

UV 200 2024 825
KOJ/GET/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. April 2025

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Frey, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Fürsprech B. _____

Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
vertreten durch Rechtsanwalt C. _____

Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 12. November 2024



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bei der sich nunmehr in Liquidation befindlichen D. _____ AG (vgl. Schweizerisches Handelsamtsblatt SHAB, Tagesregister-Nr. ... vom TT. Mai 2024) als ... angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er sich am 6. Juli 2019 bei Arbeiten an einem Hubwerk und Sturz aus ca. 6 Metern diverse Verletzungen zuzog (Akten der Suva [act. II] 1). Im Spital E. _____ wurden multiple Wirbelkörperverletzungen, ein kleines Epiduralhämatom mit subarachnoidaler Komponente frontal rechts sowie ein Thorax-trauma mit Rippenserienfraktur und Pneumothorax rechts diagnostiziert (act. II 2 S. 3). Im weiteren Verlauf wurde zudem eine Rotatormanschettenruptur in der rechten Schulter festgestellt (act. II 36 S. 2). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht, indem sie die gesetzlichen Leistungen erbrachte (act. II 3; 43 S. 2; 47). Nach diversen operativen Eingriffen (act. II 30 S. 4-9; 52 S. 1-3) und einem (verlängerten) Rehabilitationsaufenthalt (act. II 26 S. 2 ff.; 53 S. 2 ff.; 98) stagnierte im Verlauf die Genesung von Seiten des Rückens (act. II 184). Nachdem dem Versicherten das bisherige Arbeitsverhältnis gekündigt worden war (act. II 167 S. 2), gewährte die IV-Stelle Bern (IVB) Eingliederungsmassnahmen (act. II 191; 207; 244; 258), welche in einen temporären Anstellungsvertrag (bis Ende November 2022) als ... (50 %) in der F. _____ AG mündeten (act. II 270; 302 S. 2; 315 S. 1). In der Folge klärte die Suva die erwerblichen Verhältnisse und den medizinischen Sachverhalt – auch im Hinblick auf inzwischen hinzugetretene psychische Beschwerden (act. II 232) – (weiter) ab. Insbesondere holte sie ein von der IVB bei der G. _____ (MEDAS) veranlassstes polydisziplinäres Gutachten zu den Akten (Expertise vom 27. März 2023 [act. II 325]). Mit (formlosem) Schreiben vom 19. Mai 2023 (act. II 335) stellte die Suva die Taggeldleistungen per 31. März 2023 ein. Zudem sprach sie mit Verfügung vom 7. August 2023 (act. II 358) ab 1. April 2023 eine Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 58 % sowie eine auf einem Integritätsschaden von 20 % basierende Inte-

gritätsentschädigung zu. Die dagegen vom Versicherten (betreffend den Rentenentscheid) erhobene Einsprache (act. II 366) wies die Suva mit Entscheidung vom 12. November 2024 (act. II 389) ab.

B.

Dagegen erhob der Versicherte, wie bereits im Einspracheverfahren vertreten durch Fürsprech und Notar B. _____, mit Eingabe vom 13. Dezember 2024 Beschwerde. Er stellt die folgenden Anträge:

1. Der Einspracheentscheid der SUVA vom 12. November 2024 sei aufzuheben.
2. Die SUVA sei anzuweisen, nach dem Einholen eines ergänzenden psychiatrischen Gutachtens noch einmal über den Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers zu entscheiden.
3. Die SUVA sei anzuweisen, bei der Berechnung des Invaliditätsgrades des Beschwerdeführers in jedem Fall einen Leidensabzug von 20 % einzusetzen.
4. Eventuell sei dem Beschwerdeführer direkt eine Invalidenrente der SUVA auf der Basis eines Invaliditätsgrades von mindestens 65% zuzusprechen.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 29. Januar 2025 beantragt die Suva, vertreten durch Rechtsanwalt C. _____, die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 4. Februar 2025 edierte der Instruktionsrichter die Akten der IV (act. III).

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 Angefochten ist der die Verfügung vom 7. August 2023 (act. II 358) bestätigende Einspracheentscheid vom 12. November 2024 (act. II 389). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine (höhere) Invalidenrente.

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.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles,

eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]) sowie eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 148 V 356 E. 3 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181).

2.2 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).

2.3

2.3.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht 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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163; SVR 2023 UV Nr. 39 S. 139, 8C_305/2022 E. 3.1).

