

200 19 152 UV
SCP/BRO/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. Mai 2020

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiberin Brunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt und Notar B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin



betreffend Einspracheentscheid vom 28. Januar 2019 (E 0492/07)

Sachverhalt:

A.

Der 1957 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als er am 12. Oktober 1999 bei der Arbeit auf dem ... aus einer Höhe von ca. zwei Metern von der Leiter fiel und sich dabei eine Commotio cerebri und eine Kompressionsfraktur BWK 12 zuzog (Beschwerdebeilage [BB] 1, 3 f.).

Am 3. Juli 2002 erfolgte ein weiteres Ereignis, bei dem der Versicherte gemäss Unfallmeldung aus einer Höhe von vier bzw. laut Polizei von zweieinhalb Metern in einen Schacht fiel (Akten der Suva [act. II, act. IIA, act. IIB, act. IIC, act. IID, und act. IIE], act. IIC 1). Die Suva gewährte vorübergehend die gesetzlichen Leistungen (vgl. act. IIC 152). Sie tätigte erwerbliche (act. IIC 6, 12, 37) und medizinische Abklärungen, insbesondere holte sie Berichte behandelnder Ärzte ein (act. IIC 2, 9, 13 ff., 21 ff.) und veranlasste eine kreisärztliche Untersuchung (act. IIC 29), gestützt worauf eine Evaluation und Behandlung von psychosomatischen Störungen in der Rehaklinik C. _____ stattfand (act. IIC 30, 32, 36). Mit Verfügung vom 19. November 2003 (act. IIC 38) stellte die Suva die Taggeldleistungen per 24. November 2003 ein. Auf Einsprache des Versicherten hin (act. IIC 46; vgl. auch act. IIA 12, 15) veranlasste die Suva eine erneute kreisärztliche Untersuchung (act. IIC 52) und holte weitere Berichte behandelnder Ärzte ein (act. IIC 54, 97 ff., 104). Mit Schreiben vom 5. August 2004 (act. IIA 29) zog die Suva die Verfügung vom 19. November 2003 (act. IIC 38) formlos zurück. Basierend auf einem interdisziplinären Gutachten der MEDAS D. _____ GmbH (MEDAS) vom 27. Februar 2006 (act. IIC 126) terminierte die Suva mit Verfügung vom 29. November 2006 (act. IIC 152) die Versicherungsleistungen per 31. Dezember 2006 und verneinte sowohl einen Anspruch auf eine Invalidenrente als auch auf eine Integritätsentschädigung. Eine hiergegen am 22. Dezember 2006 erhobene Einsprache (act. IID 153) wies die Suva – nach diversen Zwischenverfahren (vgl. act. IIA 81, 87, 90, 94 f., 97, 100 ff., 104, 106 ff., 115 ff., 120 ff., 126, 131, 134, 136, 139 ff., 143, 179 ff., 184; act. IIB 189, 190 S. 2 f., 191, 210, 213 f.,

219, 224 f., 240) und nachdem der Versicherte am 21. Januar 2014 kardiologisch (act. IIB 230), am 10. und 14. November 2014 psychiatrisch (act. IIB 250), am 3. und 6. November 2014 neuropsychologisch (act. IIB 280) und anlässlich eines stationären Aufenthaltes vom 19. bis 22. Juni 2017 in der Klinik E._____ in ... neurologisch-epileptologisch (act. IIB 319) begutachtet worden war – mit Entscheid vom 28. Januar 2019 (act. IIB 337) ab.

B.

Mit Eingabe vom 19. Februar 2019 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt und Notar B._____, Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Der Einspracheentscheid der Suva Luzern vom 28. Januar 2019 sei vollumfänglich aufzuheben.
2. Dem medizinischen Direktor der E._____ Klinik, Herrn Dr. med. F._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, seien gerichtlich folgende Ergänzungsfragen zu stellen:
 1. Welche der von Ihnen im Gutachten vom 6. Oktober 2017 erhobenen Diagnosen, Beschwerden und Befunde stehen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem ebenfalls von der Suva zu beurteilenden Unfallereignis vom 12. Oktober 1999?
 2. Auf Seite 13 des Gutachtens vom 6. Oktober 2017 schreiben Sie, dass der Patient bei Ihrer Untersuchung klare organische Befunde bei der computer- bzw. kernspintomographischen Bildgebung seiner Wirbelsäule habe. Welche bildgebenden Untersuchungen meinen Sie und wie beurteilen Sie deren Wissenschaftlichkeit?
 3. Auf Seite 14 des Gutachtens erwähnen Sie zwei Stürze des Versicherten in den Jahren 2009 und 2011 auf dessen Schulter im Kontext von Schwindel. Wie beurteilen Sie die Schwindelkonnexität der Stürze vom 7. Juni 2009 und vom 15. Oktober 2011?
 4. Auf Seite 18 des Gutachtens erwähnen Sie eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit des Versicherten, welche einer abschliessenden Beurteilung entgegensteht. Wie liesse sich eine hinreichende Kommunikationsfähigkeit des Versicherten erzielen?
3. a) Dem Beschwerdeführer seien ab 1. Januar 2007 und weiterhin die gesetzlichen Leistungen (Unfallrente, Taggelder

und Heilungskosten) nach Massgabe der ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit und einer unfallbedingten Erwerbsunfähigkeit von mindestens 10 % sowie eine Integritätsentschädigung nach Massgabe eines Integritätsschadens von mindestens 15 % zzgl. eines Verzugszinses zu 5 % seit wann rechtens auszurichten.

- b) Eventualiter: Die Beschwerdesache sei zur neuen Abklärung und Beurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
4. Die Beschwerdegegnerin sei gerichtlich zu verpflichten, die ausgewiesenen Beurteilungskosten des Neurologen Dr. med. G. _____ in der Höhe von CHF 5'897.80 zur Bezahlung zu übernehmen.
 5. Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit einzuberufen und durchzuführen.
 6. Vor der Eröffnung des materiellen Endentscheides sei dem unterzeichneten Rechtsanwalt Gelegenheit zur Einreichung einer detaillierten Kostennote zur Geltendmachung einer Parteienentschädigung zu geben (vgl. Art. 29 Abs. 2 BV).
 7. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 9. Mai 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Sie teilte dem Gericht mit, dass bei der Umstellung auf die elektronische Aktenführung die bereits vorhandenen physischen Unterlagen in den beiden Schadenfällen nicht bzw. nicht vollständig in die elektronische Ablage migriert worden und die beiden physischen Dossiers nicht mehr auffindbar seien.

Mit Eingabe vom 16. September 2019 stellte der Beschwerdeführer folgenden zusätzlichen Antrag:

Dem medizinischen Direktor der E. _____ Klinik, Herrn Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, seien die ihm bis anhin nicht vorgelegenen Suva-Akten Nrn. 1 bis 32 gemäss Aktenzustellung der Suva vom 18. April 2006 zuzustellen und es sei ihm gerichtlich folgende zusätzliche Ergänzungsfrage zu stellen:

5. Wie beurteilen Sie Ihre frühere Begutachtung vom 6. Oktober 2017 angesichts der neuen Aktenlage, insbesondere der Ihnen 2017 noch nicht vorgelegten Suva-Akten Nrn. 1 bis 32 gemäss Aktenzustellung der Suva vom 18. April 2006 und insbesondere des Operationsberichts von Dr. H. _____ vom 4. Mai 2000 (vgl. Suva-act. 20)?

Zudem reichte der Beschwerdeführer aufforderungsgemäss die bei der Beschwerdegegnerin unauffindbaren Aktenstücke (BB 1 ff.) ein.

Entsprechend der prozessleitenden Verfügung vom 23. September 2019 reichte die Beschwerdegegnerin am 23. Oktober 2019 eine Ergänzung der Beschwerdeantwort zu den Akten und hielt an den bisherigen Anträgen fest.

Mit Eingabe vom 24. Dezember 2019 reichte der Beschwerdeführer eine weitere Eingabe zu den Akten und hielt an den bisherigen Ausführungen und Anträgen fest.

Mit prozessleitender Verfügung vom 10. Februar 2020 wies der Instruktionsrichter die Beweisanträge (Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren 2; Eingabe vom 16. September 2019 S. 5) ab.

Mit Eingabe vom 9. März 2020 stellte der Beschwerdeführer folgende zusätzlichen Anträge:

1. Es seien bei der I. _____ Krankenkasse die vollständigen Akten des Versicherten (Kunden-Nr. ...) beizuziehen.
2. Die I. _____ Krankenkasse sei in das vorliegende Beschwerdeverfahren beizuladen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 10. März 2020 wies der Instruktionsrichter auch diese Anträge ab und setzte die vom Beschwerdeführer beantragte öffentliche Schlussverhandlung auf Donnerstag, 23. April 2020, 14.00 Uhr, an.

