischem Fachgebiet insbesondere bezogen auf die Unfallereignisse vom 2. Januar 2005 und 21. Februar 2006 gegenwärtig keine versicherungsmedizinisch relevanten Einschränkungen feststellen und auch keine besondere Diagnose mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit stellen lassen. Beim Versicherten bestehe offensichtlich ein grosses Bedürfnis, an sich körperlich strukturelle Auffälligkeiten zu finden, die besondere Einschränkungen begründen könnten (S. 2 Ziff. 1).

Aus ORL-sicht bestehe bei beidseitiger leichter Hochtonperzeptionsschwierigkeit ein beidseitiger posttraumatischer und dekompensierter Tinnitus der Jastreboff-Kategorie 2. Nach Goebel/Hiller könne er als schwergradig bezeichnet werden. Der Tinnitus dürfte bis vor 1998 der üblichen Prävalenz entsprochen haben, sei durch den Unfall von 1998 stärker geworden, sei damals aber noch ziemlich kompensiert gewesen. Spätestens durch den Auffahrunfall im Jahre 2005 habe er sich jedoch zur Dekompensation verstärkt. Der dekompensierte Tinnitus wirke sich sowohl auf kognitive wie auch auf körperliche Arbeiten aus. Offenbar sei dem Versicherten eine 50%-ige Arbeit in der angestammten Tätigkeit zumutbar. Der Unfall vom 2. Januar 2005 scheine bezüglich Tinnitus zur Dekompensation und somit zur Verschlimmerung und Reduktion der Arbeitsfähigkeit geführt zu haben. Gemäss der Tabelle 13 „Integritätsentschädigung nach UVG, Integritätsentschädigung bei Tinnitus“ schätzte der ORL-Gutachter einen Integritätschaden von 10% (S. 3 Ziff. 2).

Psychiatrischerseits liege eine schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.1) seit dem frühen Erwachsenenalter vor, mit/bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und einer nicht näher bezeichneten somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.9). Die Persönlichkeitsstörung bzw. die damit verbundenen Verhaltensauffälligkeiten und Befunde lägen seit der frühen Zeit der Adoleszenz vor. In diesem Sinne seien sie als unfallunabhängig bzw. unfallfremd anzusehen. In Bezug auf die schizoide Persönlichkeitsstörung sei daher kein Zusammenhang mit den vier Unfällen zu postulieren, d.h. die natürliche Unfallkausalität sei zu verneinen. Umgekehrt aber sei davon ausgegangen worden, dass die Persönlichkeitsstörung die Ausbildung der beiden somatoformen Störungen im Kontext einer adäquaten Unfallverarbeitung begünstigt haben dürfte (S. 8 Ziff. 3). Unter der Annahme, dass der Versicherte aufgrund seines Selbst bzw. seiner Persönlichkeit (bereits unfallvorbestehend) in seinen Möglichkeiten eingeschränkt gewesen sein dürfte, mit Belastungen oder schwierigen Lebensereignissen umzugehen, könne denn auch gefolgert werden, dass er in der Verarbeitung der Unfälle und deren Folgebeschwerden (Schmerzen und Tinnitus) limitiert gewesen sein dürfte. Gleichzeitig dürfte er wegen den nach den Unfällen aufgetretenen Schmerzen und des Tinnitus nicht mehr auf ausgleichende Strategien wie den Sport oder die Reisen zu-

rückgreifen können, welche die bislang schizoide Persönlichkeitsstörung – gerade durch einzelgängerische Tätigkeiten – stabilisiert haben dürften. Auch die Ausbildung des Tinnitus bzw. den Umgang damit sieht der psychiatrische Gutachter beim Versicherten nicht losgelöst von der Persönlichkeitsstörung, welche ihm nur limitierte Möglichkeiten biete, bzw. gestatte, mit einer im Allgemeinen erträglichen Symptomatik einen passenden Umgang zu finden. Statt diese im Allgemeinen erträgliche Symptomatik anzunehmen, dem Geräusch (bspw.) zuzuhören, einen einvernehmlichen Umgang zu finden, was dann zu einer willentlichen Überwindbarkeit führen könne, wähle der Versicherte im Rahmen seiner Möglichkeiten eine hartnäckige und rigide Fixierung und Zentrierung, welches dem Symptom im Sinne eines Verbündeten immer mehr Gewicht gebe. Statt sich der Zusammenhänge mit dem Trauma (dem Unfall) oder aber mit möglichen psychischen Faktoren auseinanderzusetzen, wähle der Versicherte die Körperebene bzw. die Somatisierung. Für beide somatoformen Störungen sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der natürliche Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 2. Januar 2005 zu bejahen (S. 4).

