



**Fall-Nr.:** UV 2010/64  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 27.03.2020  
**Entscheiddatum:** 14.03.2011

### **Entscheid Versicherungsgericht, 14.03.2011**

**Art. 6 UVG, Art. 11 UVV: Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen als Rückfall geltend gemachten psychischen Beschwerden und zwei Unfallereignissen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. März 2011, UV 2010/64).**

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei und  
Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiber Marcel Kuhn

Entscheid vom 14. März 2011

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Peter Sutter, Haus Eden, Paradiesweg 2,  
Postfach, 9410 Heiden,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen



Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ war seit dem 23. März 1995 bei der B.\_\_\_\_ als Autolackierer tätig und dadurch bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 4. Dezember 1996 klemmte er sich beim Abdecken eines Fahrzeugs an der Schiebetüre die rechte Hand ein und erlitt dabei eine schwere Kontusion (Quetschtrauma) der Finger III und IV rechts (act. G 3.1/1-3). Dem Versicherten wurde bis 19. Januar 1997 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Ab 20. Januar 1997 betrug die Arbeitsfähigkeit 50%, ab 6. März 1997 75% und ab 1. April 1997 konnte der Versicherte bei leichten Restbeschwerden die Arbeit wieder zu 100% aufnehmen (act. G 3.1/2, 4, 6 und 10).

A.b Nachdem ihm das Arbeitsverhältnis bei der B.\_\_\_\_ gekündigt worden war, arbeitete der Versicherte ab 5. Januar 1998 bei der C.\_\_\_\_ als Industrie-Lackierer und war dadurch ebenfalls bei der Suva obligatorisch unfallversichert. Am 27. Dezember 1998 stürzte der Versicherte beim Skifahren auf den Rücken und zog sich dabei eine Kompressionsfraktur Th12 zu (act. G 3.2/1-3). Nach einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit konnte er ab 2. Februar 1999 die Arbeit wieder zu 50% aufnehmen und ab 10. Mai 1999 wurde dem Versicherten eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert (act. G 3.2/5 und 7).

A.c Aufgrund anhaltender Beschwerden im Bereich der rechten Hand erfolgte am 9. April 2001 eine operative Entfernung des Os pisiforme sowie eine Karpaltunnelspaltung (act. G 3.1/25). Der postoperative Verlauf wurde durch eine Plexusreizung/Plexusläsion als Folge der Plexusanästhesie negativ beeinflusst (act. G 3.1/26, 30, 31, 32, 33 und 39). Ab 1. Juli 2001 wurde dem Versicherten wieder eine 60%ige, ab 4. Januar 2002 eine 75%ige und ab 9. April 2002 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (act. G 3.1/31, 40 und 42). Eine neurologische und elektrophysiologische Untersuchung am 18. Februar 2003 ergab neuropathische Schmerzen am rechten Vorderarm und an der rechten Hand bei einer Plexus brachialis Läsion rechts (act. G 3.1/48 und 49). Ab 1. März 2003 setzte die Suva die Arbeitsfähigkeit auf 70% fest (act. G 3.1/54). Ab 30. September 2003 war der Versicherte in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. D.\_\_\_\_. Dieser diagnostizierte im Bericht vom 23. März 2004 eine Anpassungsstörung mit



## St.Galler Gerichte

Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) und eine Persönlichkeitsstruktur mit ängstlichen und abhängigen Zügen (act. G 3.1/62a). Dr. med. E.\_\_\_\_, Handchirurgie FMH, bestätigte am 4. Oktober 2004 eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit (act G 3.1/76). Am 20. Dezember 2004 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung bei Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, speziell Allgemein- und Unfallchirurgie. Als bleibende Unfallfolgen hielt dieser eine Keilimpressionsfraktur Th12 und einen Zustand nach Os pisiforme-Exstirpation rechts bei pisotriquetraler Arthrose und wahrscheinlich iatrogenen Plexusläsion fest. Der Integritätsschaden betrage insgesamt 10%. Ausser Eigentherapie und Rückenhygiene zum Erhalt des muskulären Funktionszustands des Rückens und der rechten Hand bestehe keine Behandlungsbedürftigkeit. Das Einnehmen von wiederholten Zwangshaltungen und das Heben von mittelschweren Gewichten sowie das Aussetzen an vibrierenden und schlagenden Einflüssen, sowohl bezogen auf die rechte Hand als auch auf den Rücken, seien zu vermeiden (act. G 3.1/86 und 87). Dr. med. G.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte am 8. Oktober 2005 eine somatoforme Schmerzstörung des rechten Armes nach Quetschtrauma und Plexusläsion, einen Status nach Anpassungsstörung und längerer leichter depressiver Reaktion infolge Funktionseinschränkung und einen Übergang in Dysthymie bei Problemen durch negative Kindheitserlebnisse (act. G 3.1/97).

