



**Fall-Nr.:** UV 2017/101  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 11.02.2020  
**Entscheiddatum:** 16.09.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 16.09.2019**

**Art. 6, 10, 16, 19 und 24 UVG: Die Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) und die Abweisung des Gesuchs um Invalidenrente sowie Integritätsentschädigung erfolgten zu Recht, nachdem von weiteren ärztlichen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr zu erwarten war und die adäquate Unfallkausalität weggefallen ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. September 2019, UV 2017/101).**

#### **Entscheid vom 16. September 2019**

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Geschäftsnr.

UV 2017/101

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Amanda Guyot, GN Rechtsanwälte,  
St. Leonhard-Strasse 20, Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen



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

### **Beschwerdegegnerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Beat Frischkopf, Bahnhofstrasse 24, Postfach,  
6210 Sursee,

Gegenstand

### **Versicherungsleistungen**

### **Sachverhalt**

#### **A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ arbeitete als Baumaler für die B.\_\_\_\_ AG und war dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er am 10. Oktober 2014 auf einem Gerüst den Kopf an einem Metallteil anschlug. Dabei erlitt er eine Schnittwunde (Unfallmeldung vom 20. Oktober 2014, act. G 5.2.1). Durch den Aufprall an der Stirn habe er einen Schlag in die Wirbelsäule erlitten (act. G 5.2.7). Die Suva erbrachte in der Folge Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen (act. G 5.2.6). Eine am 23. Oktober 2014 durchgeführte MRT der Halswirbelsäule ergab als Befund: "Kleinvolumige mediolateral links gelegene Diskushernie C3/L4 mit begleitender Spondylose; eine winzige mediane Diskusprotrusion C4/5; eine breitbasige etwas rechtsbetonte Diskushernie C5/6 sowie eine breitbasige Diskusprotrusion C6/7; jeweils keine höhergradige Einengung des Spinalkanals oder der Neuroforamina; ein normales zervikales Myelon; kein Frakturachweis (act. G 5.2.15). Am 12. Januar 2015 berichtete Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, aus rheumatologischer Sicht habe er keine Hinweise auf eine Ursache der vom Versicherten geklagten "eigenartigen elektrisierenden Sensibilitätsstörungen vom Nacken in beide Arme und über den Thorax lateral und die ganzen Beine lateral bis zu den Füßen" gefunden. Allenfalls seien funktionelle Störungen möglich, wobei er den Versicherten bisher nie so kennengelernt habe (act. G 5.2.16; zur vorangegangenen



## St.Galler Gerichte

konsiliarischen Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, vom 18. Dezember 2014, worin ebenfalls keine Erklärung für die geklagten Leiden des Versicherten gefunden werden konnte, siehe act. G 5.2.25-2 ff.). Der Kreisarzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vertrat nach der Untersuchung vom 23. Februar 2015 die Ansicht, die vom Versicherten beklagten sensiblen Missempfindungen an den oberen und unteren Extremitäten hätten ätiologisch nicht zugeordnet werden können. Bei fehlenden Unfallfolgen sei spätestens nach Ausheilung der Kontusionsfolgen (vier Wochen nach dem Unfallereignis) eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu postulieren (kreisärztlicher Untersuchungsbericht vom 24. Februar 2015, act. G 5.2.32). Mit Verfügung vom 25. Februar 2015 stellte die Suva die bisherigen Leistungen (Heilbehandlung und Taggelder) per 9. November 2014 ein. Einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen verneinte sie (act. G 5.2.34). Die Verfügung blieb unangefochten.

**A.b.** Am 31. August 2015 erlitt der Versicherte einen Auffahrunfall (siehe Unfallmeldung der B.\_\_\_\_ AG vom 1. September 2015, act. G 5.3.1; zum Unfallhergang vgl. den Rapport der Stadtpolizei J.\_\_\_\_ vom 9. September 2015, act. G 5.3.27-2 ff., sowie die biomechanische Kurzbeurteilung der AGU Zürich vom 4. November 2015, act. G 5.3.37). Die gleichentags behandelnden medizinischen Fachpersonen der Zentralen Notfallaufnahme des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) stellten die Diagnose eines kraniozervikalen Beschleunigungstraumas (Arztzeugnis vom 15. September 2015, act. G 5.3.11). Die Suva erbrachte wiederum Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen für die Unfallfolgen (vgl. act. G 5.3.2). Am 4. Oktober 2015 berichtete Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt u.a. für Allgemeinmedizin, der Versicherte leide an Schmerzen im Nacken und im ganzen Rücken, über der Brust im Verlauf des Sicherheitsgurts und im Kieferbereich, an einer Nausea sowie an Dysästhesien in beiden Unterarmen. Der Versicherte sei seit 31. August 2015 zu 100% arbeitsunfähig (act. G 5.3.35-6). In der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 4. November 2015 gelangten die Abklärungspersonen der AGU Zürich zur Auffassung, dass die anschliessend an das Ereignis vom 31. August 2015 beim Versicherten festgestellten von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall



eher nicht erklärbar seien. Unter Berücksichtigung der Krankengeschichte wäre ein kurzzeitiges Aufflammen von früheren Beschwerden jedoch vorstellbar (act. G 5.3.37).

**A.c.** Die medizinischen Fachpersonen der Rehaklinik Bellikon stellten anlässlich des ambulanten Assessments vom 18. November 2015 insgesamt eine erhebliche Symptomausweitung fest. Unter Berücksichtigung der vorgeschlagenen Therapieempfehlungen, im Hinblick auf den bisherigen Verlauf und die aktuellen Resultate spräche nichts gegen eine schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit (act. G 5.3.52). Dr. F.\_\_\_\_ ersuchte die Suva am 6. Januar 2016, möglichst rasch einen Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon zu veranlassen. Die jetzige familiäre Situation erlaube keine erfolgreiche Behandlung. Es sei nur von Vorteil, wenn der Versicherte aus dem Familienkreis herausgenommen werden könne (act. G 5.3.58-2). Der Kreisarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, befürwortete eine stationäre Rehabilitation "mit der Auflage, dass er [der Versicherte] nach Austritt aus der RKB zu mindestens 50% arbeitsfähig geschrieben werde" (Bericht zur Besprechung vom 6. Januar 2016, act. G 5.3.59). Vom 18. Januar bis 8. März 2016 befand sich der Versicherte zur stationären Behandlung in der Rehaklinik Bellikon. Die dort behandelnden medizinischen Fachpersonen diagnostizierten: einen (Status nach) Unfall vom 31. August 2015 mit/bei HWS-Distorsion QTF 1, Kontusion der linken Schulter und Kontusion des Rückens; einen paroxysmalen Lagerungsschwindel sowie eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22). Die festgestellte psychische Störung begründe keine arbeitsrelevante Leistungsminderung. Die angestammte Tätigkeit als Maler und auch andere schwere Arbeiten seien dem Versicherten "aus unfallkausaler Sicht" ganztags zumutbar; spezielle Einschränkung: aktuell ohne Ersteigen von Leitern. Nach längerer Abwesenheit vom Arbeitsplatz sei eine Wiedereingliederung mit anfänglich reduzierter Leistung vorgesehen: 50%ige Arbeitsfähigkeit ab 14. März 2016 mit ganztägiger Präsenz und halber Leistung (Austrittsbericht vom 11. März 2016, act. G 5.3.92).

**A.d.** Am 25. April 2016 schrieb die Suva Dr. F.\_\_\_\_, bekanntlich sei sie seinem Wunsch nach einer stationären Behandlung des Versicherten nachgekommen unter der Voraussetzung, dass nach dem stationären Aufenthalt in Bellikon eine rasche Steigerung der Arbeitsfähigkeit erfolgen werde. Nach Rücksprache mit der



Arbeitgeberin sei dies bisher leider noch nicht der Fall. Die Leistung betrage noch immer bescheidene 25%. Sie ersuchte Dr. F.\_\_\_\_ um Mitteilung, wann die Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 50% vorgesehen sei (act. G 5.3.105). Daraufhin berichtete Dr. F.\_\_\_\_ am 1. Mai 2016, der Verlauf sei protrahiert. Der Versicherte sei vorläufig mit 25% Leistung an der oberen Leistungsgrenze (act. G 5.3.110).