Die Gutachter führten in der integrativen Gesamtbeurteilung zusammenfassend aus, wenn nun der von der HNO-Seite festgehaltene posttraumatische und dekompenzierte Tinnitus von Seiten der Psychiatrie als Somatisierung bzw. nicht näher bezeichnete somatoforme Störung beurteilt worden sei, seien die beiden letztgenannten Diagnosen nicht separat sondern als zusammengehörend zu betrachten. Wenn weiter von Seiten der Neurologie die Beschwerden des Versicherten nicht organisch hätten erklärt werden können, bzw. keine Diagnose formuliert worden sei, könne in der Gesamtbeurteilung vollumfänglich auf die psychiatrische Beurteilung abgestellt werden. Als Grundmorbus sei von einer schizoiden Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.1) auszugehen, welche unfallunabhängig anzusehen sei. Im Kontext der Persönlichkeitspathologie sei bis zum Zeitpunkt des Unfalls im Januar 2005 von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 20% auszugehen. Im Zusammenhang mit früheren Unfällen, insbesondere desjenigen aus dem Jahr 1998, dürfte der Versicherte bereits vor dem Januar 2005 einen Tinnitus und ein intermittierendes Schmerzerleben aufgewiesen haben, welche aber bis zu diesem Zeitpunkt als kompensiert und nicht als krankheitswertig anzusehen seien.

Auch dürften diese Beschwerden die 80%-ige Arbeitsfähigkeit nicht oder nicht relevant beeinträchtigt haben. Im Kontext und als Folge des Unfalls vom 2. Januar 2005 hätten sich dann aber die beiden psychiatrischen Störungsbilder des somatoformen Kreises entwickelt, welche sich insbesondere in einer Akzentuierung der Schmerzen und in der Form eines dekompen-sierten Tinnitus zeigten. Beide somatoformen Störungsbilder stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 2. Januar 2005. Das Unfallereignis vom 21. Februar 2006 habe zu keiner relevanten weiteren Akzentuierung der Beschwerden mehr geführt (S. 5). Im Zusammenhang mit den beiden Störungsbildern des somatoformen Kreises bzw. insbesondere aufgrund einer Antriebsproblematik, einer schnellen Erschöpfbarkeit oder Störungen der Konzentration als Folge der Schmerzen und des Ohrgeräusches sei von ei-ner Schmälerung der Arbeitsfähigkeit von rund 30% auszugehen. In diesem Sinne sei seit dem Januar 2005 – quantitativ gesehen – von einer Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit von 50% auszugehen, wobei nur eine Arbeitsunfähigkeit von 30% als unfallbedingt anzusehen sei. Leistungsmäs-sige Einschränkungen relevanter Art seien nicht zu erwarten. Aufgrund ausgeschöpfter bzw. fehlender psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten sei von einem dauerhaf-ten Gesundheitsschaden auszugehen. In diesem Sinne sei dem Versicher-ten denn auch eine Integritätsentschädigung von insgesamt 30% geschul-det (S. 6).

3.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, un-abhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander wi-dersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, oh-ne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen

beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4

3.4.1 Die interdisziplinäre Beurteilung der Dres. med. D._____, E._____, und F._____ vom 29. März 2017 (act. IIB 247) erfüllt grundsätzlich die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (E. 3.3 hiavor). Die Gutachter haben sich in ihren Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt sowie ihre Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf ihre Untersuchungen und die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Sie hatten Kenntnis aller Vorakten und haben sämtliche ihnen zur Verfügung stehenden Informationen in ihren Beurteilungen gewürdigt. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind – ausgenommen die Kausalitätsüberlegungen und versicherungsmedizinischen Erwägungen des ORL-Gutachters Dr. med. E._____ – einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet.