2.3.2 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Gesundheitsschäden deckt sich die natürliche weitgehend mit der adäquaten Unfallkausalität. Hier spielt mithin die unter Adäquanzgesichtspunkten entscheidende Frage, ob das Unfallereignis 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, für die Begründung der Leistungspflicht praktisch keine Rolle (BGE 149 V 218 E. 5.2 S. 220). Bei psychischen Unfallfolgen beurteilt sich der adäquate Kausalzusammenhang nach Massgabe von BGE 115 V 133.

2.4 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 149 V 224 E. 6.3.1 S. 235, 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201).

2.5 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (aArt. 18 Abs. 1 UVG in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung). Die Invalidenrente beträgt bei Vollinvalidität 80 % des versicherten Verdienstes; bei Teilinvalidität wird sie entsprechend gekürzt (Art. 20 Abs. 1 UVG).

3.

3.1 Es ist zu Recht unbestritten und steht fest, dass das Ereignis vom 6. Juli 2019, bei dem sich der Beschwerdeführer diverse Verletzungen zugezogen hat (act. II 2 S. 3), einen Unfall im Rechtssinne (Art. 4 ATSG) darstellt (vgl. E. 2.2 vorne). Streitig und zu prüfen ist zunächst, ob beim Beschwerdeführer nebst den unbestrittenen somatischen Beeinträchtigungen auch (unfallkausale) psychische Beschwerden und eine daraus ableitbare Arbeitsunfähigkeit vorliegen. Die medizinischen Akten ergeben insoweit im Wesentlichen das folgende Bild:

3.2

3.2.1 Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 23. Januar 2021 (act. II 231) eine rezidivierende depressive Episode, zur Zeit mittelschwer (ICD-10 F33.1) sowie eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.80 [S. 1]). Nach dem Scheitern der Reintegrationsbemühungen, der Kündigung der Arbeitsstelle und dem zunehmenden Druck von Versicherungsseite sei der Beschwerdeführer zunehmend in eine depressive und gekränkte Stimmungslage geraten, die aktuell das

Ausmass einer – nach 2014 und 2018 dritten – rezidivierenden depressiven Episode angenommen habe (S. 3).

3.2.2 I. _____, Praktischer Arzt und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Versicherungsmedizin Suva, hielt im Bericht vom 13. Juli 2022 (act. II 295) basierend auf den Akten fest, im Gegensatz zu Dr. med. H. _____ Diagnose der rezidivierenden Depression sei die narzisstische Persönlichkeitsstörung aus seinem Bericht nicht gut nachzuvollziehen (S. 14). Das depressive Störungsbild sei aus versicherungs-psychiatrischer Sicht als unfallteilkausal einzuordnen (S. 15).

3.2.3 Dr. med. H. _____ stellte im Bericht vom 10. August 2022 (act. II 297) aus psychiatrischer Sicht die folgenden Diagnosen (S. 2):

- Rezidivierende depressive Episode, zur Zeit mittelschwer (ICD-10 F33.1); mindestens teilweise organische affektive Störung (ICD-10 F06.3) resp. Persönlichkeitsänderung bei chronischem organischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80)
- Narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.80)

Ein Teil der depressiven Symptomatik und der Verhaltensauffälligkeiten und eingeschränkten exekutiven Funktionen müssten im Rahmen einer organischen affektiven Störung (ICD-10 F06.3) resp. Persönlichkeitsänderung bei chronischem organischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80) zugeordnet werden. Die aktuelle Arbeitstätigkeit von 50 %, welche den Beschwerdeführer an die Grenze der Überforderung bringe, weise auch in diese Richtung (S. 3). Die berufliche Leistungsfähigkeit sei aus somatischen (klare Unfallfolgen) und psychiatrischen Gründen (teilweise als Unfallfolge) eingeschränkt. Die "50 % zeitliche AUF" sei unfallbedingt. "Davon" sei das Rendement aus medizinisch-psychiatrischen Gründen (notwendige regelmässige Pausen aufgrund der Schmerzen, erhöhte Ermüdbarkeit) eingeschränkt, wobei er – Dr. med. H. _____ – weder das Ausmass genau zu beziffern noch zu sagen vermöge, welchen Anteil daran rein psychiatrische Aspekte hätten. Aufgrund der diversen Arbeitsabklärungen und Aussagen von Vorgesetzten des Beschwerdeführers schätze er das Rendement bei 30 - 40 % ein bei einer Arbeitstätigkeit von 4 bis 4.5 Stunden pro Tag (S. 5).