**A.e.** Die medizinischen Fachpersonen der Klinik für Neurologie am KSSG gaben im Bericht zur "Schwindelsprechstunde" vom 3. Mai 2016 an, gestützt auf die anamnestischen Angaben und den ansonsten unauffälligen klinisch-neurologischen Untersuchungsbefund sei eine somatoforme Genese der vom Versicherten beklagten Schwindelsymptomatik naheliegend (act. G 5.3.122). Am 7. Juni 2016 nahm Dr. G.\_\_\_\_ eine kreisärztliche Abschlussuntersuchung vor. In seiner Beurteilung vom 9. Juni 2016 gelangte er zum Schluss, strukturelle Veränderungen der Halswirbelsäule und neurologische Symptome hätten als Folge des craniocervicalen Beschleunigungstraumas vom 31. August 2015 ausgeschlossen werden können. Aufgrund der unfallunabhängig vorbestehenden Verschleisserkrankung der Halswirbelsäule bei bereits erlittener Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule ohne strukturelle richtungsgebende Komponenten im Jahr 2014 seien der protrahierte Verlauf und die Restbeschwerden wie bewegungsabhängiger Schwindel und passagere myogene Verspannungssymptome, Kopfschmerzen und schmerzhaftes Bewegungseinschränkungen auch über einen Zeitraum von 12 Monaten erklärbar. Mit dem Versicherten sei eine Steigerung der Reintegration in das Arbeitsleben bis zum Erreichen der vollständigen Arbeitsfähigkeit bis Ende August 2016 besprochen worden (act. G 5.3.130). Bildgebende Abklärungen in der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin am KSSG vom 8. Juni 2016 ergaben ein altersentsprechend normales kraniocerebrales Kernspintomogramm und MR-Angiogramm der intrakraniellen hirnzuführenden Gefässe (act. G 5.3.131). Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie, berichtete am 20. Juni 2016 gestützt auf eine Untersuchung vom 16. Juni 2016, es lägen keine organischen Unfallfolgen vor und es hätten keine unfallbedingten strukturellen Läsionen festgestellt werden können. Kernspintomographisch hätten degenerative HWS-Veränderungen festgestellt werden können. Folge davon sei ein cervico-spondylogenes Syndrom (act. G 5.3.138, insbesondere S. 4 f.). Im Bericht vom 21. September 2016 führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, der Versicherte leide an einem chronisch-



cervical-betonen Panvertebralsyndrom mit cervico-cephaler und cervico-brachialer Komponente (Schwindel, Kopfschmerzen), rezidivierenden akuten Entzündungsschüben einzelner kleiner bis grosser Gelenke seit 1996 (wahrscheinlich Kristall-Arthropathie) und einer Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt. Zur Zeit habe er keine neuen Therapievorschläge (act. G 185).

**A.f.** Die Suva teilte der Arbeitgeberin am 11. Oktober 2016 mit, weil der Versicherte seit seiner Entlassung aus der Rehaklinik Bellikon am 8. März 2016 die Arbeitsleistung nicht über 25% habe steigern können und sie (die Arbeitgeberin) nicht von einer Erhöhung ausgehe, müsse der Eingliederungsversuch als definitiv gescheitert betrachtet werden, sodass der Fallabschluss bevorstehe (act. G 5.3.194). Der Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_ vertrat in der Stellungnahme vom 18. Oktober 2016 die Auffassung, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei davon auszugehen, dass die vom Versicherten noch beklagte Beschwerdesymptomatik in keinem kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehe, sondern ausschliesslich unfallunabhangigen Faktoren geschuldet sei. Da von einer namhaften Verbesserung der Unfallfolgen nicht mehr ausgegangen werden könne, sei der Schadenfall abzuschliessen (act. G 5.3.198).

**A.g.** Der behandelnde med. prakt. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 13. Oktober 2016 aus, es seien wieder körperbezogene Ängste und eine bersensibilitt gegenüber eigenen Körperwahrnehmungen entstanden, die durch Angst verzerrte Wahrnehmung als pathologisch, belastend und gefährlich erlebt würden. Eine ähnliche Symptomatik habe der Versicherte bereits schon nach dem ersten Unfall im Jahr 2014 erlebt. Die Beschwerden seien durch die Behandlung im Jahr 2015 vollständig abgeklungen. Bei wiederholten Ereignissen müsse mit einer Gefahr der Chronifizierung gerechnet werden. Auch deswegen sei eine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung unentbehrlich gewesen. Der Versicherte zeige perfektionistische Persönlichkeitszüge. Deswegen seien die Unfallereignisse so störend und mit dem angestrebten Idealbild nicht vereinbar. Die Behandlung habe sich bis jetzt erfolversprechend gestaltet. Die Prognose sei positiv (act. G 5.3.200). Die Suva teilte dem behandelnden Psychiater am 18. Oktober 2016 mit, obwohl nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung die Kausalität einer psychischen Dekompensation mehr als ein halbes Jahr nach einem eher leichten Unfall



grundsätzlich zu verneinen sei, sei sie bereit, die psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung des Versicherten ab dem 7. April 2016 zu übernehmen (act. G 5.3.201).

