



**Fall-Nr.:** UV 2013/70  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 27.01.2015  
**Entscheiddatum:** 27.01.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 27.01.2015**

**Art. 6 und 19 UVG. Der Fallabschluss erfolgte zu Recht. Adäquanz psychischer Beschwerden bei Anwendung der Psycho-Praxis verneint. Keine Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. Januar 2015, UV 2013/70). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_170/2015. Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Monika Gehrler-Hug; Gerichtsschreiber Daniel Furrer**  
**Entscheid vom 27. Januar 2015 in**  
**Sachen A. \_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Tanja Strauch-Frei, Kriessernstrasse 40, 9450 Altstätten SG, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, betreffend Versicherungsleistungen Sachverhalt:**

A.

A.a A. \_\_\_\_, war seit 16. Juni 2008 bei der B. \_\_\_\_, AG angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er am 18. Juni 2008 als Beifahrer eines Lieferwagens in einen Unfall verwickelt wurde. Gemäss Polizeibericht vom 3. Juli 2008 geriet das Fahrzeug auf den Pannestreifen, und aufgrund einer Lenkkorrektur brach das Heck des Lieferwagens nach links aus, weshalb das Fahrzeug ins Schleudern kam. Schlussendlich geriet der Lieferwagen über die rechtsseitig abfallende Wiesenböschung, durchschlug den Wildschutzzaun und schlug anschliessend mit der Fahrzeugfront auf der Wiese auf. Durch den starken Aufprall überschlug sich der Lieferwagen und kam anschliessend auf der Wiese auf dem Dach liegend zum Stillstand. Am Fahrzeug entstand Totalschaden (UV-act. 193). Die Erstbehandlung des verletzten Versicherten erfolgte im Spital C. \_\_\_\_, in welchem er vom 18. bis 24. Juni



## St.Galler Gerichte

2008 hospitalisiert war. Im Austrittsbericht vom 10. Juli 2008 wurden eine stabile ventrale Kompressionsfraktur LWK 1, eine Thorax- und Schulterkontusion rechts sowie Lagerungsschwindel diagnostiziert (UV-act. 9). Im Anschluss war der Versicherte vom 24. Juni bis 11. Juli 2008 im Landeskrankenhaus D.\_\_\_\_ hospitalisiert. Dort wurden ein Schädel-Hirntrauma, eine LWK 1-Fraktur sowie eine BWK 3-Fraktur, ein Lagerungsschwindel bei Contusio labyrinthi links und eine arterielle Hypertonie diagnostiziert (UV-act.25). Im Landeskrankenhaus E.\_\_\_\_ wurden in der Folge mehrere Kontrolluntersuchungen durchgeführt (UV-act. 20). Vom 6. September bis 7. November 2008 war der Versicherte erneut in stationärer Behandlung im Landeskrankenhaus D.\_\_\_\_. Im Austrittsbericht vom 11. November 2008 wurden neu eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), und eine dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (ICD-10: F44.6) diagnostiziert (UV-act. 44).

A.b Vom 15. Dezember 2008 bis 17. April 2009 war der Versicherte in der Rehaklinik Bellikon hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 19. April 2009 wurde insbesondere festgehalten, dass keine Hinweise für eine traumatische Hirnverletzung auch nur milder Ausprägung gefunden worden seien. Es bestehe jedoch eine mittelgradige Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert (UV-act. 73). Der Versicherte begab sich ab 21. November 2008 in psychiatrische Behandlung bei Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, (UV-act. 91). Vom 9. Dezember 2009 bis 4. Januar 2010 war der Versicherte aufgrund von massiven Schlafstörungen bei depressiver Symptomatik erneut in stationärer Behandlung im Landeskrankenhaus D.\_\_\_\_ (UV-act. 131).

