

# **BGer 8C 350/2018 vom 20. August 2018**

Bundesgericht, 2018-08-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_8C\\_350\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_350_2018)

FR: TF 8C 350/2018 du 20 août 2018

IT: TF 8C 350/2018 del 20 agosto 2018

## **Regeste**

Unfallversicherung (Invalidenrente; Arbeitsunfähigkeit) | Unfallversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzungen gemäss Art. 95 und 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an ( Art. 106 Abs. 1 BGG ). Es ist folglich weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden; es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen und es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen. Immerhin prüft das Bundesgericht, unter Berücksichtigung der allgemeinen Pflicht zur Begründung der Beschwerde ( Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG ), grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind ( BGE 141 V 234 E. 1 S. 236 mit Hinweisen).

### **E. 1.2**

Im Beschwerdeverfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Militär- oder Unfallversicherung ist das Bundesgericht nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden ( Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG ).

### **E. 2.1**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht den Einspracheentscheid der Suva vom 2. November 2016 bestätigte, wonach die vorübergehenden Leistungen auf den 31. Dezember 2014 einzustellen waren und ab 1. Januar 2015 ein Anspruch auf eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 17 % sowie eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von 7,5 % besteht.

### **E. 2.2**

Das kantonale Gericht hat die rechtlichen Grundlagen hinsichtlich der Voraussetzungen des Fallabschlusses ( Art. 19 Abs. 1 UVG ; BGE 134 V 109 E. 4 S. 113 ff.) und des Beweiswertes von Arztberichten (134 V 231 E. 5.1 S. 232 mit Hinweis) richtig dargelegt. Darauf wird verwiesen. Zu ergänzen ist, dass externen Beurteilungen, die nach Art. 44 ATSG im Verwaltungsverfahren eingeholt wurden, volle Beweiskraft zuzuerkennen ist, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Für die Beurteilung der Streitsache in zeitlicher Hinsicht massgebend ist sodann der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des Einspracheentscheides (hier: vom 2. November 2016) verwirklicht hat ( BGE 130 V 445 E.

1.2 S. 446; SVR 2014 IV Nr. 6 S. 25, 9C\_656/2013 E. 3.1; vgl. auch BGE 134 V 392 E. 6 S. 397 mit Hinweis).

### **E. 3.1**

Die Vorinstanz mass den gutachterlichen Beurteilungen der MEDAS-Experten vom 27. Dezember 2012 und 28. Mai 2014 wie auch dem Bericht vom 17. Februar 2014 über die neurochirurgische Nachbegutachtung Beweiswert bei und stellte gestützt darauf fest, in einer angepassten Tätigkeit bestehe drei bis vier Monate nach der letztmals im Mai 2014 erfolgten Beurteilung, mithin ab September 2014, eine volle Arbeitsfähigkeit. Den Einwand des Beschwerdeführers, wonach die vorübergehenden Leistungen zu früh eingestellt worden seien, erachtete sie als nicht stichhaltig. Sodann seien keine Gründe ersichtlich, die einen 15 % übersteigenden Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen würden. Weiter bestehe gemäss ärztlicher Feststellung eine Integritätseinbusse von 7,5 %. Eine höhere Einbusse werde vom Beschwerdeführer nicht mit entsprechenden ärztlichen Beurteilungen belegt. Ausserdem scheitere die pauschal behauptete Unfallkausalität eines Tinnitus schon daran, dass in sämtlichen unfallnahen medizinischen Unterlagen von einem solchen nicht die Rede sei.

### **E. 3.2**

Demgegenüber bestreitet der Beschwerdeführer den Beweiswert der gutachterlichen Beurteilungen. Er verlangt, dass die Vorinstanz, eventuell die Beschwerdegegnerin, den Sachverhalt rechtsgenügend neu abzuklären habe.