Mit Eingabe vom 2. April 2020 zog der Beschwerdeführer den Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Schlussverhandlung zurück und reichte weitere Unterlagen zu den Akten.

Mit prozessleitender Verfügung vom 3. April 2020 stellte der Instruktionsrichter ein Doppel der Eingabe vom 2. April 2020 mit Beilagen der Beschwerdegegnerin zu und setzte die auf den 23. April 2020 angesetzte öffentliche Schlussverhandlung ersatzlos ab.

Am 22. April 2020 liess sich die Beschwerdegegnerin erneut vernehmen und hielt an ihrem bisherigen Antrag fest.

Mit Eingabe vom 30. April 2020 nahm der Beschwerdeführer erneut Stellung.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 28. Januar 2019 (act. IIB 337), mit welcher die Leistungseinstellung per 31. Dezember 2006 (act. IIC 152) bestätigt wurde. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit den Ereignissen vom 12. Oktober 1999 und vom 3. Juli 2002 über den 31. Dezember 2006 hinaus sowie die Erstattung der Kosten für das Privatgutachten von Dr. med. G._____, Facharzt für Neurologie, vom 24. Januar 2007 (act. IID 162 S. 6 ff.). Allfällige Rückfälle bzw. weitere Ereignisse liegen ausserhalb des Anfechtungs- und Streitgegenstandes. Soweit der Beschwerdeführer die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den Fallabschluss hinaus aufgrund der seit den Sturzereignissen vom 7. Juni 2009 und 15. Oktober 2011 geklagten Schulterproblemen geltend macht (Beschwerde S. 22), ist auf die Beschwerde nicht einzutreten (vgl.

auch prozessleitende Verfügung vom 10. März 2020 Ziff. 1e ff.). Die Beschwerdegegnerin hat sich diesbezüglich denn auch bereiterklärt, über ihre Leistungspflicht zu befinden, sobald die Frage der Kausalität des die späteren Stürze verursachenden Schwindels zu den Unfällen aus den Jahren 1999 und 2002 gerichtlich geklärt ist (BB 14).

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer vorab eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend (Beschwerde S. 24 ff.). Er beanstandet im Wesentlichen, die Beschwerdegegnerin habe ihre Begründungspflicht verletzt, indem sie nicht ausführte, weshalb die „funktionellen bildgebenden Abklärungen“ nicht beweistauglich seien. Auch bleibe ungeklärt, welche Abklärungen damit gemeint seien. Letztlich sei nicht ersichtlich, wie die von den Gutachtern erwähnten Veränderungen der Hirnstromkurve, die festgestellte Synkope, die BWK-12 Kompressionsfraktur und die persistierende Innenohrvernarbung unter die im Einspracheentscheid (act. IIB 337) erwähnte Rechtsprechung subsumiert werden könnten.

2.1 Die Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101). Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und

auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 16. September 2019, 9C_494/2019, E. 4; SVR 2017 KV Nr. 6 S. 30 E. 5).

2.2 Die Rügen des Beschwerdeführers sind unbegründet. Aus dem Einspracheentscheid vom 28. Januar 2019 (act. IIB 337) geht unmissverständlich hervor, dass die Beschwerdegegnerin – in Anwendung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 134 V 231 E. 5.2 ff. S. 233 ff.; Entscheid des BGer vom 3. November 2014, 8C_16/2014, E.4.2) – sämtlichen durch funktionelle bildgebende Verfahren erhobenen Befunden den Beweiswert abspricht (act. IIB 337 S. 6 E. 2). Der Beschwerdeführer verkennt zudem, dass die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die im neurologisch-epileptologischen Gutachten vom 6. Oktober 2017 (act. IIB 319) genannten organischen Befunde die Unfallkausalität verneinte (vgl. hierzu E. 4.5.2 und E. 4.6.1 hiernach). Inwieweit unter diesen Umständen eine sachgerechte Anfechtung des streitbetreffenden Einspracheentscheides (act. IIB 337) nicht oder nur erschwert möglich gewesen sein soll, ist nicht ersichtlich, zumal die Verwaltung ihre Begründung auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken durfte (vgl. E. 2.1 hiervor). Dem Beschwerdeführer war es denn auch ohne weiteres möglich, gestützt auf den Einspracheentscheid (act. IIB 337) eine ausführlich begründete Beschwerde einzureichen. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs respektive der Begründungspflicht liegt somit nicht vor.

3.

3.1 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich – wie vorlie-

gend – vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

3.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

3.3 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

3.3.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel ("conditio sine qua non"; BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2019 IV Nr. 9 S. 26 E. 3.1; Entscheid des BGer vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1).

3.3.2 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist,

einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

3.3.3 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind 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, insbesondere bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

3.3.4 Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358, 115 V 133 E. 6c aa S. 140), während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; SVR 2018 UV Nr. 29 S. 101 E. 2.2). Dabei ist wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1997 UV Nr. 95 S. 346 E. 2a, 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma (BGE 117 V 369 E. 4b S. 382; SVR 2001 UV Nr. 1 S. 2 E. 3) erlitten hat, wobei die Schleudertrauma-Praxis nur dann Anwendung findet, wenn sich innert der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden Beschwerden in der Halsregion und der Halswirbelsäule (HWS) manifestieren (SVR 2009 UV Nr. 30 S. 107 E. 5.2). Liegt keine der erwähnten Verlet-

zungen vor, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw.; BGE 119 V 335 E. 1 S. 338, 117 V 359 E. 4b S. 360) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber bereits unmittelbar nach dem Unfall ganz in den Hintergrund treten oder die physischen Beschwerden im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind (vgl. RKUV 2002 U 465 S. 438 E. 3a). Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109, 117 V 359) festgelegten Kriterien, d.h. ohne Unterscheidung zwischen körperlichen und psychischen Beschwerden (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112, 127 V 102 E. 5b bb S. 103).

3.3.5 Bei psychischen Unfallfolgen setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Das trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist gemäss BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 an das objektiv erfassbare Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften – eine Katalogisierung der Unfälle in leichte (banale), im mittleren Bereich liegende und schwere Unfälle vorzunehmen ist. Die erlittenen Verletzungen können dabei Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten. Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Diese werden unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE

140 V 356 E. 5.1 S. 359, 129 V 177 E. 4.1 S. 183; SVR 2018 UV Nr. 21 S. 76 E. 4.2, 2011 UV Nr. 10 S. 36 E. 4.2.2).

Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel (vgl. jedoch BGE 140 V 356 E. 5.3 S. 360) ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6a S. 139).

Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6b S. 140).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht auf Grund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Das Bundesgericht hat daher festgestellt, dass weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6c aa S. 140):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalles;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;

- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen ist oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Sowohl einem mittelschweren wie auch einem im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegenden Ereignis kommt nur dann im Sinne adäquater Kausalität massgebende Bedeutung für die aktuelle Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu, wenn ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder aber diese in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (RKUV 2005 U 548 S. 232 E. 3.2.3). Liegt im eigentlichen mittleren Bereich keines der Einzelkriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 5.1). Handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung der Adäquanz vier Kriterien gegeben sein (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 102 E. 4.2.2). Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz (BGE 117 V 359 E. 6b S. 367, BGE 115 V 133 E. 6c bb S. 140; vgl. RKUV 1997 U 272 S. 174 E. 4b).

3.4 Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher

Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Entscheid des BGer vom 24. September 2019, 8C_22/2019 [zur Publikation vorgesehen], E. 5.1).

3.5 Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2; zum Ganzen SVR 2019 UV Nr. 4 S. 16 E. 3.2.3.1).

Der Unfallversicherer hat die Möglichkeit, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen, d.h. den Fall abzuschliessen, dies mit der Begründung, ein versichertes Ereignis liege – bei richtiger Betrachtungsweise – gar nicht vor. In gleichem Sinne ist auch hinsichtlich der Prüfung der adäquaten Kausalität zwischen Unfall und Gesundheitsschaden zu entscheiden. Danach kann der Unfallversicherer trotz vorheriger Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld ohne Berufung auf Wiedererwägung oder prozessuale Revision die Adäquanz verneinen und gestützt hierauf die Leistungen ex nunc einstellen. Nur im Rahmen einer allfälligen Leistungsrückerstattung sind die Rückkommensvoraussetzungen zu beachten (vgl. BGE 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384).

3.6 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheits-

zustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

4.

Dass die Ereignisse vom 12. Oktober 1999 und vom 3. Juli 2002 die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 3.2 hiervor) erfüllen, ist zu Recht unbestritten. Umstritten ist jedoch die Rechtmässigkeit der Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. Dezember 2006 (act. IIB 337 S. 3 lit. D; act. IIC 152).