3.2.4 Med. pract. I. _____ hielt in seiner Stellungnahme vom 24. August 2022 (act. II 299) gestützt auf den Bericht von Dr. med. H. _____

vom 10. August 2022 fest, wie immer die Situation psychiatrisch eingeschätzt werde, bleibe festzuhalten, dass ein relevanter Störungsanteil dadurch ausgelöst worden sei, dass die dysfunktionalen und problematischen Verhaltensweisen, die Dr. med. H. _____ beschreibe, überwiegend wahrscheinlich im Sinne einer Reaktion auf erhebliche unfallbedingte Belastungen und Einschränkungen eines Mannes zu betrachten seien, der schon vorgängig zum Unfall nur über begrenzte psychische Bewältigungsmöglichkeiten und Ressourcen verfügt habe und durch den Unfall diesbezüglich noch weitere Einschränkungen habe erleben müssen. Dabei könne allerdings eher nicht auf das Bestehen einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung referiert werden (S. 5). Die aktuell festzustellenden psychischen Störungsbilder (depressive Episode im Rahmen rezidivierender Depression, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und/oder andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom) seien also durchwegs als unfallteilkausal einzuordnen und es habe sich gezeigt, dass sie eine relevante Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit bedingten (S. 5 f.). Wegen der Diskrepanz zwischen bestehendem und offensichtlich erfülltem Arbeitsvertrag und medizinisch-theoretischer Einschätzung durch den Behandler schlage er – med. pract. I. _____ – vor, im Betrieb mit dem Beschwerdeführer und seinen Vorgesetzten zu evaluieren, mit welchen Aufgaben jener im Betrieb genau betraut sei (S. 6).

Nach Vorlage des Berichts betreffend die Abklärung des Tätigkeitsprofils bei der F. _____ AG (act. II 302) hielt med. pract. I. _____ mit weiterem Bericht vom 5. Oktober 2022 (act. II 305) fest, der Beschwerdeführer sei in der Lage, einer klar strukturierten, körperlich wenig belastenden und nicht übermässig fordernden Tätigkeit (wie z.B. im Sinne der momentan ausgeführten ...) nachzukommen, zeitlich zu 50 % einsetzbar. Das Rendement sei noch einmal etwa um die Hälfte (25 %) limitiert (S. 3).

3.2.5 Im von der IVB veranlassten polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 27. März 2023 (act. II 325) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 9 f.):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Chronisches thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 T91.1/1-94.0/M54.6/M54.5/Z98.8)
 - St. n. (= Status nach) Polytrauma am 6. Juli 2019 mit leichtgradigem Schädelhirntrauma, Rissquetschwunde parietookzipital links und Wange rechts, Thoraxtrauma mit Rippenserienfrakturen beidseits, Pneumothorax rechts, undislozierter Fraktur des Manubrium sterni, Lungenkontusion Unterlappen beidseits, interspinöser Bandläsion HWK3/4, Deckplattenimpressionsfrakturen HWK5, BWK1/2/4/5/7/10/11, Distraktionsverletzung BWK7 und 10 sowie Frakturen der Processus spinosi BWK3 und BWK6/7/8/9/10
 - St. n. Einlage einer Thoraxdrainage rechts am 6. Juli 2019 (Spital E._____)
 - St. n. dorsaler Spondylodese BWK5 bis BWK12 am 7. Juli 2019 (Orthopädie Spital E._____)
 - St. n. tiefer Wundrevision thorakal, Débridement und Sampling am 18. Juli 2019 bei postoperativer Wundheilungsstörung (Orthopädie, Spital E._____)
 - St. n. second look, tiefer Wundrevision und Biopsieentnahme am 27. Juli 2019 bei Wundheilungsstörung (Orthopädie, Spital E._____)
 - St. n. Spondylodese-assoziiertem Frühinfekt mit E. coli, K. pneumoniae und E. faecalis
 - St. n. resistenzgerechter Behandlung mit Clamoxyl und Ceftriaxon
 - radiologisch korrekte Stellungsverhältnisse, leichte Nachsinterung BWK10 und deutliche mehrsegmentale thorakolumbale Degeneration mit möglicher Affektion der Nervenwurzel L5 links (Röntgen 21. Juli 2021 und MRI 21. Juli 2021)