**A.h.** Mit Verfügung vom 16. November 2016 stellte die Suva die Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen per 30. November 2016 ein. Das Gesuch um eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung wies sie mangels adäquater Unfallfolgen ab (act. G 5.3.215). Dagegen erhob der Versicherte am 23. Dezember 2016 Einsprache (act. G 5.3.219) und reichte verschiedene ärztliche Berichte ein (act. G 5.3.219-17 ff.). Am 10. August 2017 teilte der Versicherte der Suva mit, während der rund 7 Monate dauernden Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung bei seiner Arbeitgeberin habe die Arbeitsfähigkeit wesentlich gesteigert werden können. Von Dezember 2016 bis Ende Juni 2017 habe die Arbeitsfähigkeit auf eine Leistungsfähigkeit von 75% bei zeitlich voller Präsenz gesteigert werden können. Der Arbeitsvertrag sei entsprechend angepasst worden (act. G 5.3.240).

**A.i.** Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die PMEDA Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen, Zürich, am 11. Mai 2017 gestützt auf Untersuchungen im Februar 2017 ein polydisziplinäres (internistisches, neurologisches, orthopädisches und psychiatrisches) Gutachten. Die Experten vertraten die Auffassung, es bestünden ein möglicher residueller paroxysmaler Lagerungsschwindel, degenerative spinale zervikale Veränderungen mit eingeschränkter Belastbarkeit der Halswirbelsäule und eine remittierte depressive Episode. Wie bereits früher beschrieben, hätten auch in der aktuellen Begutachtung Diskrepanzen und Inkonsistenzen bestanden, sodass ein aggravierter Störungsanteil zu berücksichtigen sei. Für die angestammte Tätigkeit bescheinigten die PMEDA-Experten dem Versicherten eine 40%ige und für leidensangepasste Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (act. G 5.3.244, insbesondere S. 40 ff.).

**A.j.** Mit Einspracheentscheid vom 20. Oktober 2017 hiess die Suva die Einsprache teilweise gut, und sprach dem Versicherten Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen bis zum 28. Februar 2017 zu. Im Übrigen wies sie die Einsprache ab (act. G 5.3.246).



### B.

**B.a.** Gegen den Einspracheentscheid vom 20. Oktober 2017 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 22. November 2017. Der Beschwerdeführer beantragt darin dessen Aufhebung. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen, insbesondere Taggeld und Heilbehandlung, rückwirkend ab 1. März 2017 weiterhin zu erbringen. Des Weiteren sei ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten zur Festlegung des medizinischen Endzustands einzuholen. Auf diesen Zeitpunkt hin sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm eine Rente von mindestens 25% auszurichten sowie eine allfällige Integritätsentschädigung zu prüfen. Eventualiter sei die Sache zu weiteren medizinischen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, wobei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten sei, über ihn ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Der Beschwerdeführer bestreitet im Wesentlichen den Zeitpunkt der Leistungseinstellung und der Rentenprüfung. Ein medizinischer Endzustand sei frühestens beim Abschluss der beruflichen Massnahmen per Ende Juni 2017 eingetreten. Der genaue Zeitpunkt bleibe medizinisch abklärungsbedürftig. Das PMEDA-Gutachten könne aufgrund eines grundlegend anderslautenden Abklärungsauftrags der Invalidenversicherung keine Entscheidungsgrundlage für die unfallversicherungsrechtliche Leistungsprüfung bilden. Die Gutachter hätten auch wesentliche Gesichtspunkte ausser Acht gelassen, womit deren Beurteilung unvollständig sei. Die Kriterien nach BGE 134 V 109 seien erfüllt, womit ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und einer Invalidität sowie einem Integritätsschaden bestehe (act. G 1).

**B.b.** In der Beschwerdeantwort vom 15. Februar 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei (act. G 5).

**B.c.** Der Beschwerdeführer hält in der Replik vom 13. März 2018 unverändert an seinen Anträgen fest (act. G 7).

**B.d.** In der Duplik vom 11. April 2018 hält die Beschwerdegegnerin ihrerseits unverändert am gestellten Antrag fest (act. G 9).