### **E. 4.1**

Am 16. und 17. Oktober 2012 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der Suva durch die MEDAS polydisziplinär (Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) untersucht. Gemäss zusammenfassender Beurteilung litt der Versicherte seit dem Autounfall vom 21. Juli 2010 hauptsächlich unter anhaltenden Nacken- und Kopfschmerzen sowie unter einer deutlich erhöhten Ermüdbarkeit. Anlässlich der polydisziplinären Abklärung hätten die Gutachter eine wesentliche psychische Verursachung des Beschwerdebildes nicht bestätigen können. Die früher diagnostizierte Depression sei remittiert gewesen. Psychiatrisch habe lediglich eine die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigende chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert werden können. Relevante Einschränkungen hätten sich hingegen von Seiten der Halswirbelsäule (HWS) ergeben. Rheumatologisch hätten ein myofaszialer Reizzustand im Nackenbereich und eine erheblich eingeschränkte Kopfbeweglichkeit festgestellt werden könne. Die diesen Befunden zu Grunde liegenden strukturellen Veränderungen seien aber nicht klar gewesen. In der letzten CT der HWS vom 1. Dezember 2010 hätten sich unter anderem ein noch immer abgrenzbarer Frakturspalt im Bereich des Dens, eine kranial überstehende Dens-Schraube mit Kontakt zum Clivus und eine konsolidierte Atlasfraktur mit Kontakt des vorderen Atlasbogens zum Körper des Axis darstellen lassen. Alle späteren Aufnahmen, ausschliesslich konventionell radiologisch, seien bezüglich dieser Veränderungen nicht schlüssig beurteilbar gewesen. Aufgrund der beschriebenen CT-Befunde würden sich diverse Fragen stellen, z.B. nach einer Non-union der Densfraktur, einer möglichen Irritation im Bereich des Clivus infolge der überstehenden Dens-Schraube, einer Instabilität C1/C2 sowie einer sekundären atlanto-axialen Arthrose rechts. Diese Probleme müssten wirbelsäulenorthopädisch geklärt werden. Aus rheumatologischer Sicht könnten dem Versicherten zurzeit keine körperlich schweren oder

häufig mittelschweren Tätigkeiten zugemutet werden, auch keine Arbeitspositionen mit Zwangshaltung sitzend oder stehend, keine Arbeiten auf Höhe der Schulterhorizontalen oder darüber sowie keine Arbeiten mit deutlich inklinierter HWS oder mit wiederholten resp. maximalen Rotationen des Kopfes. Angepasste, körperlich leichte und wechselbelastende Verweistätigkeiten, bei welchen die erwähnten Einschränkungen berücksichtigt würden, seien dem Versicherten während maximal sechs Stunden täglich zumutbar, mit einer geschätzten Leistungseinbusse von 25 %, was zusammengefasst einer 50%igen Arbeitsfähigkeit entspreche. Die deutlich eingeschränkte Belastbarkeit der HWS lasse auch bei einer den Unfallfolgen angepassten Erwerbstätigkeit eine Beschäftigung ganztags mit voller Leistungsfähigkeit nicht zu. Rein neurologisch hätten sich sodann keine pathologischen Befunde gefunden. Auf die Frage, ob von einer weiteren medizinischen Behandlung noch eine wesentliche Besserung der Unfallfolgen zu erwarten sei, antworteten die Gutachter, es empfehle sich bezüglich des weiteren therapeutischen Prozederes eine wirbelsäulenorthopädische Abklärung in einem entsprechenden Zentrum. Der Endzustand könne noch nicht festgelegt werden, weshalb zurzeit keine Angaben zur Integritätseinbusse gemacht werden könnten. Im Hinblick auf eine namhafte Besserung der psychischen Störung sei eine weitere Psychotherapie zumindest sinnvoll und einen Versuch wert. Ob dadurch die Arbeitsfähigkeit relevant verbessert werde, lasse sich im Moment nicht sagen, vor allem auch deshalb nicht, weil die Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht zurzeit nicht eingeschränkt sei. Im rheumatologischen Teilgutachten wies der Experte im Übrigen auf den hohen Schmerzmittelkonsum hin. Die Maximaldosis von 400 mg der Wirksubstanz Tramadol werde mit 600 mg deutlich überschritten. Relevante Opioid-Nebenwirkungen wie auch eine Opioid-Abhängigkeit seien "hochwahrscheinlich". Allein dieser Umstand dürfe sich ebenfalls negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirken im Sinne einer erhöhten Ermüdbarkeit und einer Konzentrationsschwäche.