3.4.2 Soweit Dr. med. E._____ in der interdisziplinären Beurteilung postuliert, der dekompenzierte Tinnitus sei einem organischen Substrat zuzuordnen bzw. dieses organische Substrat lasse sich objektivieren (act. IIB 247 S. 6 Ziff. 1), kann ihm nicht gefolgt werden. Das Bundesgericht hat unter Verweis auf die medizinische Literatur festgehalten, dass der Tinnitus als ein regelmässiges, mehr oder weniger dauernd vorhandenes, in einem Ohr oder beiden Ohren lokalisiertes diffus im Kopf empfundenes Geräusch definiert werde. Die Patienten verwendeten Bezeichnungen wie Pfeifen, Rauschen, Sausen, Läuten, Brummen usw. Gemäss einer anderen Umschreibung würden als Tinnitus Auris oder kurz Tinnitus akustische Wahr-

nehmungen bezeichnet, welche keinen externen akustischen Quellen zugeordnet werden könnten. Tinnitus werde auch als subjektiver Höreindruck, der nicht auf der Stimulation durch einen äusseren Schallreiz beruhe, aber als solcher empfunden werde, erklärt. Ein weiterer Wortlaut gehe dahin, dass Tinnitus eine auditorische Empfindung sei, die ohne äussere akustische oder elektrische Reizung entstehe und die keinen subjektiven Informationsgehalt habe (BGE 138 V 248 E. 5.7.1 S. 253).

Es hat darauf basierend ausgeführt, ein Tinnitus lasse sich unter verschiedenen Gesichtspunkten einteilen. Vorab von Interesse sei die Unterscheidung, welcher ein Teil der medizinischen Lehre das Begriffspaar „objektiver“ und „subjektiver“ Tinnitus zuordne. Danach bezeichne der sog. objektive Tinnitus ein Ohrgeräusch, welches aufgrund pathologisch-anatomischer Veränderungen entstehe und grundsätzlich auch für Aussenstehende – allenfalls mit technischen Hilfsmitteln – hörbar werde. Meist handle es sich um gefässreiche Missbildungen, Tumore oder um muskulär bedingte Schallgeräusche. Der subjektive, resp. besser „nicht objektive“ Tinnitus werde einzig durch den Betroffenen gehört und stelle die weitaus häufigste Form dar (BGE 138 V 248 E. 5.7.2 S. 254 mit Hinweis auf die medizinische Literatur).

Schliesslich hielt das Bundesgericht fest, ein (subjektiver) Tinnitus könne gemäss der medizinischen Lehre nicht objektiv gemessen werden. Alle Untersuchungen zielten nur auf eine „Vergleichbarkeit“ oder „Verdeckbarkeit“ ab. Dabei ständen die Kooperation des Patienten und seine volle Subjektivität im Mittelpunkt. Der Untersuchende sei aber darauf angewiesen, dass die Angaben des Betroffenen wahrheitsgemäss erfolgten. Es komme immer wieder vor, dass Betroffene „übertreiben“ oder „untertreiben“. Die Einstufung des Tinnitus innerhalb gebräuchlicher Raster mit drei bis vier Schweregraden erfolge denn auch nicht aufgrund audiometrischer oder anderer Messungen, sondern nach der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung. Dementsprechend würden die Schweregrade des Tinnitus den subjektiven Leidensdruck wiedergeben und müssten nicht mit irgendwelchen Tinnitusparametern wie der subjektiven Lautheit oder mit audiologischen Messungen korrelieren. Der Schweregrad eines (subjektiven) Tinnitus werde demzufolge nicht mittels objektiver Messungen, sondern ausschliesslich

aufgrund der Angaben der betroffenen Person und der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung festgelegt (BGE 138 V 248 E. 5.9.1 S. 256). Das zeige nicht nur, dass keine Untersuchungsergebnisse gewonnen werden könnten, welche der allgemeinen Umschreibung der Objektivierbarkeit genügen. Vielmehr erhelle auch, dass der nur so bestimmbare Schweregrad keine verlässlichen Rückschlüsse auf eine organische Unfallfolge als Ursachen des Tinnitus bieten könne (BGE 138 V 248 E. 5.9.2 S. 257).