A.d Mit Verfügung vom 31. Mai 2007 wurde dem Versicherten eine Integritätsentschädigung aufgrund einer Integritätseinbusse von insgesamt 10% (7.5% aufgrund des Unfalls vom 4. Dezember 1996 und 2.5% aufgrund des Unfalls vom 27. Dezember 1998) zugesprochen. Gemäss Beurteilung des Arbeitgebers sei es gelungen, das Tätigkeitsgebiet so umzustellen, dass den körperlichen Beeinträchtigungen optimal Rechnung getragen werde und gleichzeitig für die Firma eine vollwertige Leistung resultiere. Es liege somit keine Erwerbseinbusse vor (act. G 3.1/121). Die Verfügung ist unanfechtet in Rechtskraft erwachsen. Die Taggeldleistungen für eine teilweise Arbeitsunfähigkeit wurden rückwirkend bis 31. Dezember 2006 erbracht (act. G 3.1/122).

A.e Ab 21. Januar 2009 attestierte Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, dem Versicherten eine 50%ige und ab 1. April 2009 eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 3.1/139 und 144). Dem Bericht des Kantonsspitals St. Gallen,



## St.Galler Gerichte

Klinik für Neurologie, vom 24. März 2009 ist zu entnehmen, dass es zwischen Dezember 2008 und Januar 2009 am Arbeitsplatz zu drei synkopalen Ereignissen gekommen sei (act. G 3.2/22). Dr. G.\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 26. Mai 2009 die Diagnosen einer depressiven Störung mit geschlechtsspezifisch atypischem Verlauf bei chronischen Schmerzen und einen Status nach psychovegetativen Entgleisungen am Arbeitsplatz infolge von Überlastung und konsekutiv drei vasovagalen Synkopen (act. G 3.1/145). Am 26. Mai 2009 erfolgte eine weitere kreisärztliche Untersuchung. Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, hielt im entsprechenden Bericht vom 2. Juni 2009 fest, dass die objektivierbaren Befunde im Vergleich zur kreisärztlichen Untersuchung im Jahr 2004 gleich geblieben seien (act. G 3.1/147).

A.f Mit Verfügung vom 16. November 2009 eröffnete die Suva dem Versicherten, dass aufgrund der Abklärungen das jetzige Beschwerdebild nicht hinreichend mit Folgen der Unfälle vom 4. Dezember 1996 bzw. 27. Dezember 1998 erklärt werden könne. Die aktuell erhobenen Befunde seien, soweit die vorgenannten Unfälle betreffend, weitgehend mit denjenigen vor fünf Jahren identisch. Da psychische Gründe für die teilweise Arbeitsunfähigkeit verantwortlich sein dürften, sei die Adäquanz zu prüfen. Nach Prüfung der massgebenden Kriterien sei diese zu verneinen, weshalb keine Taggelderleistungen für die bestehende Arbeitsunfähigkeit und die psychiatrische Behandlung ausgerichtet werden könnten. Mangels Vorliegens adäquater Unfallfolgen, welche die verstärkten Beschwerden erklären könnten, bestehe auch kein Anspruch auf weitere Geldleistungen der Suva in Form einer Invalidenrente bzw. einer erhöhten Integritätsentschädigung (act. G 3.1/155).

A.g Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache vom 13. Dezember 2009 (ergänzende Einsprachebegründung vom 22. Februar 2010) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 6. Juli 2010 ab (act. G 3.1/156, 160 und 171).

B.

