



Fall-Nr.: UV 2015/60
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 23.08.2019
Entscheiddatum: 23.05.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 23.05.2017

Art. 6 Abs. 1 UVG. Beweiswürdigung des Gerichtsgutachtens. Verneinung eines Schädelhirntraumas. Adäquanzprüfung mittels Psycho-Praxis. Verneinung der adäquaten Kausalität (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Mai 2017, UV 2015/60).

Entscheid vom 23. Mai 2017

Besetzung

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Monika Gehrler-Hug; Gerichtsschreiber Daniel Furrer

Geschäftsnr.

UV 2015/60

Parteien

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,

Gegenstand

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. Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld). 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 per 30. November 2013 eingestellt würden (Suva-act. 290). Mit Verfügung vom 7. Juni 2013 wurde dem Versicherten bei einer Integritätseinbusse von 5% eine Integritätsentschädigung von Fr. 6'300.-- zugesprochen. Eine erhebliche unfallbedingte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit wurde nicht anerkannt, weshalb keine Invalidenrente zugesprochen wurde (Suva-act. 291). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht mit Entscheid vom 27. Januar 2015 (UV 2013/70) ab, soweit darauf eingetreten wurde. Ein Schädelhirntrauma bzw. ein solches mindestens im Schweregrad einer Commotio cerebri im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bewiesen, weshalb die Adäquanz nach der Psycho-Praxis zu prüfen und zu verneinen sei. Zum Sachverhalt ist im Übrigen auf diesen Entscheid zu verweisen.

A.b Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Bundesgericht mit Urteil 8C_170/2015 vom 29. September 2015 teilweise gut und wies die Sache zur Einholung eines polydisziplinären versicherungsexternen Gutachtens an das kantonale Gericht



zurück. Die Möglichkeit einer namhaften Verbesserung eines unfallkausalen behandlungsbedürftigen Leidens könne gestützt auf die vorhandenen medizinischen Akten zumindest nicht ausgeschlossen werden. Da es sich um ein psychisches Leiden handle, sei es aber nur zu berücksichtigen, falls ein Schleudertrauma oder eine vergleichbare Verletzung gegeben seien. Fallabschluss und Adäquanz könnten somit nur beurteilt werden, wenn die strittige Frage des Schädelhirntraumas beantwortet werden könne. Angesichts der divergierenden medizinischen Meinungen und des Unfallhergangs könne das Vorliegen eines Schädelhirntraumas oder einer vergleichbaren Verletzung nicht ohne weiteres bejaht oder verneint werden. Für die Beurteilung von Fallabschluss und Adäquanz liege zudem kein den Anforderungen der Rechtsprechung genügendes externes polydisziplinäres Gutachten vor. Die Gutachter hätten nicht nur die Frage, ob der Beschwerdeführer sich anlässlich des Unfalls vom 18. Juni 2008 ein Schädelhirntrauma oder eine vergleichbare Verletzung zugezogen habe, sowie den aktuellen Gesundheitszustand und die noch zumutbare Arbeitsfähigkeit zu beurteilen, sondern hätten auch zu prüfen, ob der Fallabschluss per 30. November 2013 gestützt auf die damals vorhandenen medizinischen Akten korrekt gewesen sei (8C_170/2015; act. G 1).

B.

B.a Das Gericht schlug den Parteien vor, zunächst mittels eines Aktengutachtens die Frage zu klären, ob der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 18. Juni 2008 überwiegend wahrscheinlich ein Schädelhirntrauma oder eine vergleichbare Verletzung erlitten habe. Je nach Ergebnis würde anschliessend eine umfassende polydisziplinäre Begutachtung nötig (act. G 2). Mit Schreiben vom 12. November 2015 zeigte sich die Beschwerdegegnerin mit dem Vorgehen grundsätzlich einverstanden, beantragte jedoch eine andere Gutachterstelle und führte einige Ergänzungsfragen an (act. G 4). Mit Schreiben vom 27. November 2015 erklärte sich der Beschwerdeführer mit dem geplanten Vorgehen nicht einverstanden, da es nicht den Vorgaben des Urteils des Bundesgerichts entspreche (act. G 7). Auch ein weiterer Vorschlag des Gerichts vom 2. Dezember 2015, einstweilen nur eine neurologische Begutachtung vorzunehmen (act. G 9), wurde vom Beschwerdeführer mit Schreiben vom 29. Januar 2016 mit Verweis auf das Urteil des Bundesgerichts abgelehnt (act. G 13).