2. Chronische Schulterbeschwerden der dominanten rechten Seite (ICD-10 M79.61/M75.1/Z98.8)
 - St. n. Schulterverletzung am 6. Juli 2019
 - St. n. posttraumatischer Frozen Shoulder
 - St. n. Schulterarthroskopie, Bursoskopie, subakromialer Bursesektomie und Dekompression, Bizepsstenodese in knotenfreier Ankertechnik und arthroskopischer Rekonstruktion der Subskapularissehne sowie Débridement der Supraspinatussehne am 16. Oktober 2019 (Klinik J._____, ...)
 - intraoperativer Befund: irreparable Komplettruptur der Supraspinatussehne mit drittgradiger Retraktion, Komplettruptur der kranialen Subskapularissehne, Pulley-Läsion mit Instabilität und Partialläsion der Bizepssehne, deutliche Bursitis subacromialis und Synovialitis

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4)
2. St. n. Polytrauma vom 6. Juli 2019 mit unter anderem Schädel-Hirn-Trauma
 - computertomographisch Epiduralhämatom frontal rechts, Subduralhämatom fronto parietal rechts, Subarachnoidalblutung frontal rechts (und RQW parieto-okzipital links) (ICD-10 S06.4, .5 und .6)
 - klinisch formal milde traumatische Hirnschädigung (ICD-10 S06.0)

- kernspintomographisch keine strukturelle traumatische Läsion (MRI 23. Mai 2022)
3. Chronisches Spannungstyp-Kopfweh (ICD-10 G44.2)
 4. Verdacht auf intermittierende Meralgia paraesthetica links (ICD-10 G57.1)
 5. Übergewicht mit BMI von 27.5 kg/m² (ICD-10 E66.9)
 6. Dyslipidämie (ICD-10 E78.2)
 7. Inzidentalom Nebenniere links (ICD-10 D35.0)
 8. Nikotinabusus (ICD-10 F17.1)

In der Beurteilung führten die Gutachter aus, bei der psychiatrischen Untersuchung habe sich keine im Vordergrund stehende depressive Symptomatik mehr gezeigt. Die Stimmungslage sei ausgeglichen gewesen und es hätten keine Störungen des Antriebs oder der affektiven Modulationsfähigkeit mehr bestanden. Die anamnestisch rezidivierende depressive Störung sei gegenwärtig remittiert gewesen. Es habe keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden können und aus psychiatrischer Sicht bestehe eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 8).

In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine körperlich sehr leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, ohne Einsatz der oberen Extremität oberhalb des Schulterniveaus sowie ohne Einnahme von Zwangshaltungen des Rumpfes und von gebückten Positionen sei seit September 2020 im Umfang von 5-6 Stunden, entsprechend einer Arbeitsfähigkeit von 60 % (Arbeitsunfähigkeit 40 %) möglich (S. 11).

3.3

3.3.1 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).

3.3.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersu-

chungen 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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246, 8C_260/2020 E. 2.2).

3.4 Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 27. März 2023 (act. II 325) wurde von diesem Gericht bereits im Rahmen des Verfahrens betreffend die Leistungen der Invalidenversicherung geprüft und gewürdigt. Das Gericht attestierte in seinem unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Urteil IV 200 2023 712 vom 11. März 2023 dem Gutachten volle Beweiskraft (E. 3.3.1) und stützte seinen Entscheid auf dieses ab. Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS erfüllt auch im vorliegenden Verfahren der kausalen Unfallversicherung die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen und erbringt vollen Beweis (vgl. E. 3.3.2 vorne). Es ist in Bezug auf die befundmässige und diagnostische Einschätzung überzeugend und gestützt darauf lassen sich sämtliche vorliegend relevanten Tat- und Rechtsfragen zuverlässig beurteilen. Daran ändert namentlich nichts, dass es sich um ein im Auftrag der (final ausgerichteten) Invalidenversicherung erstelltes Gutachten handelt, besteht doch keine unfallfremde, sich auf die Arbeitsfähigkeit (zusätzlich) auswirkende gesundheitliche Beeinträchtigung. Sodann liegen auch keine (fach-)ärztlichen Berichte im Recht, welche sich kritisch zum Gutachten der MEDAS äussern.

Gemäss dem Gutachten der MEDAS liegen beim Beschwerdeführer ein chronisches thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie chronische Schulterbeschwerden der dominanten rechten Seite vor, welche die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (seit dem 1. September 2020 [vgl. VGE IV/2023/712 E. 3.4.1]) gänzlich, in einer den Leiden angepassten Tätigkeit im Umfang von 40 % (Arbeitsfähigkeit 60 %) einschränken. Insbesondere liegt keine psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (mehr) vor.