A.c Mit Schreiben vom 6. Juni 2013 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass eine Behandlung der sie allein betreffenden Unfallfolgen nicht mehr notwendig sei, weshalb die Heilkosten- und Taggeldleistungen unter Berücksichtigung einer Übergangsfrist mit dem 30. November 2013 eingestellt würden (UV-act. 290). Mit Verfügung vom 7. Juni 2013 wurde dem Versicherten eine Integritätsentschädigung zugesprochen. Eine erhebliche unfallbedingte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit liege nicht vor, weshalb keine Invalidenrente zugesprochen wurde (UV-act. 291).

B.



B.a Mit Einsprache vom 10. Juli 2013 beantragte die Rechtsvertreterin des Versicherten, die Verfügung vom 7. Juni 2013 sei aufzuheben und dem Versicherten seien für sämtliche Folgen des Unfalls vom 18. Juni 2008 die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen. Sie begründete dies insbesondere damit, dass die psychischen Unfallfolgen nicht berücksichtigt worden seien. Zudem seien die Angaben zu einem Unfall von 1986 falsch, der Versicherte habe 2008 nicht mehr unter den Folgen dieses Unfalls gelitten und der Kopf sei bei diesem Unfall nicht in Mitleidenschaft gezogen worden. Weiter bestehe noch ein erhebliches Behandlungs- und Besserungspotential, weshalb die Adäquanzprüfung zu früh erfolgt sei, womit die Voraussetzungen für die Leistungseinstellung nicht gegeben seien. Es sei auf das im Landeskrankenhaus E. \_\_\_ diagnostizierte Schädel-Hirntrauma abzustellen und deshalb die sogenannte Schleudertrauma-Praxis anzuwenden (UV-act. 298).

B.b Mit Einspracheentscheid vom 16. September 2013 wies die Suva die Einsprache des Versicherten ab. Zur Begründung wurde angeführt, es würden keine Hinweise für eine Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen einer Commotio und einer Contusio cerebri vorliegen, weshalb nicht die Schleudertrauma-Praxis, sondern die sogenannte Psycho-Praxis zur Anwendung komme. Da bezüglich der somatischen Unfallfolgen keine wesentliche Besserung zu erwarten sei, sei der Zeitpunkt des Fallabschlusses korrekt gewesen. Der adäquate Kausalzusammenhang zum Unfall vom 18. Juni 2008 sei nicht gegeben, weshalb für psychische respektive geklagte nicht objektivierbare Beschwerden keine weiteren Leistungen erbracht werden könnten (UV-act. 304).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Rechtsvertreterin des Versicherten mit Eingabe vom 17. Oktober 2013 und Ergänzung vom 20. November 2013 Beschwerde mit den Anträgen, die Verfügung vom 7. Juni 2013 und der Einspracheentscheid vom 16. September 2013 seien aufzuheben, dem Beschwerdeführer seien für sämtliche Folgen des Unfalles vom 18. Juni 2008 die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen, eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, der vorliegenden Beschwerde sei die aufschiebende Wirkung zuzuerkennen, unter Kosten- und



Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung wurde insbesondere angeführt, aus psychiatrischer Sicht sei der Endzustand noch nicht erreicht, weshalb die Voraussetzungen für die Leistungseinstellung nicht gegeben seien und die Adäquanzprüfung zu früh erfolgt sei. Zudem liege ein Schädelhirntrauma mindestens im Grenzbereich einer Contusio cerebri vor, was die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertige. Selbst wenn die Adäquanzprüfung nicht zu früh erfolgt wäre, sei die Adäquanz zu bejahen (act. G 1, 3).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 13. Januar 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Der medizinische Endzustand in Bezug auf die physisch objektivierbaren Unfallfolgen sei unbestrittenermassen längst erreicht. Es würden sich bildgebend keinerlei physische Unfallfolgen im Hirnbereich objektivieren lassen und ferner sei auch eine milde traumatische Hirnverletzung (MTBI) auszuschliessen. Dementsprechend habe die Adäquanzprüfung nach der Psycho-Praxis zu erfolgen. Für die psychischen Probleme sei die Beschwerdegegnerin mangels adäquater Unfallkausalität nicht leistungspflichtig (act. G 5).