### Erwägungen

#### 1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen sind die Leistungsansprüche des Beschwerdeführers gegenüber der Beschwerdegegnerin. Einerseits ist die Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld), andererseits die Abweisung des Gesuchs der Leistungen für Dauerschäden (Invalidenrente und Integritätsentschädigung) umstritten.

**1.1.** Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden, nachdem die Folgen des Ereignisses vom 31. August 2015 strittig sind, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

**1.2.** Die versicherte Person hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG). Laut Art. 16 Abs. 1 UVG hat sie Anspruch auf ein Taggeld, wenn sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) ist. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin. Ist von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr zu erwarten, wird jedoch der Entscheid der Invalidenversicherung über die berufliche Eingliederung erst später gefällt, so wird vom Abschluss der ärztlichen Behandlung an vorübergehend eine Rente ausgerichtet; diese wird aufgrund der in diesem Zeitpunkt bestehenden Erwerbsunfähigkeit festgesetzt (Art. 30 Abs. 1 UVV). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Sie wird mit der



Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 Satz 1 UVG).

**1.3.** Die Unfallkausalität bildet Anspruchsvoraussetzung für sämtliche Versicherungsleistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. dazu BGE 129 V 181 f. E. 3.1 f.). Für die Beantwortung der Frage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist.

**1.4.** Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder dessen Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a).

## 2.

Mit Blick auf die von der Beschwerdegegnerin per 1. März 2017 angeordnete Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) ist zunächst zu prüfen, ob in diesem Zeitpunkt von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden konnte (Art. 19 Abs. 1 UVG). Denn mit dem Abschluss der medizinischen Eingliederung bzw. dem Erreichen eines stabilen medizinischen Endzustands fällt der Anspruch auf vorübergehende Leistungen dahin (vgl. BGE 134 V 115 E. 5 zu Beginn). Nicht relevant für die Einstellung der vorübergehenden Leistungen ist, ob allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung bereits abgeschlossen waren (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Mai 2009, 8C\_306/2009, E. 4.3).

**2.1.** Der Begriff der ärztlichen Behandlung setzt eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands gerichtete Vorkehr voraus. Blosser ärztliche Verlaufskontrollen, manualtherapeutische Behandlungen und vergleichbare Vorkehrungen erfüllen dieses Erfordernis nicht. Der Begriff "namhaft" bringt zum Ausdruck, dass die durch weitere Heilbehandlung zu



erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende sowie nur vorübergehende Verbesserungen des Gesundheitszustands oder Verbesserungen allein der Befindlichkeit genügen diesem Erfordernis nicht. Weder die blosser Möglichkeit eines positiven Resultats einer weiteren ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Heilmassnahmen zu erwartender, nur unbedeutender therapeutischer Fortschritt geben Anspruch auf deren Durchführung. Dies gilt ebenfalls für Massnahmen, die lediglich der Symptombekämpfung dienen und nicht auf die Heilung des Gesundheitsschadens gerichtet sind. Für den Abschluss der medizinischen Behandlung ist ein Dahinfallen jeglichen Bedarfs an Heilbehandlung somit nicht vorausgesetzt (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts vom 22. September 2016, 8C\_306/2016, E. 5.3, vom 27. Mai 2010, 8C\_29/2010, E. 4.2, und vom 2. Mai 2014, 8C\_888/2013, E. 4.2.2).

**2.2.** Vorliegend kann hinsichtlich der Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) offenbleiben, ob am 1. März 2017 überhaupt noch ein natürlich unfallkausaler Gesundheitsschaden vorlag, da spätestens zu diesem Zeitpunkt der medizinische Endzustand erreicht war.

**2.2.1.** Die therapeutischen Empfehlungen des Kreisarztes im Abschlussuntersuchungsbericht vom 9. Juni 2016 beschränkten sich auf die Durchführung von "physiotherapeutischen und krankengymnastischen sowie manualtherapeutischen Behandlungen" und von eigenständigen Bewegungsübungen und Spaziergängen in der freien Natur (act. G 5.3.130-5). Eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands gerichtete ärztliche Behandlungsmassnahme kann darin nicht erblickt werden. In damit zu vereinbarender Weise berichtete Dr. C.\_\_\_\_ am 21. September 2016, er habe keine neuen Therapievorschläge. Er habe den Beschwerdeführer "ermuntert, den Mut nicht zu verlieren und so weiterzufahren" (act. G 5.3.185-3). Die spätere Verneinung des medizinischen Endzustands durch Dr. C.\_\_\_\_ steht in Widerspruch hierzu und wurde auch nicht nachvollziehbar begründet. Zweifel an der Bejahung weckt überdies die Eindeutigkeit ("ist sicher nicht erreicht"), mit der sich Dr. C.\_\_\_\_ ausdrückt, zumal er selbst angibt, "die Prognose ist schwierig" und das Ausmass könne er nicht voraussagen. Ferner stützte er die Prognose allein auf die bisherige langsame, aber stetige Besserung der Beschwerden. Entscheidend ist ausserdem, dass sich seine Therapieempfehlungen auf "Physiotherapie/medizinische Trainingstherapie" beschränkten (act. G 5.3.219-31).