4.1 Hinsichtlich des Unfalles vom 12. Oktober 1999 lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

4.1.1 Gemäss undatiertem Bericht der Spital J. _____ AG (ehemals ... [BB 4]) stürzte der Beschwerdeführer am 12. Oktober 1999 aus einer Höhe von ca. zwei Metern und zog sich dabei eine Commotio cerebri und eine Kompressionsfraktur BWK 12 zu.

4.1.2 Im ebenfalls undatierten Bericht (BB 8) nannte der Hausarzt des Beschwerdeführers Dr. med. K. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, als Diagnosen eine Commotio cerebri und eine Kompressionsfraktur des 12. Brustwirbelkörpers bei Kontusion der ganzen Wirbelsäule und des Hinterkopfes. Die Rückenschmerzen seien unter Physiotherapie bis Mitte Dezember allmählich abgeklungen. Der Patient leide zunehmend unter heftigsten Kopfschmerzen, zeitweise auch begleitet von Epistaxis bei normalem Blutdruck. Das linke Handgelenk habe wegen den Schmerzen zeitweise kaum bewegt werden können. Weder die Schädelhalbaxialaufnahme (vgl. BB 6), das Handgelenkröntgen (vgl. BB 6) noch die Schädel-Computertomographie (CT [vgl. BB 7]) zeigten Auffälligkeiten.

4.1.3 Dr. med. H. _____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, nannte im Bericht vom 27. Januar 2000 (BB 10) eine rechtsseitige Trommelfellperforation. Das restliche Trommelfell sei vernarbt, ansonsten aber intakt. Auch linksseitig bestünden stark vernarbte Trommelfellverhältnisse (BB 10 S. 1). Es bestehe ein dringender Verdacht auf eine durchgemachte Laterobasalfaktur rechts beim Schädelhirntrauma vom 12. Oktober 1999. Es sei

wahrscheinlich, dass die jetzt vorliegende Perforation im Rahmen des Traumas entstanden sei (BB 10 S. 2).

Am 29. April 2000 fand eine Mittelohrrevision mit Adhäsioolyse und Tympanoplastik Typ III rechts statt (BB 20).

Im Bericht vom 31. August 2000 (BB 29) führte Dr. med. H._____ sodann aus, dass die Otoskopie nun bis auf die Vernarbungen im Trommelfell unauffällig sei. Im Reintonaudiogramm habe sich die rechte Hörschwelle vollständig normalisiert und der Tinnitus werde kaum mehr wahrgenommen.

4.1.4 Im Bericht vom 24. November 2000 (BB 32) hielt der Hausarzt des Beschwerdeführers sodann objektiv eine restitutio ad integrum fest. Auch subjektiv bestünden kaum mehr Beschwerden. Der Patient akzeptiere den Abschluss der Behandlung mit „Vorbehalt“. Seit dem 18. September 2000 sei der Beschwerdeführer wieder zu 100 % arbeitstätig.

4.2 Hinsichtlich des Unfalles vom 3. Juli 2002 lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

4.2.1 Gemäss undatiertem Bericht des Spitals L._____ (act. IIC 2), habe sich der Beschwerdeführer bei einem Sturz aus einer Höhe von ca. vier bzw. laut Polizei zweieinhalb Metern am 3. Juli 2002 diverse Kontusionen und eine Commotio cerebri zugezogen. Ossäre Läsionen seien keine festgestellt worden (act. IIC 2 S. 1).

4.2.2 Im Bericht vom 7. August 2002 (act. IIC 13) führte Dr. med. M._____, Facharzt für Neurologie, sodann aus, dass sich beim Patienten nach der Commotio cerebri ein typisches postkommotionelles Syndrom mit dumpfen, an Spannungskopfschmerzen erinnernden Kopfschmerzen, einem unspezifischen Schwindelgefühl und geschilderten Konzentrationsstörungen zeige. Die durchgeführte klinisch-neurologische Untersuchung sei unauffällig ohne Nachweis neurologischer Ausfälle (act. IIC 13 S. 1).

4.2.3 Die Ärzte der Rehaklinik C._____ führten im Bericht vom 16. April 2003 (act. IIC 36) aus, dass der Beschwerdeführer nach dem

Sturz vom 3. Juli 2002 ein postkommotionelles Syndrom entwickelt habe und nannten folgende aktuellen Probleme:

1. ICD-10 F41.0: Panikstörung und begleitend längere depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21)
2. Leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung (mentale Verarbeitungsgeschwindigkeit, geistige Flexibilität, Aufmerksamkeit, sprachliche Frischgedächtnisfunktionen), z.T. dysfunktionale Bewältigungsmuster
3. Zervikozephalgie mit Trümmelbeschwerden (Schwarzwerden, Nebelsehen)
4. Schmerzen über LWK3/4 mit Ausstrahlung in Glutealregion links

Seit dem 3. April 2003 sei der Beschwerdeführer für mittelschwere ganztägige Arbeiten wieder voll arbeitsfähig (act. IIC 36 S. 1).

4.2.4 Dr. med. N._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in ihrem Bericht vom 12. August 2004 (act. IIC 98) als Diagnose ein postkommotionelles Syndrom (ICD-10 F07.2) und eine längere depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21 [act. IIC 98 S. 1]) und hielt fest, dass dem Patienten die Anpassung an anhaltend quälende Schmerzen nicht gelinge und er seit dem zweiten Unfall zum Teil dysfunktionale Bewältigungsmuster entwickelt habe. Neuropsychologische Testuntersuchungen vom 7. Mai 2004 zeigten leichte bis schwere Beeinträchtigungen einzelner kognitiver Funktionen. Die Ätiologie der Symptome sei nicht immer klar, man nehme sowohl organische wie auch psychische Faktoren als Ursache an. Das Syndrom erreiche Krankheitswert und beeinträchtige die Arbeitsfähigkeit in beträchtlichem Ausmass. Gegenwärtig bestehe eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit (act. IIC 98 S. 2).

4.2.5 Im interdisziplinären Gutachten vom 27. Februar 2006 (act. IIC 126) nannten die Gutachter als Diagnose eine artifizielle Störung (ICD-10 F68.1 [act. IIC 126 S. 20 Ziff. 6]) und hielten im Wesentlichen fest, dass es nicht möglich sei, die Beschwerden des Exploranden auf eine objektive gesundheitliche Störung zurückzuführen. So habe kein objektiver pathologischer Befund im allgemeinmedizinischen, psychiatrischen, orthopädischen und neurologischen Status sowie den neuropsychologischen Testuntersuchungen erhoben werden können (act. IIC 126 S. 18 Ziff. 5). Insbesondere bei der orthopädischen Untersuchung seien Hinweise für Aggravation und Si-

mulation festgestellt worden (act. IIC 126 S. 15 f. Ziff. 4.1.6). Typische Beschwerden nach HWS-Distorsionstrauma oder einer äquivalenten Verletzung hätten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in der Zeit vom 2. (recte: 3.) Juli bis Oktober 2002 vorgelegen. Alle später auftretenden Beschwerden seien nicht mehr auf den Unfall vom 2. (recte: 3.) Juli 2002 zurückführbar (act. IIC 126 S. 21 Ziff. 7.2.1).

4.2.6 Im Privatgutachten vom 24. Januar 2007 (act. IID 162 S. 6 ff.) führte Dr. med. G. _____ aus, dass in Bezug auf den ersten Unfall von einem Status quo ante per November 2000 auszugehen sei (act. IID 162 S. 17). Als Diagnose nannte der Gutachter einen Status nach Sturz am 3. Juli 2002 mit Commotio cerebri, Schwindelbeschwerden, Kopfschmerzen cervico-cephal, neurovegetativer und neuropsychologischer Symptomatik, ausgeprägter Einschränkung der Beweglichkeit der HWS nach rechts bei C2. Sämtliche der genannten Beschwerden seien organischer Genese (act. IID 162 S. 18 Frage 1). Es lägen typische Beschwerden nach HWS-Distorsionstraumen oder äquivalenten Verletzungen vor. Zudem habe bei beiden Unfällen eine milde traumatische Hirnverletzung vorgelegen (act. IID 162 S. 18 Frage 2). Der Unfall vom 3. Juli 2002 habe noch Beschwerden organischer Genese zur Folge (act. IID 162 S. 18 Frage 3). Unfallfremde Ursachen lägen keine vor (act. IID 162 S. 19 Frage 4).

4.3 Aus weiteren medizinischen Akten ergibt sich Folgendes:

4.3.1 Im Bericht vom 20. Januar 2011 führte med. pract. O. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (act. IIA 184 S. 4 ff.), aus, dass der Beschwerdeführer unter einem mehrschichtigen, in sich zusammenhängenden Beschwerdebild leide. Die bisherigen bildgebenden Untersuchungen zeigten zwar degenerative Veränderungen der unteren LWS, diese könnten jedoch die gemäss den vorliegenden Akten vor allem im oberen WS-Bereich bestehenden Beschwerden nicht erklären. Zusätzlich bestünden weitere Symptome sowie inkongruentes Verhalten. Die Beschwerdesymptomatik erfülle insgesamt eher die Charakteristika einer somatoformen Störung (act. IIA 184 S. 5).