3.5 Der Beschwerdeführer kritisiert ausschliesslich die psychiatrische Beurteilung im Rahmen des Gutachtens der MEDAS und bringt im Wesentlichen nichts Anderes vor, als was er bereits im Verfahren betreffend die Leistungen der Invalidenversicherung geltend gemacht hatte. Seiner Kritik am Gutachten kann, wie bereits in VGE IV/2023/712 E. 3.3 festgehalten, nicht gefolgt werden und es liegen auch (im Vergleich zum Zeitpunkt des damaligen Urteils) keine neuen Erkenntnisse bzw. Veränderungen vor, welche es rechtfertigen würden, davon abzuweichen.

3.5.1 Zunächst lässt er (erneut) vorbringen, das psychiatrische Teilgutachten äussere sich nicht zur "Besessenheit" des Beschwerdeführers, wonach ihm im Rahmen der Notfallbehandlung im Spital E._____ der Schädel geöffnet worden sei und es sich beim "Ding", das er aus dem Spital E._____ mitgenommen habe, um ein Stück Schädelkalotte handeln würde (Beschwerde S. 3 Ziff. 5). Das Spital E._____ hat im Schreiben vom 10. Juli 2023 (act. II 369 S. 1) bestätigt, dass der Schädel weder geöffnet noch operiert worden sei und es sich folglich nicht um ein Stück der Schädelkalotte handle, sondern um eine Nekrose. Im Übrigen bestehen in den Akten (auch weiterhin) keine Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer dennoch auf das "vermeintliche Schädel-Fragment fixiert" sein soll (Beschwerde S. 7 Ziff. 11). Insbesondere enthalten sie keine Anhaltspunkte für eine allfällige, daraus ableitbare psychiatrische und im Rahmen der Begutachtung der MEDAS unentdeckt gebliebene Problematik, wie es in der Beschwerde aus der Laienoptik vermutet wird (Beschwerde S. 7 Ziff. 11). Derselbe Schluss trifft auf den vom behandelnden Zahnarzt angeblich festgestellten Bruxismus zu (Beschwerde S. 4 Ziff. 7).

3.5.2

3.5.2.1 Ferner trifft es zwar zu, dass med. pract. I. _____ in seinen Berichten zu Handen der Beschwerdegegnerin vom Vorliegen einer (teilkausalen) psychischen Problematik (depressive Episode im Rahmen rezidivierender Depression, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und/oder andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom) ausging (act. II 299 S. 5) und nach Unterbreitung eines Berichts betreffend die Abklärung des Tätigkeitsprofils beim damaligen Arbeitgeber ein in psychischer Hinsicht um 25 % reduziertes Rendement bescheinigte (act. II 305 S. 3; Beschwerde S. 4 Ziff. 8). Allerdings bildet dies einen allein scheinbaren Gegensatz zur Einschätzung im psychiatrischen Gutachten der MEDAS. Zu berücksichtigen ist, dass die Untersuchung durch den Experten Dr. med. K. _____ knapp ein halbes Jahr nach der letzten Erhebung des Psychostatus durch Dr. med. H. _____ erfolgte, auf welche med. pract. I. _____ seinerseits abgestellt hatte (act. II 297 S. 1; 325 S. 32). Anlässlich der Untersuchung konnte Dr. med. K. _____ keine depressive Symptomatik *mehr* feststellen, während er das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung an sich bestätigte (act. II 325 S. 38). Entsprechend ging er von einer gegenwärtigen Remission der rezidivierenden depressiven Störung aus, was auch Eingang in den polydisziplinären Konsens fand (act. II 325 S. 9). Mit hin unterscheidet sich der medizinische Sachverhalt in psychischer Hinsicht, wie er sich beim Fallabschluss per 31. März 2023 (act. II 335) darbot, erheblich von jenem, wie er den auf den Berichten von Dr. med. H. _____ basierenden Einschätzungen durch med. pract. I. _____ zugrunde lag. Wie in E. 3.4 vorne gezeigt, liegen zudem keine Berichte vor, welche ebenfalls im Begutachtungszeitraum erstellt wurden und die Einschätzungen von Dr. med. K. _____ entgegen dem bereits in VGE IV/2023/712 E. 3.3.2 Gesagten in Zweifel zu ziehen vermöchten. Solche Zweifel ergeben sich namentlich nicht aus der in der Beschwerde wiedergegebenen "Stellungnahme von Dr. med. H. _____ zum Gutachten" (Beschwerde S. 6 Ziff. 10), wobei offen bleiben kann, inwieweit diese beweisrechtlich überhaupt massgebend ist. Denn jedenfalls handelt es sich überwiegend einzig um generelle Ausführungen zur Depression und deren (von keiner Seite in Frage gestellten) grundsätzlichen Geeignetheit, eine

Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Namentlich aber wird darin kein Bezug darauf genommen, dass im Gutachten der MEDAS die depressive Störung als remittiert beurteilt wurde, geschweige denn, dass diese Einschätzung als unzutreffend bezeichnet wird.

3.5.2.2 Was die anderen – abgesehen von der depressiven Problematik – zur Diskussion stehenden psychischen Störungen anbelangt, so ist zu wiederholen, dass es sich bei den Berichten von med. pract. I. _____ um Aktenbeurteilungen handelt, die ausschliesslich auf den Einschätzungen des behandelnden Psychiaters Dr. med. H. _____ basieren. Dies ist nicht unproblematisch, kommt doch der persönlichen Befassung mit dem Leistungsansprecher bei zur Diskussion stehenden psychischen Beeinträchtigungen naturgemäss – insbesondere auch in versicherungsmedizinischer Hinsicht – erhebliche Bedeutung zu. Dies namentlich dann, wenn – wie hier – einzig Berichte des behandelnden (Fach-)arztes vorliegen, bei welchen der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 78, 8C_616/2014 E. 5.3.3.3).

Dr. med. K. _____ gelangte nach persönlicher Untersuchung im Rahmen der Herleitung der Diagnosen zum Schluss, bezüglich der aktenanamnestisch erwähnten Persönlichkeitsstörung hätten sich keine Anhaltspunkte bei nicht erfüllten Eingangskriterien finden lassen. Es lägen keine dysfunktionalen Verhaltens- und Wahrnehmungsmuster seit der Kindheit oder Jugend vor, welche durchgehend beständen und zu einem verringerten psychosozialen Funktionsniveau und zu einem Leidensdruck geführt hätten. Auch für eine Persönlichkeitsveränderung aufgrund des Unfallereignisses hätten sich keine Anhaltspunkte finden lassen, auch seien keine derart gravierenden Hirnverletzungen festgestellt worden, mit welchen ein organisches Psychosyndrom zu erklären wäre. Der Beschwerdeführer habe sich zudem in der Untersuchung ob seiner Gesamtsituation angemessen gezeigt, und wenngleich auch in der Vorgeschichte immer wieder Schwierigkeiten mit Vorgesetzten beschrieben würden, so sei hieraus nicht automatisch eine persönlichkeitsstrukturelle Problematik abzuleiten. Der Beschwerdeführer sei in nicht einfachen innerfamiliären Verhältnissen in

der ehemaligen DDR aufgewachsen, es sei ihm gelungen, nach Beendigung seiner Schule einen gut qualifizierten Beruf zu erlernen, in welchem er über viele Jahre mit Pensen von 100 % erfolgreich bis zum Unfallereignis gearbeitet habe. Über die rezidivierende depressive Störung hinaus seien somit keine anderen psychischen Erkrankungen zu diagnostizieren (act. II 325 S. 38).

Auch diesen Einschätzungen stehen keine anderweitigen (fach-)ärztlichen Beurteilungen gegenüber. Namentlich ist keine strukturelle Hirnverletzung ausgewiesen (act. II 292 S. 2), womit es nicht überzeugt, wenn Dr. med. H._____ aus den "erlittenen frontalen Hirnverletzungen" psychische Beschwerden ableitet (act. II 297 S. 3). Ebenso ist die Erwerbsbiographie des Beschwerdeführers unauffällig bzw. weist keine Brüche auf (act. II 278), womit die Einschätzung von Dr. med. K._____, aus einzelnen Auseinandersetzungen mit Vorgesetzten könne nicht automatisch auf eine persönlichkeitsstrukturelle (und invalidisierende) Problematik geschlossen werden, ohne weiteres überzeugt.

3.5.3 Zusammenfassend erweist sich der (medizinische und namentlich psychiatrische) Sachverhalt als vollständig und umfassend abgeklärt, womit es der beantragten Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zwecks weiterer psychiatrischer Begutachtung nicht bedarf.

