



Fall-Nr.: UV 2014/12
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 28.09.2016
Entscheiddatum: 28.09.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 28.09.2016

Art. 6, 10, 16, 18 und 24 UVG. Beweiswürdigung Gutachten. Beweiskraft bejaht. Einstellung der Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen bestätigt. Beweislosigkeit betreffend einen unfallkausalen Schaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und Integrität. Kein Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. September 2016, UV 2014/12). Entscheid vom 28. September 2016

Besetzung

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichter Joachim Huber,
Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Geschäftsnr.

UV 2014/12

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Eliano Mussato, Bellevue-strasse 1b, Postfach,
9401 Rorschach,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ arbeitete seit 27. Mai 2005 als Hilfsarbeiter für die B.____ AG und war dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie von Berufskrankheiten versichert. Am 5. Dezember 2008 wurde der Versicherte auf dem Fussgängerstreifen von einem Motorfahrzeug angefahren (Schadenmeldung vom 8. Dezember 2008, UV-act. 1). Dabei sei er auf die linke Seite gestürzt und habe sich eine Kontusion am Schädel und am Rücken zugezogen. Nach dem Schädelaufprall auf dem Trottoir sei er kurzzeitig bewusstlos gewesen und habe nach dem Aufwachen starke Kopfschmerzen verspürt (siehe den Bericht über die ambulante Notfallkonsultation des Spitals C.____ vom 6. Dezember 2008, UV-act. 2). Der erstbehandelnde Dr. med. D.____, Assistenzarzt Medizin, Spital C.____, diagnostizierte eine Schädelkalottenfraktur beidseits undisloziert und eine Kontusion der LWS (Arztzeugnis vom 17. Dezember 2008, UV-act. 7; vgl. auch den Bericht der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen [KSSG] vom 30. Dezember 2008, UV-act. 15-2 f., sowie zum Schädel-CT vom 9. Dezember 2008 den Bericht des Spitals C.____ vom 12. Dezember 2008, UV-act. 15-6 ff.; siehe zum Schädel-CT vom 12. Dezember 2008, UV-act. 22-2). Im Rahmen einer ambulanten Untersuchung des Versicherten in der Sprechstunde für Kopfwehambulanz diagnostizierten die Ärzte der Klinik für Neurologie am KSSG einen posttraumatischen Kopfschmerz nach leichter Kopfverletzung mit/bei Spannungskopfschmerz, Drehschwindel und Gangunsicherheit (Bericht vom 29. Januar 2009, UV-act. 20). Eine MRI-Untersuchung (Neurocranium nativ) vom 5. Februar 2009 ergab ein normales cranio-cerebrales Kernspintomogramm (UV-act. 21).



A.b In der Notiz zum Telefongespräch mit dem behandelnden Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 18. März 2009 hielt Kreisarzt Dr. med. F.____, Facharzt für Chirurgie, fest, es scheine so, dass der Versicherte langsam auch nicht organische Probleme bekomme. Entsprechend sei eine umgehende Rehabilitation in Bellikon vorzusehen (UV-act. 34). Vom 16. April bis 14. September 2009 befand sich der Versicherte zur Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon (zu den Hospitalisationsunterbrüchen während dieser Zeit siehe UV-act. 48 und UV-act. 50). Die dort behandelnden medizinischen Fachpersonen diagnostizierten mit Blick auf das Unfallereignis vom 5. Dezember 2008 eine traumatische Hirnverletzung mit u.a. einem posttraumatischen Kopfschmerz mit Drehschwindel und einem organischen Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10: F07.2), eine Kalottenfraktur occipital beidseits, nicht disloziert, und eine Kontusion der LWS paravertebral rechts. Es bestünden deutliche kognitive Minderleistungen der Aufmerksamkeit, der Exekutivfunktionen und des Gedächtnisses. Es lägen auch traumatisch bedingte Veränderungen der Persönlichkeit vor mit erhöhter Reizbarkeit, Antriebslosigkeit und Passivität. Eine Rückkehr an den Arbeitsplatz als Kranführer sei momentan unrealistisch (Austrittsbericht vom 14. September 2009, UV-act. 58).