4.3.2 Der Beschwerdeführer war vom 13. Juni bis 17. Juli 2013 in der Rehaklinik C. _____ hospitalisiert (act. IIB 212 S. 2). Die Zuweisung

erfolgte durch das Spital L._____ zur Verbesserung der Lebensqualität im Sinne von Körperfunktion, Aktivität, Partizipation und Kontextfaktoren (act. IIB 212 S. 7). Im Austrittsbericht vom 23. Juli 2013 fassten die Ärzte der Rehaklinik C._____ die Diagnosen wie folgt zusammen (act. IIB 212 S. 2 f.):

- A. 07/2013 Rehaklinik C._____: Unspezifische neuropsychologische Störung wahrscheinlich aufgrund einer Aggravation der Beschwerden (ICD-10 F68.0)
- B. Unfall vom 15.10.2011: Sturz auf die rechte Schulter
B1 Transmurale Supraspinatussehnenruptur, Partialruptur Subskapularissehne, Subluxation der Bizepssehne rechts (dominante Seite)
 - Konservativ behandelt
 - 09.12.2011 MRI: oben genannte Befunde, AC-Gelenksarthrose
 - 08.01.2013 Röntgen: ACG-Arthrose, akromiohumerale Distanz 9 mm. Akromion Typ II
 - Frühjahr 2013: Keine Schmerzlinderung durch dreimalige Infiltration intraartikulär, subakromial und im Bereich des N. subscapularis
 - 18.06.2013 MRI: Transmurale Ruptur der anterioren Supraspinatussehne mit zusätzlich Delamination am muskulotendinösen Übergang, schwere tendinopathische Veränderung. Subskapularisoberrandläsion, Subluxation der langen Bizepssehne. Tendinopathie der Infraspinatussehne. Hypertrophie AC-Gelenksarthrose, mögliches Impingement
- C. 01/2011 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, DD undifferenzierte Somatisierungsstörung mit Hauptfokus Schmerz (Diagnose Spital L._____)
- D. Unfall von 2009: Sturz nach Schwindelepisode
D1 Transmurale Supraspinatus- und Subskapularissehnenruptur links
 - 25.09.2009 Arthroskopische Rotatorenmanschettenrefixation und Akromioplastik
 - 09.10.2009 Interskalenusblock und Intensivierung der Physiotherapie
 - Aktuell asymptomatisch
- E. Unfall vom 03.07.2002: Sturz aus vier Meter Höhe in einen Schacht
E1 Kontusionen von Thorax, Hüfte, HWS, BWS und LWS
E2 Leichte traumatische Hirnverletzung
 - Entwicklung eines postkommotionellen Syndroms mit Schwindelepisoden und Absenzen
 - 16.04.2003 Rehaklinik C._____: Leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung/Panikstörung und begleitend längere depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung
- F. Unfall vom 03.08.2001: Hergang nicht erinnerlich
D1 Kontusion zervikothorakal, rechter Oberschenkel und linker Kleinfinger

- G. Unfall vom 12.10.1999: Sturz aus ca. zwei Meter Höhe
 - G1 Leichte traumatische Hirnverletzung
 - G2 Verdacht auf Laterobasalfaktur rechts (gemäss Dr. H. _____, Chefarzt URL, ... vom 27.01.2001)
 - 04.05.2000 Mittelohrrevision mit Adhäsioolyse und Tympanoplastik Typ 3 rechts
 - G3 Kompressionsfraktur Th12 (konservativ behandelt)
 - 14.06.2013 Röntgen LWS: Osteochondrosis intervertebralis Th11-L1. Ventrale Spondylose Th11-L2. Minime Keildeformität von L1, etwas stärker ausgeprägt von Th12 (Keildeformität von 8°). Lumbale Facettengelenksarthrose, kaudal betont. Geringe Degeneration der ISG beidseits
- H. Gemischtes Aortenvitium
 - Mittelschwere Stenose, mässiggradige Insuffizienz
 - 04.06.2009 R-Test: keine potentiellen rhythmogenen Ursachen von Synkopen
 - 01.07.2010 Transthorakale Echokardiographie: mittelschwere septalbetonte linksventrikuläre Hypertrophie, EF 75 %, diastolische Funktionsstörung. Stark degenerativ veränderte Aortenklappe, mittelschwere Stenose, leichte Insuffizienz
 - 24.08.2010 Ergometrie: Klinisch und elektrisch negativ
- I. Arterielle Hypertonie

Das arbeitsrelevante Problem aus unfallkausaler Sicht seien die Schultern. Unfallfremd stelle auch die thorakolumbale Wirbelsäule eine Limitierung dar. Die bisherige Tätigkeit als ... sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar (act. IIB 212 S. 6).

4.3.3 Prof. Dr. med. P. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Kardiologie, nannte im kardiologischen Gutachten vom 21. Januar 2014 (act. IIB 230) als Diagnose eine interventionsbedürftige Aortenstenose (act. IIB 230 S. 12 Frage 1). Diese sei degenerativ und habe mit den dem Gutachten zugrundeliegenden Unfällen keinen Zusammenhang. Ein Teil der beklagten Symptome wie Anstrengungsdyspnoe und Schwindel bei Belastung könnten hingegen der Aortenklappenstenose angelastet werden (act. IIB 230 S. 12 Frage 2).

4.3.4 Gemäss Bericht des Spitals L. _____ vom 8. Februar 2014 (act. IIB 232 S. 8 f.) wurde am 30. Januar 2014 ein Aortenklappenersatz (mechanisch) eingesetzt (act. IIB 232 S. 8).

4.3.5 Gemäss dem neuropsychologischen Teilgutachten vom 5. Januar 2015 (act. IIB 280) konnten die Gutachter aufgrund der bewusstseinsnahen Verdeutlichungstendenz der Beschwerden keine Diagnose stellen. Milde

traumatische Hirnverletzungen führten grundsätzlich nicht zu persistierenden kognitiven Minderleistungen. Mehr als zehn Jahre nach den Unfällen könne die Diagnose einer milden traumatischen Hirnverletzung keine kognitiven Beeinträchtigungen erklären (act. IIB 280 S. 23). Aufgrund der auffälligen Werte in der Beschwerdevalidierung könne auch die Leistungsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht nicht eingeschätzt werden (act. IIB 280 S. 25 Frage 2).

4.3.6 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 23. Juni 2015 (act. IIB 250) nannte Dr. med. Q. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnose eine artifizielle Störung (ICD-10 F68.1 [act. IIB 250 S. 24 Frage 1]). Bei einer artifiziellen Störung werde von einer absichtlichen Symptombildung unbewusster Motivation ausgegangen (act. IIB 250 S. 22). Die artifizielle Störung sei im Kontext der Persönlichkeits- und Motivationsstruktur des Beschwerdeführers zu sehen und nicht auf das Unfallereignis von 2002 zurückzuführen. Die narzisstische Neigung des Beschwerdeführers dürfte zu einer Fehlverarbeitung des Unfalls geführt haben (act. IIB 250 S. 24 Frage 2). Aus psychiatrischer Sicht ergäben sich keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (act. IIB 250 S. 22).

4.3.7 Im neurologisch-epileptologischen Gutachten vom 6. Oktober 2017 (act. IIB 319) nannten die Ärzte der Klinik E. _____ folgende Diagnosen (act. IIB 319 S. 12 ff.):

1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, bei rezidivierenden depressiven Episoden, DD unspezifische Somatisierung mit Hauptfokus Schmerz
2. Rezidivierende Bewusstseinsverluste a.e. im Sinne von neurokardiogenen, vasovagalen Synkopen, bei vorbestehender orthostatischer Hypotension, begünstigt durch Therapie mit Betablockern
3. St.n. Aortenklappenersatz. 01.2014 bei symptomatischer Aortenstenose
4. St.n. Transienter globaler Amnesie 01.2014

Die im psychiatrischen Teilgutachten vom 23. Juni 2015 diagnostizierte artifizielle Störung (vgl. act. IIB 250 S. 24 Frage 1) beinhalte ein absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen. Dies sei mit den vorliegenden organischen Befunden (reduzierte Mobilität der HWS sowie Druckdolenz C2 [act. IIB

