

Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}

8C_170/2015

Urteil vom 29. September 2015

I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichterin Leuzinger, Präsidentin,
Bundesrichter Ursprung, Bundesrichterin Heine,
Gerichtsschreiberin Riedi Hunold.

Verfahrensbeteiligte

A. _____,
vertreten durch Rechtsanwältin Tanja Strauch-Frei,
Beschwerdeführer,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Unfallversicherung,

Beschwerde gegen den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen
vom 27. Januar 2015.

Sachverhalt:

A.

A. _____, geboren 1961, war ab 16. Juni 2008 für die B. _____ AG tätig und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: SUVA) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 18. Juni 2008 war er als Beifahrer in einen Verkehrsunfall verwickelt, bei welchem das Fahrzeug von der Autobahn abkam und sich mehrfach überschlug. Die Erstversorgung fand im Spital C. _____ statt (Bericht vom 10. Juli 2008). Am 24. Juni 2008 wurde er ins Landeskrankenhaus (LKH) D. _____/A, zur stationären neurologischen Abklärung überwiesen (Bericht vom 9. Juli 2008). Vom 6. September bis 7. November 2008 wurde er in der psychiatrischen Abteilung, LKH D. _____, stationär behandelt (Bericht vom 11. November 2008). In der Rehaklinik E. _____ fand vom 15. Dezember 2008 bis 17. April 2009 eine stationäre Behandlung und Abklärung statt (Austrittsbericht vom 19. April 2009). Vom 9. Dezember 2009 bis 4. Januar 2010 war er erneut in der psychiatrischen Abteilung, LKH D. _____, hospitalisiert (Bericht vom 13. Januar 2010). Im Zentrum für psychosoziale Gesundheit F. _____/A, fand vom 19. Juni bis 31. Juli 2012 eine stationäre Behandlung statt (Bericht vom 31. Juli 2012). Die SUVA erbrachte die gesetzlichen Leistungen. Am 6. Juni 2013 teilte sie mit, sie werde ihre Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen per Ende November 2013 einstellen. Tags darauf verfügte sie, bestätigt mit Einspracheentscheid vom 16. September 2013, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente, aber auf eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 5 % bestehe.

B.

Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen wies die dagegen erhobene Beschwerde mit Entscheid vom 27. Januar 2015 ab, soweit es darauf eintrat.

C.

A. _____ lässt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten führen mit dem Antrag, es

sei die SUVA unter Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheids zu verpflichten, ihm über den 30. November 2013 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen; eventualiter sei die Sache an die Vorinstanz bzw. die SUVA zu ergänzender neurologischer und oto-rhino-laryngologischer Begutachtung sowie neuem Entscheid zurückzuweisen.

Die SUVA schliesst auf Abweisung der Beschwerde. Das Bundesamt für Gesundheit verzichtet auf eine Vernehmlassung.

D.

Mit Eingabe vom 26. Mai 2015 äussert sich A. _____ zur Stellungnahme der SUVA und hält an seinen Begehren fest.

Erwägungen:

1.

1.1. Die Beschwerde kann wegen Rechtsverletzung gemäss Art. 95 und Art. 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist somit 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 (vgl. BGE 130 III 136 E. 1.4 S. 140). Gemäss Art. 42 Abs. 1 BGG ist die Beschwerde hinreichend zu begründen, andernfalls wird darauf nicht eingetreten (Art. 108 Abs. 1 lit. b BGG). Das Bundesgericht prüft grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen; es ist nicht gehalten, wie eine erstinstanzliche Behörde alle sich stellenden rechtlichen Fragen zu prüfen, wenn diese vor Bundesgericht nicht mehr vorgetragen wurden. Es kann die Verletzung von Grundrechten und von kantonalem und interkantonalem Recht nur insofern prüfen, als eine solche Rüge in der Beschwerde vorgebracht und begründet worden ist (Art. 106 Abs. 2 BGG).

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).

2.

Die Vorinstanz hat die Bestimmungen und Grundsätze über die Leistungsvoraussetzungen des natürlichen (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen) und des adäquaten Kausalzusammenhangs (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181 mit Hinweis) zutreffend dargelegt. Dasselbe gilt für die Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352) und die Voraussetzungen des Fallabschlusses mit Prüfung der Rentenfrage (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 137 V 199 E. 2.1 S. 201 und E. 2.2.3.1. S. 204; 134 V 109 E. 4.1 S. 113). Darauf wird verwiesen.