A.c Im Zwischenbericht vom 15. Dezember 2009 gab die behandelnde Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, an, der Versicherte leide an einem organischen Psychosyndrom. Er sei konstant psychomotorisch unruhig und verwirrt. Er klagte über starke Schwindelgefühle, Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen und Schlafstörungen. Es bestehe eine Isolationstendenz. Zunehmend leide er an undifferenzierten Ängsten und einer Angst vor Herzversagen und Sterben. Sodann sprach Dr. G.____ von misstrauisch-paranoiden Tendenzen (UV-act. 77). Dr. E.____ berichtete am 17. Dezember 2009, bei einem Arbeitsversuch des Versicherten sei es schon bei geringer Belastung nach einem Lagewechsel zu einem Sturz mit Ellenbogenkontusion rechts gekommen. Der Versicherte leide weiterhin an Schlafstörungen und beschreibe Angst sowie Verfolgungswahnzustände (UV-act. 82; vgl. auch den Zwischenbericht von Dr. E.____ vom 10. März 2010, UV-act. 95). Eine von Dr. med. H.____, Spezialarzt FMH für Oto-Rhino-Laryngologie, am 22. Januar 2010 durchgeführte Gehörprüfung ergab im Wesentlichen altersentsprechende Befunde. Hinweise auf eine traumatische Schädigung im Sinn einer Commotio labyrinthi hätten sich nicht gezeigt (Bericht vom 3. Februar 2010, UV-act. 100).



A.d In der neurologischen Abschlussbeurteilung der medizinischen Aktenlage vom 21. Mai 2010 gelangte Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Neurologie, Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, zum Schluss, es könne aufgrund der objektiven Befunde von einer Heilung der erlittenen leichten traumatischen Hirnverletzung ausgegangen werden. Der aktuelle Zustand mit Leistungslimitierung, Kopfschmerzen und psychischen Auffälligkeiten müsse unfallfremden Gründen zugerechnet werden. Es bestehe eine psychische Co-Morbidität, die nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dem Unfallereignis zugerechnet werden könne. Dr. I.____ empfahl eine langfristige Therapie bei einem in der Kopfschmerzbehandlung erfahrenen Neurologen, da dadurch die Prognose der medikamenteninduzierten Kopfschmerzen verbessert werden könne. Da die unfallbedingten Verletzungen bei sehr leichter traumatischer Hirnverletzung ausgeheilt seien und das heutige Bild nicht als unfallkausale Folge zu interpretieren sei, sei nicht von einem lang anhaltenden und erheblichen Schaden der Integrität auszugehen (UV-act. 107; siehe auch die Beurteilung vom 5. Mai 2010, UV-act. 98). Med. pract. J.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Versicherungspsychiatrischer Dienst der Suva, bezeichnete es in der Aktenbeurteilung vom 22. Juli 2010 als auffallend, dass der Versicherte seit dem Unfall kein konsistentes Verhalten im Zusammenhang mit den berichteten Schmerzen oder mit sonstigen psychologisch emotionalen Reaktionen zeige. Zudem sei zu bemerken, dass nach der Hospitalisation im September 2009 eine Verschlechterung vor allem psychischer Funktionen und Beschwerden zu verzeichnen sei. Die Gründe für diese Auffälligkeiten seien nicht ersichtlich. Die Problematik lasse sich nicht allein oder vordergründig auf die erlebten Kopfschmerzbeschwerden zurückführen und es sei anzuzweifeln, dass der alleinige Medikamentenentzug mit allfälligem Ersetzen der Schmerzmedikation zu einer deutlichen Besserung des Zustands des Versicherten und allenfalls zu einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit führe. Zur stationären Behandlung empfahl med. pract. J.____ die Einweisung in die Abteilung Psychosomatik der Rehaklinik Bellikon (UV-act. 113). Vom 10. November bis 22. Dezember 2010 befand sich der Versicherte zur stationären neurologisch-psychosomatischen Behandlung in der Rehaklinik Bellikon. Aus psychiatrischer Sicht leide der Versicherte an einem organischen Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma vom 5. Dezember 2008 (ICD-10: F07.2). Dabei bestünden anhaltend eine Reihe von Symptomen wie Kopfschmerzen, Schwindel, Erschöpfbarkeit, Reizbarkeit, Störung der