C.c Mit Replik vom 31. März 2014 (act. G 11) und Duplik vom 2. Mai 2014 (act. G 13) hielten die Parteien an ihren jeweiligen Standpunkten fest.

C.d Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

### **Erwägungen:**

1.

Am beschwerdeweise gestellten Antrag um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde, der vom Gericht versehentlich nicht behandelt wurde, hat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers auf Anfrage nicht festgehalten (vgl. act. G 16). Der Antrag ist damit gegenstandslos geworden, sodass sich weitere Ausführungen dazu erübrigen.

2.



2.1 Die Beschwerdegegnerin hat in der Verfügung vom 7. Juni 2013 lediglich über Ansprüche des Beschwerdeführers auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung befunden. Nicht zum Anfechtungsgegenstand jener Verfügung zählen Taggeld und Heilbehandlung. Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin sich im vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid zu Recht nur mit den Ansprüchen auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung befasst. In der Beschwerde vom 17. Oktober 2013 beantragt der Beschwerdeführer die "gesetzlichen Versicherungsleistungen (Heilungskosten, Taggelder und Integritätsentschädigung)", in der Beschwerdeergänzung vom 20. November 2013 ist bei den Anträgen nur noch von den gesetzlichen Versicherungsleistungen die Rede, ohne dass diese näher spezifiziert werden. In der Begründung werden explizit (weitere) Taggelder beantragt (act. G 3 S. 11). Mangels Anfechtungsgegenstands ist diesbezüglich auf die Beschwerde nicht einzutreten. Zu prüfen ist hingegen der Rentenanspruch des Beschwerdeführers, zumal zu seinen Gunsten auch ohne expliziten entsprechenden Antrag davon auszugehen ist, dass sich sein Anfechtungswille auch darauf erstreckt. Ferner wurde die Integritätsentschädigung zum Streitgegenstand erhoben; aus der Begründung der Beschwerdeergänzung ergibt sich, dass der Beschwerdeführer diesbezüglich nach weiteren Behandlungen neue Erkenntnisse erwartet und allenfalls eine Neufestsetzung für angezeigt hält. Zusammenfassend sind im vorliegenden Verfahren folglich die Ansprüche des Beschwerdeführers auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung zu überprüfen, betreffend Taggeld und Heilbehandlung ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

2.2 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Ist der Versicherte zu mindestens 10% invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

2.3 Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz



über die Unfallversicherung, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Während es Aufgabe der Ärztin oder des Arztes ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (PVG 1984 Nr. 82 174, E. 2b). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinne von nachweisbaren strukturellen Veränderungen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 134 V 109 E. 2.1; BGE 127 V 102 E. 5b/bb, mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung und kein Schädel-Hirntrauma erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung oder eines Schädel-Hirntraumas, muss geprüft werden, ob zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörende Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend. Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b).

2.4 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben



worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen).

3.

3.1 Der Beschwerdeführer beantragt, dass er in Bezug auf das Unfallgeschehen und seine Beschwerden vom Gericht zu befragen sei, sofern das Gericht nicht bereits aufgrund der Aktenlage seine Schilderung als erwiesen betrachte (act. G 11).

3.2 Bezüglich des Unfallgeschehens ist es unerheblich, ob sich das Unfallfahrzeug einmal oder zweimal überschlagen hat (vgl. nachfolgende Erwägung 5.1.2). Ansonsten ist das Unfallgeschehen unbestritten. Bezüglich der Beschwerden des Beschwerdeführers hat das Gericht die vorliegenden Arztberichte zu würdigen. Eine Befragung des Beschwerdeführers durch das Gericht würde keine neuen Erkenntnisse bringen, zumal eine medizinische Beurteilung der Beschwerden nicht durch das Gericht vorgenommen werden kann.

4.