#### **E. 4.2**

In der Folge teilte die Suva dem Beschwerdeführer mit, sie werde die MEDAS mit einer orthopädischen Nachbegutachtung beauftragen. Da der Versicherte gegen eine umfassende Neubeurteilung opponierte, hielt die Suva mit Zwischenverfügung vom 20. Juni 2013 an der (wirbelsäulen) orthopädischen Begutachtung in der MEDAS mit polydisziplinärer Beurteilung fest. Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Am 16. Oktober 2013 informierte die Suva den Beschwerdeführer über den vorgesehenen Gutachter, Dr. med. B. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurochirurgie. Dagegen erhob der Beschwerdeführer keine Einwände.

#### **E. 4.3**

Am 17. Februar 2014 wurde das neurochirurgische Gutachten erstattet. Darin führte Dr. med. B. \_\_\_\_\_ aus, die chronischen vertebra-genen, cervicocephalen und cervicothorokalen Beschwerden seien wahrscheinlich mit dem Unfallereignis in Verbindung zu setzen, wobei diese aber vier Jahre nach dem Unfall insgesamt als chronifiziert, teils im Sinne einer somatoformen Verarbeitungsstörung zu sehen seien. Die Bewegungseinschränkung des Kopfes bei Rotation lasse sich mit den Frakturen im Bereich des craniocervicalen Übergangs in Verbindung setzen. Die Verspannungen, wie auch die Schmerzen, das Ohrenpfeifen und die Konzentrationsstörungen liessen sich eher im Sinne einer somatoformen Verarbeitungsstörung zusammenfassen. Der Gutachter hielt weiter fest, unter Berücksichtigung der jetzigen Radiologie mit Kappenbildung im Bereich über der Schraube, welche primär etwas hervorgestanden sei, sei rein mechanisch eine Krepitation

von Seiten der Schraube nicht mehr möglich. Aus neurochirurgischer Sicht könne durch eine Fortsetzung einer physikalischen Therapie keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands erwartet werden. Betreffend Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. B. \_\_\_\_\_ aus, diese betrage in der angestammten Tätigkeit als Verkäufer von elektronischen Geräten mindestens 50 %. Leichte angepasste Tätigkeiten, ohne ständige Belastung des craniocervicalen Übergangs wie auch der HWS, seien dem Exploranden vollschichtig zumutbar. Eine Wiedereingliederung sollte schrittweise über einen Zeitraum von drei bis vier Monaten, eventuell sechs Monaten, erfolgen, beginnend mit einem Pensum von 40 bis 50 %. Gegenüber der Vorbegutachtung durch den Rheumatologen der MEDAS im Jahr 2012 hätten sich die Einschränkungen deutlich gebessert. Die reaktiven Weichteilveränderungen hätten abgenommen, sodass die Einschränkungen eher teils mechanisch, teils schmerzbedingt beurteilbar seien. Der Patient benötige deutlich weniger Schmerzmedikamente als vor einem Jahr. Die radiologisch dokumentierten Veränderungen im Bereich des Dens seien nunmehr geklärt. Es bestehe eine diskrete sekundäre Arthrose im atlanto-axialen Gelenk. Die Densfraktur selber sei durchbaut. Hier sollte keine reaktive, mechanische Beeinträchtigung mehr gegeben sein.