St.Galler Gerichte

B.b Mit Schreiben vom 3. Februar 2016 informierte das Gericht die Parteien über die vorgesehene polydisziplinäre Begutachtung bei der asim (Academy of Swiss Insurance Medicine) am Universitätsspital Basel (act. G 15). In der Stellungnahme vom 25. Februar 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin, dass die Begutachtung einstweilen auf die neurologische Fachdisziplin zu beschränken sei. Zudem ersuchte sie um Anpassung des Fragenkatalogs und beantragte die Beauftragung einer anderen Begutachtungsstelle (act. G 16). Am 4. März 2016 liess der Beschwerdeführer telefonisch mitteilen, dass er mit dem vorgeschlagenen Vorgehen einverstanden sei, die beiden von der Beschwerdegegnerin vorgeschlagenen Gutachterstellen jedoch ablehne (act. G 18). Mit Schreiben vom 4. März 2016 teilte das Gericht den Parteien mit, dass an der Begutachtung bei der asim festgehalten werde (act. G 19). Mit Schreiben vom 22. März 2016 merkte die Beschwerdegegnerin an, dass die Kosten für das „in Tat und Wahrheit völlig unnötige interdisziplinäre Gutachten“ keinesfalls ihr überbunden werden könnten (act. G 20).

B.c Mit Schreiben vom 18. April 2016 beauftragte das Gericht das asim mit der polydisziplinären (neurologischen, psychiatrischen und orthopädischen bei Fallführung durch einen Internisten und allfälligen weiteren Disziplinen) Begutachtung des Beschwerde-führers (act. G 24).

B.d Im asim-Gutachten vom 31. Dezember 2016 nannten die Gutachter als unfallkausale Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Autounfall am 18. Juni 2008 mit Contusio capitis / RQW frontal, transientem traumatischem benignem paroxysmalem Lagerungsschwindel, stabiler ventraler Kompressionsfraktur LWK1 (konservativ therapiert), Oberkantenabsprengung BWK3 sowie Deckplattenimpressionen BWK4 und 5, Thorax- und Schulterkontusion rechts sowie posttraumatischer Belastungsstörung (remittiert). Als unfallfremde Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit wurde eine gemischte dissoziative Störung mit auch somatoformen Anteilen als Ausdruck einer primär neurotischen Störung, Angst und Depression gemischt, akzentuierte Persönlichkeitszüge mit führend ängstlich vermeidenden, narzisstischen und dependenten Zügen sowie leichte neuropsychologische Funktionsstörungen mit negativer Antwortverzerrung das Gedächtnis betreffend und übertriebener Beschwerdenschilderung somatischer, kognitiver und psychischer Beschwerden bei zugleich positiver Antwortverzerrung im



Sinne eines Impression Management mit einer Vielzahl möglicher Differentialdiagnosen bezüglich Ursachen dieser Funktionsstörung angegeben (act. G 29).

B.e Mit Stellungnahme vom 30. Januar 2017 führt die Beschwerdegegnerin aus, dass mit dem asim-Gutachten nun endgültig erstellt sei, dass sich der Beschwerdeführer beim Unfall vom 18. Juni 2008 kein Schädelhirntrauma, sondern lediglich eine Schädelprellung zugezogen habe. Dementsprechend habe die Adäquanzprüfung nicht nach der Schleudertrauma-, sondern nach der Psycho-Praxis per 30. November 2013 zu erfolgen. Es sei kein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den nach dem 30. November 2013 geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 18. Juni 2008 gegeben (act. G 33).

B.f Mit Stellungnahme vom 24. März 2017 führt der Beschwerdeführer aus, dass die Gutachter immer wieder frühere Unfälle (Sturz vom Baum 1973 und Autounfall 1986) erwähnen und behaupten würden, er habe bei diesen Unfällen (möglicherweise) ein Schädelhirntrauma erlitten. Dabei seien diese beiden Ereignisse nicht aktenmässig dokumentiert. Es sei verfehlt, von früheren Schädelhirntraumen zu sprechen, da sich die Gutachter dabei auf einen nicht erwiesenen Sachverhalt abstützen würden. Weiter hätten sich die Gutachter nicht mit dem extrem schweren gemischten obstruktiven zentralen Schlafapnoesyndrom auseinandergesetzt. Deshalb könne das Gutachten nicht als umfassend bezeichnet werden. Mittels des Gutachtens lasse sich nachweisen, dass der Fall zu früh abgeschlossen worden sei. Er habe Anspruch auf Taggelder bis zum Vorliegen des Gutachtens am 31. Dezember 2016 (act. G 38).