4.1 Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG entsteht der Rentenanspruch, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des – unfallbedingt beeinträchtigten – Gesundheitszustands des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin. Nach konstanter Rechtsprechung bedeutet dies, der Versicherer hat die Heilbehandlung und das Taggeld nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der Heilbehandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 137 V 199 E. 2.1 und 2.2.3.1; 134 V 109 E. 4.1 mit Hinweisen). Der Zeitpunkt des Fallabschlusses hängt also davon ab, ob von der Fortsetzung der Heilbehandlung noch eine namhafte Verbesserung erwartet werden kann, wobei vorliegend entsprechend der Psycho-



## St.Galler Gerichte

Praxis (vgl. nachfolgende Erwägungen) lediglich physische Komponenten für diese Beurteilung zu berücksichtigen sind (BGE 134 V 109 E. 4.1 und E. 6.1).

4.2 Gemäss kreisärztlicher Untersuchung vom 6. Mai 2013 ergeben sich aus somatischer Sicht keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dem Beschwerdeführer seien leichte bis mittelschwere vollschichtige Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung ohne Einnehmen von Zwangshaltungen in Reklinations- und Inklinationspositionen der Wirbelsäule zuzumuten. Er bedürfe keiner weiteren medizinischen Behandlungsmassnahmen (UV-act. 287, S. 10 f.). Dies wird vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten. Damit ist aus somatischer Sicht der gesundheitliche Endzustand eingetreten. Folglich ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin per 30. November 2013 die Rentenprüfung vornahm.

5.

5.1 Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, dass ein Schädel-Hirntrauma vorliege und deshalb die Schleudertrauma-Praxis anzuwenden sei.

5.2 Das Vorliegen eines Schädel-Hirntraumas, worunter sämtliche Hirnfunktionsstörungen mit oder ohne morphologisch fassbare Schädigung des Gehirns und seiner Hüllen, einschliesslich Gehirnschädel und Kopfschwarte, subsumiert werden, rechtfertigt die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis nur, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen Comotio und Contusio cerebri liegt. Leichte Hirnerschütterungen hingegen reichen hierfür nicht aus (vgl. Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilung des Bundesgerichts] vom 6. Mai 2003, U 6/03, und vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2.1, vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 14. August 2014, 8C\_358/2014, E. 2.4.1). Die Schwere eines Schädel-Hirntraumas wird üblicherweise nach dem Punktwert in der Glasgow-Coma-Skala (GCS) eingeteilt. In dieser Skala erhält der Patient für bestimmte Reaktionen (wie Augenöffnen, Reaktion auf Schmerzreize und sprachliche Äusserungen) eine Anzahl von Punkten, welche zum Schluss addiert werden. Der schlechteste Wert beträgt 3, der beste 15. Von einem leichten Schädel-Hirntrauma spricht man bei einem GCS-Wert von 13 bis 15 (mittelschwer: 9 bis 13, schwer: 3 bis 8; vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 264.



Aufl., Berlin 2012, zu "Bewusstseinsstörung" und "Glasgow Coma Scale"; Urteil des EVG vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2.1).