Das Bundesgericht gelangte zum Schluss, dass keine medizinisch gesicherte Grundlage bestehe, um einen Tinnitus als körperliches Leiden zu betrachten oder ihn (zwingend) einer organischen Ursache zuzuordnen. Zudem lasse sich nicht vom Schweregrad eines Tinnitus auf eine organische Unfallfolge als Ursache schliessen. Das schliesse zwar nicht aus, dass ein Tinnitus in einer organischen Unfallfolge begründet sein könne. Es bestehe aber keine Rechtfertigung, bei einem Tinnitus, welcher im Einzelfall nicht nachgewiesenermassen auf eine solche Unfallfolge zurückzuführen sei, auf das Erfordernis einer besonderen Adäquanzprüfung zu verzichten (BGE 138 V 248 E. 5.10 S. 257).

3.4.3 Der beim Beschwerdeführer diagnostizierte Tinnitus ist weder objektivierbar noch einem organischen Substrat zuzuordnen. Im ORL-Teilgutachten vom 15. August 2016 (act. IIB 248) führte denn auch Dr. med. E. _____ aus, ein Tinnitus sei mit Ausnahme von PET-Bildern (Positronen-Emissions-Tomographie) nicht messbar. Insbesondere könnten Frequenzen und Lautstärke nur subjektiv mittels Vergleichston dokumentiert werden. Diese medizinischen Ausführungen korrelieren mit den bundesgerichtlichen Feststellungen zur medizinischen Lehre (vgl. E. 3.4.1). Dr. med. E. _____ basierte seine Einschätzung denn auch auf den Verlaufsschilderungen des Beschwerdeführers und ging damit, auch wenn er eine natürliche Unfallkausalität postulierte, letztlich von einem (im Sinne der vorstehend dargelegten bundesgerichtlichen Rechtsprechung) apparativ nicht darstellbaren Tinnitus aus. Daran ändert auch sein Hinweis auf die PET-Bildgebung nichts. Weder die behandelnden Ärzte noch die verschiedenen Gutachter sahen bisher je eine hinreichende Indikation zur Anfertigung solcher Bilder. Dies überzeugt, wurden doch von den sonstigen somatisch orientierten Ärzten, insbesondere auch vom neurologischen Gut-

achter, nie Anzeichen für eine massgebliche (organische) Störung als Ursache des geklagten Tinnitus erhoben.

Es ist damit im Sinne eines Zwischenfazit festzuhalten, dass der vom Beschwerdeführer geklagte Tinnitus keine nachweisbare organische Grundlage hat. Dies wird letztlich auch durch die weiteren Akten bestätigt: Im Bericht des Zentrums G._____ vom 1. Februar 2005 (act. II 11) war ein chronifizierter, posttraumatischer, kompensierter Tinnitus beidseits diagnostiziert worden. Das Reintonaudiogramm ergab eine symmetrische diskrete Hochtonschwerhörigkeit. Am 9. März 2005 (act. II 25) führte das Zentrum G._____ aus, zwischenzeitlich seien weitere Abklärungen vorgenommen worden. Sowohl eine ERA wie auch eine ORA ergaben keine Auffälligkeiten. Eine ergänzend durchgeführte Sprachaudiometrie ergab einzig einen diskreten Diskriminationsverlust. Im Bericht des Zentrums G._____ vom 23. Juni 2005 (act. II 25) wurde ausgeführt, audiometrisch würden sich keine Besonderheiten ergeben. Die diskrete Hochtonstörung sei kommunikativ nicht relevant. Die Tinnitometrie lasse den bilateralen Tinnitus bei 14 kHz knapp überschwellig verdecken und die Verdeckungskurve nach Feldmann zeige sich als Konvergenztyp bei auch in den hohen Frequenzen nicht eingeschränkter Hördynamik. Eine fachpsychologische Kurzbeurteilung habe ergeben, dass die Tinnitusbelastung abhängig von physischen und psychischen Einflüssen sei. Schliesslich wurde der Tinnitus auch im MEDAS-Gutachten vom 9. August 2012 (act. IIA 177) als subjektiv eingestuft (S. 44 Ziff. 7.2). Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt (vgl. Beschwerde S. 3 Ziff. 2), überzeugt demnach nicht.