Erwägungen

1.

1.1 Streitig und zu prüfen ist die Frage, ob die Beschwerdegegnerin zurecht die Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 16. Juni 2008 per 30. November 2013 eingestellt (vgl. dazu das Bundesgerichtsurteil 8C_170/2015 vom 29. September 2015 E. 4.2), den Anspruch auf eine Invalidenrente verneint und eine Integritätsentschädigung von 5% zugesprochen hat.



1.2 Hinsichtlich der massgebenden rechtlichen Grundlagen für die Beurteilung der Leistungspflicht kann auf die Ausführungen des Entscheides vom 27. Januar 2015 (UV 2013/70, E. 2.2 ff.) bzw. die Ausführungen im Urteil des Bundesgerichts vom 29. September 2015 (8C_170/2015) verwiesen werden.

1.3 Zu ergänzen ist bezüglich der Beweiskraft von Gerichtsgutachten, dass das Gericht „nicht ohne zwingende Gründe“ von den Einschätzungen des medizinischen Experten abweicht. Auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat diesbezüglich erwogen, der Meinung eines von einem Gericht ernannten Experten komme bei der Beweiswürdigung vermutungsweise hohes Gewicht zu (BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen).

2.

2.1 Der Beschwerdeführer bringt gegen das asim-Gutachten vor, dass sämtliche beteiligten Gutachter immer wieder frühere Unfälle (Sturz vom Baum 1973 und Autounfall 1986) erwähnt und behauptet hätten, er hätte bei diesen Unfällen (möglicherweise) ein Schädelhirntrauma erlitten. Dabei seien diese beiden Ereignisse nicht aktenmässig dokumentiert. Wie die vorliegende Auseinandersetzung zeige, würden an den Nachweis eines Schädelhirntraumas sehr hohe Anforderungen gestellt und es genüge nicht, wenn ein Schädelhirntrauma in mehreren Arztberichten dokumentiert werde. Es sei deshalb erstaunlich, dass die Gutachter in Unkenntnis der früheren Unfallakten voreilig von (möglichen) früheren Schädelhirntraumen ausgingen. Dabei habe der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung und bereits mehrfach auch in der Vergangenheit ausgeführt, dass er sich beim Autounfall 1986 – im Unterschied zum Autounfall 2008 – keine Kopfverletzung zugezogen habe und dementsprechend kein Schädelhirntrauma diagnostiziert worden sei. Erst später habe Prim. Dr. C.____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, plötzlich von einem erlittenen Schädelhirntrauma 1986 gesprochen. Das Gleiche gelte für den Sturz im Jahre 1973. Damals, im Alter von zwölf Jahren, habe er nach einem Sturz vom Baum eine leichte Gehirnerschütterung erlitten. In den weiteren Akten sei, gestützt auf die Ausführungen von Dr. C.____, immer wieder von Schädelhirntraumen in früheren Jahren die Rede. Diese Unstimmigkeit sei fälschlicherweise von verschiedenen Ärzten übernommen worden. Vor diesem Hintergrund sei es verfehlt, von früheren Schädelhirntraumen zu