kognitiven Leistungsfähigkeit, des Schlafs sowie eine verminderte Belastbarkeit bei Stress und emotionalen Reizen. Zusätzlich bestünden eine allgemeine Ängstlichkeit, Lärmempfindlichkeit und Schreckhaftigkeit. Im bisherigen Verlauf lasse sich eine Chronifizierung der Symptomatik mit zuletzt deutlicher Verschlechterung (Medikamentenübergebrauch, psychosoziale Spannungen) feststellen. Dem Versicherten sei keine Arbeitsleistung mehr zumutbar. Es bestehe eine schwere Leistungsminderung infolge der psychischen Störung. Es liege zusätzlich eine mittelschwere kognitive Leistungsminderung infolge einer neuropsychologischen Funktionsstörung vor, die Folge einer primären hirnorganischen Schädigung sei. Aufgrund geringer Ressourcen zur Umsetzung von Copingstrategien sowie der familiären Spannungen infolge der psychischen Störung sei eine anschliessende psychosoziale Betreuung durch eine spezialisierte psychiatrische Spitex organisiert worden (Austrittsbericht vom 22. Dezember 2010, UV-act. 142; zum psychiatrischen Bericht vom 20. Dezember 2010 siehe UV-act. 140). Med. pract. J.____ vertrat in der Stellungnahme vom 25. Januar 2011 die Auffassung, die psychiatrisch-psychotherapeutischen Möglichkeiten seien nahezu erschöpft. Er warf zur umfassenden Klärung der Diagnosen und Kausalitätsfrage die Frage nach einer interdisziplinären Begutachtung des Versicherten auf (UV-act. 143).

A.e Am 17. Februar 2011 liess sich der Versicherte in der Abteilung Kardiologie am Departement Innere Medizin des KSSG untersuchen. Die dortigen Ärzte diagnostizierten eine hypertensive Herzkrankheit (normale linksventrikuläre systolische Funktion bei hochgradig konzentrisch hypertrophem linkem Ventrikel, diastolische Dysfunktion Grad I [Relaxationsstörung]). Aus kardiologischer Sicht sei keine weitere Verlaufskontrolle geplant (Bericht vom 24. Februar 2011, UV-act. 154).

A.f Im Auftrag der Suva wurde der Versicherte interdisziplinär (neurologisch, psychiatrisch und neuropsychologisch) begutachtet. Die Gutachter diagnostizierten: ein Schädel-Hirn-Trauma am 5. Dezember 2008 mit kleiner Kontusionsblutung temporoparietal links und nicht dislozierter Schädelfraktur links temporoparietal und wohl auch rechts okzipitoparietal; chronische posttraumatische Kopfschmerzen bei Schädel-Hirn-Trauma am 5. Dezember 2008; motorische Störungen wie Tremor und tic-artige Bewegungen funktioneller Genese und ohne organisches Korrelat (DD psychiatrisch bedingt, Aggravation bzw. Simulation); im Wesentlichen im Subjektiven



bleibende Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen, Nervosität, Schwindel und fluktuierende Sensibilitätsstörungen ohne eindeutige organische Erklärung; einen histrionischen Zustand mit ängstlich-dissoziativen, sensitiven, tic-haften, somatoformen und aggravatorischen Zügen (sonstige Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen [ICD-10: F68.8); eine neuropsychologisch unplausible und logisch inkonsistente Symptomproduktion. Es erscheine zweifelhaft bzw. sogar eher unwahrscheinlich, dass das Schädel-Hirn-Trauma über den chronischen posttraumatischen Kopfschmerz hinaus zu psychologischen bzw. auch psychiatrischen Defiziten geführt habe. Die vom Versicherten demonstrierten Auffälligkeiten und Beschwerden entsprächen keiner organischen Störung, sondern seien im wesentlichen Ausdruck einer unfallunabhängigen psychiatrischen Erkrankung. Gegenwärtig gebe es keine klaren Anhaltspunkte für relevante unfallbedingte neuropsychologische Defizite. Letztlich seien diese auch angesichts des radiologischen Befundes nicht zu erwarten. Aus neurologischer Sicht führten die Kopfschmerzen zu einer Einschränkung der allgemeinen Belastbarkeit, die jedoch gutachterlich im vorliegenden Fall kaum quantifizierbar sei. Darüber hinausgehende Einschränkungen seien bei unauffälligem neurologischem Status nicht erkennbar. Der entscheidende limitierende Faktor sei offensichtlich die psychiatrische Erkrankung (Gesamtgutachten vom 20. Februar 2013, UV-act. 208-1 ff; siehe auch das neurologische Teilgutachten vom 20. Februar 2013, UV-act. 208-7 ff., das psychiatrische Teilgutachten vom 29. November 2012, UV-act. 208-32 ff., und das neuropsychologische Teilgutachten vom 6. September 2012, UV-act. 208-70 ff.; zur vom psychiatrischen Gutachter bei der behandelnden Dr. med. K.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, eingeholten Beurteilung vom 14. November 2012 siehe UV-act. 208-66 ff.). Das psychische Zustandsbild bewirke eine dauerhafte gesundheitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es sei nicht als direkte Folge des Unfallereignisses zu betrachten. Seine Entwicklung sei zwar vom Unfallereignis ausgelöst worden, letztlich aber von unfallfremden Faktoren bewirkt (UV-act. 208-64). Am 30. April 2013 nahm der psychiatrische Gutachter Dr. med. L.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Stellung zu den Ergänzungsfragen der Suva (siehe hierzu ihr Schreiben vom 27. März 2013, UV-act. 210). Er verneinte eine Teilkausalität zwischen dem Unfallereignis und dem psychischen Leiden. Die Ausweitung des anfänglich unfallbedingt aufgetretenen ängstlichen Zustandsbilds als ängstlich-reaktive