**2.2.2.** Die von Dr. H.\_\_\_\_ im Bericht vom 20. Juni 2016 erwähnte wöchentliche Physiotherapie und die im selben Rhythmus durchgeführte Therapie beim Chiropraktiker bezogen sich auf die spondylogenen Symptome (act. G 5.3.118-5), denen aber ein degeneratives und damit unfallfremdes Leiden zugrunde liegt (act. G 5.3.118-4 unten), womit sich Weiterungen zum ärztlichen Charakter und Verbesserungspotenzial dieser Massnahmen im unfallversicherungsrechtlichen Kontext erübrigen. Vor diesem Hintergrund leuchtet ein, dass der Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_ am 18. Oktober 2016 die Auffassung vertrat, es könne von keiner namhaften Verbesserung der Unfallfolgen mehr ausgegangen werden (act. G 5.3.198-2).

**2.2.3.** Wie aus dem Bericht von med. prakt. I.\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2016 hervorgeht, diene die beim ihm durchgeführte bisherige Behandlung nicht (mehr) der Verbesserung eines unfallbedingten Gesundheitsschadens. Im Fokus der Behandlung standen die perfektionistischen Persönlichkeitszüge des Beschwerdeführers und sein (unfallfremdes) subjektives somatisch orientiertes Krankheitskonzept. Die Fortführung der Behandlung hatte primär die Befindlichkeit des Beschwerdeführers zum Inhalt und keinen objektiv ausgewiesenen Gesundheitsschaden. Prospektiv hielt med. prakt. I.\_\_\_\_ denn auch hauptsächlich fest, der Beschwerdeführer solle genug Zeit und Unterstützung bekommen, um wieder ein Gefühl der Sicherheit und des Vertrauens aufbauen zu können (act. G 5.3.200-2). Bereits aus dem Bericht vom 14. Juli 2016 lässt sich entnehmen, dass Gegenstand der Behandlung bei med. prakt. I.\_\_\_\_ der in Reaktion auf die Eingliederungsbemühungen der Beschwerdegegnerin vom Beschwerdeführer empfundene "soziale Schmerz" infolge fehlender Wertschätzung und damit eine von ihm empfundene Kränkung und eben kein (unfallbedingter) Gesundheitsschaden im Vordergrund stand (act. G 5.3.200-6). Dabei ist weiter zu beachten, dass die Leidensdarstellung des Beschwerdeführers stark von einer erheblichen Symptomausweitung (siehe etwa act. G 5.3.52-1 und -11, act. G 5.3.138-4) und von Inkonsistenzen (act. G 5.3.52-11 und act. G 5.3.138-4; siehe zum Ganzen auch act. G 5.3.244-40 f.) geprägt war. Ins Bild passt denn auch und es stellt den subjektiven Leidensdruck des Beschwerdeführers in Frage, dass trotz der vom Beschwerdeführer angegebenen Medikation (act. G 5.3.244-26) im von den PMEDA-Gutachtern veranlassten Laborbefund keine wirksamen Spiegel festgestellt werden konnten (act. G 5.3.244-31). Nichts anderes gilt hinsichtlich des Berichts vom 29. November 2016. Darin erwähnte med. prakt. I.\_\_\_\_, aktuell laufe noch die ambulante psychiatrische und delegierte psychotherapeutische Behandlung, um "eine emotionale Entlastung zu verschaffen, besseres Verständnis für die psychosomatischen Zusammenhänge zu erreichen, um am Ende eine bessere emotionale Regulation der