sprechen und die objektiv nachweislichen Signalanhebungen im MRI sukortikal frontal als vorbestehend einzuschätzen. Ferner werde bemängelt, dass sich die asim-Gutachter nicht mit dem extrem schweren gemischten obstruktiven zentralen Schlafapnoesyndrom auseinandergesetzt hätten. Ausser einer Erwähnung der Aussage des Suva-Arztes Dr. med. D.____, Neurologie FMH, wonach das Schlafapnoesyndrom nicht Folge des Kopfanpralls beim Unfall gewesen sein könne, fänden sich im Gutachten keine weiteren Ausführungen zur Unfallkausalität. Dies, obwohl das schwere Schlafapnoesyndrom aktenkundig sei. Die neuropsychologische Fachgutachterin gehe fälschlicherweise von einem obstruktiven und nicht von einem gemischten, d.h. einem obstruktiv zentralen Schlafapnoesyndrom aus. Bei der zentralen Schlafapnoe liege eine Fehlsteuerung im Atemzentrum des Gehirns vor. Der Beschwerdeführer leide seit dem Unfall unter Atemproblemen, welche in zahlreichen Arztberichten beschrieben würden. Aus den Berichten von Dr. med. univ. E.____, Facharzt für Innere Medizin, und vom Schlaflabor gehe hervor, dass die Schlafapnoe mit dem erlittenen Schädelhirntrauma zusammenhänge. Es wäre Aufgabe der Gutachter gewesen abzuklären, ob die Schlafapnoe nicht Folge eines erlittenen Schädelhirntraumas sei. Somit könne das Gutachten nicht als umfassend bezeichnet werden. Insgesamt beruhe es auf einem nicht bewiesenen Sachverhalt und sei unvollständig (act. G 38).

2.2 Der neurologische Gutachter führt in seinem Teilgutachten aus, dass im Austrittsbericht der Neurologie des F.____ vom 18. Februar 2003 mehrfache Schädeltraumen in Kindheit und Jugend sowie ein Hochttonabsenken links, möglicherweise durch eine Contusio labyrinthi (Schädelhirntrauma 1986) verursacht, aufgeführt seien. Im MRI vom 21. Januar 2003 (vgl. S. 2 und 11) hätten sich vereinzelt unspezifische Demyelinisierungsherde vor allem im subkortikalen Marklager gefunden. Weiter stellt er jedoch klar, dass der Unfall von 1986 nicht dokumentiert sei. Laut Angaben des Beschwerdeführers habe sich dieser damals keine Kopfverletzung zugezogen und es sei damals auch kein Schädelhirntrauma diagnostiziert worden, diese Diagnose sei erst viel später von Dr. C.____ gestellt worden. Eine stattgehabte Comotio cerebri / milde traumatische Hirnschädigung sei aufgrund der Amnesie und abgestützt auf die Plausibilität (das Fahrzeug habe sich mehrfach überschlagen und sei laut Angabe 60 Meter einen Hang hinuntergestürzt) zumindest möglich. Differentialdiagnostisch sei eine Amnesie im Rahmen eines Alkoholrausches zu erwähnen, die klare retro- und anterograde



Abgrenzung spreche aber eher dagegen. Das Gleiche gelte für den Sturz vom Baum 1973, wofür der Beschwerdeführer ebenfalls eine Amnesie angebe und wo vom damals behandelnden Arzt offenbar von einer „leichten Gehirnerschütterung“ gesprochen worden sei (act. G 29, neurologisches Fachgutachten, S. 12). Zudem bezieht sich der Gutachter bei der weiteren Beurteilung des Unfalls vom 18. Juni 2008 und bei der Feststellung, dass „nur“ ein Schädeltrauma im Sinne einer Contusio capitis und nicht eine Hirnverletzung, auch nicht eine milde im Sinne einer Commotio cerebri, stattgefunden habe, nicht weiter auf die Unfälle von 1973 und 1986 (vgl. act. G 29, neurologisches Fachgutachten, S. 14 f.). Insgesamt ist diesbezüglich im Gutachten kein Mangel zu erkennen, da der Gutachter die Akten korrekt wiedergegeben und die vom Beschwerdeführer angegebenen Punkte bezüglich der Unfälle von 1973 und 1986 aufgenommen hat und diese überdies für die Beurteilung der Auswirkungen des Unfalls vom 18. Juni 2008 nicht weiter herangezogen wurden. Seine Schlussfolgerungen sind plausibel. Der Nachweis, dass der Unfall vom 16. Juni 2008 überwiegend wahrscheinlich ein Schädelhirntrauma verursacht hat, misslingt dem Beschwerdeführer somit.