B.a Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die von Rechtsanwalt Dr. iur. Peter Sutter, Heiden, im Namen des Versicherten eingereichte Beschwerde vom 1. September 2010 mit den Anträgen, der Einspracheentscheid vom 6. Juli 2010 sei aufzuheben und es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen aus UVG



weiterhin zu erbringen, eventualiter sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuführen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Es sei der Beschwerdegegnerin nicht gelungen nachzuweisen, dass die Unfälle ohne jegliche kausale Bedeutung für die heutige Teilarbeitsfähigkeit seien. Die Beschwerdegegnerin vermöge sich auch nicht mit der Behauptung zu entlasten, der Zustand sei gleich wie im Jahr 2007. Immerhin sei der Zustand damals – wie heute – bei einem vollen Arbeitseinsatz nicht stabil gewesen und habe zu Dekompensationen geführt. Die beiden Unfälle würden zusammen die Anforderungen an einen mittelschweren Unfall an der Grenze zu einem schweren Unfall erfüllen. Verschiedene Adäquanzkriterien seien erfüllt. Der Beschwerdeführer sei seit mehr als einem Jahrzehnt in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. In dieser Zeit sei er mehr oder weniger intensiv in ärztlicher Behandlung gestanden, so dass auch das Kriterium der ungewöhnlich langen ärztlichen Behandlung erfüllt sei. Weiter leide der Beschwerdeführer seit rund 14 Jahren an zum Teil barbarischen Dauerschmerzen. Die Behandlung des Quetschtraumas habe zu einer Nervenläsion geführt, welche die ursprünglichen Unfallfolgen bleibend verschlimmert habe. Die Beschwerdegegnerin anerkenne, dass es sich beim Plexusschaden um einen ärztlichen Kunstfehler gehandelt habe. Tatsache sei jedenfalls, dass die Operation zu Komplikationen mit bleibender Gesundheitsschädigung geführt habe (act. G 1).

B.b In der Beschwerdeantwort vom 17. September 2010 beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. Vorliegend sei der Sachverhalt im Zeitpunkt der rechtskräftigen rentenausschliessenden Verfügung vom 31. Mai 2007 mit demjenigen im Zeitpunkt des rentenausschliessenden Einspracheentscheids vom 6. Juli 2010 zu vergleichen. Aus dem kreisärztlichen Bericht vom 2. Juni 2009 ergebe sich überzeugend, dass sich in physischer Hinsicht in Bezug auf die objektivierbaren Unfallfolgen keine Änderung eingestellt habe, weshalb weder ein Rentenanspruch noch Ansprüche auf anderweitige Unfallversicherungsleistungen jeglicher Art bestehen würden. Die psychischen Probleme hätten bereits vor Erlass der rechtskräftigen Verfügung vom 31. Mai 2007 bestanden. Diesbezüglich seien mangels natürlicher und adäquater Unfallkausalität keine Leistungen zugesprochen worden. Die Rechtskraft der damaligen Verfügung gelte es auch heute noch zu respektieren. Die lange Latenzzeit zwischen den beiden Unfällen und dem Eintritt der psychischen Beschwerden spreche gegen eine natürliche Unfallkausalität. Die Zuspitzung der psychischen Beschwerden



nach Erlass der Verfügung vom 31. Mai 2007 sei ausschliesslich auf psychosoziale Probleme am Arbeitsplatz und somit auf unfallfremde Aspekte zurückzuführen. Die Adäquanzkriterien seien für beide Unfälle offensichtlich nicht erfüllt. Ausserdem wäre auch die Leistungsvoraussetzung der Unüberwindbarkeit der Erwerbsunfähigkeit nicht gegeben (act. G 3).

B.c Der Beschwerdeführer hat auf die Einreichung einer Replik verzichtet (act. G 5).

Erwägungen:

1.

1.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinn 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. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist 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 entfielen. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung oder im Beschwerdefall das Gericht nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Kausalzusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181, 119 V 337 f. E. 1). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der



Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolgs 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 Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181, 119 V 337 f. E. 1). Aufgabe des Arztes ist es dabei, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (PVG 1984 Nr. 82, 174).

1.2 Gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt, wobei Rückfälle und Spätfolgen besondere revisionsrechtliche Tatbestände darstellen (vgl. BGE 118 V 293; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326). Praxisgemäss handelt es sich bei einem Rückfall um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit bzw. vermeintlich geheilter Unfallfolgen, so dass es erneut zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise zu einer weiteren Arbeitsunfähigkeit kommt, während von Spätfolgen dann gesprochen wird, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Folgen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen begrifflich an ein in der Vergangenheit bestandenes Unfallereignis an. Dementsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut vorgebrachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 f. E. 2c). Hinsichtlich Rückfällen und Spätfolgen ist anzufügen, dass es sich bei der hier zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzung eines erneuten natürlichen Kausalzusammenhangs um eine anspruchsbegründende Tatfrage handelt. Die diesbezügliche Beweislast liegt insofern bei der versicherten Person, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu ihren Lasten ausfällt (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b).