Zu ergänzen bleibt einerseits, dass sich bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hiebei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251 mit Hinweisen).

Andererseits ist festzuhalten, dass im Verfahren um Zusprechung oder Verweigerung von Sozialversicherungsleistungen kein förmlicher Anspruch auf eine versicherungsexterne Begutachtung besteht, dass aber eine solche anzuordnen ist, sofern auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der verwaltungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 135 V 465).

3.

Der Versicherte beanstandet das Nichteintreten der Vorinstanz auf seine Rüge, der Fall sei verfrüht abgeschlossen worden und es seien ihm weiterhin Taggelder und Heilbehandlungen zu bezahlen. Weiter macht er geltend, die Prüfung der Adäquanz sei nach der Rechtsprechung zu den Schleudertraumata resp. den Schädelhirntraumata und nicht nach jener der Psychopraxis vorzunehmen. Im Übrigen wirft er der Vorinstanz eine ungenügende und teilweise falsche Sachverhaltsfeststellung sowie die Festlegung einer zu tiefen, da auf unvollständigem Sachverhalt beruhenden Integritätsentschädigung vor.

4.

4.1. Nach der Rechtsprechung ergibt sich die Dauer der Leistung von Taggeldern und Heilbehandlung aus Art. 19 UVG: Danach entsteht ein Rentenanspruch, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Abs. 1 Satz 1); mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und Taggeldleistungen dahin (Abs. 1 Satz 2). D.h. der Unfallversicherer hat - sofern die Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind - die Heilbehandlung und Taggelder solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann; trifft dies nicht zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114 mit Hinweisen). Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist (Urteil 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen).

4.2. Nach dem Gesagten hängen somit die Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Taggeld, Heilbehandlung) und der Fallabschluss mit Prüfung der Rentenfrage und der Integritätsentschädigung derart eng zusammen, dass von einem einheitlichen Streitgegenstand auszugehen ist. Insofern ist das vorinstanzliche Nichteintreten auf die Frage der Taggelder und Heilbehandlung bundesrechtswidrig. Ob - wie der Versicherte geltend machen lässt - ein verfrühter Fallabschluss erfolgt ist, kann hingegen erst geprüft werden, wenn der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend erstellt ist (nachfolgend E. 5).

5.

5.1. Aus den massgebenden ärztlichen Berichten ergibt sich Folgendes:

5.1.1. Im Austrittsbericht vom 10. Juli 2008 hielt das erstbehandelnde Spital C._____ fest, es habe beim Eintritt keine Übelkeit, kein Erbrechen und keine Amnesie für den Zeitraum des Unfallereignisses, aber starke Kopfschmerzen, starke Atemnot, Schmerzen in Thorax und Schultern sowie eine Rissquetschwunde frontal bestanden. Der Versicherte habe sich im Verlauf über Lagerungsschwindel, temporal eintechende Schmerzen sowie Schwierigkeiten beim Lesen beklagt. Aufgefallen sei eine Pupillenseitendifferenz. Das CCT sei ohne pathologischen Befund geblieben und er sei jederzeit kreislaufstabil gewesen. Die Überweisung erfolge zur neurologischen Abklärung.

5.1.2. Im Bericht vom 9. Juli 2008 diagnostizierte das LKH D._____ ein Schädelhirntrauma, eine Fraktur LWK 1 und eine Fraktur BWK 3, Lagerungsschwindel bei contusio labyrinthi links sowie eine arterielle Hypertonie. Während der Hospitalisation vom 24. Juni bis 11. Juli 2008 wurde ein langsames Alpha-Typ-EEG, eine Echokardiographie, ein CT-Angio, ein Schädel-CT, eine MR-Angiographie sowie ein Röntgen Thorax erstellt. Ausserdem fand ein HNO-Konsil sowie eine Vorstellung in der psychiatrischen Abteilung statt. Am 21. Juli 2008 hielt das LKH D._____ fest, der Versicherte leide nach wie vor unter einem pfeifenden Ohrgeräusch links und verstärktem Schwindel; die Schwindelbeschwerden seien multifaktoriell (Schädelhirntrauma, Wirbelsäulentrauma, contusio labyrinthi). Am 11. November 2008 hielt das LKH D._____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) und eine dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (ICD-10: F44.6) fest; die seit Jahren bestehende dissoziative Störung habe nach dem Unfall deutlich zugenommen und es sei zeitgleich zu finanziellen Problemen und zum Ende einer langjährigen Beziehung gekommen.