St.Galler Gerichte

Verarbeitung des Schädelhirntraumas zum heutigen histrionischen Verhalten gehe auf unfallfremde Faktoren zurück. Die unfallkausalen Faktoren seien spätestens ein Jahr nach dem Unfall erloschen (UV-act. 214).

A.g Mit Verfügung vom 24. Juli 2013 stellte die Suva die bisherigen Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) per 31. Juli 2013 ein und wies den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen mangels Unfallkausalität der Beschwerden ab (UV-act. 220). In der Folge erhielt die Suva die von Dr. K.____ bei Dr. med. M.____, Fachärztin FMH für Neurologie, eingeholte konsiliarische Beurteilung vom 29. Juli 2013 (UV-act. 225) und wurde über weitere von Dr. K.____ veranlasste Untersuchungen (neuropsychologisch und psychiatrisch) in Kenntnis gesetzt (UV-act. 226 f.). Gegen die Verfügung erhob der Versicherte am 14. September 2013 Einsprache und machte geltend, er sei unfallbedingt mindestens zu 50% arbeitsunfähig (UV-act. 235). In der ergänzenden Eingabe vom 25. Oktober 2013 beantragte er, die Versicherungsleistungen seien rückwirkend ab 1. August 2013 wieder aufzunehmen und es sei ein Obergutachten zur Frage "Unfallfolge oder Krankheit" und zum Ausmass der Arbeitsunfähigkeit anzuordnen (UV-act. 240). Sodann reichte er eine Stellungnahme von Dr. K.____ vom 13. September 2013 ein, worin sie sich zur gutachterlichen Beurteilung kritisch äussert (UV-act. 240). Die Suva wies die Einsprache am 3. Februar 2014 ab. Sie stellte sich auf den Standpunkt, die gutachterliche Beurteilung sei beweiskräftig. Die Kopfschmerzen seien nicht quantifizierbar und der entscheidende limitierende Faktor sei die unfallunabhängige psychiatrische Erkrankung. Spätestens im Zeitpunkt vom 31. Juli 2013 hätten keine Unfallfolgen mehr vorgelegen (UV-act. 247).

B.

B.a Gegen den Einspracheentscheid vom 3. Februar 2014 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 6. März 2014. Der Beschwerdeführer beantragt darin, die Beschwerde sei zu schützen und die Vorinstanz zu verpflichten, die Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilungskosten) bezogen auf den Unfall vom 5. Dezember 2008 rückwirkend per "1. April 2013" (richtig: 1. August 2013; siehe auch den Antrag Ziff. 1 in act. G 9) wieder aufzunehmen. Eventuell sei ein "ergänzendes Gutachten" anzuordnen. Subeventuell sei die Angelegenheit zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Im Wesentlichen



St.Galler Gerichte

bringt er vor, die von den Gutachtern gezogenen Schlüsse basierten auf ungenügenden Grundlagen. Es fehle die alles entscheidende Beurteilung der unfallfremden Faktoren im stationären Rahmen in einer auf Traumafolgestörungen spezialisierten Station (act. G 1). In der Beschwerdeergänzung vom 30. Mai 2014 bringt der Beschwerdeführer weitere Mängel an der gutachterlichen Einschätzung vor. Zudem hat er einen Bericht vom 31. Juli 2013 über das am 18. Juli 2013 abgehaltene Erstgespräch in der Sprechstunde für Belastungsreaktionen PTBS an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsspital Zürich (act. G 9.1) sowie Stellungnahmen der behandelnden Dr. G. ___ vom 24. März und vom 28. April 2014 ins Recht gelegt (act. G 9.2 f.).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 7. Juli 2014 die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führt sie aus, die vom Beschwerdeführer eingereichten ärztlichen Berichte würden die Beweiskraft der gutachterlichen Einschätzung nicht erschüttern. Sollte das Gericht wider Erwarten eine andere Auffassung vertreten, wären den am Gutachten vom 20. Februar 2013 beteiligten Experten die Unterlagen, auf die sich der Beschwerdeführer berufe, mit entsprechenden Ergänzungsfragen zu unterbreiten. Die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Juli 2013 anhaltenden Beschwerden könnten auf kein organisches Substrat zurückgeführt werden und stünden weder in einem natürlichen noch einem adäquaten Zusammenhang zum Unfall vom 5. Dezember 2008 (act. G 11).