1.3 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen



Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311).

2.

2.1 Mit Verfügung vom 31. Mai 2007 hat die Beschwerdegegnerin den Fall bezüglich der Unfälle vom 4. Dezember 1996 und 27. Dezember 1998 abgeschlossen. Die unfallbedingten Restfolgen würden die Erwerbsfähigkeit nicht erheblich beeinträchtigen, weshalb die Voraussetzungen für einen Rentenanspruch nicht erfüllt seien. Im Zeitpunkt der Verfügung bestand eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Ab 21. Januar 2009 attestierte Dr. H.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer wieder eine 50%ige, respektive ab 1. April 2009 eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die ab Januar 2009 als Rückfall zu den Unfallereignissen vom 4. Dezember 1996 und 27. Dezember 1998 geltend gemachten Beschwerden – mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit – in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zu diesen stehen und entsprechend eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin begründen.

2.2 Dr. H.\_\_\_\_ führte im Arztbericht vom 26. Februar 2009 aus, dass sich bezüglich der medizinischen Tatsachen wenig verändert habe. Die Symptomatik am Arm sei unverändert, es würden sich bei längeren Arbeiten starke Schmerzen einstellen. In den letzten Monaten hätten die lumbalen Rückenschmerzen, welche der Beschwerdeführer auf die Keilwirbelbildung zurückführe, deutlich zugenommen. Dies müsse medizinisch neu beurteilt werden. Stark verschlechtert habe sich die psychische Situation mit Selbstwertproblematik und Missstimmung am Arbeitsplatz, wobei sich der Beschwerdeführer immer wieder unverstanden und schlecht behandelt fühle (act. G 3.1/135). Im Bericht des Kantonsspitals St. Gallen, Klinik für Neurologie, vom 24. März



2009 wurde festgehalten, dass die jeweils schmerzassoziierten synkopalen Ereignisse beim Beschwerdeführer anamnestisch primär nicht verdächtig für ein epileptisches Geschehen seien. Klinisch-neurologisch ergebe sich bis auf die angegebenen Gefühlsstörungen und die chronischen Schmerzen ein unauffälliges Bild. Dr. G.\_\_\_\_ diagnostizierte am 26. Mai 2009 eine depressive Störung mit geschlechtsspezifisch atypischem Verlauf bei chronischen Schmerzen und einen Status nach psychovegetativen Entgleisungen am Arbeitsplatz infolge von Überlastung und konsekutiv drei vasovagalen Synkopen. Der Beschwerdeführer arbeite angesichts seiner Schmerzen bereits seit längerem über seine Kraftreserven hinaus. Die infolge der chronischen Schmerzen einsetzende depressive Entwicklung schwäche die vitale innere Abwehr des Beschwerdeführers gegenüber der dauerhaft belastenden Schmerzempfindung und habe zuletzt in die psychovegetative synkopale Dekompensation gemündet. Die aktuelle gesundheitliche Situation sei inzwischen prekär. Wenn die Überlastung im Grauzonenbereich des berufspraktischen Alltags sich fortsetze, werde der Beschwerdeführer die Schmerzen gar nicht mehr kanalisieren können und er drohe genauso vollends depressiv zu dekomensieren wie bei einem Verlust seines Arbeitsplatzes. Prof. I.\_\_\_\_ hielt im Anschluss an die kreisärztliche Untersuchung im Bericht vom 2. Juni 2009 fest, dass die Synkopen kardial und neurologisch abgeklärt worden seien. In den entsprechenden Berichten werde zwar ein schmerzassoziiertes Zusammenhang angenommen, gleichwohl würden die Neurologen von einem psychogenen Triggermechanismus ausgehen. Sofern sich die Anfälle in verdächtiger Weise häufen würden, wäre eine erweiterte kardiologische Untersuchung notwendig. Die gesamte Wirbelsäule sei klopfdolent, teilweise schon berührungsschmerzhaft im Sinn einer Hyperpathie. Ausser einer vielleicht diskret akzentuierten Kyphosierung des thoracolumbalen Übergangs und eines leichten Linksüberhangs von 3cm würden sich keine pathologischen Veränderungen an der Wirbelsäule erkennen lassen und die Funktionsuntersuchung habe Normalwerte ergeben. Gleichwohl sei die Reklination tief lumbal schmerzhaft gewesen. Neurologische Ausfälle, die auf eine radikuläre Symptomatik im LWS-Bereich hinweisen könnten, seien nicht identifiziert worden. Die aktuellen Röntgenbilder sowie die Kernspintomographie aus dem Jahr 2009 würden den stabil verheilten 12. BWK mit spondylophytärer Brückenbildung zu den benachbarten Wirbeln zeigen. Eine erhebliche kyphotische Formveränderung etwa im Sinn eines Gibbus oder eine