#### **E. 4.4**

Da es an einer polydisziplinären Gesamtbeurteilung im Gutachten des Dr. med. B. \_\_\_\_\_ fehlte, forderte die Suva eine solche bei der MEDAS nach. Am 28. Mai 2014 nahmen Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_, beide Fachärzte FMH für Rheumatologie, zu den neuen Erkenntnissen Stellung. Sie hielten einleitend fest, dass eine nachträgliche integrative Gesamtbeurteilung nur beschränkt möglich sei, da zwischen dem MEDAS-Gutachten vom 27. Dezember 2012 und der Beurteilung des Dr. med. B. \_\_\_\_\_ 15 Monate lägen und der damals federführende Gutachter, Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, inzwischen verstorben sei. Aus ihrer anschliessenden Beurteilung ergibt sich, dass die Experten von einer Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgingen. So hätten sich die Weichteilbefunde verbessert, der Versicherte benötige deutlich weniger Schmerzmittel und die von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ am 17. Oktober 2012 erhobenen Zweifel am Durchbau der Fraktur und an der korrekten Lage der Schraube seien inzwischen ausgeräumt worden. Die Kombination dieser Faktoren rechtfertige die jetzt höhere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur MEDAS-Expertise vom 27. Dezember 2012. Die Unterzeichnenden wiesen darauf hin, dass sie die Situation nochmals mit Dr. med. B. \_\_\_\_\_ besprochen hätten. Sie verwiesen auf eine präziserte Fassung seines Gutachtens (Seiten 5 und 6). Aus neurologischer und psychiatrischer Sicht ergäben sich alsdann keine neuen Gesichtspunkte im Vergleich zur letzten Beurteilung im Jahr 2012. Den Integritätsschaden schätzten die Sachverständigen auf 7,5 % (St. n. Fraktur, geringe Dauerschmerzen, bei Belastung verstärkt). Die BWK-Frakturen, die Sternumfraktur und die Kopfschmerzen würden keine zusätzliche Integritätseinbisse bewirken. Schliesslich wiesen die Experten darauf hin, dass gemäss Dr. med. B. \_\_\_\_\_ das lumbale Schmerzsyndrom und das Ohrenpfeifen nicht unfallbedingt seien. Diese beiden Faktoren würden sich auch nicht in relevantem Ausmass auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Bei den psychiatrischen Diagnosen könne lediglich die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren als teilweise unfallkausal angesehen werden. In seiner präziserten Fassung des Gutachtens hält Dr. med. B. \_\_\_\_\_ fest, die Arbeitsfähigkeit betrage in einer leidensangepassten Tätigkeit 100 %. Er empfehle einen Einstieg mit 50 % und eine sukzessive Steigerung innerhalb von drei bis vier Monaten auf 100 %.