anankastischen Persönlichkeitsstruktur zu ermöglichen" (act. G 5.3.219-19). Zudem geht daraus nochmals deutlich hervor, dass die Behandlung bei med. prakt. I.\_\_\_\_ nicht der namhaften Verbesserung eines Gesundheitsschadens diene und er eine eigenständige, mit dem Gesetz (Art. 19 Abs. 1 UVG) nicht in Einklang zu bringende Interpretation des medizinischen Endzustands vertrat. Dieser "würde im Idealfall nicht nur und in erster Linie eine berufliche Reintegration beinhalten, sondern auch das Funktionieren des Individuums auf interpersoneller Ebene im Bereich der Familie sowie auch einen guten Umgang mit sich selber inklusive mit den eigenen Bedürfnissen [...]". Seine nachfolgenden Empfehlungen beziehen sich überdies ausschliesslich auf die berufliche Eingliederung (act. G 5.3.219-19). Letztlich hatte die Behandlung bei med. prakt. I.\_\_\_\_ im Wesentlichen die Bestätigung der nicht nachvollziehbaren, inkonsistenten Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers bzw. seine mit sozioökonomischen Vorteilen verbundene "Opferrolle" (act. G 5.3.219-21) zum Gegenstand. Hierauf deutet letztlich auch der Umstand hin, dass sich beim Beschwerdeführer - nachdem sich während längerer Zeit des unfallversicherungsrechtlichen Leistungszuflusses keine namhafte Besserung seiner Einsatzbereitschaft zeigte - umgehend nach der angeordneten Leistungseinstellung eine starke Erhöhung der Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz einstellte, ohne dass eine gesundheitliche Verbesserung ausgewiesen wäre (vgl. hierzu das Verlaufsprotokoll Eingliederungsberatung der IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Einträge vom 12. Dezember 2016 und vom 28. März 2017, act. G 7.1, worin der Beschwerdegegnerin seitens der IV-Stelle im Übrigen vorgeworfen wird, zu wenig Druck auf den Beschwerdeführer ausgeübt zu haben).

**2.2.4.** Hinzu kommt, dass der psychiatrische PMEDA-Gutachter eine Fortführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung lediglich im Sinn einer "Rezidivprophylaxe" empfahl (act. G 5.3.244-37). Hinweise auf ärztliche Behandlungsmöglichkeiten, die eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands erwarten lassen würden, lassen sich dem Gutachten nicht entnehmen. Es wurde im Wesentlichen eine Revision der Medikation empfohlen, da der Laborbefund gegen eine Compliance spreche (siehe etwa act. G 5.3.244-43).

**2.2.5.** Im Licht dieser Umstände ist davon auszugehen, dass spätestens am 28. Februar 2017 von der Fortsetzung einer ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers mehr erwartet werden konnte. Die Einstellung der Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen per 1. März 2017 erweist sich somit als rechters.



### 3.

Des Weiteren ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu prüfen.

**3.1.** Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid im Einklang mit den medizinischen Akten zutreffend dar, dass am 1. März 2017 keine unfallkausalen objektivierbaren Beschwerden im Sinn von strukturell hinreichend nachweisbaren Veränderungen vorliegen (act. G 5.3.246-9). Darauf ist zu verweisen, zumal der Beschwerdeführer ebenfalls von einem schleudertraumaäquivalenten Gesundheitsschaden ausgeht (siehe etwa act. G 1, Rz 44 und Rz 52).

**3.2.** Offenbleiben kann, ob im Zeitpunkt der Rentenprüfung vom 1. März 2017 überhaupt ein invalidisierender Gesundheitsschaden (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nachgewiesen ist (siehe hierzu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 418) und ob ein solcher in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit einem versicherten Unfallereignis steht. Denn selbst wenn diese Fragen bejaht würden, so fehlte es jedenfalls an der adäquaten Kausalität, wie nachfolgend dargestellt wird (E. 3.3). Vor diesem Hintergrund erübrigen sich Ausführungen zu den vom Beschwerdeführer beantragten medizinischen Abklärungsmassnahmen.

**3.3.** Es kann offenbleiben, ob die Adäquanzprüfung gemäss BGE 134 V 109 oder BGE 115 V 133 zu erfolgen hätte, da selbst wenn auf die für den Beschwerdeführer günstigere Variante (BGE 134 V 109) abgestellt würde, kein anderes Ergebnis resultierte.