3.6 Lag zumindest im Zeitpunkt des Rentenbeginns demnach keine psychische Störung (mehr) vor, kann die Kausalitätsfrage (vgl. E. 2.3 vorne) offen bleiben. Was die somatischen Beschwerden anbelangt (act. II 325 S. 9), so bestehen an deren Kausalität mit dem Unfall vom 6. Juli 2019 zu Recht keine Zweifel (vgl. act. II 332). Hinsichtlich des funktionellen Leistungsvermögens ist gestützt auf das Gutachten der MEDAS vom 27. März 2023 bezüglich einer den Leiden angepassten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % (Arbeitsunfähigkeit 40 %) auszugehen. Dies gilt seit September 2020 (act. II 325 S. 11) und damit auch – bei zu Recht unbestritten gebliebenem Fallabschluss (vgl. E. 2.4 vorne) per 31. März 2023 (act. II 335) – ab dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns per 1. April 2023 (act. II 358).

4.

4.1

4.1.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

4.1.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2022 UV Nr. 4 S. 12, 8C_134/2021 E. 3.2).

4.1.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden. Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, privater Sektor, abgestellt wird (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurch-

schnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2024 UV Nr. 14 S. 58, 8C_706/2022 E. 6.1.2, 2018 IV Nr. 46 S. 147, 8C_211/2018 E. 3.3).

4.1.4 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns massgeblich, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 150 V 67 E. 4.1 S. 69, 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

4.2 Die Beschwerdegegnerin berechnete das Valideneinkommen (vgl. E. 4.1.2 vorne) basierend auf den Lohnangaben der (damaligen) D._____ AG (act. II 313 S. 1; 337 S. 1; 350 S. 1). Dies ist unbestritten und korrekt, bestehen doch keine Anhaltspunkte in den Akten, wonach der Beschwerdeführer per Rentenbeginn am 1. April 2023 als Gesunder überwiegend wahrscheinlich in einer anderen Tätigkeit und bei einem anderen Arbeitgeber beschäftigt gewesen wäre. Insbesondere begann die Liquidation der D._____ AG erst nach dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns bzw. wurde die Gesellschaft erst mit Beschluss der Generalversammlung vom 30. April 2024 aufgelöst (vgl. SHAB, Tagesregister-Nr. ... vom TT. Mai 2024). Das Valideneinkommen beziffert sich demnach auf Fr. 90'532.-- (act. II 389 Ziff. 6.3 S. 13).

4.3

4.3.1 Beim Invalideneinkommen (vgl. E. 4.1.3 vorne) stellte die Beschwerdegegnerin auf Tabelle TA1_tirage_skill_level, privater Sektor,

Männer, TOTAL, Kompetenzniveau 1 der (im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheides vom 12. November 2024 publizierten, vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_410/2023 vom 5. Dezember 2023 E. 5.2) LSE 2022 ab, und passte das Einkommen an die betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Position Total; vgl. BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 76) sowie die bis 2023 eingetretene Nominallohnentwicklung (BFS, T1.1.20, Nominallohnindex, Männer, 2021-2023; vgl. Urteil des BGer 8C_762/2019, 8C_763/2019 vom 12. März 2020 E. 5.2.1) an (act. II 389 Ziff. 5.1 S. 11). Der Beschwerdeführer erhebt dagegen ausdrücklich und zu Recht keine Einwände. Er macht jedoch geltend, der leidensbedingte Abzug sei auf 20 statt auf 5 % festzulegen (Beschwerde S. 8 Ziff. 12).

4.3.2 Zur Beantwortung der Frage, ob sich – wie vom Beschwerdeführer zunächst geltend gemacht (Beschwerde S. 8 Ziff. 12) – ein Abzug infolge Teilzeitarbeit rechtfertigt, ist praxisgemäss die LSE-Tabelle T18 heranzuziehen (Urteil des BGer 9C_517/2023 vom 13. Juni 2024 E. 6.1.3). Da gemäss LSE-Tabelle T18 für das Jahr 2022 Männer mit einem Beschäftigungsgrad von 50-74 % ohne Kaderfunktion statistisch rund 5 % weniger verdienten als solche mit einem Beschäftigungsgrad von 90 % und mehr, ist ein unter diesem Titel gewährter Abzug in der Höhe von 5 % (act. II 389 Ziff. 5.4 S. 12) nicht zu beanstanden.