3.5 Zusammenfassend ist, was den Unfall vom 2. Januar 2005 betrifft, erstellt, dass die danach (vermehrt) geklagten Beschwerden nicht auf ein unfallbedingtes organisches Substrat struktureller Natur zurückzuführen sind. Der Unfall vom 21. Februar 2006 hat zudem zu keiner relevanten zusätzlichen Akzentuierung der Beschwerden geführt (act. IIC 247). Somit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens ab der Leistungseinstellung per 30. September 2008 ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 21. Februar 2006 und den geltend gemachten Beschwerden zu verneinen. Nachfolgend ist jedoch zu prüfen, ob die geklagten Beschwerden in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Un-

fall vom 2. Januar 2005 stehen. Durch weitere Behandlungsmassnahmen kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine erhebliche Verbesserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden (act. IIB 247 S. 7 Ziff. 6 i.V.m. act. IIC 250 S. 50). Gegenteiliges wird denn vom Beschwerdeführer auch nicht vorgebracht. Zudem standen im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 30. September 2008 keine Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung zur Diskussion.

4.

4.1 Vorliegend kommt – entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 3 Ziff. 1) – die Adäquanzprüfung für Unfälle mit psychischen Folgeschäden (Psycho-Praxis; BGE 115 V 133) zur Anwendung. Wie bereits dargelegt (vgl. E. 3.2 hiavor) wurden in der interdisziplinären Beurteilung vom 29. März 2017 (act. IIB 247) eine schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.1) seit dem frühen Erwachsenenalter, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (ICD-10 F45.9) sowie ein posttraumatischer und dekompensierter Tinnitus der Jastreboff-Kategorie 2 diagnostiziert (S. 5). Bei der ersten Diagnose handelt es sich unbestritten um ein psychisches Leiden (vgl. u.a. Entscheid des BGer vom 28. März 2011, 8C_890/2010, E. 4.1). Ebenfalls handelt es sich bei der somatoformen Schmerzstörung um psychische Befunde (vgl. u.a. Entscheid des BGer vom 1. Juni 2015, 8C_181/2015, E. 4.1). Gleiches gilt für die nicht näher bezeichnete somatoforme Störung. Was den dekompensierten Tinnitus betrifft, ändert auch dies nichts daran, dass die Adäquanzprüfung nach BGE 115 V 133 vorzunehmen ist, gehört er doch nicht zu den Beschwerden, welche üblicherweise Schleudertraumen und adäquanzrechtlich gleich behandelten Leiden zugerechnet werden (vgl. in BGE 138 V 248 nicht publ. E. 6.1.2 [BGer 8C_498/2011]). In Anwendung der Psycho-Praxis nach BGE 115 V 133 ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 2. Januar 2005 ohne Weiteres zu verneinen. Nähere Ausführungen hierzu erübrigen sich jedoch, da, wie nachfolgend gezeigt, die Adäquanz auch nach der Schleudertrauma-Praxis

(BGE 134 V 109) zu verneinen wäre (SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.3; BGer 8C_248/2010, E. 3.3).