319 S. 12], Aortenstenose, radiologisch dokumentierte Verletzungen der rechten Schulter und vagovasale Synkopen) nicht vereinbar (act. IIB 319 S. 13). Weiter führten die Gutachter aus, dass eine posttraumatische oder andere Form von Epilepsie mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne. Jedoch habe in der Kipptischuntersuchung ein Bewusstseinsverlust reproduziert werden können. Dieser entspreche den bisherigen Synkopen und mit vertretbarem Grad an Wahrscheinlichkeit auch den seit 2000 beschriebenen Symptomen wie „Schwarzwerden, Gesichtsfeldverdunkelung etc.“. Ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Sturzergebnis im Jahr 2002 und den Synkopen sei eher unwahrscheinlich (act. IIB 319 S. 17 Frage 1). Im Gegensatz hierzu stehe das HWS-Distorsionstrauma (act. IIB 319 S. 18 Frage 1). Der Unfall vom 3. Juli 2002 mit konsekutivem HWS-Distorsionstrauma als somatischer Faktor habe die chronische Schmerzstörung wesentlich mitverursacht (act. IIB 319 S. 19 Frage 3). Aufgrund dieses Unfallereignisses und dem hierbei erlittenen Polytrauma ergäben sich fortwährende körperliche Funktionsstörungen und chronische Schmerzen, die den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung nach sich zögen (act. IIB 319 S. 19 Frage 4). Abschliessend hielten die begutachtenden Ärzte fest, dass das Unfallereignis im Juli 2002 für den Exploranden ein einschneidendes Ereignis darstelle, welches zu einer dauerhaften, erheblichen Versehrtheit geführt habe. Der zweite Unfall habe durch die unmittelbar daraus hervorgehende körperliche Störung zu chronischen Schmerzen und damit einhergehenden rezidivierenden depressiven Episoden geführt. Ob darüber hinaus alleine durch den Sturz im Jahr 2002 und unabhängig von später erfolgten Stürzen Spätfolgen im Sinne von neuropsychologischen Defiziten bestünden, sei nicht unwahrscheinlich. Dies könne zum jetzigen Zeitpunkt aber im Sinne eines kausalen Zusammenhangs nicht mehr eruiert werden (act. IIB 319 S. 20).

4.3.8 Im Austrittsbericht der R. _____ AG vom 1. Februar 2020 (BB 6) wird folgende Diagnose genannt (BB 6 S. 1):

- OP-Diagnose: Transmurale Ruptur der Supraspinatussehne, Partialruptur der Subscapularissehne und Luxation der Bizepssehne rechts
- Sturz am 15.10.2011
 - St.n. 3-maliger Infiltration ohne wesentliche Wirkung
 - Arthro-MRI Schulter rechts vom 01.12.2015: Transmurale Ruptur der Supraspinatussehne, Partialruptur des Oberrandes des Subscapularis, Subluxation der langen Bizepssehne, AC-Arthrose

OP: am 29.01. SAS, ev. umsteigen auf offenes Verfahren, Tenotomie und Tenodese LBS, SSC-Naht, AC-Plastik rechts

4.4

4.4.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.4.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.4.3 Ein Parteigutachten ist ein Gutachten, das entweder von der am Prozess beteiligten Partei selber erstellt worden ist (z.B. Gutachten der Unfallabteilung der Suva in einem eigenen Streitfall) oder von einer Partei bei einem Sachverständigen eingeholt und im Verfahren aufgelegt wird (BGE 115 V 62). Dabei ist der Beweiswert eines solchen Gutachtens nicht schon deshalb zweifelhaft, weil es von einer Partei ins Verfahren eingebracht wird (BGE 125 V 351 E. 3b dd S. 353, 122 V 157 E. 1c S. 161; RKUV 1993 U 167 S. 96 E. 5a; ZAK 1986 S. 188 E. 2a).

Ein Parteigutachten besitzt nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht

eingeholtes Gutachten. Es verpflichtet indessen das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3c S. 354; SVR 2018 UV Nr. 26 S. 92 E. 4.1).

4.5

4.5.1 Der angefochtene Einspracheentscheid vom 28. Januar 2019 (act. IIB 337), mit welchem die Leistungseinstellung per Ende 2006 (vgl. act. IIC 152) bestätigt wurde, basiert in medizinischer Hinsicht hauptsächlich auf dem neurologisch-epileptologischen Gutachten der Klinik E._____ vom 6. Oktober 2017 (act. IIB 319). Das Gutachten erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 4.4.2 hiavor). Die Gutachter setzten sich im Rahmen des stationären Aufenthaltes vom 19. bis 22. Juni 2017 (act. IIB 319 S. 1) eingehend und sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinander. Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf ihren Untersuchungen (act. IIB 319 S. 10 f.) und sind in Kenntnis der wesentlichen Vorakten (act. IIB 319 S. 1 ff.) ergangen. Dass den Gutachtern Teile der Unterlagen im Zusammenhang mit dem ersten Unfallereignis vom 12. Oktober 1999 nicht in der Originalversion vorlagen (vgl. Eingabe vom 16. September 2019 S. 4), ändert nichts am Beweiswert des Gutachtens. Den Gutachtern lagen insbesondere die beiden Teilgutachten vom 5. Januar 2015 (act. IIB 280) und vom 23. Juni 2015 (act. IIB 250) vor (act. IIB 319 S. 3 Ziff. 17 f.), in welchen die fehlenden Akten, soweit für die medizinische Beurteilung von Interesse, ausführlich zitiert wurden, weshalb sich weitere Abklärungen durch das Gericht erübrigten (prozessleitende Verfügung vom 10. Februar 2020 Ziff. 1e ff. m.H.a. act. IIB 250 und 280). Die Ausführungen der Gutachter der Klinik E._____ in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Insbesondere ist schlüssig, dass eine artifizielle Störung mit den klaren organischen Befunden nicht vereinbar ist (act. IIB 319 S. 13). Zudem ist die Folgerung, dass mangels herdförmiger

Störungen und epilepsietypischer Potenziale eine Epilepsie als Ursache der Synkopen unwahrscheinlich sei (act. IIB 319 S. 11 und S. 17 Frage 1), naheliegend. Weiter steht das Gutachten insoweit in Übereinstimmung mit der Beurteilung der Vorgutachter, als die Beschwerdesymptomatik, soweit nicht auf unfallfremde somatische Gründe (vgl. E. 4.6.1 hiernach) zurückzuführen, einem somatoformen Schmerzgeschehen zuzuordnen ist (act. IIB 250 S. 24 Frage 1, 319 S. 12). Auch wird die Frage des Kausalzusammenhangs zwischen den neurokardiogenen Synkopen vom vasovagalen Typ und dem Sturzereignis im Jahr 2002 unter Berücksichtigung der Literatur und der Aktenanamnese, wonach bei allen Schwindelepisoden, Bewusstseinsverlusten oder Synkopen nur einmal von unmittelbar vorausgegangenen starken Kopfschmerzen gesprochen werde, sowie der eigenen hiermit korrelierenden Untersuchungen, eingehend diskutiert (act. IIB 319 S. 18 Frage 1). Die gezogene Schlussfolgerung, wonach es keine sicheren Anhaltspunkte für einen kausalen Zusammenhang zwischen den Synkopen und dem Unfallereignis gebe, ist nachvollziehbar. In Widerspruch zu den Akten stehen demgegenüber die gutachterlichen Ausführungen, wonach beide Unfallereignisse bei der Entwicklung der chronischen Schmerzstörung eine gewichtige Rolle gespielt hätten (act. IIB 319 S. 13). Dass dem nicht so ist, ergibt sich bereits aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer vor dem zweiten Unfallereignis nicht bloss vollumfänglich arbeitsfähig war, sondern der Beschwerdeführer kaum mehr Beschwerden hatte und sein Hausarzt, Dr. med. K. _____, von einer restitutio ad integrum berichtete (vgl. BB 32). Die nach dem zweiten Unfallereignis aufgetretenen Beschwerden wurden zudem massgebend durch Befunde (Aortensstenose [vgl. act. IIB 230 S. 12 Frage 1, 232 S. 3 und S. 8], Regulationsstörung des Blutdruckes [vgl. act. IIB 319 S. 13, 320 S. 3] und die Schulterbeschwerden [vgl. act. IIA 184 S. 7 f.; act. IIB 212 S. 2, S. 19 ff. und S. 40 ff.; act. IID 214, 232, 241]) mitbeeinflusst und unterhalten, welche mit den anlässlich der vorliegend zu beurteilenden Unfälle vom 12. Oktober 1999 und vom 3. Juli 2002 erlittenen Verletzungen in keinem Zusammenhang stehen (vgl. auch E. 4.6.1 hiernach). Deshalb kann auch den gutachterlichen Ausführungen bezüglich Integritätsentschädigung (act. IIB 319 S. 19 f. Frage 4) nicht gefolgt werden. Diese Unstimmigkeit betrifft die rechtliche Beurteilung der Unfallfolgen und nicht den medizinischen Sachverhalt und

vermag am Beweiswert des im Übrigen schlüssigen und widerspruchsfreien medizinischen Gutachtens nichts zu ändern.