5.1.3. Die Rehaklinik E._____ diagnostizierte am 19. April 2009 eine Kopfprellung mit RQW frontal ohne Hinweise auf ein MTBI, eine stabile ventrale Kompressionsfraktur LWK 1, Vorder-/Oberkantenabsprengung BKW 3, Deckplattenimpressionen BWK4/5, Thorax- und Schulterkontusion rechts, Status nach contusio labyrinthi links, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode bei somatoformer Schmerzstörung mit multilokulären Missempfindungen, eine arterielle Hypertonie sowie beidseitige Inguinalhernien. Es hätten keine Hinweise für eine traumatische Hirnverletzung auch nur milder Ausprägung gefunden werden können; das Schädel-MRI sei unauffällig gewesen. Die angestammte Tätigkeit als Vermessungstechniker sei halbtags zumutbar, eine mittelschwere Arbeit (unter Berücksichtigung der Inguinalhernien eine leichte bis

mittelschwere Arbeit) sei vorerst halbtags zumutbar und schrittweise auf ganztags zu steigern, wobei aktuell kein übermässiger Zeitdruck verlangt werden könne. Die beobachteten Leistungsschwankungen seien der psychischen Verfassung zuzuordnen.

5.1.4. Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie, welcher den Versicherten seit 21. November 2008 betreut, berichtete am 10. August 2009 über die laufende Behandlung, ohne Stellung einer Diagnose.

5.1.5. Nach dem stationären Aufenthalt vom 9. Dezember 2009 bis 4. Januar 2010 bestätigte das LKH D._____ die psychiatrischen Diagnosen gemäss Bericht vom 11. November 2008, allerdings mit gegenwärtig leichter depressiver Episode.

5.1.6. Frau Dr. med. H._____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Pensionsversicherungsanstalt (PVA), hielt in ihrem Gesamtgutachten vom 22. Februar 2010 nebst den psychiatrischen Diagnosen den Zustand nach Unfall vom 18. Juni 2008 mit Kopfprellung, Innenohrprellung und Lagerungsschwindel sowie stabilen Brüchen im Lenden- und Brustwirbelkörperbereich fest (vgl. auch das Gesamtgutachten der Frau Dr. med. I._____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, PVA, vom 3. August 2009, und das psychiatrische Fachgutachten des Dr. med. J._____ vom 5. August 2009).

5.1.7. Am 21. September 2010 fertigte Dr. med. K._____, MR Institut L._____, ein MRT des Gehirns und der HWS an.

5.1.8. Gemäss Einschätzung des Kreisarzt-Stellvertreters, Facharzt für orthopädische Chirurgie, sei bei einer versicherungsmedizinischen Würdigung durch Fachspezialisten der Tinnitus bei Trauma des Labyrinths links, die posttraumatischen persistierenden Kopfschmerzen sowie das anhaltende psychische Krankheitsbild abzuklären (Bericht vom 7. Januar 2011).

5.1.9. Dr. med. M._____, Facharzt für Unfallchirurgie, LKH N._____/A, stellt im Gutachten vom 7. Oktober 2010 die Diagnose eines Schädelhirntraumas sowie Bruch des 1. LWK und des 3. BWK; für die Beurteilung der Schädelverletzungen und der neurologischen Ausfälle sei ein spezielles Gutachten notwendig. Dr. med. O._____, Facharzt für Neurologie, LKH N._____/A, kam am 17. Oktober 2009 zum Schluss, aktuell bestünden keine neurologischen Ausfälle, die auf den Autounfall zurückzuführen seien; es sei jedoch ein psychiatrisches Gutachten notwendig.