4.2 Was das Unfallereignis vom 2. Januar 2005 betrifft, ist aufgrund der Akten Folgendes erstellt: Der Beschwerdeführer sass angegurtet am Steuer des eigenen Personenwagens, als er innerorts vor einem Fussgängerstreifen anhalten musste, um Passanten die Strasse überqueren zu lassen. Dabei ist das nachfolgende Fahrzeug in seinen Personenwagen geprallt (act. II 77). Rechtsprechungsgemäss (vgl. u.a. Entscheid des BGer vom 29. Juli 2010, 8C_310/2010, E. 7.1) werden einfache Auffahrkollisionen auf ein (haltendes) Fahrzeug regelmässig als mittelschweres, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis eingestuft. Vorliegend verhält es sich gleich, zumal die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeugs des Beschwerdeführers (sog. Delta-v) gemäss der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 19. September 2006 (act. IIA 140.5) innerhalb eines Bereichs von 10-15 km/h gelegen hat, was gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (vgl. BGer 8C_310/2010, E. 7.1) die Einreihung im Grenzbereich zu den leichten Unfällen rechtfertigt. Für die Annahme, dass sich bei der Auffahrkollision eher bescheidene Kräfte ausgewirkt haben, spricht im Übrigen auch die Tatsache, dass die Unfallbeteiligten keine ärztliche Betreuung am Unfallort beanspruchten. Aufgrund des Umstandes, dass der Beschwerdeführer danach die Fahrt mit dem Auto fortsetzen konnte (act. II 77 S. 2), wäre auch die Einreihung bei den leichten Unfällen denkbar. Nach dem Gesagten kann die Adäquanz nur bejaht werden, wenn mindestens vier der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (vgl. E. 2.5.3 i.V.m. 2.5.6 hiavor).

4.2.1 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist vorliegend nicht erfüllt. So ist das Kriterium objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person. Jedem mindestens mittelschweren Unfall ist eine gewisse Eindrücklichkeit eigen, welche somit noch nicht für die Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (BGE 140 V 356 E. 5.6.1 S. 366, 134 V 109 E. 10.2.1 S. 127; SVR 2016 UV Nr. 21 S. 69 E. 5.3.2). Die Rechtsprechung hat dabei insbesondere etwa in Erwägung gezogen, ob das Ereignis objektiv einen unmittelbar lebensbedro-

henden Charakter habe (vgl. Entscheid des BGer vom 16. Dezember 2016, 8C_611/2016, E. 3.4), was vorliegende offensichtlich zu verneinen ist.

4.2.2 Die Diagnose eines Schleudertraumas (oder einer anderen, adäquanzrechtlich gleich behandelten Verletzung) genügt für sich allein nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung. Es bedarf dazu vielmehr einer besonderen Schwere der für das 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. Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma zugezogen hat, können bedeutsam sein (BGE 134 V 109 E. 10.2.2 S. 127; SVR 2017 UV Nr. 9 S. 33 E. 7). Eine HWS-Distorsion, welche eine bereits erheblich vorgeschädigte Wirbelsäule trifft, ist speziell geeignet, die "typischen" Symptome hervorzurufen, weshalb sie als Verletzung besonderer Art zu qualifizieren ist. Dabei ist allerdings in der Regel vorausgesetzt, dass die versicherte Person aufgrund der Vorschädigung unmittelbar vor dem Unfall mindestens teilweise arbeitsunfähig war (SVR 2017 UV Nr. 41 S. 143 E. 6.3). Vorliegend wurde initial eine HWS-Distorsion diagnostiziert (vgl. u.a. Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma von Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 3. Januar 2005 [act. II 6]). Jedoch ist darauf hinzuweisen, dass vor dem Unfall vom 2. Januar 2005 in Bezug auf die HWS keine Arbeitsunfähigkeit bestand. Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. 3) war die HWS vor diesem Unfall auch nicht unfallbedingt vorgeschädigt. So war sie beim Unfall im Jahr 1993 nicht betroffen (vgl. u.a. act. IIC 251 S. 25). Bezüglich des Unfalls aus dem Jahre 1998 wurde in EVG U 415/01, festgestellt, es sei nie ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert worden (E. 2.1). Auch blieb das am 1. Juli 2007 durchgeführte MRI der HWS unauffällig und ohne Nachweis posttraumatischer Veränderungen (vgl. act. IIC 251 S. 4). Weiter vermögen der durch den Unfall dekompenzierte vorbestehende Tinnitus sowie die diagnostizierten psychiatrischen Störungsbilder des somatoformen Kreises nicht als besondere Art der erlittenen Verletzungen zu gelten. Das Kriterium ist somit vorliegend nicht erfüllt.