5.3 Im erstbehandelnden Spital C.\_\_\_\_ wurde kein Schädel-Hirntrauma diagnostiziert. Es wurde eine GCS-Überwachung durchgeführt, ohne dass ein entsprechender Wert festgehalten wurde. Es habe keine Übelkeit, kein Erbrechen und keine Amnesie "für den Zeitraum des Unfallereignisses" bestanden. Der Beschwerdeführer habe über Lagerungsschwindel, temporal einstechende Schmerzen und Schwierigkeiten beim Lesen geklagt. Ausserdem sei eine Pupillenseitendifferenz aufgefallen (UV-act. 9, S. 2). Im Bericht vom 9. Juli 2008 diagnostizierten die Ärzte der neurologischen Abteilung des Landeskrankenhauses D.\_\_\_\_ ein Schädel-Hirntrauma. In der Anamnese hielten sie fest, dass der Beschwerdeführer paroxysmal auftretenden Lagerungsschwindel mit gelegentlicher Kombination eines Ohrgeräusches schildere. Der Schwindel sistiere nach Sekunden. Darüber hinausgehend sehe er beim Lesen etwas verschwommen. Im Befund wurden lediglich eine etwas sakkadierte Blickfolgebewegung und das Auftreten eines leichten Lagerungsschwindels ohne Nachweis eines Nystagmus bei Lagerungsmanövern festgehalten (UV-act. 25). Die Ärzte des Landeskrankenhauses E.\_\_\_\_ haben in der Folge die Diagnose Schädel-Hirntrauma übernommen, ohne sich weiter dazu zu äussern. Es wurde zudem ein Tinnitus links diagnostiziert (UV-act. 30). Im Austrittsbericht der Klinik Bellikon vom 19. April 2009 sowie im neuropsychologisch und psychopathologischen Bericht vom 14. April 2009 wurde explizit festgehalten, dass keine Hinweise für eine traumatische Hirnverletzung auch nur milder Ausprägung gefunden worden seien. Das durchgeführte Schädel-MRI sei diesbezüglich unauffällig gewesen. Der Beschwerdeführer habe eine Schädelprellung ohne traumatische Hirnverletzung, ohne MTBI ("mild traumatic brain injury") erlitten (UV-act. 73 f.). Im neurologischen Fachgutachten vom 31. August 2010 hielt Prim. Dr. G.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, fest, dass beim Beschwerdeführer keine Hinweise auf ein MTBI vorlägen (UV-act. 222, S. 58 f.). Im ärztlichen Entlassungsbericht des J.\_\_\_\_ vom 31. Juli 2012, erwähnten die Ärzte unter anderem einen Zustand nach Polytrauma 2008 mit Schädelhirntrauma Grad 1 (UV-act. 253). In der neurologischen Beurteilung vom 20. Dezember 2012 hielt Dr. med. H.\_\_\_\_, Neurologie FMH, fest, dass analog der Einschätzung der Fachärzte der Rehaklinik Bellikon keine milde traumatische Hirnverletzung (MTBI), sondern eine "Schädelprellung" vorliege (UV-act. 278, S. 9). In der ärztlichen Stellungnahme von Dr. med. univ. I.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin,



stellt dieser fest, dass aufgrund der Aufzeichnungen des Krankenhauses C.\_\_\_\_ klar hervorgehe, dass der Beschwerdeführer im Rahmen des Verkehrsunfalls ein Schädel-Hirntrauma erlitten habe (act. G 3.16).

5.4 Sowohl die Ärzte der Rehaklinik Bellikon (UV-act. 73, S. 2 f.) als auch Dr. H.\_\_\_\_ (UV-act. 278, S. 9 f.) legen überzeugend dar, dass keine milde traumatische Hirnverletzung (MTBI) vorgelegen habe. Aus den Berichten der Landeskrankenhäuser D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_, des Zentrums J.\_\_\_\_, sowie von Dr. I.\_\_\_\_ geht keine Begründung für die Diagnose Schädel-Hirntrauma hervor. Insbesondere werden in diesen Berichten auch keine Angaben über die Schwere des Schädel-Hirntraumas gemacht. Einzig im Entlassungsbericht des Zentrums J.\_\_\_\_ wurde ein Schädelhirntrauma Grad 1 diagnostiziert (UV-act. 253, S. 2). Selbst wenn das Vorliegen eines Schädel-Hirntraumas bejaht würde, wäre ein solches mindestens im Grenzbereich zwischen Comotio und Contusio cerebri nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bewiesen. Die Voraussetzungen für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109) bei der Prüfung der Unfallkausalität von Gesundheitsschäden ohne organisch-strukturelles Substrat sind damit nicht erfüllt, so dass die Adäquanz nach der Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) zu prüfen ist.

5.5 Die Anwendbarkeit der Psycho-Praxis ergibt sich auch aus nachfolgender Überlegung.

5.5.1 Die Psycho-Praxis greift auch Platz, wenn die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zur ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund getreten sind oder die physischen Beschwerden im Verlauf der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben (Urteil des Bundesgerichts vom 17. April 2008, 8C\_181/2007, E. 2.4; BGE 127 V 102 E. 5b/bb; Urteil vom 6. Juni 2012, 8C\_906/2011, E. 3.1; Urteil vom 9. November 2011, 8C\_416/2011, E. 6).