5.1.10. Die SUVA holte den Bericht des Dr. med. P._____, Facharzt für Neurologie, LKH D._____, über die Hospitalisation vom 7. bis 8. Februar 2003 ein, gemäss welchem der Verdacht einer somatoformen Störung bestand, eine langjährige psychotherapeutische Behandlung durchgeführt wurde und eine Hochtonabsenke erwähnte, welche möglicherweise auf eine contusio labyrinthi (Schädelhirntrauma ca. 1986) zurückzuführen sei. Am 14. September 2010 hielt Dr. med. P._____ mehrere frühere Schädeltraumata in Kindheit und Jugend fest und diagnostizierte bezüglich des Unfalles vom 18. Juni 2008 eine Kopfprellung mit Risskontusionswunde frontal (ohne Hinweise auf eine MDBI, bei unauffälligem Schädel-MRT vom Januar 2009, gedecktem Schädelhirntrauma ohne Bewusstlosigkeit und ohne fassbare Verletzungszeichen bei normaler Schädel-MR-Angiographie, ohne Hinweise auf Shearing-injuries, ischämische oder hämorrhagische Veränderungen im Hirnstammbereich), linksseitige Gesichtsschmerzen unklarer Ätiologie, eine stabile ventrale Kompressionsfraktur LWK 1, eine Vorder-/Oberkantenabspaltung BWK 3, eine Deckplattenimpression BWK 4/5, eine Thorax- und Schulterkontusion rechts sowie eine Erschütterung des Gleichgewichtsorgans links (sogenannte contusio labyrinthi links). Weiter ging er von einer psychopathologisch kollidierenden Kausalität im Sinne einer durch den Autounfall getriggerten depressiv-psychosewertigen Symptomatik aus. Am 14. (recte: 21.) September 2010 berichtete er über das aktuelle Schädel-MRT, welches eine mit der bestehenden arteriellen Hypertonie gut zu vereinbarende vaskuläre Leukenzephalopathie zeige; es seien keine posttraumatischen Hirnkontusionszonen, Gliosen etc. nachweisbar und es bestünden keine Hinweise für posttraumatische Residuen im Halsmark; die HWS-Veränderungen seien degenerativer Natur. Mit diesen Befunden werde das Ergebnis seines Gutachtens bestätigt, wonach keine neurologischen Dauerfolgen bestünden.

5.1.11. Gestützt auf diese Fachgutachten holte die SUVA weitere Berichte ein, u.a. jene des LKH N._____/A vom 22. November 2002 und vom 16. Juli 2002, welche sich mit den früher erlittenen Schädelhirntraumata sowie einer unklaren Schmerzsymptomatik befassten.

5.1.12. Im Rahmen der Stellungnahme zum Gutachten des Dr. med. P._____ von 2010 gibt der

Versicherte an, er leide seit Jahren unter Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, verwahrte sich aber gegen die Feststellung, er sei schon vor dem Unfall in psychiatrischer Behandlung gestanden.

5.1.13. Dr. med. Q. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin, PVA, bestätigte im Gesamtgutachten vom 10. Oktober 2012 die in früheren PVA-Gutachten erwähnten Diagnosen.

5.1.14. Dr. med. R. _____, Facharzt für Neurologie, Versicherungsmedizin, SUVA, hielt im Gutachten vom 20. Dezember 2012 fest, es liege keine milde traumatische Hirnverletzung (MTBI) vor, sondern eine Schädelprellung; aus den Schädel-MRI von 2008 und 2010 seien keine unfallassoziierten Läsionen erkennbar; es bestünden aber Mikroläsionen im Bereich des frontalen und periventrikulären Marklagers, welche gut mit der vorbestehenden, schlecht eingestellten arteriellen Hypertonie vereinbar seien. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

5.1.15. Dr. med. S. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Versicherungsmedizin, SUVA, diagnostizierte am 1. März 2013 eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), Angst und Depression gemischt (ICD-10: F41.2), anamnestisch ausgeprägte dissoziative Symptome sowie ein auswärts festgestelltes Schlafapnoesyndrom. Er bezeichnete den Unfall vom 18. Juni 2008 sowohl für die PTBS als auch die Depression als teilkausal mit noch bestehenden, besserungsfähigen Restbeschwerden. Insgesamt attestierte er eine maximal 30 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit für einfache ungelernete Tätigkeiten, wobei Arbeiten mit häufigem Unterwegssein im Strassenverkehr vermieden werden sollten; für Tätigkeiten mit Publikumskontakt sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % gegeben. Aus psychiatrischer Sicht sei der Endzustand noch nicht erreicht; ein Integritätsschaden könne deshalb auch noch nicht beurteilt werden.