B.c In der Replik vom 17. Dezember 2014 hält der Beschwerdeführer unverändert an seinen Anträgen fest (act. G 25) und reicht einen Bericht des Psychiatrischen Zentrums N. ___ vom 27. November 2014 über die stationäre Behandlung vom 28. Oktober bis 21. November 2014 ein. Zuweisungsgrund bildete eine drohende Dekompensation bei bekanntem organischem Psychosyndrom (G 25.1).

B.d Die Beschwerdegegnerin hat die Frist für eine Duplik unbenützt verstreichen lassen (vgl. act. G 27).

Erwägungen

1.



Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist mit Blick auf das Unfallereignis vom 5. Dezember 2008 der Anspruch des Beschwerdeführers auf Versicherungsleistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung über den 31. Juli 2013 hinaus.

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. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinn des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1 f.).

3.

Zunächst ist die Frage zu beurteilen, ob der medizinische Sachverhalt spruchreif abgeklärt worden ist. Die Beschwerdegegnerin stützt sich auf die interdisziplinäre Beurteilung vom 20. Februar 2013 (UV-act. 208) und die ergänzende Stellungnahme des psychiatrischen Gutachters vom 30. April 2013 (UV-act. 214). Der Beschwerdeführer bringt dagegen verschiedene Mängel vor (act. G 1)

3.1 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a).



3.2 Gegen die Beweiskraft der Einschätzung des psychiatrischen Gutachters verweist der Beschwerdeführer auf Stellungnahmen verschiedener medizinischer Fachpersonen.

3.2.1 In diesem Zusammenhang ist vorweg darauf hinzuweisen, dass ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten (BGE 125 V 351 f. E. 3a und b) nicht in Frage gestellt werden kann und nicht ohne weiteres Anlass zu weiteren Abklärungen besteht, wenn und sobald die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C_830/2007, E. 4.3 mit Hinweisen). Ferner kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet der begutachtenden psychiatrischen Fachperson daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte oder die Expertin *lege artis* vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2009, 8C_694/2008, E. 5.1.1).

3.2.2 Der Beschwerdeführer bringt vor, Dr. K.____ sei im Schreiben vom 13. September 2013 zum klaren Ergebnis gekommen, dass der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wesentlicher Kausalfaktor für die psychischen Beschwerden gewesen sei (act. G 9, Rz 2). Sie äusserte sich darin "aus ärztlicher Behändlersicht" (UV-act. 240-7) und nannte keine objektiven Gesichtspunkte, die Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung entstehen lassen. Vielmehr beschränkte sie sich auf eine andere diagnostische Würdigung des geklagten psychischen Leidensbilds. Die Unfallkausalität begründete sie im Wesentlichen mit der vor dem Unfall bestehenden 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (UV-act. 240-8) und damit mit der unfallversicherungsrechtlich unzulässigen Beweisregel „Post hoc ergo propter hoc“ (Urteil des Bundesgerichts vom 8. April 2009, 8C_945/2008, E. 6.2). Die Ausführungen von Dr. K.____ sind folglich weder geeignet eine Unfallkausalität der psychischen Leiden als überwiegend wahrscheinlich erscheinen zu lassen noch den Beweiswert der gutachterlichen Beurteilung zu erschüttern (vgl. vorstehende E. 3.2.1). Des Weiteren ist zu beachten, dass der psychiatrische Gutachter ausführlich begründet



hat, weshalb er die von Dr. K.____ gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung für nicht zutreffend hält (UV-act. 208-59). In damit zu vereinbarenden Weise verneinte der Beschwerdeführer denn auch ausdrücklich, Albträume vom Unfall zu haben (UV-act. 208-47; zur mehrfachen Nachfrage mit demselben Ergebnis UV-act. 208-59 unten; zum nicht in einem Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehenden Inhalt der Albträume siehe auch UV-act. 140-1).