Weiter macht der Beschwerdeführer einen zusätzlichen Abzug aufgrund einer leichten Ermüdbarkeit und verminderten Belastbarkeit geltend (Beschwerde S. 8 Ziff. 12). Insoweit ist unter dem Titel des leidensbedingten Abzugs zu fragen, ob die Beeinträchtigungen in der gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit vollständig abgebildet werden und darüber hinaus keine erheblichen Auswirkungen auf den erzielbaren Lohn zu gewärtigen sind. Nach dem im Gutachten der MEDAS formulierten Zumutbarkeitsprofil sollte es sich bei einer adaptierten Tätigkeit um eine körperlich sehr leichte, wechselbelastende Tätigkeit handeln. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, der Einsatz der oberen Extremität oberhalb des Schulterniveaus sowie die Einnahme von Zwangshaltungen des Rumpfes und von gebückten Positionen sollten dabei vermieden werden. Eine solche Tätigkeit wäre im Umfang von fünf bis sechs Stunden pro Tag möglich.

In der Folge veranschlagten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit mit Blick auf einen vermehrten Pausenbedarf auf 60 % (act. II 325 S. 11). Im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung wurde namentlich auch eine "etwas erhöhte Ermüdbarkeit" aus neurologischer Sicht als nachvollziehbar erachtet, jedoch wurde deswegen ausdrücklich keine Einschränkung der Arbeits- oder Leistungsfähigkeit anerkannt (S. 8), womit sich auch keine über den bereits anerkannten zusätzlichen Pausenbedarf hinausgehende Berücksichtigung auf dem Wege des leidensbedingten Abzugs rechtfertigt. Im Übrigen führen die aufgeführten Einschränkungen angesichts vergleichbarer Fälle (vgl. Urteil des BGer 9C_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2) nicht zu einem lohnrelevanten Nachteil. Vielmehr steht dem Beschwerdeführer ein genügend breites Spektrum an möglichen Hilfsarbeitertätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zur Verfügung. Damit besteht kein Raum für einen weitergehenden leidensbedingten Abzug. Das dergestalt ermittelte Invalideneinkommen von Fr. 38'471.45 (act. II 389 Ziff. 5.5 S. 13) ist folglich nicht zu beanstanden.

4.4 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 90'532.-- (vgl. E. 4.2 vorne) und einem Invalideneinkommen von Fr. 38'471.45 (vgl. E. 4.3.2 vorne) resultiert – wie im angefochtenen Einspracheentscheid vom 12. November 2024 zutreffend festgehalten (act. II 389 Ziff. 6.4 S. 14) – ein Invaliditätsgrad von 57.5 % bzw. gerundet (zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 196, 8C_575/2018 E. 7.1) 58 % ($[(\text{Fr. } 90'532.-- - \text{Fr. } 38'471.45) / \text{Fr. } 90'532.-- \times 100]$). Daraus ergibt sich bei einem zu Recht unbestritten gebliebenen versicherten Jahresverdienst von Fr. 82'364.-- (act. II 306) ab 1. April 2023 (ohne Teuerung) eine monatliche Invalidenrente von Fr. 3'184.75 ($(\text{Fr. } 82'364.-- / 12 \times 0.8 \times 0.58 [\text{act. II } 358 \text{ S. } 1])$).

Daran ändert nichts, dass dieses Gericht im Verfahren betreffend die Leistungen der Invalidenversicherung (IV/2023/712) zufolge (noch) fehlender Anwendbarkeit der prozentgenauen Rentenberechnung und damit ohne Relevanz für den Rentenanspruch bei der Invalidenversicherung, unter verschiedenen Annahmen ohne abschliessende Beurteilung einen IV-Grad von 52 % bzw. 53 %, im besten Fall von 57 % errechnet hatte. Mit einem IV-Grad von 57.5 % bzw. aufgerundet 58 % in der Unfallversicherung hat

die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung des späteren Rentenbeginns und des ihr zustehenden Ermessensspielraums den höchstmöglichen IV-Grad zu Gunsten des Beschwerdeführers angenommen. Damit hat der Beschwerdeführer weder Anspruch auf eine höhere Rente als die zugesprochene noch ist eine Schlechterstellung geboten.

5.

Zusammenfassend erging der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. November 2024 (act. II 389) zu Recht und die dagegen gerichtete Beschwerde ist abzuweisen.

6.

6.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteidtschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprech B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Rechtsanwalt C. _____ z.H. der Beschwerdegegnerin
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

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.