skoliotische Abknickung auf Höhe des ehemals frakturierten Wirbels seien nicht zu erkennen. Kernspintomographisch zeige sich das übliche Bild eines Berstungsbruchs mit in den Wirbelkörper eingetriebenem Bandscheibenmaterial. Die äussere Form des Wirbels, nicht zuletzt auch die spondylophytäre Abstützung weise auf eine stabile Situation hin. Die Symptomatik am rechten Arm bzw. die pathologischen Befunde hätten sich gegenüber der Untersuchung im Jahr 2004 nicht verändert. Auffallend sei die nicht zu übersehende Desintegration des rechten Arms zumindest anlässlich der Untersuchung. Die intensiven Gebrauchsspuren mit symmetrischer Verschmutzung beider Hände würden allerdings darauf hinweisen, dass der rechte Arm durchaus eingesetzt werde. Bezüglich der von Dr. G.\_\_\_\_ im Bericht vom 26. Mai 2009 geäusserten Schmerzsymptomatik führte der Kreisarzt aus, dass der stabil ausgeheilte Bruch des 12. BWK nach orthopädisch-traumatologischer Erfahrung nicht in der Lage sei, grössere Schmerzen hervorzurufen. Die Form der Wirbelsäule insgesamt sei nicht grob gestört, es liege keine muskuläre Dekompensation vor, der Bewegungsumfang sei ausreichend, neurologische Störungen könnten nicht identifiziert werden und es liege keine Instabilität vor. Auch die Protrusion/breitbasige Diskushernie auf dem Niveau L5/S1 bzw. L4/L5 sei kaum in der Lage solche Schmerzen hervorzurufen. Die von Dr. G.\_\_\_\_ erwähnten auffallenden Befunde und Symptome könnten nicht als unfallkausal angesehen werden, sondern seien Ausdruck des Liveskripts des Beschwerdeführers bzw. einer biographisch vermutlich unbefriedigenden Situation. Die von Dr. H.\_\_\_\_ vorgenommene Reduktion der Arbeitsfähigkeit könne ihre Begründung somit nicht durch posttraumatische Elemente erfahren.

2.3 Der kreisärztliche Bericht vom 2. Juni 2009 begründet hinreichend, dass die objektivierbaren Befunde im Vergleich zur Untersuchung im Jahr 2004 gleich geblieben sind. Die Schlussfolgerung, wonach die ab Januar 2009 attestierte teilweise Arbeitsunfähigkeit nicht auf die objektivierbaren Restfolgen der Unfälle vom 4. Dezember 1996 und 27. Dezember 1998 zurückzuführen sei, ist nachvollziehbar. Die Aussage gründet auf eigenständigen Untersuchungen und wurde unter Berücksichtigung der vorhandenen Vorakten gemacht. Insbesondere setzte sich Kreisarzt Prof. I.\_\_\_\_ ausführlich mit dem Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2009 auseinander und legte nachvollziehbar seine Einschätzung aus orthopädischer Sicht dar, wonach die unfallbedingten Restfolgen für die geltend gemachte Schmerzsymptomatik nicht verantwortlich sein können. Es gilt somit festzuhalten, dass