3.2.3 Zur Untermauerung der Zweifel am psychiatrischen Teilgutachten weist der Beschwerdeführer sodann auf die Ausführungen im Bericht der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsspital Zürich vom 31. Juli 2013 hin (act. G 9, Rz 3a und act. G 9.1). Diese stützten sich auf ein in der Sprechstunde für Belastungsreaktionen erfolgtes "Erstgespräch" vom 18. Juli 2013. Die medizinischen Fachpersonen äusserten sich hauptsächlich in genereller Weise zu den diagnostischen Voraussetzungen für eine posttraumatische Belastungsstörung, die sie - abgesehen von der Unfall Erinnerung des Beschwerdeführers - ohne nähere konkrete Begründung und Diskussion als erfüllt erachteten. Ins Gewicht fällt sodann, dass sie bezüglich der diagnostischen Einordnung des Leidensbilds einen Vorbehalt anbrachten. Ihrer Ansicht nach müssten weitere psychische Störungen diskutiert werden. "Unsere Einschätzungen im Hinblick auf die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung können daher und aufgrund der deutlich eingeschränkten Untersuchungsbedingungen und des fehlenden Langzeitverlaufs nur unter Vorbehalt betrachtet werden" (act. G 9.1, S. 1). Damit ist die Stellungnahme vom 31. Juli 2013 nicht geeignet, die gutachterliche Beurteilung in Zweifel zu ziehen.

3.2.4 Der Beschwerdeführer sieht die Beweiskraft der gutachterlichen Beurteilung des Weiteren durch die davon abweichenden Stellungnahmen der behandelnden Dr. G.____ erschüttert (act. G 9, Rz 3b und act. G 9.2 f.). Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend ausführt (act. G 11, Rz 5.2 c), beschränken sich die summarischen Ausführungen von Dr. G.____ in den E-Mails vom 24. März und vom 28. April 2014 (act. G 9.2 f.) auf eine psychiatrische Würdigung des gesundheitlichen Zustands. Die knappen Bemerkungen in der E-Mail vom 28. April 2014 zur Unfallkausalität stützen sich sodann allein auf die nicht massgebende "Post hoc ergo propter hoc"-Formel (siehe hierzu vorstehende E. 3.2.2). Die Aussage von Dr. G.____, "eine Aggravation ist mit Sicherheit ausgeschlossen!" (act. G 9.2), ist angesichts einer fehlenden



Begründung und von mehreren gegenteiligen Hinweisen aus den Akten - zumindest in dieser Deutlichkeit - nicht nachvollziehbar (vgl. UV-act. 61-4 f.; UV-act. 98-8 unten; UV-act. 113-1; UV-act. 208-81; UV-act. 208-27 und -59 je unten). Zudem erweckt diese Aussage den Eindruck, dass Dr. G.____ ihrer Einschätzung unbesehen die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu Grunde gelegt hat.

3.2.5 Was den Bericht des Psychiatrischen Zentrums vom 27. November 2014 betreffend die vom 28. Oktober bis 21. November 2014 aufgrund drohender Dekompensation erfolgte Hospitalisation anbelangt (act. G 25.1), so beschlägt dieser einen rund 8 Monate nach dem angefochtenen Einspracheentscheid eingetretenen Sachverhalt und damit nicht die für die gerichtliche Beurteilung massgebenden tatsächlichen Verhältnisse (BGE 138 V 535 f. E. 2.2). Es ergeben sich daraus insbesondere keine objektiven Aspekte, welche die gutachterliche Einschätzung in Frage stellen. Schliesslich räumt der rechtskundig vertretene Beschwerdeführer zu Recht ein, dass der Bericht des Psychiatrischen Zentrums keine Angaben zur Unfallkausalität enthält (act. G 25, S. 4).

3.2.6 Insgesamt sind die Vorbringen des Beschwerdeführers nicht geeignet, die gutachterliche Beurteilung, die sämtliche Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Expertise erfüllt, in Frage zu stellen. Ein Bedarf für weitere medizinische Untersuchungen, insbesondere für die vom Beschwerdeführer zur Abgrenzung unfallfremder Faktoren beantragte stationäre Abklärung in einer auf Traumafolgestörungen spezialisierten Station (act. G 1, Rz 2 f., act. G 9, Rz 4, und act. G 25, Rz 2; siehe auch die Empfehlung von Dr. K.____ im Schreiben vom 13. September 2013, UV-act. 240-8), ist deshalb zu verneinen.

4.