4.5.2 Was der Beschwerdeführer gegen den Beweiswert des Gutachtens (act. IIB 319) vorbringt, verfängt nicht. Entgegen dessen Ansicht wurde auch die Kausalität der Beschwerden zum Unfallereignis vom 12. Oktober 1999 berücksichtigt. So wurde im Gutachten einleitend ausgeführt, dass insbesondere die Frage geklärt werden solle, ob gesundheitliche Schäden in kausalem Zusammenhang mit den beiden Sturzereignissen vom 12. Oktober 1999 und/oder vom 17. Juni (recte: 3. Juli) 2002 bestünden (act. IIB 319 S. 1) und im Hinblick auf die Entwicklung der chronischen Schmerzstörung erwähnten die Gutachter, dass die beiden Stürze im Oktober 1999 und im Juli 2002 eine gewichtige Rolle spielten (act. IIB 319 S. 13). Zudem sei erwähnt, dass in beweismässiger Hinsicht nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429) erstellt ist, dass der Beschwerdeführer anlässlich des ersten Unfallereignisses eine Laterobasalfraktur erlitt. Denn die von Dr. med. H._____ ausgesprochene Verdachtsdiagnose einer anlässlich des Unfallereignisses vom 19. Oktober 1999 durchgemachten Laterobasalfraktur (BB 10 S. 2) steht in Widerspruch zu den echtzeitlichen klinischen und bildgebenden Befunden (BB 3 f., 7) und beruht einzig auf der für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung unzulässigen Beweisformel "post hoc, ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2016 UV Nr. 24 S. 78 E. 7.2). Vorliegend ist gleichermassen denkbar, dass sich der Beschwerdeführer die vernarbten Trommelfellverhältnisse durch den bis 1999 auf höherem Niveau betriebenen Kraft- und Kampfsport (vgl. act. IIC 36 S. 5, 104 S. 2) zuzog (vgl. auch prozessleitende Verfügung vom 10. Februar 2020 Ziff. 1k). Die Frage, welche Einwirkung zur Trommelfellperforation führte, kann jedoch offen bleiben. Selbst wenn das erste Unfallereignis im Jahr 1999 ursächlich gewesen wäre, wäre aufgrund der medizinischen Akten davon auszugehen, dass der erste Unfall im Zeitpunkt des zweiten Unfalls keine Auswirkungen mehr auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers hatte. So gingen die behandelnden Ärzte – in Bezug auf sämtliche im Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehenden

gesundheitlichen Beeinträchtigungen – von einem per 2000 erreichten Status quo ante aus (vgl. BB 29 f., 32), was durch den vom Beschwerdeführer beauftragten Privatgutachter, Dr. med. G. _____, bestätigt wurde. Der Beschwerdeführer sei vor dem zweiten Unfall voll arbeitsfähig und in gutem Gesundheitszustand gewesen (act. IID 162 S. 17).

Auch das Privatgutachten vom 24. Januar 2007 (act. IID 162 S. 6 ff.) vermag die Auffassungen und Schlussfolgerungen der Gutachter der Klinik E. _____ (act. IIB 319) nicht zu erschüttern (vgl. auch E. 4.4.3 hiervor). Soweit dieses auf der beweisrechtlich nicht anerkannten Untersuchungsmethode (vgl. E. 4.6.1 hiernach) des Funktions-CT vom 14. Dezember 2006 beruht (vgl. act. IID 162 S. 15 f.), erweist es sich als nicht beweiskräftig.

Demnach ist nachfolgend auf das in medizinischer Hinsicht nachvollziehbare und schlüssige neurologisch-epileptologische Gutachten der Klinik E. _____ vom 6. Oktober 2017 (act. IIB 319) abzustellen.

4.6

4.6.1 Soweit der Beschwerdeführer sinngemäss geltend macht, im Gutachten der Klinik E. _____ vom 6. Oktober 2017 (act. IIB 319) seien organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen festgestellt, respektive die Kausalität nicht ausgeschlossen worden (Beschwerde S. 20), kann dem Beschwerdeführer aus den nachstehenden Gründen nicht gefolgt werden.

Der Beschwerdeführer verkennt, dass nur die durch den Unfall kausal verursachten Befunde eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin begründen (vgl. E. 3.3 hiervor). Die Gutachter stellten anlässlich ihrer Untersuchungen Veränderungen der Hirnstromkurve und Blutdruckwerte während der in der Kipptischuntersuchung provozierten Bewusstseinstäubung, welche im Sinne einer vagoasalen Synkope eingeordnet wurde (act. IIB 319 S. 13), fest. Gemäss beweiskräftigem Gutachten vom 6. Oktober 2017 (act. IIB 319 [vgl. E. 4.5.1 f. hiervor]) ist ein kausaler Zusammenhang zum Sturzereignis aus dem Jahr 2002 jedoch eher unwahrscheinlich, weil diese Symptome, welche als Vorstufen von Synkopen gewertet werden können, bereits vor dem Unfallereignis 2002 aufgetreten seien und es in der Literatur keine Anhaltspunkte für kausale Zusammenhänge von Schädel-Hirn-

Traumen und neurokardiogenen Symptomen gebe (act. IIB 319 S. 17 f. Frage 1). In Bezug auf die Aortenstenose wird im neurologisch-epileptologischen Gutachten auf das kardiologische Gutachten vom 21. Januar 2014 (act. IIB 230) verwiesen (act. IIB 319 S. 17), in welchem diese als degenerativ, beruhend auf einer Geburtsanomalie (partielle Bikuspidie) qualifiziert und ein Zusammenhang zu den Unfällen aus den Jahren 1999 und 2002 verneint wurde (vgl. act. IIB 230 S. 12 f. Fragen 1 f.). Weder sei sie zum Zeitpunkt der beiden Unfälle signifikant genug gewesen, um Schwindel oder Synkopen als Ursache der Stürze hervorzurufen, noch sei sie durch die Unfälle verursacht oder verschlimmert worden (act. IIB 230 S. 12 Frage 2). Soweit der Beschwerdeführer in Bezug auf die Schulterbeschwerden zudem rügt, die Gutachter hätten zumindest eine Teilkausalität im Sinne einer Vorschädigung festgehalten (Eingabe vom 30. April 2020 S. 1 f.), kann ihm nicht gefolgt werden. Die Gutachter führten die arthroskopisch bzw. kernspintomographisch verifizierten Verletzungen an den Schultern explizit auf die Sturzereignisse im September 2009 und Oktober 2011 zurück (act. IIB 319 S. 12 ff.). Hinweise darauf, dass die Schulter durch die Unfallereignisse vom 12. Oktober 1999 und/oder vom 3. Juli 2002 geschädigt worden wäre, sind dem Gutachten nicht zu entnehmen.

Soweit die Gutachter der Klinik E. _____ zudem im funktionellen MRT vom 26. August 2004 (act. IIC 112 S. 1 f.) und dem Funktions-CT vom 14. Dezember 2006 (act. IID 162 S. 15 f.) einen organischen Befund für die Beschwerden erblicken (vgl. act. IIB 319 S. 12), kann der Beschwerdeführer daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Der Beschwerdeführer verkennt hierbei, dass diesen funktionell bildgebenden Verfahren gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung für die Beurteilung der Unfallkausalität von Beschwerden nach Schleudertraumen der HWS und äquivalenten Unfallmechanismen basierend auf dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft kein Beweiswert zukommt (BGE 134 V 231 E. 5.2 ff. S. 233 ff.; Entscheid des BGer vom 13. Oktober 2015, 8C_354/2015 und 8C_362/2015, E. 7.2; BGer 8C_16/2014, E. 4.2). Auch die gutachterlichen Befunde der eingeschränkten Rotation des Kopfes sowie der Druckdolenz C2 (vgl. act. IIB 319 S. 12) können gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ohne Bestätigung durch eine wissenschaftlich anerkannte apparativ/bildgebende Abklärung nicht als ausgewiesene organische Substrate

qualifiziert werden (Entscheide des BGer vom 29. November 2010, 8C_416/2010, E. 3.2, und vom 26. April 2010, 8C_46/2010, E. 4.3).

Demnach lässt sich dem Gutachten der Klinik E. _____ (act. IIB 319) keine objektiv ausgewiesene Unfallfolge entnehmen.