4.2.3 Eine fortgesetzte spezifische, belastende ärztliche Behandlung hat vorliegend – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. 3) – nicht stattgefunden. Für das Erfüllen des Kriteriums erforderlich ist eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgerichtete ärztliche Behandlung, verbunden mit einer erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität. Ambulante Physiotherapie, alternativ-medizinische Massnahmen sowie Verlaufskontrollen sind nicht im Sinne der Rechtsprechung als belastend zu qualifizieren (BGE 134 V 109 E. 10.2.3 S. 128; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 84 E. 8.3.3; Entscheid des BGer vom 16. Februar 2009, 8C_327/2008, E. 4.2). Auch sind ärztliche Abklärungsmassnahmen nicht zu berücksichtigen (vgl. Entscheid des BGer vom 4. November 2016, 8C_616/2016, E. 8). Eine solche belastende Behandlung fand vorliegende nicht statt, zumindest war sie nicht mit einer zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität verbunden, wenn die Aktivitäten des Beschwerdeführers (vgl. E. 4.2.4 hiernach) berücksichtigt werden.

4.2.4 Für die Adäquanzfrage wesentlich können im Weiteren in der Zeit zwischen Unfall und Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4 S. 128; SVR 2017 UV Nr. 9 S. 33 E. 9). Das Kriterium ist vorliegend zu verneinen. Daran ändert weder der Umstand etwas, dass das Bundesgericht in BGer 8C_844/2010 (act. IIA 154) feststellte, in der Folge des Unfalls vom 2. Januar 2005 habe der Beschwerdeführer an den für eine HWS-Distorsion typischen Beschwerden gelitten (E. 4.2), noch dass aus den Akten, insbesondere dem ORL-Teilgutachten vom 15. August 2018 (act. IIB 248) zu entnehmen ist, der Beschwerdeführer sei sich bezüglich des durch den Tinnitus verursachten Ohrgeräuschs vom Aufwachen bis zum Schlafengehen bewusst (S. 4 Ziff. 1). Die geklagten Beschwerden/Schmerzen (u.a. geltend gemachte Kopf- und Nackenschmerzen, Dauerschmerzen in der HWS, Hochtton-Tinnitus, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite [vgl. u.a. act. IIC 251 S. 14]) können nicht dauernd und von besonderer Intensität sein, wenn die (Freizeit-)Aktivitäten des Beschwerdeführers berücksichtigt werden. So macht er wöchentlich ... (act. II

97 S. 7, 115 S. 4, act. IIA 177 S. 25 Ziff. 4.2.2, act. IIC 251 S. 17), ein bis zwei Mal im Monat eine ein- bis zweistündige ... (act. IIC 250 S. 28), ... wöchentlich (... und ...; act. II 115 S. 4, act. IIA 177 S. 25 Ziff. 4.2.2, act. IIC 251 S. 17), ... rund ein Mal wöchentlich 40 Minuten (act. IIC 250 S. 25) und macht Spaziergänge (S. 28). Weiter erledigt er den Haushalt, tätigt Einkäufe, und kocht (act. II 97 S. 7, act. IIC 250 S. 28, 251 S. 17). Zudem ist es dem Beschwerdeführer offensichtlich wieder möglich, zu reisen (zwei- bis dreiwöchige ...reise). Auch besucht er monatlich bzw. alle zwei Monate mit dem eigenen Auto seine Eltern in ... (act. IIC 250 S. 23, 251 S. 17) und repariert dieses selber (act. IIC 251 S. 17). Weiter ist der neurologische Untersuchungsbefund unauffällig. Die HWS ist frei beweglich, vom Beschwerdeführer werden bei der Untersuchung hierbei keine besonderen Schmerzen geäussert. Auch die übrigen Bereiche der Wirbelsäule können problemlos und ohne Einschränkungen bewegt werden. Es finden sich keine besonderen Nacken- und Schultermyogelosen, auch keine Myogelosen in den übrigen Bereichen der Wirbelsäule. Zudem wirkte der Beschwerdeführer während der gesamten Exploration und Untersuchung konzentriert und kooperativ (S. 24). Der neurologische Untersucher wies denn zu Recht auf die Diskrepanz zwischen den subjektiv erlebten Einschränkungen und dem sportlich gut trainiert wirkenden Habitus des Beschwerdeführers hin (S. 27). Damit ist das Kriterium der erheblichen Beschwerden vorliegend nicht erfüllt, zumal auch die geklagten Beschwerden nicht objektiviert werden können.