Des Weiteren ist die Rechtmässigkeit der per 31. Juli 2013 angeordneten Einstellung der Taggeld- und Heilbehandlungsansprüche zu beurteilen.

4.1 Ob der Beschwerdeführer über den 31. Juli 2013 hinaus für die Folgen des Unfallereignisses vom 5. Dezember 2008 Anspruch auf die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) hat, hängt davon ab, ob im Zeitpunkt der



St.Galler Gerichte

Leistungseinstellung von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden konnte (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG). Diese Frage beurteilt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit sie unfallbedingt beeinträchtigt war. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffs "namhaft" des Gesetzgebers, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 115 E. 4.3).

4.2 Aus der beweiskräftigen gutachterlichen Beurteilung ergibt sich, dass aus neurologischer Sicht betreffend die vom Beschwerdeführer geklagten Kopfschmerzen keine Behandlungsmöglichkeiten mehr bestanden haben (UV-act. 208-4) und die vom Beschwerdeführer geklagten psychischen Leiden im Zeitpunkt des Fallabschlusses nicht (mehr) in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis gestanden sind (UV-act. 214; zum fehlenden adäquaten Kausalzusammenhang siehe nachfolgende E. 5.1). Im Übrigen ging med. pract. J. ___ bereits in der Stellungnahme vom 25. Januar 2011 davon aus, dass die psychiatrisch-psychotherapeutischen Möglichkeiten nahezu erschöpft seien (UV-act. 143-2 unten). Dr. L. ___ verneinte die Frage, dass von weiteren Behandlungen eine namhafte Besserung des "unfallbedingten Gesundheitszustandes" erwartet werden kann (UV-act. 208-64). Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass keine Aussichten auf eine namhafte Verbesserung unfallbedingter Leiden durch eine weitere Behandlung bestanden haben. Den Akten lässt sich ferner nicht entnehmen, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Juli 2013 Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung angestanden sind, die geeignet gewesen wären, eine allfällige unfallbedingte Erwerbsunfähigkeit zu beeinflussen. Der Beschwerdeführer bringt auch nichts Gegenteiliges vor. Im Licht dieser Umstände erweist sich die Einstellung der aus dem Unfallereignis vom 5. Dezember 2008 im Sinn von Art. 6 Abs. 1 UVG resultierenden vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) per 31. Juli 2013 als rechtmässig.

5.



Zu prüfen bleibt schliesslich, ob über den 31. Juli 2013 hinaus natürlich und adäquat unfallkausale gesundheitliche Leiden bestehen, die einen Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 UVG) oder auf eine Integritätsentschädigung (Art. 24 UVG) begründen.

5.1 Wie bereits erwähnt (vgl. vorstehende E. 4.2), bestanden im Zeitpunkt des Fallabschlusses vom 31. Juli 2013 gemäss der beweiskräftigen gutachterlichen Beurteilung (UV-act. 214) keine natürlich unfallkausalen psychischen Leiden mehr, die zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit oder der Integrität führen. Die Beschwerdegegnerin legte sodann zutreffend (act. G 11, Rz 5.3) und vom Beschwerdeführer nicht (substanziert) bestritten dar, dass die geklagten psychischen Leiden nicht in einem adäquaten Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehen. Darauf wird verwiesen. Die Frage, ob die psychischen Leiden die Arbeitsfähigkeit oder die Integrität des Beschwerdeführers über den Einstellungszeitpunkt hinaus beeinträchtigen, kann deshalb offen gelassen werden.

5.2 Der neurologische Gutachter mass im beweiskräftigen Gutachten einzig den Kopfschmerzen eine Einschränkung der allgemeinen Belastbarkeit zu (zum Ausschluss unfallbedingter hirnorganischer Defizite aus neurologischer Sicht siehe UV-act. 208-27). Darüber hinausgehende Einschränkungen seien bei unauffälligem neurologischem Status nicht erkennbar. Ob und in welchem Umfang die Kopfschmerzen in einem natürlichen Kausalzusammenhang stehen, erscheint unklar, nachdem der psychiatrische Gutachter bezüglich der Kopfschmerzen von einer Überlagerung durch eine ausgeprägte (nicht natürlich unfallkausale [UV-act. 214]) somatoforme Komponente ausging, welche die spannungsbedingten und möglicherweise analgetikainduzierten Beschwerden überlagere (UV-act. 208-61, oben). Die Frage nach der natürlichen sowie adäquaten Unfallkausalität der Kopfschmerzen kann jedoch offen bleiben, wie sich aus den nachfolgenden Ausführungen ergibt.