**3.3.1.** Zunächst ist die eingehend von der Beschwerdegegnerin begründende Qualifikation des Ereignisses vom 31. August 2015 als mittelschweres Ereignis an der Grenze zu den leichten Unfällen (act. G 5.3.246-12) nicht zu beanstanden. Sie deckt sich mit der Rechtsprechung in vergleichbaren Fällen (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts vom 21. Mai 2019, 8C\_117/2019, E. 7.1, und vom 14. August 2019, 8C\_419/2019, E. 6). Der Beschwerdeführer hat diese Einschätzung auch nicht substantiiert in Frage gestellt (vgl. etwa act. G 1, Rz 52). Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs müssten demnach mindestens vier der sieben Kriterien oder eines in besonders ausgeprägter Weise vorliegen (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Mai 2019, 8C\_117/2019, E. 7.1 am Schluss mit Hinweisen).

**3.3.2.** Die in die Adäquanzbeurteilung einzubeziehenden Kriterien lauten: besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; erhebliche Beschwerden; ärztliche Fehlbehandlung,



welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen (BGE 134 V 130 E. 10.3).

**3.3.3.** Die Beschwerdegegnerin hat ausführlich und zutreffend dargelegt, weshalb die Kriterien nicht bzw. zumindest nicht in einem Ausmass erfüllt sind, das die Bejahung der adäquaten Kausalität zuliesse (act. G 5.3.246-12 f.). Darauf kann verwiesen werden. Besonders dramatische Begleitumstände und eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls sind zu verneinen. Schlechterdings nicht nachvollziehbar aufgrund des Geschehensablaufs ist die Auffassung von med. prakt. I.\_\_\_\_, "der Unfall [habe] als direkte, unvorausehbare Lebensgefahr" erhebliche Angst und Unsicherheit ausgelöst (act. G 5.3.219-19 oben; zum Unfallhergang vgl. den Rapport der Stadtpolizei J.\_\_\_\_ vom 9. September 2015, act. G 5.3.27-2 ff., sowie die biomechanische Kurzbeurteilung der AGU Zürich vom 4. November 2011, act. G 5.3.37). Entgegen der Sichtweise des Beschwerdeführers sind gerade keine ernsthaften Anstrengungen und eine Motivation, die Arbeitsfähigkeit - soweit unfallbedingt beeinträchtigt - zu steigern, ausgewiesen. Vielmehr geht aus den Akten hervor, dass seine Krankheitsüberzeugung, die mit erheblicher Symptomausweitung und zahlreichen Inkonsistenzen verbunden war, einer schnellen Wiedereingliederung im Weg stand und erst auf erhöhten Druck der IV-Stelle hin eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit gelang. Zuvor hatte der Beschwerdeführer lange Zeit in der Opferrolle verharrt und jegliche Eingliederungsaufforderungen seitens der Beschwerdegegnerin offenbar als Kränkung empfunden, worauf er mit Widerstand reagierte (siehe zum Ganzen vorstehende E. 2.2.3 mit u.a. Hinweisen auf die IV-Akten; vgl. auch act. G 5.3.219-19 unten). Es sind auch keine besonders schweren Verletzungen oder erheblichen unfallbedingten Dauerbeschwerden nachgewiesen. Vielmehr bestehen eindeutige Hinweise auf eine erhebliche Symptomausweitung und Inkonsistenzen in der Leidenspräsentation (siehe vorstehende E. 2.2.3). Der Heilverlauf war ebenfalls von der Kränkung und Krankheitsüberzeugung sowie den damit verbundenen Widerständen des Beschwerdeführers (siehe hierzu act. G 5.3.219-19 unten) dominiert und nicht von einem natürlich unfallkausalen Gesundheitsschaden. Eine fortgesetzte belastende ärztliche Behandlung ist ebenfalls nicht ausgewiesen, dafür eine mangelhafte Compliance des Beschwerdeführers (siehe etwa act. G 5.3.244-43). Der frühere Unfall vom 10. Oktober 2014 fällt bei der Adäquanzbeurteilung nicht ins Gewicht, vermochte der Beschwerdeführer doch noch vor dem zweiten Unfallereignis wieder seine bisherige Leistungsfähigkeit zu erreichen (act. G 5.3.22-1 oben).



**3.3.4.** Unter diesen Umständen hat der Beschwerdeführer mangels eines adäquat unfallkausalen gesundheitlichen Dauerschadens keinen Anspruch auf eine Rente.

**4.**

Bei vorliegend fehlendem adäquaten Kausalzusammenhang zwischen Unfall und geltend gemachten Gesundheitsschaden besteht hierfür auch kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung (Urteil des Bundesgerichts vom 14. September 2011, 8C\_101/2011, E. 5).

**5.**

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.