4.6.2 Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Eingaben vom 2. und 30. April 2020) sind den übrigen medizinischen Akten zudem keine Anhaltspunkte für eine durch die vorliegend zu beurteilenden Unfälle verursachte Vorschädigung der rechten Schulter zu entnehmen. Insbesondere kann der Beschwerdeführer aus dem interdisziplinären Gutachten vom 27. Februar 2006 (act. IIC 126) nichts zu seinen Gunsten ableiten. Die anlässlich der Begutachtung geltend gemachten „Ausstrahlungen vom Kopf in die Schultern, die Arme und den Rücken“ (act. IIC 126 S. 4 Ziff. 3.1) sind nicht mit einer pathologischen Veränderung der Schultern gleichzusetzen. Zudem hielten die Gutachter explizit fest, dass die demonstrierte Unfähigkeit, die Arme (Schultergelenke) höher als 90° zu heben, in krassem Widerspruch zur ausgesprochen kräftig ausgebildeten Muskulatur stehe (act. IIC 126 S. 15 Ziff. 4.1.6). Unbehelflich ist bei Beschwerden der rechten Schulter (vgl. BB 6) schliesslich der Hinweis, dass beim Sturzereignis im Jahr 1999 das linke Handgelenk betroffen war (Eingabe vom 30. April 2020 S. 2). Zudem konnten im Handgelenkröntgen vom 23. November 1999 kein Frakturachweis oder anderweitige Auffälligkeiten nachgewiesen werden (BB 6). Da den Akten nach dem Gesagten keine Hinweise für eine Vorschädigung der Schultern zu entnehmen ist und von weiteren Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind, steht in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4) eine Rückweisung zwecks Vornahme einer schulterorthopädischen Begutachtung (vgl. Eingabe vom 2. April 2020 S. 6 f.) ausser Diskussion.

4.6.3 Soweit der Beschwerdeführer zudem aus der Zusprache einer Invalidenrente durch die Eidgenössische Invalidenversicherung ohne Durchführung einer Indikatorenprüfung nach BGE 141 V 281 etwas zu seinen Gunsten ableiten will (Beschwerde S. 22 f.), kann ihm schon daher nicht gefolgt werden, weil die Invalidenversicherung im Gegensatz zur Unfallversicherung final konzipiert ist (BGE 124 V 174 E. 3b S. 178; Entscheid des

BGer vom 8. Juli 2019, 8C_261/2019, E. 4.3.1) und daher auch die nicht unfallkausalen organischen Beschwerden berücksichtigen muss.

4.7 Folglich ist erstellt, dass der erste Unfall im Zeitpunkt des zweiten Unfallereignisses keine kausalen Auswirkungen mehr auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers hatte. Weiter ist in Bezug auf die im Zeitpunkt der vorliegend umstrittenen Leistungseinstellung per 31. Dezember 2006 (vgl. act. IIC 152) geklagte Beschwerdesymptomatik erwiesen, dass diese, soweit sie nicht auf die unfallfremde Aortenstenose respektive Regulationsstörung des Blutdruckes zurückzuführen ist, einem somatoformen Schmerzgeschehen zuzuordnen ist, was bereits im interdisziplinären Gutachten vom 27. Februar 2006 (act. IIC 126 S. 20 f. Ziff. 6 und Ziff. 7.1.2) festgestellt wurde. Demnach steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 31. Dezember 2006 (act. IIC 152) keine objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen mehr vorlagen. Da nach dem Gesagten den geltend gemachten Beschwerden ein organisches Substrat fehlt, hat eine besondere Prüfung der Adäquanz zu erfolgen. Dabei ist von Bedeutung, ob der Beschwerdeführer ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädelhirntrauma erlitten hat (vgl. E. 3.3.4 hier- vor).

4.8 Ausgehend von der medizinischen Aktenlage ist mit der Beschwerdegegnerin festzustellen, dass die Adäquanz der organisch nicht objektivierbaren Beschwerden vorliegend an Hand der sogenannten Psycho-Praxis zu erfolgen hat (vgl. E. 3.3.4 hiervor), zumal selbst unter der Prämisse einer erlittenen Commotio cerebri bei einem Punktwert von 15 auf der Glasgow Coma Scale (GCS [act. IIC 2 S. 1]) keine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung vorläge, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigte (vgl. Entscheide des BGer vom 10. Mai 2019, 8C_632/2018, E. 7.2.2, vom 19. April 2017, 8C_44/2017, E. 4.1, und vom 18. April 2016, 8C_75/2016, E. 4.2). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 24) ist die Psycho-Praxis nicht einzig bei ausgewiesener psychischer Störung mit Krankheitswert anwendbar. Im Zeitpunkt des Fallabschlusses lag kein unfallbedingtes objektivierbares Leiden mehr vor (vgl. E. 4.7 hiervor). Mithin war diesbezüglich der

medizinische Endzustand im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG (vgl. E. 3.5 hiervor) eingetreten und die Adäquanzprüfung ohne weiteres zulässig (vgl. BGE 134 V 109 E. 6.1 S. 116).

5.

Hat die versicherte Person mehr als einen Unfall mit objektiv nicht nachweisbaren Folgen erlitten, so ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs – wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführte (act. IIB 337 S. 8 E. 4a) – prinzipiell für jeden Unfall gesondert zu beurteilen (Entscheidung des BGer vom 10. Juni 2016, 8C_174/2016, E. 2.3.1, und vom 4. August 2015, 8C_108/2015, E. 2.2). Die in der Beschwerde genannten Urteile (Entscheidung des BGer vom 4. Oktober 2007, 8C_194/2007, und vom 21. Dezember 2007, U 596/06 [Beschwerde S. 29]) ändern nichts an dieser höchstrichterlichen Rechtsprechung.

5.1 In Bezug auf den ersten Unfall hat die Beschwerdegegnerin zutreffend darauf hingewiesen (act. IIB 337 S. 8 E. 4b), dass der Hausarzt des Beschwerdeführers am 24. November 2000 eine restitutio ad integrum festhielt und der Beschwerdeführer ab dem 18. September 2000 – unbestrittenermassen – wieder voll arbeitstätig war (BB 32). Eine unfallbedingte Schädigung war somit vor dem Unfall vom 3. Juli 2002 nicht mehr gegeben.

5.2 In den Akten finden sich lediglich rudimentäre und teilweise widersprüchliche Angaben zum Unfallhergang vom 3. Juli 2002. Jedenfalls ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer auf der ... in einen Schacht stürzte (vgl. act. IIC 1, 2 S. 1). In Bezug auf die Sturzhöhe ging die Polizei gemäss undatiertem Bericht des Spitals L. _____ von einer Sturzhöhe von zweieinhalb Metern aus (act. IIC 2 S. 1). Der Beschwerdeführer selber steigerte die Angabe von anfänglich vier auf bis zu acht Metern (vgl. act. IIB 280 S. 11; act. IIC 2 S. 1, 98 S. 1, 126 S. 4 Ziff. 3.1). Tatsache ist, dass gemäss den initialen Akten weder am Kopf noch an anderen Körperteilen ossäre Läsionen festgestellt werden konnten, der Beschwerdeführer allseits orientiert war und ein GCS-Wert von 15 bestand (act. IIC 2 S. 1). Selbst wenn zugunsten des Beschwerdeführers von einer Sturzhöhe von

vier Metern ausgegangen würde, stimmt die Einstufung des Ereignisses als mittelschwer im engeren Sinne mit der geltenden höchstrichterlichen Rechtsprechung überein (vgl. BGer 8C_632/2018, E. 8.3, und 8C_44/2017, E. 5.2). Der Beschwerdeführer bringt nichts vor, was es rechtfertigen würde, hiervon abzuweichen. Insbesondere sind den Akten keine Hinweise zu entnehmen, dass er – wie beschwerdeweise behauptet (Beschwerde S. 28) – Kopfs voran auf den Boden stürzte. Mit der Beschwerdegegnerin ist somit von einem im engeren Sinne mittelschweren Unfall auszugehen, weshalb die Unfallkausalität der Beschwerden des Beschwerdeführers nur bejaht werden kann, wenn mindestens drei der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (vgl. E. 3.3.5 hiervor). Massgebend sind dabei die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Fallabschluss per 31. Dezember 2006 (act. IIC 152) entwickelt haben (vgl. Entscheide des BGer vom 27. November 2017, 8C_488/2017, E. 6.7 und vom 10. Oktober 2013, 8C_344/2013, E. 8).

5.2.1 Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person. Jedem mindestens mittelschweren Unfall ist eine gewisse Eindrücklichkeit eigen, die somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Die Rechtsprechung hat dabei insbesondere etwa in Erwägung gezogen, ob das Ereignis objektiv einen unmittelbar lebensbedrohenden Charakter habe (vgl. Entscheid des BGer vom 16. Dezember 2016, 8C_611/2016, E. 3.4). Dergleichen ist vorliegend nicht ersichtlich. Auch anderweitig ergeben sich keine Anhaltspunkte für besondere, die Eindrücklichkeit des Unfallereignisses vom 3. Juli 2002 qualifizierende Umstände. Das Kriterium ist damit nicht erfüllt.