5.5.2 Bereits im Bericht der neurologischen Abteilung des Landeskrankenhauses D.\_\_\_\_ vom 9. Juli 2008 wurde eine leicht gedämpfte Grundstimmung festgehalten (UV-act. 25, S. 3). Im Bericht der Abteilung Psychiatrie des Landeskrankenhauses D.\_\_\_\_



vom 11. November 2008 wurden schliesslich eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), und eine dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (ICD-10: F44.6) diagnostiziert (UV-act. 44, S. 3). Im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon wurde zusätzlich eine somatoforme Schmerzstörung mit multilokulären Missempfindungen diagnostiziert. Es wurde festgehalten, dass eine mittelgradige Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert bestehe (UV-act. 73, S. 1 f.). Die Schmerzproblematik im linken Kopfbereich trage eine somatoforme Qualität mit sich, am ehesten im Sinne eines psychotraumatologischen Äquivalents. Es sei zu beachten, dass sich der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt des Unfalls und seither anhaltend in einer schwierigen psychosozialen Belastungssituation befunden habe (Trennung von langjähriger Lebenspartnerin kurz vor dem Unfallereignis, unklare berufliche Perspektiven, kürzlich erfolgte Aufgabe einer selbständigen, erfolglosen beruflichen Tätigkeit; UV-act. 74, S. 6 f.). Ab November 2008 war der Beschwerdeführer in regelmässiger psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie (vgl. UV-act. 205). Im Entlassungsbericht des Zentrums J.\_\_\_\_ vom 30. August 2012 wurde zudem eine dissoziative Störung im Rahmen einer PTSD (posttraumatic stress disorder; ICD-10: F44.6) diagnostiziert (UV-act. 253). Die posttraumatische Belastungsstörung und die depressive Episode bilden nicht Teil der schleudertraumaspezifischen Beschwerden, sondern stellen davon zu trennende, eigenständige Leiden dar, zumal zusätzlich sekundäre psychosoziale Belastungsfaktoren, wie Trennung von der langjährigen Lebenspartnerin und unklare berufliche Perspektiven, vorliegen. Dies zieht die Anwendung der Psycho-Praxis nach sich (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 1. Mai 2009, 8C\_347/2008, E. 4.6).

6.

6.1 Bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und einer anschliessend einsetzenden psychischen Fehlentwicklung mit Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist nach der Rechtsprechung (BGE 115 V 133 E. 6) vom objektiv fassbaren Unfallereignis auszugehen. Dabei besteht ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfall, wenn dem Unfall eine massgebende Bedeutung für deren Entstehung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft



ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv fassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Dabei müssen rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 115 V 133 E. 6c; SVR 1999 UV Nr. 10 S. 31 E. 2; 2001 UV Nr. 8 S. 32 E. 3, je mit Hinweisen) die weiteren unfallbezogenen Kriterien entweder in gehäufte oder auffallender Weise oder ein einziges Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Als in die Adäquanzbeurteilung einzubeziehende Kriterien nennt die Rechtsprechung (BGE 115 V 133 E. 6c/aa): besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls, die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung, 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 und Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Bei der Beurteilung der Frage, ob diese Kriterien erfüllt sind, ist die psychisch bedingte Beeinträchtigung auszuklammern und nur der somatische Anteil zu berücksichtigen (BGE 134 V 109 E. 6.1; 123 V 98 E. 2a).

6.2 Vorliegend sind folgende somatischen Beeinträchtigungen aktenkundig: die stabile ventrale Kompressionsfraktur LWK 1, die stabile BWK 3 Fraktur und die contusio labyrinthi. Beim festgestellten Schlafapnoesyndrom fehlt bereits die natürliche Kausalität, da es mangels eines nachgewiesenen Schädel-Hirntraumas nicht als Unfallfolge gewertet werden kann (vgl. UV-act. 278, S. 11 und 279, S. 32).