ab Januar 2009 keine Beschwerden mit klar ausgewiesenen organischen Befunden im Sinn nachweisbarer struktureller Veränderungen vorlagen, welche für die geklagte Schmerzsymptomatik und insbesondere für die attestierte teilweise Arbeitsunfähigkeit verantwortlich waren. Die zweifellos vorhandenen somatischen unfallbedingten Restfolgen vermögen die in einer solchen Intensität geklagten Beschwerden nicht zu begründen. Vielmehr sind die zu einer Arbeitsunfähigkeit führenden Beschwerden auf psychische Komponenten zurückzuführen. Dieser Ansicht war offensichtlich auch Dr. H.\_\_\_\_, der am 21. Januar 2009 der Beschwerdegegnerin telefonisch mitteilte, dem Beschwerdeführer vorläufig aufgrund der psychischen Situation eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren (act. G 3.1/133). Für die Beschwerdegegnerin könnte sich somit lediglich eine erneute Leistungspflicht ergeben, wenn zwischen den psychischen Beschwerden und den Unfallereignissen ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang bestehen würde.

2.4 Dem Eventualantrag des Beschwerdeführers, es seien weitere Abklärungen durchzuführen, ist nicht stattzugeben. Der vorliegend massgebende Zeitraum ist ausreichend mit medizinischen Berichten dokumentiert. Da nicht anzunehmen ist, dass weitere medizinische Abklärungen für die Beurteilung des vorliegend relevanten Sachverhalts neue Erkenntnisse bringen, kann darauf verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 124 V 94 E. 4b; Pra 88 Nr. 117; SVR-UV 1996 Nr. 62.211).

3.

3.1 Zu prüfen gilt es somit, ob die als Rückfall geltend gemachten Beschwerden mit psychischer Komponente in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zu den Unfallereignissen stehen. Bezüglich der natürlichen Kausalität der psychischen Beschwerden ist die medizinische Aktenlage nicht hinreichend abgeklärt. Allerdings kann sich rechtsprechungsgemäss eine Prüfung der natürlichen Unfallkausalität des Gesundheitsschadens erübrigen, wenn sich – wie vorliegend der Fall – zeigt, dass dessen Adäquanz zum versicherten Unfallereignis bzw. den versicherten Unfallereignissen nicht gegeben und damit eine für die Leistungspflicht des Unfallversicherers nebst der natürlichen Kausalität kumulativ erforderlichen Voraussetzung nicht erfüllt ist (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2009, 8C\_951/2008, E. 3.4.2). Tritt im Anschluss an zwei oder mehrere Unfälle eine



psychische Fehlentwicklung ein, ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs grundsätzlich für jeden Unfall gesondert zu beurteilen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Unfälle – wie vorliegend der Fall – verschiedene Körperteile betreffen und zu unterschiedlichen Verletzungen geführt haben (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 4. April 2002, U 12/01, E. 4a).

3.2 Bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und einer anschliessend einsetzenden psychischen Fehlentwicklung mit Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist nach der Rechtsprechung (BGE 115 V 138 ff. E. 6, bestätigt u.a. in BGE 134 V 126 E. 10.1) vom Unfallereignis auszugehen. Dabei besteht ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfall, wenn dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Beschwerden zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne Weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Dabei müssen rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 115 V 140 E. 6c; SVR 1999 UV Nr. 10 S. 31 E. 2, 2001 UV Nr. 8 S. 32, je mit Hinweisen) die weiteren unfallbezogenen Kriterien entweder in gehäufte oder auffallender Weise oder ein einziges Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Als in die Adäquanzbeurteilung einzubeziehende Kriterien nennt die Rechtsprechung (BGE 115 V 140 E. 6c/aa): besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls, die Schwere oder besondere Art der erlittenen 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 und Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

3.3 Eine detaillierte Beschreibung, wie sich die Unfälle vom 4. Dezember 1996 und 27. Dezember 1998 zugetragen haben, ist den Akten nicht zu entnehmen. Aufgrund der Unfallmeldungen und der ärztlichen Berichte kann allerdings auch ohne weitere Abklärungen in beiden Fällen höchstens von mittelschweren Unfallereignissen ausgegangen werden. Anhaltspunkte dafür, dass sie im Grenzbereich zu den schweren Unfällen anzusiedeln wären, sind nicht auszumachen.

3.4 Der adäquate Kausalzusammenhang wäre dementsprechend zu bejahen, wenn ein einzelnes der für die Beurteilung massgebenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wäre oder die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise gegeben wären. Das ist nach neuster bundesgerichtlicher Rechtsprechung der Fall, wenn drei Kriterien erfüllt sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2010, 8C\_897/2009, E. 4.5).