### **E. 5.1**

In der Beschwerde wird zunächst bemängelt, dass die Nachbegutachtung durch einen Neurochirurgen und nicht, wie mittels Zwischenverfügung vom 20. Juni 2013 angekündigt, durch einen Facharzt für Wirbelsäulenorthopädie erfolgte. Dadurch sei das Gebot der Rechtssicherheit verletzt worden. Die Vorinstanz führte hierzu aus, der Beschwerdeführer lege nicht näher dar, welches die fachlichen Unterschiede zwischen dem Gebiet der Wirbelsäulenorthopädie und demjenigen der Neurochirurgie sein sollten. Solche seien bezüglich der streitigen Problematik auch nicht ersichtlich. Den MEDAS-Gutachtern sei es im Jahr 2012 offensichtlich darum gegangen, dass die Situation in der unfallbetroffenen Region der HWS ergänzend beurteilt werde, namentlich die Frage des Durchbaus der Densfraktur und der Lage der eingesetzten Schraube. Die neurochirurgische Expertise beantworte diese Fragen. Dem ist vollumfänglich beizupflichten. Gemäss Weiterbildungsprogramm der FMH für Fachärzte der Neurochirurgie umfasst das Fachgebiet die Erkennung und operative Behandlung von Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen des zentralen Nervensystems mit seinen Hüllen und Gefässen, des Hirnschädels und der Wirbelsäule sowie des peripheren und vegetativen Nervensystems und die entsprechenden Voruntersuchungen, konservativen Behandlungsverfahren und die Rehabilitation sowie die allgemeine Schmerztherapie dieser Strukturen. Ziel der Weiterbildung ist die Befähigung des Kandidaten, in eigener Kompetenz und Verantwortung die erwähnten Krankheiten, Verletzungen und Fehlbildungen selbstständig zu diagnostizieren, zu beurteilen und zu behandeln. Mit Blick darauf bestehen keine Zweifel daran, dass Dr. med. B. \_\_\_\_\_ zur Beurteilung der Wirbelsäulenbeschwerden fachlich kompetent war. Ausserdem ist darauf hinzuweisen, dass der damals bereits anwaltlich vertretene Beschwerdeführer innert der anberaumten Frist nicht gegen die vorgeschlagene Gutachterperson resp. gegen die vorgesehene neurochirurgische Untersuchung opponierte (vgl. E. 4.2 hiervor). Nach jener Ankündigung durfte der Beschwerdeführer nicht mehr darauf vertrauen, dass - wie mit Zwischenverfügung der Suva vom 20. Juni 2013 bestätigt - eine wirbelsäulenorthopädische Abklärung erfolgen werde. Eine Verletzung des Gebots der Rechtssicherheit ist insoweit zu verneinen. Aus der unterbliebenen Reaktion ist vielmehr abzuleiten, dass der Beschwerdeführer mit der vorgesehenen Untersuchung einverstanden war. Indem er nunmehr geltend macht, Dr. med. B. \_\_\_\_\_ fehle es an der nötigen Fachkompetenz zur Beurteilung seiner Beschwerden, verhält er sich zumindest widersprüchlich.

#### **E. 5.2.1**

Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, die Vorinstanz habe den Untersuchungsgrundsatz verletzt, indem sie sich nicht mit der Kritik des Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, am Gutachten des Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 17. Februar 2014 auseinandergesetzt habe. Es trifft zu, dass sich das kantonale Gericht nicht näher mit dem Bericht des behandelnden Rheumatologen vom 13. April 2017 befasst hat. Es begründete dies damit, dass Dr. med. F. \_\_\_\_\_ mit seiner Kritik sein Fachgebiet verlasse. Wie der Beschwerdeführer aber zu Recht einwendet, greift diese Begründung zu kurz. Es ist davon auszugehen, dass ein Facharzt für Rheumatologie grundsätzlich in der Lage ist, die Vollständigkeit der Untersuchungen und der Befunderhebung durch einen Neurochirurgen zu beurteilen. Insofern wäre die Vorinstanz gehalten gewesen, sich mit den Ausführungen des Dr. med. F. \_\_\_\_\_ inhaltlich auseinanderzusetzen, was im Folgenden nachgeholt wird.