2.3

2.3.1 Knapp viereinhalb Jahre nach dem Unfall wurde beim Beschwerdeführer erstmals ein schweres gemischtes obstruktiv/zentrales Schlafapnoesyndrom nach Schädelhirntrauma diagnostiziert (Bericht der Abteilung Pulmologie, Schlaflabor, des Landeskrankenhauses G.____ vom 25. November 2012, Suva-act. 286). Hinweise auf mögliche Ursachen wurden seitens des Schlaflabors nicht abgegeben. Der Hausarzt des Beschwerdeführers Dr. E.____ führte im Bericht vom 3. Juli 2013 aus, dass der Beschwerdeführer unter einem extrem schweren gemischten obstruktiven/zentralen Schlafapnoesyndrom leide, welches sicherlich auch in erster Linie durch das Schädelhirntrauma ausgelöst worden sei (UV 2013/70, act. G 3.18). Diese Einschätzung begründete der Internist Dr. E.____, der offenbar nicht über spezifische pulmologische oder schlafmedizinische Kenntnisse verfügt, nicht. Er erwähnte lediglich, dass eine vorbestehende COPD aus der Geschichte her nicht bekannt gewesen sei. Dies reicht jedoch für den mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erbringenden Nachweis der Unfallkausalität der Schlafapnoe nicht aus.



2.3.2 Der Beschwerdeführer betont, dass bei der Form der zentralen Schlafapnoe eine Fehlsteuerung im Atemzentrum des Gehirns vorliege (act. G 38, S. 3 oben), und wirft den asim-Gutachtern vor, sie hätten zu Unrecht nicht abgeklärt, ob die Schlafapnoe nicht Folge eines erlittenen Schädelhirntraumas sei. Dr. D.____ kam in der neurologischen Beurteilung vom 20. Dezember 2012 zum Schluss, dass das im Landeskrankenhaus G.____ festgestellte „schwere, gemischt obstruktiv und zentrale Schlafapnoesyndrom“ nicht die Folge des Kopfanpralles anlässlich des Unfalles vom 18. Juni 2008 gewesen sein könne. Es habe nie ein Schädelhirntrauma von relevantem Ausmass mit in irgendeiner Weise nachweisbarem strukturellem Defizit oder auch Funktionsbeeinträchtigung stattgefunden, insoweit sei bereits die Annahme eines kausalen Konnexes verfehlt (Suva-act. 278, S. 11). Im asim-Gutachten wird das extrem schwere gemischte obstruktiv/zentrale Schlafapnoesyndrom unter den unfallfremden Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit erwähnt (act. G 29, S. 10 f.). Da die Gutachter zum Schluss kamen, dass sich der Beschwerdeführer beim Unfall vom 18. Juni 2008 ein Schädeltrauma im Sinne einer Schädelprellung mit einer RQW, jedoch keine Hirnverletzung im Sinne einer MTBI zugezogen habe, und sie somit eine Contusio capitis mit RQW frontal diagnostizierten (act. G 29, S. 10), kann das Schlafapnoesyndrom jedenfalls nicht auf ein anlässlich des Unfalls vom 18. Juni 2008 erlittenes Schädelhirntrauma zurückgeführt werden.

2.3.3 Weitere Abklärungen zur Frage, ob die erlittene Schädelprellung die Schlafapnoe verursacht haben könnte, drängen sich nicht auf. Es ist nämlich davon auszugehen, dass ein dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit genügender Beweis einer solchen Verursachung unmöglich ist. Dr. D.____ hatte bereits festgehalten, es sei bekannt, dass regelhaft ein schweres Schlafapnoesyndrom, welches durch Obstruktion im naso-pharygealen Bereich entstehe, auch Anteile eines nachweisbaren zentralen Apnoegeschehens mit sich bringe (Suva-act. 278, S. 11; zu Studien über die Koexistenz obstruktiver und zentraler Apnoen siehe SANDRA LEISTNER, Prävalenz des Komplexen Schlafapnoesyndroms, Inaugural-Dissertation Philipps-Universität Marburg, Marburg 2009, S. 20 f.). Die Ursachen sowohl der obstruktiven als auch der zentralen Schlafapnoe können offenbar vielfältig sein, die Zuordnung einzelner Ursachen ist kaum möglich. Naheliegenderweise sind denn auch Ätiologie und Pathophysiologie der kombinierten Form unklar (vgl. LEISTNER, a.a.O., S. 10 ff., insbes. S. 20). In den Akten finden sich keine konkreten Hinweise darauf, dass