5.2.2 Ebenso ist das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen (physischen) Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen (BGer 8C_488/2017, E. 6.6), zu verneinen: Zunächst haben die unfallfremden Gesundheitsschäden (die Aortenstenose und die Regulationsstörung des Blutdruckes [vgl. E. 4.7 hiervor]) unberücksichtigt zu bleiben. Die im Spital L._____ festgestellten Kontusionen (Thorax, Hüft, HWS, BWS und

LWS) ohne ossäre Läsionen sowie die Commotio cerebri (act. IIC 2 S. 1) stellen keine Verletzungen dar, welche erfahrungsgemäss besonders geeignet wären, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Dies wurde höchstrichterlich beispielsweise auch bei Rippenfrakturen, diversen Kontusionen und einer Kopfprellung verneint (vgl. Entscheid des BGer vom 25. August 2004, U 272/03, E. 4.3). Auch aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer zweimal hintereinander eine Commotio cerebri erlitt, kann er nichts zu seinen Gunsten ableiten. Im Bericht vom 24. November 2000 (BB 32) hielt der Hausarzt des Beschwerdeführers eine restitutio ad integrum und die 100%ige Wiederaufnahme der Arbeit fest. Somit lag keine unfallrelevante Vorschädigung vor.

5.2.3 Auch liegt keine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung vor, sind im Rahmen der hier vorgenommenen Adäquanzprüfung doch einzig die organisch ausgewiesenen Beschwerden zu berücksichtigen (vgl. RUMO-JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 72). Der Beschwerdeführer wurde am Tag des Unfalls im Spital L. _____ untersucht und konnte am Folgetag nach Hause entlassen werden (act. IIC 2). Es fanden weder invasive Eingriffe noch eigentliche ärztliche Behandlungen von unfallbedingten somatischen Gesundheitsschäden statt. Der Beschwerdeführer verkennt (Beschwerde S. 30), dass die Untersuchungen und Behandlungen durch die Ärzte unterschiedlichster Fachrichtungen unberücksichtigt bleiben müssen, da seine Schmerzen nicht als Folge eines beim Unfall erlittenen körperlichen Gesundheitsschadens erscheinen.

5.2.4 Da sich die noch beklagten Beschwerden nicht auf ein unfallbedingtes somatisches Korrelat zurückführen liessen, ist auch das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen nicht erfüllt. Insbesondere die teilweise durch die Aortenstenose erklärbaren Beschwerden wie Anstrengungsdyspnoe und Schwindel waren unfallfremd (act. IIB 230 S. 12 Frage 2) und sind daher auszuklammern. Für die übrigen geklagten Beschwerden konnten die verschiedenen involvierten Fachärzte kein organisches Pendant eruieren.

5.2.5 Jedenfalls bezüglich der objektivierbaren somatischen Unfallfolgen sind auch keine Fehlbehandlungen dokumentiert. Daran ändern die be-

schwerdeweise hervorgehobenen gutachterlichen Ausführungen (Beschwerde S. 30) von Prof. Dr. med. P._____, wonach der Beschwerdeführer durch zwei gefährliche aber glimpflich abgelaufene Arbeitsunfälle und widersprüchliche Beratungen in den vorangegangenen 14 Jahren ohne objektivierbare somatische Befunde den normalen Wiedereinstieg in seinen Beruf nicht mehr gefunden habe und nicht mehr finden werde (act. IIB 230 S. 13), nichts, bezieht sich doch die Aussage betreffend „widersprüchliche Beratung“ auf die lange Zeit unerkannt gebliebene Aortenstenose, welche auf eine Geburtsanomalie und damit nicht auf die beiden Unfallereignisse zurückzuführen ist (vgl. act. IIB 230 S. 12 Frage 2).

5.2.6 Der vom Beschwerdeführer angesprochene langjährige Heilungsverlauf (Beschwerde S. 30) bezieht sich auf die unfallfremde Aortenstenose respektive Regulationsstörung des Blutdruckes bzw. auf die Beschwerden ohne organischem Pendant (vgl. auch E. 4.7 hiavor) und ist vorliegend unerheblich. In Bezug auf die erlittenen diversen Kontusionen und die Commotio cerebri ist kein langwieriger Heilungsverlauf dokumentiert. Im Bericht vom 7. August 2002 (act. IIC 13) führte Dr. med. M._____ zwar noch aus, dass der Patient nach der Commotio cerebri an einem typischen postkommotionellen Syndrom mit dumpfen, an Spannungskopfschmerzen erinnernden Kopfschmerzen, einem unspezifischen Schwindelgefühl und geschilderten Konzentrationsstörungen leide. Die klinisch-neurologische Untersuchung erwies sich jedoch als unauffällig (act. IIC 13 S. 1). Auch die am 12. November 2002 durchgeführte Vestibularisprüfung fiel vollständig normal aus (act. IIC 22 S. 1) und im Austrittsbericht der Rehaklinik C._____ vom 16. April 2003 (act. IIC 36) hielten die Ärzte feste, dass zum Zeitpunkt des Klinikaufenthaltes keine objektivierbare neurologische Defizite oder andere somatische Unfallfolgen mehr vorlagen (act. IIC 36 S. 2). Unter diesen Umständen ist auch das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufes zu verneinen.

5.2.7 Direkt nach dem Sturz vom 3. Juli 2002 wurde im Bericht des Spitals L._____ (act. IIC 2), keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Der Hausarzt führte im Bericht vom 4. September 2002 (act. IIC 9) aus, dass am 5. und 14. August 2002 gescheiterte Arbeitsversuche stattgefunden hätten. Die Wiederaufnahme der Arbeit sei auf Anfang September geplant.

Am 9. September 2002 fand ein weiterer erfolgloser Arbeitsversuch statt (act. IIC 16). Gemäss Austrittsbericht der Rehaklinik C._____ vom 16. April 2003 (act. IIC 36) sei der Beschwerdeführer ab dem 3. April 2003 voll arbeitsfähig gewesen (ohne schwere oder repetitive Arbeiten über Kopf, Zwangshaltungen der HWS und des Oberkörpers sowie ohne Heben und Tragen von schweren Lasten [act. IIC 36 S. 1 f.]). Da jedoch keine somatischen Unfallfolgen mehr bestanden (act. IIC 36 S. 2), beruhte die Arbeitsunfähigkeit vor dem 3. April 2003 wohl hauptsächlich auf den psychiatrischen Diagnosen (act. IIC 36 S. 1). Ob und für welche Zeit aus unfallbedingten somatischen Folgen eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde, lässt sich den Akten nicht entnehmen. Selbst wenn jedoch bis April 2003 aufgrund der somatischen Unfallfolgen eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit bestanden hätte, wäre das Kriterium des Grades und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht gegeben.

5.3 Nach dem Gesagten ist keines der massgebenden Kriterien erfüllt. Folglich ist die adäquate Unfallkausalität der psychischen Beschwerden zu verneinen. Weil auch keine somatischen Unfallfolgen bestehen, stellte die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen zulässigerweise per 31. Dezember 2006 ein und verneinte einen Anspruch auf weitere Unfallversicherungsleistungen zu Recht. Die Beschwerde ist daher unbegründet und abzuweisen.

6.

6.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Der Versicherungsträger übernimmt die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden (Art. 45 Abs. 1 ATSG). Nach der Rechtsprechung können die Kosten eines Privatgutachtens, auf das sich der Entscheid der Rechtsmittelinstanz stützt, im Rahmen der Parteientschädigung zurückerstattet werden (RKUV 2004 U 503 S. 187 E. 5.1).

Das vom Beschwerdeführer eingeholte Privatgutachten vom 24. Januar 2007 (act. IID 162 S. 6 ff.) beruht im Wesentlichen auf beweisrechtlich nicht anerkannten Untersuchungsmethoden (vgl. E. 4.5.2 hiervor). Es stellt demnach zur Klärung der vorliegend umstrittenen Fragen kein beweiskräftiges und objektiv notwendiges Beweismittel dar, weshalb der Antrag, die Kosten für diese Expertise der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (Beschwerde S. 31 f.), abzuweisen ist.

6.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer grundsätzlich keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Vorliegend ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Akten der Beschwerdegegnerin unvollständig waren und nur mit Hilfe des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vervollständigt werden konnten, weshalb die Beschwerdegegnerin den diesbezüglichen Aufwand, gerichtlich festgesetzt auf pauschal Fr. 500.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer), zu entschädigen hat.

Die Beschwerdegegnerin hat als mit der Durchführung der Unfallversicherung betraute öffentlich-rechtliche Anstalt praxisgemäss nicht Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten (Art. 104 Abs. 4 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer für das Vervollständigen der Akten die Kosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 500.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt und Notar B. _____ z.H. des Beschwerdeführers

- Suva (mit Eingabe des Beschwerdeführers vom 30. April 2020)
- Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.