5.2.1 Die versicherte Person trägt die Beweislast für das Bestehen eines Gesundheitsschadens und dessen Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit und Integrität. Denn sie leitet daraus Rechte, den Anspruch auf eine Invalidenrente bzw. eine Integritätsentschädigung, ab. Gelingt es der versicherten Person, unter Einbezug der im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes gebotenen Abklärungen des



Versicherungsträgers (Art. 43 ATSG) bzw. - im Beschwerdefall - des Sozialversicherungsgerichts (Art. 61 lit. c ATSG), nicht, den geklagten Gesundheitsschaden und dessen die Erwerbsfähigkeit oder Integrität beeinträchtigenden Auswirkungen nachzuweisen, trägt sie daher die Folgen der Beweislosigkeit und sie verfügt mangels ausgewiesener Voraussetzungen über keinen Leistungsanspruch (vgl. BGE 115 V 44 E. 2b, 140 V 297 f. E. 4.1 und 139 V 564 E. 8.1).

5.2.2 Der neurologische Gutachter vermochte keine Quantifizierung der durch die Kopfschmerzen bedingten Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen (UV-act. 208-28). Gemäss dessen Ausführungen beruhe die Diagnose von Kopfschmerzen naturgemäss im Wesentlichen auf den Angaben eines Exploranden. Deren Auswirkungen könnten kaum direkt und objektiv organisch erfasst bzw. quantifiziert werden (UV-act. 208-27). Im vorliegend zu beurteilenden Fall ist von Bedeutung, dass trotz sorgfältig durchgeführter gutachterlicher Abklärungen die Auswirkungen von nicht objektivierbaren wie auch nicht (bildgebend) fassbaren Kopfschmerzen auf die Arbeitsfähigkeit und die Integrität vage und unbestimmt geblieben sind. Entscheidend ist weiter, dass aus den Akten zahlreiche Hinweise auf inkonsistente Leidensangaben seitens des Beschwerdeführers hervorgehen. Der Verdacht auf Aggravation wurde mehrmals geäussert (siehe hierzu die Hinweise in vorstehender E. 3.2.4). Auf den neuropsychologischen Gutachter wirkte der Beschwerdeführer "theatralisch mit Stöhnen und Klagen" (UV-act. 208-76). Die Symptomproduktion durch den Beschwerdeführer sei unplausibel und logisch inkonsistent gewesen (UV-act. 208-82). Bereits im neuropsychologischen Bericht der Rehaklinik Bellikon vom 17. Juli 2009 wiesen die Experten auf heterogene Testergebnisse und subjektiv limitierende Gründe hin. Eine bewusstseinsnahe Antwortverzerrung im Sinn einer Aggravation sei nicht auszuschliessen, überwiegend sei jedoch eine Tendenz zur Selbstlimitierung und Abwehr von Leistungsanforderung aufgrund der subjektiven Überforderung (UV-act. 61-4 f.). In einem späteren neuropsychologischen Bericht der Rehaklinik Bellikon vom 8. Juni 2010 gelangten die Experten im Rahmen der Symptomvalidierung zu im Wesentlichen gleichen Ergebnissen. Sie hielten ausdrücklich fest, bei Vorliegen einer Verdeutlichung oder Aggravation sei die Plausibilität bzw. Glaubhaftigkeit des Ausmasses der angegebenen Beschwerden und der diagnostisch festgestellten Leistungseinbussen in Frage zu stellen (UV-act. 108-4 f.). Weder die Angaben des Beschwerdeführers (die von deutlichen Hinweisen auf Selbstlimitierung, Aggravation



und Inkonsistenzen begleitet werden) noch die Befunde anlässlich der Begutachtung ermöglichen eine plausible quantifizierbare Einschätzung der durch die Kopfschmerzen bedingten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit und der Integrität. Aufgrund der auffälligen Leidenspräsentation sowie -schilderung durch den Beschwerdeführer ist von weiteren Abklärungen auch keine zusätzliche Erhellung der Verhältnisse zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung). Damit können Auswirkungen der Kopfschmerzen auf die Arbeitsfähigkeit und die Integrität trotz umfangreicher und langwieriger Abklärungen nicht mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als erstellt gelten. Die diesbezügliche Beweislosigkeit wirkt sich zu Lasten des Beschwerdeführers aus (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 9C_164/2008, E. 4.3).

6.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin die Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen zu Recht per 31. Juli 2013 eingestellt und einen Anspruch auf weitere Leistungen (Rente und Integritätsentschädigung) verneint.

7.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.