aus medizinischer Sicht ein Zusammenhang zwischen einer Contusio capitis und der gemischten Schlafapnoe auch nur möglich ist; die Nachweisbarkeit eines solchen Zusammenhangs mit dem höheren Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist im konkreten Fall in antizipierender Beweiswürdigung zu verneinen. Diesbezüglich fällt nicht nur das zeitlich deutliche Auseinanderfallen von Unfall und Diagnosestellung ins Gewicht. Zu berücksichtigen ist auch die Vielschichtigkeit der vom Beschwerdeführer empfundenen Beeinträchtigungen und die hohe Komplexität der Ursachenermittlung, die sich aus dem ausführlichen asim-Gutachten insgesamt sehr anschaulich ergibt. Gemäss der neuropsychologischen Gutachterin des asim ist im Übrigen keineswegs klar abgrenzbar nur die Schlafapnoe für die von ihr auf ca. 20% geschätzte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verantwortlich. An erster Stelle erwähnte die Neuropsychologin die eingenommenen Psychopharmaka als die geistige Leistungsfähigkeit einschränkend (S. 20 und 26 des neuropsychologischen Gutachtens). Sie hielt zudem fest, dass die derzeit vorhandene Literatur keinen endgültigen Schluss darüber zulasse, ob und in welchem Ausmass kognitive Leistungseinbussen auf ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom zurückzuführen seien. Kontroverse Ergebnisse betreffen auch die Art der Leistungseinbussen (S. 20 f.). Weiter betonte sie, dass die von ihr erhobenen kognitiven Defizite ihrer Natur nach auch durch die vom neurologischen Teilgutachter diagnostizierte vaskuläre Encephalopathie (mit)bedingt sein könnten (S. 21 des neuropsychologischen Teilgutachtens). Der neurologische Gutachter hatte der vaskulären Encephalopathie (die bereits 2003 - also vor dem Unfall - als Verdachtsdiagnose erhoben, dann aber wieder verworfen worden war, vgl. S. 14 oben des neurologischen Gutachtens) keine Unfallkausalität zugeschrieben und den Risikofaktor der beim Beschwerdeführer seit längerem vorliegenden arteriellen Hypertonie erwähnt (S. 14 des neurologischen Teilgutachtens).

2.4 Zusammenfassend liegt die Unfallkausalität der Schlafapnoe höchstens im Bereich des Möglichen, ist also nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt und auch nicht erstellbar. Im Übrigen wäre auch der quantitative und qualitative Einfluss der Schlafapnoe auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht ausgewiesen. Es besteht Beweislosigkeit, deren Folgen nach der massgebenden Beweislastverteilung der Beschwerdeführer zu tragen hat. Seine Vorbringen vermögen insgesamt keine Zweifel an dem auf umfassenden Untersuchungen beruhenden, in Kenntnis der vollständigen Aktenlage und in Berücksichtigung des gesamten Leidensbildes



ergangenen, nachvollziehbaren asim-Gutachten hervorzurufen, weshalb auf dieses abgestellt werden kann.

3.

3.1 Gestützt auf das asim-Gutachten ist die Verursachung eines Schädelhirntraumas durch den Unfall vom 18. Juni 2008 zu verneinen. Somit kommt vorliegend die sogenannte Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) zur Anwendung. Die Prüfung der Adäquanz, d.h. der Fallabschluss, ist in diesem Fall in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 29. September 2015, 8C_170/2015, E. 5.2 mit Verweis auf BGE 134 V 109 E. 6.1). 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.). Auch aus dem asim-Gutachten ergibt sich keine davon abweichende Beurteilung. Aus somatischer Sicht ist der gesundheitliche Endzustand eingetreten, womit der Fallabschluss und die Prüfung der Adäquanz per 30. November 2013 nicht zu beanstanden ist. Ebenfalls ist somit die Einstellung der Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen per 30. November 2013 nicht zu beanstanden.

3.2 Bezüglich der Adäquanzprüfung gemäss der Psycho-Praxis kann auf die Ausführungen im Entscheid vom 27. Januar 2015 verwiesen werden (UV 2013/70, E. 6). Die Adäquanz ist zu verneinen, womit der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

3.3 Gemäss asim-Gutachten besteht weder ein physischer noch ein psychiatrischer Integritätsschaden (act. G 29, S. 17). Der Suva-Arzt Prof. Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, hielt in der Beurteilung vom 13. Januar 2011 fest, aus orthopädisch-traumatologischer Sicht bestehe ein Status nach stabiler ventraler