3.4.1 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit ist vorliegend für beide Unfälle offensichtlich nicht erfüllt und wird vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht.

3.4.2 Die körperlichen Verletzungen, die sich der Beschwerdeführer bei den zwei Unfällen zugezogen hat, können nicht als besonders schwer eingestuft werden. Insbesondere sind das Quetschtrauma an der Hand und die erlittene Kompressionsfraktur Th12 in aller Regel nicht geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Dies gilt auch für die im postoperativen Verlauf aufgetretenen Komplikationen, welche den erforderlichen Schweregrad zur Bejahung des Kriteriums nicht erreichen. Die Kompressionsfraktur Th12 ist bei konservativer Behandlung gut verheilt. Bereits im Bericht des Kantonsspitals St. Gallen, Klinik für Orthopädische Chirurgie, vom 7. Mai 1999 wurde eine ossäre Konsolidierung der Keilwirbeldeformität festgehalten (act. G 3.2/7). In der kreisärztlichen Untersuchung vom 20. Dezember 2004 wurden lediglich geringe bis mässige Beanspruchungsschmerzen und eine minime Funktionseinschränkung festgestellt. Das Kriterium Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen ist vorliegend nicht erfüllt.



3.4.3 Für das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist die Art und Intensität der Behandlung von Bedeutung sowie die Frage, inwieweit davon noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten war. Vorausgesetzt wird eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustands gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer (Urteil des EVG vom 20. Oktober 2006, U 488/05, E. 3.2.3). Bezüglich der Handverletzung wurde dem Beschwerdeführer eine Physiotherapie verordnet (act. G 3.1/2), welche im Anschluss an eine kreisärztliche Untersuchung vom 5. März 1997 allerdings bereits wieder abgesetzt wurde (act. G 3.1/4). Bis zum operativen Eingriff vom 9. April 2001 erfolgten keine weiteren Behandlungen. Die physiotherapeutische Behandlung wurde im Anschluss an die Operation wieder aufgenommen (act. G 3.1/27). Im ärztlichen Zwischenbericht vom 25. März 2002 teilte Dr. E.\_\_\_\_ mit, dass ausser regelmässigen Kontrollen keine Behandlung stattfinde (act. G 3.1/40). Im Anschluss an eine neurologische Begutachtung im Ambulatorium der Rheinburg Klinik in St. Gallen wurde eine medikamentöse Therapie vorgeschlagen (act. G 3.1/49). Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 20. Dezember 2004 fest, dass ausser Eigentherapie und Rückenhygiene zum Erhalt des muskulären Funktionszustands des Rückens und der rechten Hand keine Behandlungsbedürftigkeit bestehe. Abgesehen von psychiatrischen Behandlungen – welche bei der Prüfung der Adäquanzkriterien nicht zu berücksichtigten sind – ergeben sich in der Folge aus den vorliegenden Akten keine weiteren Behandlungen bezüglich der erlittenen Handverletzung. Die Behandlungen der Kompressionsfraktur Th12 beschränkten sich ebenfalls auf physiotherapeutische Massnahmen und eine medikamentöse Behandlung (act. G 3.2/3-7). Dem ärztlichen Zwischenbericht vom 5. November 1999 ist zu entnehmen, dass bereits in diesem Zeitpunkt keine Behandlung mehr durchgeführt wurde (act. G 3.2/11). Weitere Behandlungen sind den Akten ebenfalls nicht zu entnehmen. Aufgrund dieser medizinischen Aktenlage ergibt sich klar, dass für die Unfallfolgen beider Unfälle nicht von einer intensiven ärztlichen Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer ausgegangen werden kann, weshalb das Kriterium zu verneinen ist.