5.2. Die vom Versicherten über den 30. November 2013 hinaus geklagten Beschwerden lassen sich nicht durch einen im Sinne der Rechtsprechung organisch hinreichend nachweisbaren Gesundheitsschaden erklären. Dementsprechend ist die Adäquanz eines Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfallereignis und den Beschwerden speziell zu prüfen. Die Prüfung der Adäquanz, d.h. der Fallabschluss, ist bei Anwendung der Praxis gemäss BGE 115 V 133 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 (BGE 134 V 109 E. 6.1 S. 116). Demgegenüber wird die Adäquanz nach der "Schleudertrauma-Praxis" in jenem Zeitpunkt geprüft, in dem von der Fortsetzung der auf das komplexe und vielschichtige Schleudertrauma-Beschwerdebild - dessen psychische und physische Komponenten nicht leicht zu differenzieren sind - gerichteten ärztlichen Behandlung keine entsprechende Besserung mehr zu erwarten ist (vgl. BGE 134 V 109 E. 6.2 S. 116 f.; vgl. zum Ganzen auch Urteil 8C_295/2013 vom 25. September 2013 E. 3.1 sowie RUMO-JUNGO/ HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 144 mit Hinweis). Das Vorliegen eines Schleudertraumas oder einer damit vergleichbaren Verletzung - wie etwa ein Schädelhirntrauma (BGE 117 V 369) - ist auch massgeblich für die Wahl der Adäquanzformel.

5.3. Bezüglich des von der SUVA per 30. November 2013 vorgenommenen Fallabschlusses spricht die lange Dauer seit dem Unfall vom 18. Juni 2008 dafür, dass keine namhafte Besserung resp. Erhöhung der Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 4.1) mehr zu erwarten wäre. Aus den medizinischen Akten ergeben sich diesbezüglich aber Widersprüche, die kein klares Bild zulassen. So hat der psychiatrische SUVA-Experte am 26. November 2012 - mithin ein Jahr vor dem vorgenommenen Fallabschluss - noch der Kostenübernahme der vom Versicherten beantragten spezifischen psychotherapeutischen Behandlung (zumindest bis zur Erstattung der medizinischen Beurteilung durch ihn und Dr. med. R. _____) zugestimmt. In seiner Beurteilung vom 1. März 2013 hielt er teilkasuale, behandlungsbedürftige und besserungsfähige psychische Beschwerden - bei einer attestierten Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen von 30 % - sowie die Unmöglichkeit der Beurteilung einer Integritätsentschädigung infolge fehlendem Erreichen des Endzustandes fest und prognostizierte, dass durch eine "leitliniengestützte, fachgerechte störungsspezifische Behandlung eine erhebliche Besserung der unfallbedingten psychischen Beeinträchtigungen" erreicht werden könne, "wenn nicht gar im Hinblick auf das Leistungsbild, sofern es Einschränkungen auf psychiatrischem Fachgebiet betrifft, eine vollständige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bzgl. der in der Schweiz zuletzt ausgeübten Tätigkeit möglich" sei. Der Versicherte hat diese am 26. November 2012 vom psychiatrischen SUVA-Experten befürwortete spezifische Behandlung aufgenommen und diese wurde von der SUVA auch bis Ende November 2013 bezahlt (vgl. dazu das Schreiben der SUVA vom 27. Juni 2013 sowie die folgende E-Mailkorrespondenz).

Die Möglichkeit einer namhaften Verbesserung eines unfallkausalen behandlungsbedürftigen Leidens kann somit gestützt auf die vorhandenen medizinischen Akten zumindest nicht ausgeschlossen werden. Da es sich um ein psychisches Leiden handelt, ist es aber nur zu berücksichtigen, falls ein Schleudertrauma oder eine vergleichbare Verletzung (wie etwa das strittige Schädelhirntrauma) gegeben ist (vgl. E. 5.2 mit Hinweis auf Urteil 8C_295/2013 vom 25. September 2013 E. 3.1). Fallabschluss und Adäquanz können somit nur beurteilt werden, wenn die strittige Frage des Schädelhirntraumas beantwortet werden kann.

5.4. Zur strittigen Frage, ob ein Schädelhirntrauma (oder eine andere, mit einem Schleudertrauma vergleichbare Verletzung, BGE 117 V 369) vorlag, bestehen folgende unterschiedlichen Einschätzungen:

Das erstbehandelnde Spital C._____ hielt kein Schädelhirntrauma, aber immerhin Schwindel, Sehprobleme, eine Pupillenseitendifferenz, starke Kopfschmerzen, Atemnot sowie eine Rissquetschwunde frontal fest und überwies den Versicherten in die Neurologische Abteilung des LKH D._____ zur weiteren Abklärung. Dort wurde in der Folge (u.a.) ein Schädelhirntrauma diagnostiziert (Berichte vom 9. Juli 2008 und vom 10. Juli 2008). Die Rehaklinik E._____, wo sich der Versicherte vom 15. Dezember 2008 bis 17. April 2009 aufhielt, verneinte hingegen das Vorliegen eines Schädelhirntraumas, da es keine Hinweise auf eine Hirnverletzung auch nur milder Ausprägung gegeben habe und das Schädel-MRI unauffällig gewesen sei (Austrittsbericht vom 19. April 2009). Nebst den behandelnden Ärzten diagnostizierte auch Dr. med. M._____, Facharzt für Unfallchirurgie, LKH N._____/A, in seinem Gutachten vom 7. Oktober 2009 ein Schädelhirntrauma. Dr. med. R._____ schloss sich hingegen der Ansicht der Rehaklinik E._____ an, wonach kein Schädelhirntrauma gegeben sei (Bericht vom 20. Dezember 2012). Angesichts der dargelegten divergierenden Meinungen und dem Unfallhergang (Abkommen von der Autobahn in einem Lieferwagen als Beifahrer bei über 100 km/h und mit mehrfachem Überschlagen des Wagens; vgl. Polizeirapport vom 3. Juli 2008) kann das Vorliegen eines Schädelhirntraumas (oder einer vergleichbaren Verletzung) nicht ohne Weiteres bejaht oder verneint werden.

5.5. Für die Beurteilung von Fallabschluss und Adäquanz liegt zudem kein den Anforderungen der Rechtsprechung genügendes externes polydisziplinäres Gutachten vor:

Die PVA-Gutachten wurden jeweils von Allgemeinmedizinern erstellt, so dass sie den beweisrechtlichen Anforderungen an eine umfassende Beurteilung durch Fachpersonen nicht zu genügen vermögen. Analoges gilt auch für die in Österreich eingeholten Fachgutachten, da jeweils keine interdisziplinäre Diskussion und Beurteilung stattfand.

Die Vorinstanz stützt sich bei ihrem Entscheid vornehmlich auf die Einschätzung der Ärzte der Rehaklinik E._____, des Kreisarzt-Stellvertreters sowie der beiden SUVA-Gutachter S._____ und R._____ (Austrittsbericht der Rehaklinik E._____ vom 19. April 2009, Bericht des Kreisarzt-Stellvertreters vom 7. Januar 2011, Gutachten des Dr. med. R._____ vom 20. Dezember 2012, sowie Gutachten des Dr. med. S._____ vom 1. März 2013). Dabei handelt es sich ausschliesslich um versicherungsinterne ärztliche Stellungnahmen. Insgesamt sind die Feststellungen der verwaltungsexternen behandelnden Ärzte jedoch geeignet, zumindest geringe Zweifel an den Schlussfolgerungen und Beurteilungen der SUVA-Ärzte zu begründen.

Die Sache ist demnach an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie ein polydisziplinäres versicherungsexternes Gerichtsgutachten einhole und hernach über den Leistungsanspruch nach dem 30. November 2013 (einschliesslich der Integritätsentschädigung) neu entscheide. Die Gutachter werden dabei nicht nur die Frage, ob der Versicherte sich anlässlich des Unfalls vom 18. Juni 2008 ein Schädelhirntrauma oder eine vergleichbare Verletzung zugezogen hat, sowie den aktuellen Gesundheitszustand und die - unter alleiniger Berücksichtigung der unfallkausalen Beschwerden - noch zumutbare Arbeitsfähigkeit zu beurteilen haben, sondern sie werden auch zu prüfen haben, ob der Fallabschluss per 30. November 2013 gestützt auf die damals vorhandenen medizinischen Akten korrekt war. Weiter sind für die Leistungsfestsetzung - sofern sich die geklagten Beschwerden als natürlich und adäquat kausal erweisen - die Vorgaben nach BGE 141 V 281, welche bei Vorliegen der entsprechenden Beschwerdebilder auch im Bereich der Unfallversicherung gelten (vgl. in der Amtlichen Sammlung noch nicht publiziertes Urteil 8C_10/2015 vom 5. September 2015 E. 5.2), zu beachten.

6.

Das Verfahren ist kostenpflichtig. Die unterliegende SUVA hat die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG). Der Versicherte hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 68 Abs. 1 und 2 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen und der Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. Januar 2015 aufgehoben. Die Sache wird zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer für das bundesgerichtliche Verfahren mit Fr. 2'800.- zu entschädigen.

4.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 29. September 2015

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Die Präsidentin: Leuzinger

Die Gerichtsschreiberin: Riedi Hunold