4.2.5 Weiter ist vorliegend eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, zu verneinen. Eine solche wird denn vom Beschwerdeführer zu Recht nicht geltend gemacht und Hinweise hierfür sind den Akten nicht zu entnehmen.

4.2.6 Das Kriterium eines schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen ist vorliegend zu verneinen. Anders als der Beschwerdeführer vorbringt (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. 3), hat der Unfall vom 21. Februar 2006 gemäss der beweiskräftigen interdisziplinären Beurteilung vom 29. März 2017 (act. IIB 247) zu keiner weiteren Akzentuierung der Beschwerden geführt. Daher ist seine Aussage, wonach es infolge des Unfalls von 2006 bezüglich des Tinnitus zu erheblichen Komplikationen gekommen sei,

welche die Behandlung ungünstig beeinflusst hätten, vorliegend unbeachtlich. Zudem darf aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hiezu besonderer Umstände, welche die Heilung beeinträchtigt haben (BGE 140 V 356 E. 5.6.3 S. 367, 134 V 109 E. 10.2.6 S. 129; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 85 E. 8.5). Nicht darunter fallen etwa die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien wie auch die Tatsache, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnten (SVR 2010 UV Nr. 10 S. 42 E. 4.3). Auch ist eine Behandlungsbedürftigkeit während zwei bis drei Jahren nach einem Schleudertrauma der HWS und äquivalenten Verletzungen mit ähnlichem Beschwerdebild als durchaus üblich zu betrachten (SVR 2007 UV Nr. 25 S. 84 E. 8.3.3; RKUV 2005 U 549 S. 239 E. 5.2.4).

4.2.7 Das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen ist vorliegend nicht erfüllt. Vor dem Unfall vom 2. Januar 2005 hatte der Beschwerdeführer ein Arbeitspensum von 80% inne (act. II 1). Ab dem 3. Januar 2005 wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. u.a. act. II 6). Er konnte ab dem 10. Januar 2005 seine Arbeit wieder im Umfang von – gerechnet auf das 80%-Pensum – 32% aufnehmen, ab dem 18. Januar 2005 zu 51% und ab dem 8. Juni 2005 zu 63.5% (act. II 43). Im psychiatrischen Gutachten vom 15. Dezember 2007 (act. II 97) wurde eine Arbeitsfähigkeit von maximal 4.5 Stunden täglich, d.h. 68.5% bestätigt (S. 18 f. Ziff. 2 ff.), welche der Beschwerdeführer umsetzte (vgl. u.a. act. II 97 S. 8). In der interdisziplinären Beurteilung vom 29. März 2017 (act. IIB 247) wurde eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit ab Januar 2005 von 30% postuliert (S. 6). Damit fehlt es an der notwendigen erheblichen Arbeitsunfähigkeit.

4.3 Nach dem Dargelegten ist vorliegend keines der sieben Kriterien erfüllt, womit die adäquate Unfallkausalität zwischen dem Unfallereignis vom 2. Juni 2005 und den geltend gemachten Beschwerden zu verneinen ist.

4.4 Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin zu Recht die vorübergehenden UVG-Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit den

Unfällen vom 2. Januar 2005 und vom 21. Februar 2006 per 30. September 2008 eingestellt und den Anspruch sowohl auf eine UVG-Invalidenrente als auch eine Integritätsentschädigung verneint. Die Beschwerde vom 17. Mai 2018 erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

5.

5.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdegegnerin
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.