Kompressionsfraktur des 1. LWK, der in einem Kyphosewinkel von 14 Grad in der Sagittalebene konsolidiert sei. Auch in der Frontalebene habe sich ein allerdings geringfügigerer seitlicher Keilwirbel durch das Trauma eingestellt. Es bestünden belastungsabhängige Beschwerden, die in Ruhe meistens rasch wieder abklingen würden. Entsprechend dem bekannten Tabellenwerk der Suva stehe für den Status nach Frakturen im LWS-Bereich bei einem Kyphosewinkel von 10 bis 20 Grad bei mässigen Beanspruchungsschmerzen, in Ruhe selten oder keine, mit guter, rascher Erholung eine Integritätsentschädigung von 5 bis 10% zur Diskussion. Vorliegend sei die Symptomatik eher als gering einzustufen, weshalb die Einschätzung bei 5% anzusetzen sei. Diese Einschätzung ist plausibel. Somit ist die Integritätsentschädigung von 5% nicht zu beanstanden (vgl. im Übrigen die Ausführungen in UV 2013/70, E. 7).

4.

4.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 16. September 2013 abzuweisen.

4.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

4.3 Die im Gerichtsverfahren angefallenen Kosten des asim-Gutachtens im Umfang von Fr. 27'288.50 (Rechnung des Universitätsspitals Basel vom 12. Januar 2017 für das Gutachten der Kategorie E, act. G 31) zuzüglich der damit verbundenen und als angemessen zu beurteilenden Auslagen des Beschwerdeführers von Fr. 185.20 (Schreiben des Beschwerdeführers vom 10. Oktober 2016 mit Zusammenstellung der Kosten, act. G 28) sind durch die Beschwerdegegnerin zu tragen. Denn das Gerichtsgutachten und die entsprechenden Kosten wurden durch die gemäss Urteil des Bundesgerichts vom 29. September 2015 unvollständigen medizinischen Akten verursacht. Mit Blick auf die Untersuchungspflicht der Verwaltung ist dieser Mangel dem Risikobereich der Unfallversicherung zuzuschreiben. Daran ändert auch nichts, dass das Gerichtsgutachten erst auf Anordnung des Bundesgerichts hin eingeholt wurde, welches überdies auch den Umfang der zu begutachtenden Fragen festlegte (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2013, 8C_71/2013, E. 2.2.3).



4.4 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Rückweisung zur Neubeurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Es gilt (über den Wortlaut von Art. 61 lit. g ATSG hinaus) aber nach der Rechtsprechung der allgemeine Rechtsgrundsatz, dass jene Partei für die Kosten eines Verfahrens aufkommen muss, welches dieses verursacht hat (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 11. November 2002, U 150/02 E. 1.2; BGE 125 V 373). Es gilt also das Verursacherprinzip, das auch eine Parteientschädigung zu Lasten (selbst) der obsiegenden Behörde begründen kann (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Januar 2010, 9C_1000/09, mit Hinweisen). Die vorliegende Beschwerde wird abgewiesen, womit der Beschwerdeführer in diesem Verfahren unterliegt. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass dem Beschwerdeführer im Abweisungsentscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. Januar 2015 im Verfahren UV 2013/70 keine Parteientschädigung zugesprochen wurde. Dieser Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil vom 29. September 2015 wieder aufgehoben und die Sache wurde zur Einholung eines Gerichtsgutachtens an das Versicherungsgericht zurückgewiesen. Der Beschwerdeführer hat im ersten Verfahren vor dem Bundesgericht obsiegt, da die Sache zur Neubeurteilung zurückgewiesen wurde. Gemäss dem rechtskräftigen Bundesgerichtsentscheid hat die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz verletzt, womit ihr das Verursachen des Verfahrens UV 2013/70 anzulasten ist. Dementsprechend hat der Beschwerdeführer im Verfahren UV 2013/70 Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000 bis Fr. 12'000.--. Bei Rückweisung zur weiteren Abklärung, die praxisgemäss als volles Obsiegen gilt, wäre in einem mit dem Verfahren UV 2013/70 vergleichbaren Fall eine Entschädigung von pauschal Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Die Zusprache einer Entschädigung in dieser Höhe rechtfertigt sich folglich auch für das Verfahren IV 2013/70.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP



1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die im Gerichtsverfahren angefallenen Kosten des asim-Gutachtens von Fr. 27'288.50 zuzüglich der Auslagen des Beschwerdeführers von Fr. 185.20 werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

4.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer für das Verfahren UV 2013/70 eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.