### **E. 5.2.2**

Der Rheumatologe bemängelt, dass Dr. med. B. \_\_\_\_\_ keine Angaben mache über die Beweglichkeit einzelner Segmente im Bereich der HWS. Auch fehle es an einer detaillierten Untersuchung der einzelnen Muskeln im Kopf- resp. BWS-Bereich. Die obere Region der BWS sei ebenfalls nicht beurteilt worden. Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. med. B. \_\_\_\_\_ die Bewegungseinschränkung des Kopfes nicht entgangen ist. Er stellte allerdings lediglich leichte Einschränkungen der Rotation des Kopfes nach rechts und links sowie geringgradig bei Inklinatation und Reklination fest. Soweit Dr. med. F. \_\_\_\_\_ bezugnehmend auf die aktuelle Situation des Beschwerdeführers von einer praktisch vollständig aufgehobenen Beweglichkeit der oberen HWS spricht, deutet dies auf eine mögliche - vorliegend indessen nicht zu prüfende (vgl. E. 2.2 hiervor) - Verschlechterung nach Erlass des Einspracheentscheides hin. Sodann hat Dr. med. B. \_\_\_\_\_ einen diskreten paravertebralen Muskelhartspann nuchal und mässiggradige paravertebrale Verspannungen im Bereich der rechten mittleren BWS-Region festgestellt. Was für eine "detailliertere" Untersuchung der Muskeln erforderlich gewesen sein soll, ergibt sich aus dem Bericht des Dr. med. F. \_\_\_\_\_ nicht und ist auch nicht ersichtlich. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. B. \_\_\_\_\_ eine aktuelle radiologische Abklärung sowohl der HWS als auch der BWS und LWS veranlasst hat. Soweit Dr. med. F. \_\_\_\_\_ ausführt, man kenne von der Biomechanik her den Zusammenhang zwischen Kiefergelenk und oberer HWS bestens und ausserdem könne es durch die Fehlstatik im HWS- und BWS-Bereich zu einem späteren Zeitpunkt auch zu einer statisch bedingten lumbalen Problematik kommen, vermag er die Kausalitätsbeurteilung des Gutachters hinsichtlich der lumbalen Beschwerden sowie der Kieferproblematik nicht entscheidend in Frage zu stellen. Dies gilt umso mehr, als bereits in der MEDAS-Expertise vom 27. Dezember 2012 festgehalten wurde, bei den Schmerzen der LWS handle es sich um krankhafte Gesundheitsbeeinträchtigungen, welche im Übrigen die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht beeinträchtigen würden. Nach dem Gesagten ergeben sich aus dem Bericht des Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 13. April 2017 keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der gutachterlichen Beurteilungen (vgl. E. 2.2 hiervor).

### **E. 5.3**

Sodann bringt der Beschwerdeführer vor, es fehle an einer integrativen Gesamtbeurteilung der involvierten Gutachter. Eine solche stelle jedenfalls die etwa mehr als zwei Seiten umfassende Stellungnahme der MEDAS nicht dar. Ohnehin sei die Dauer zwischen der MEDAS-Expertise vom 27. Dezember 2012 und der im Nachgang zur neurochirurgischen Nachbegutachtung ergangenen Schlussbeurteilung vom 28. Mai 2014 viel zu lange.

#### **E. 5.3.1**

Aus der genannten Stellungnahme der MEDAS vom 28. Mai 2014 ergibt sich, dass zumindest zwischen den bereits bei der Erstbegutachtung involvierten Experten Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_ sowie dem für das neurochirurgische Gutachten vom 17. Februar 2014 verantwortlich zeichnende Dr. med. B. \_\_\_\_\_ ein Austausch stattfand. Die Gesamtbeurteilung floss sowohl in die - von den Dres. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_ unterzeichnete - Stellungnahme vom 28. Mai 2014 als auch in die präzisierete Fassung des neurochirurgischen Gutachtens vom 17. Februar 2014 ein. Wenn die Sachverständigen aufgrund der neu erhobenen klinischen und radiologischen Befunde sowie des geringeren Schmerzmittelkonsums zum Schluss gelangten, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich im Vergleich zur Vorbegutachtung im Jahr 2012 verbessert,

so ist dies nicht zu beanstanden. Anders als der Beschwerdeführer Glauben machen will, führten die Gutachter die Verbesserung nicht allein auf den veränderten Schmerzmittelkonsum zurück. Entgegen seinem Einwand war es auch nicht nötig, dass Dr. med. D. \_\_\_\_\_ ihn noch einmal untersucht, konnte sich der Rheumatologe doch auf die von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ erhobenen Befunde stützen. Ausserdem ist es nicht ungewöhnlich, dass eine Nachbegutachtung durch einen anderen Experten erfolgt.