6.2.1 Der Unfall vom 18. Juni 2008 kann aufgrund des Geschehensablaufs – infolge einer Lenkkorrektur, nachdem das Fahrzeug auf den Pannestreifen geraten



war, brach das Heck des Lieferwagens nach links aus, weshalb das Fahrzeug ins Schleudern geriet, rechtsseitig über die abfallende Wiesenböschung geriet, den Wildschutzzaun durchschlug, mit der Fahrzeugfront auf der Wiese aufschlug, durch den starken Aufprall überschlug und anschliessend auf der Wiese auf dem Dach liegend zum Stillstand kam (vgl. UV-act. 193) – nicht als ausserordentlich schweres, lebensbedrohliches Geschehen im Sinne der Praxis (dargestellt in RKUV 1995 Nr. U 215 S. 91) eingestuft werden, bei welchem die Adäquanz praxisgemäss ohne Weiteres zu bejahen wäre (vgl. auch Urteil des EVG vom 20. Juli 2005, U 338/04, und vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.3).

6.2.2 Die Unterscheidung zwischen mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen und solchen im mittleren Bereich ist insofern von Bedeutung, als bei Unfällen im mittelschweren Bereich nach der Praxis mehrere Zusatzkriterien erfüllt sein müssen, um die Adäquanz bejahen zu können, wobei die Zahl um so geringer sein kann, je näher das Ereignis bei den schweren Unfällen liegt (vgl. dazu BGE 115 V 122 E. 6c/bb). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers scheint es unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2012, 8C\_363/2012, E. 4.3 mit Hinweisen) gerechtfertigt, vorliegend von einem mittelschweren Unfall im eigentlichen Sinn auszugehen. Ob sich das Fahrzeug dabei einmal oder zweimal überschlagen hat, ändert nichts an dieser Beurteilung. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs wäre somit zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise vorliegt oder die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (BGE 117 V 359 E. 6b).

6.2.3 Eine gewisse Eindrücklichkeit für den Beschwerdeführer kann dem Ereignis nicht abgesprochen werden. Eine besondere Eindrücklichkeit oder dramatische Begleitumstände sind allerdings nicht belegt, zumal das objektive Unfallgeschehen massgebend ist (vgl. die Kasuistik zu diesem Kriterium in Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 61 ff.). Unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2010, 8C\_9/2010, E. 3.7.1, mit Hinweisen) ist vorliegend das Kriterium der besonderen Eindrücklichkeit oder dramatischer Begleitumstände zu verneinen.



6.2.4 Die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, ist mit Bezug auf die stabile ventrale Kompressionsfraktur LWK 1, die stabile BWK 3 Fraktur sowie die contusio labyrinthi zu verneinen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. Juli 2014, 8C\_51/2014, E. 5.5.1).

6.2.5 In Bezug auf die massgebenden Verletzungen liegen weder eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, körperliche Dauerschmerzen, eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmerte, ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen, noch ein erheblicher Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit vor.

6.3 Da vorliegend sämtliche Kriterien nicht erfüllt sind, ist die Adäquanz zu verneinen. Folglich entfällt auch ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

7.

Die Beschwerdegegnerin hat die rechtlichen Voraussetzungen für die Bemessung einer Integritätseinbusse und die Zusprechung einer Integritätsentschädigung im angefochtenen Einspracheentscheid zutreffend dargestellt (vgl. UV-act. 304, E. 7a). Darauf wird verwiesen. Wie in den vorhergehenden Erwägungen dargelegt wurde, ist aus somatischer Sicht der gesundheitliche Endzustand eingetreten (vgl. E. 4.3) und die psychiatrischen Gesundheitsschäden sind nicht unfallkausal (vgl. E. 6). Anhaltspunkte, dass der unfallbedingte (somatische) Integritätsschaden mit 5% unrichtig bemessen worden wäre, fehlen; solche werden auch nicht behauptet. Insgesamt ist die Integritätsentschädigung von 5% nicht zu beanstanden.

8.

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 16. September 2013 abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP



### entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.