3.4.4 Der Beschwerdeführer klagt seit den Unfällen über persistierende Schmerzen. Die Schmerzen sind nachvollziehbar und im Heilungsverlauf auch medizinisch ausgewiesen. Dr. F.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 20. Dezember 2004 fest, dass bezüglich der Keilimpressionsfraktur Th12 geringe bis mässige



Beanspruchungsschmerzen bestehen würden. In Ruhe würden keine Schmerzen persistieren. Am rechten Vorderarm sei von neuropathischen Residualschmerzen auszugehen. Im Handwurzelbereich würden belastungsabhängige Beschwerden mit geringer Funktionseinschränkung bestehen. Ab September 2003 begab sich der Beschwerdeführer erstmals in psychiatrische Behandlung. Dr. D.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 23. März 2004 u.a. aus, dass die seit langem bestehenden neuropathischen Schmerzen durch eine Symptomatik überlagert würden, die nicht allein durch den Unfall zu erklären sei. Aufgrund der medizinischen Aktenlage ist davon auszugehen, dass im Verlauf der Zeit nach den Unfällen die Beschwerden psychisch unterhalten wurden oder sich nur noch bei grösserer Belastung zeigten, weshalb auch das Kriterium der Dauerschmerzen nicht mit der erforderlichen Intensität als erfüllt gelten kann.

3.4.5 Von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen ist vorliegend nicht auszugehen. Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf geschlossen werden. Hierzu bedarf es besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 7. Februar 2008, U 590/06, E. 4.3.2 und vom 10. Juli 2008, 8C\_61/2008, E. 7.6). Wie bereits erwähnt ist die Kompressionsfraktur Th12 gut und komplikationslos verheilt. Die postoperativen Komplikationen an der rechten Hand können nicht als derart erheblich angesehen werden, damit das Kriterium erfüllt wäre. Zudem gilt es auch hier zu berücksichtigen, dass die psychischen Komponenten im Bezug auf den Heilungsverlauf und die Komplikationen auszuklammern sind, weshalb das Kriterium ebenfalls zu verneinen ist.

3.4.6 Nach dem Unfallereignis vom 4. Dezember 1996 wurde dem Beschwerdeführer bis 19. Januar 1997 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Ab 20. Januar 1997 betrug die Arbeitsfähigkeit 50%, ab 6. März 1997 75% und ab 1. April 1997 konnte der Versicherte bei leichten Restbeschwerden die Arbeit wieder zu 100% aufnehmen. Nach dem operativen Eingriff am 9. April 2001 bestand erneut eine volle Arbeitsunfähigkeit. Ab 1. Juli 2001 wurde dem Beschwerdeführer wieder eine 60%ige, ab 4. Januar 2002 eine 75%ige und ab 9. April 2002 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. In der Folge konnte die attestierte volle Arbeitsfähigkeit jedoch nicht vollständig realisiert werden, weshalb die Beschwerdegegnerin ab April



2003 wieder von einer reduzierten Arbeitsfähigkeit von 70% ausging (act. G 3.1/51). Dr. E.\_\_\_\_ bestätigte im Bericht vom 4. Oktober 2004 diese 30%ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 3.1/76). Entsprechend erbrachte die Beschwerdegegnerin bis 30. Juni 2006 Taggeldleistungen aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit von 30%, respektive vom 1. Juli bis 31. Dezember 2006 aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit von 20% (act. G 3.1/122). Im Nachgang zum Unfallereignis vom 27. Dezember 1998 bestand ebenfalls eine volle Arbeitsunfähigkeit. Ab 2. Februar 1999 konnte der Beschwerdeführer die Arbeit wieder zu 50% aufnehmen und ab 10. Mai 1999 wurde ihm eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert. Die medizinischen Akten belegen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Handverletzung während mehreren Jahren zumindest teilweise arbeitsunfähig war und über drei Monate eine volle Arbeitsunfähigkeit bestand. Das Kriterium Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit kann daher, wenn auch nicht in besonders ausgeprägter Weise, als erfüllt gelten.

3.4.7 Die Frage, ob die aufgrund der Plexus brachialis Schädigung entstandene Neuropathie allenfalls auf einen ärztlichen Fehler bei der Plexusanästhesie am 9. April 2001 zurückzuführen ist, kann offen gelassen werden, da selbst bei Bejahung dieses Kriteriums höchstens zwei erfüllt wären.

3.5 Da somit höchstens zwei der zu berücksichtigenden Kriterien als erfüllt gelten können, allerdings keines in besonders ausgeprägter Weise, muss der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den Unfällen vom 4. Dezember 1996 und 27. Dezember 1998 und den als Rückfall geklagten Beschwerden verneint werden. Die Beschwerdegegnerin hat einen Leistungsanspruch daher zu Recht verneint.

4.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 6. Juli 2010 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP



entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.