### **E. 5.3.2**

Dass zwischen dem MEDAS-Gutachten und der neurochirurgischen Expertise mehr als ein Jahr verging, steht dem Beweiswert der abschliessenden Beurteilung nicht per se entgegen, liegt es doch in der Natur der Sache, dass bis zur Nachbegutachtung eine gewisse Zeit verstreicht. Entscheidend ist vielmehr, dass - wie vorliegend geschehen - die entscheidewesentlichen Fragen geklärt wurden. Alsdann kann nicht davon die Rede sein, die medizinische Aktenlage sei im Zeitpunkt der Verfügung vom 26. November 2014 veraltet gewesen. Eine wesentliche Veränderung bis zum Einspracheentscheid vom 2. November 2016 wird vom Beschwerdeführer nicht behauptet. Eine solche ergibt sich auch nicht aus dem Bericht des Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 16. Juni 2016. Wie die Vorinstanz hierzu zutreffend feststellte, machte der Rheumatologe keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit. Ebenso wenig nannte er konkret vorgesehene weitere medizinische Massnahmen.

### **E. 5.3.3**

Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers wurde die im MEDAS-Gutachten vom 27. Dezember 2012 in den Raum gestellte atlanto-axiale Arthrose von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ diskutiert. Er bezeichnete diese aber als diskret. Zur Frage nach einer Instabilität C1/C2 äusserte er sich zwar nicht. Wie bereits erwähnt fand letztlich aber eine Gesamtbeurteilung der Gutachter statt, weshalb davon auszugehen ist, dass zumindest im Zeitpunkt der Schlussbeurteilung keine relevante Instabilität C1/C2 vorgelegen hat. Eine solche wird im Übrigen auch im Bericht des Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 16. Juni 2016 nicht erwähnt.

### **E. 6**

Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz auf die Ergebnisse der MEDAS-Expertise resp. der neurochirurgischen Nachbegutachtung abgestellt hat. Demnach ist mit dem kantonalen Gericht drei bis vier Monate nach der im Mai 2014 erfolgten Beurteilung, mithin ab September 2014, von einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten auszugehen.

### **E. 7**

Der Beschwerdeführer macht letztinstanzlich zu Recht nicht mehr geltend, der Fallabschluss sei zu früh erfolgt. Im MEDAS-Gutachten vom 27. Dezember 2012 konnten die Experten noch nicht abschliessend Stellung dazu nehmen, ob von einer weiteren Behandlung noch eine wesentliche Besserung der Unfallfolgen zu erwarten sei (vgl. E. 4.1 hiervor). Sie empfahlen, eine wirbelsäulenorthopädische Beurteilung einzuholen. Dr. med. B. \_\_\_\_\_ bezweifelte, dass von der Fortsetzung einer physikalischen Therapie eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustand zu erwarten sei (vgl. E. 4.3 hiervor). Er empfahl stattdessen die Förderung der Eigeninitiative des Versicherten. Auch das von der IV-Stelle im Jahr 2016 veranlasste Aufbautraining stand dem Fallabschluss nicht entgegen, da diese Massnahme nicht geeignet war, den Invaliditätsgrad des Versicherten zu beeinflussen (vgl. dazu Urteil 8C\_892/2015 vom 29. April 2016 E. 4 mit Hinweisen). Damit hat die Suva die vorübergehenden Leistungen zu Recht per Ende 2014 eingestellt

und den Rentenanspruch geprüft.

**E. 8**

Sowohl gegen den von der Suva ermittelten und von der Vorinstanz bestätigten Invaliditätsgrad wie auch gegen die Höhe der Integritätsentschädigung bringt der Beschwerdeführer im Übrigen nichts vor, weshalb sich Weiterungen hierzu erübrigen, zumal keine offensichtlichen rechtlichen Mängel vorliegen (vgl. E. 1.1 hiervor). Die Beschwerde ist somit unbegründet.

**E. 9**

Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer die Gerichtskosten zu tragen ( Art. 66 Abs. 1 BGG ).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.