



**Fall-Nr.:** UV 2016/4  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 26.02.2018  
**Entscheiddatum:** 26.02.2018

### **Entscheid Versicherungsgericht, 26.02.2018**

**Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG, Art. 43 Abs. 1 ATSG. Der medizinische Sachverhalt ist unvollständig abgeklärt, wenn aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen sich die unfallbedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit nicht abschliessend beurteilen lässt. Die Sache ist an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie nach erfolgten Abklärungen neu über den Fallabschluss und allfällige Ansprüche des Beschwerdeführers entscheide (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. Februar 2018, UV 2016/4).**

Entscheid vom 26. Februar 2018

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und a.o.  
Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei;

Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

UV 2016/4

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**



## St.Galler Gerichte

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Versicherungsleistungen**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), war seit dem 1. Juli 2000 bei B.\_\_\_\_ (nachfolgend Arbeitgeberin) als Gebäudetechniker tätig und dadurch bei der Suva unfallversichert, als er sich am 6. November 2006 bei Reparaturarbeiten auf einem Liftkabinendach den Kopf einklemmte (UV-act. I. 2-3 f., 2, 5, 10, 15, 20). Die Erstbehandlung erfolgte im Kantonsspital St. Gallen (nachfolgend KSSG). Diagnostiziert wurden eine parieto-occipitale Skalpierungsverletzung mit einem Umfang von ca. 20 cm sowie Nasenweichteilverletzungen und eine tiefe Rissquetschwunde im Bereich der rechten Augenbraue (UV-act. I. 4, 12). In den Arztberichten vom 19. Januar und 5. März 2007 berichtete Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin und Tropenmedizin FMH, über anhaltende Kopf- und Nackenschmerzen (UV-act. I. 13, 16-1). Am 16. März 2007 erklärte der Versicherte gegenüber dem Aussendienstmitarbeiter der Suva, dass er jeden Tag Kopfschmerzen und Schmerzen im Bereich der Skalpierungswunde sowie vermehrt psychische Probleme habe (UV-act. I. 17-1 f.).

A.b Am 28. März 2007 stellte Kreisarzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, fest, dass der Versicherte den Unfall psychisch noch nicht optimal bzw. unvollständig verarbeitet habe. Es zeige sich eine Stressfragmentierung mit reduzierter allgemeiner Belastbarkeit. Die Arbeitsunfähigkeit schätzte er auf 50% (UV-act. I. 19). Am 4. Juni 2007 schloss die Suva mit der E.\_\_\_\_ AG einen Coachingvertrag zugunsten des Versicherten ab (UV-act. I. 24). Am 3. Juli 2007 empfahl Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ den



## St.Galler Gerichte

vorübergehenden Einsatz zu 50% an einem anderen Arbeitsplatz (UV-act. I. 30). Am 31. Januar 2008 erklärte der Versicherte, dass sich sein Gesundheitszustand verschlechtert und er wieder mehr Schmerzen und eine negativere Sichtweise habe (UV-act. I. 51).

A.c Am 26. Februar 2008 erklärte Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, dass sich der Versicherte insgesamt gut von seiner schweren Weichteilverletzung im Bereich des Kopfes wie auch von den psychischen Folgen des Unfallereignisses erholt habe, stufte jedoch die Erinnerungen an das Ereignis als nach wie vor belastend ein. Der Fall könne abgeschlossen werden, wobei zuvor noch die Situation im Bereich des rechten Ohrs und der Nase durch einen Facharzt abgeklärt werden sollte. Eine Integritätsentschädigung sei nicht geschuldet (UV-act. I. 55). Am 20. März 2008 untersuchte Dr. med. G.\_\_\_\_, Oberarzt, Hals-Nasen-Ohrenklinik KSSG, den Versicherten. Es zeigte sich eine posttraumatische, nicht mehr gross beeinflussbare Sensibilitätsstörung an der rechten Nase und der Stirnflanke trigeminal (UV-act. I. 59). An einer Besprechung der Suva vom 3. Juli 2008 mit dem beruflichen Vorgesetzten des Versicherten führte dieser aus, dass die aktuelle Tätigkeit den Versicherten gesundheitlich überfordere (UV-act. I. 69). Im Arztbericht vom 8. Juli 2008 erklärte Dr. D.\_\_\_\_ (nun Mitarbeiter der E.\_\_\_\_ AG), die fortgesetzt geklagten Beschwerden seien Folgen des Unfallereignisses vom 6. November 2006 (UV-act. I. 72). Im Arztbericht vom 13. August 2008 führte Dr. med. H.\_\_\_\_, Institut für Radiologie, KSSG, aus, die durchgeführte MRI-Untersuchung des Neurocraniums (ohne detaillierte Untersuchung der Orbita beidseits) habe ein altersentsprechend normales-cranio-cerebrales Kernspintomogramm ohne Nachweis von posttraumatischen Läsionen gezeigt. Als Befund wurden erhoben eine leicht deformierte Lamina papyracea rechts und als Nebenbefund eine Concha bullosa rechts sowie eine Sekretretention in einer posterioren Ethmoidalzelle links (UV-act. I. 76). In der Stellungnahme vom 18. August 2008 erklärte Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. I.\_\_\_\_, dass sich die geltend gemachten Verschlechterungen nicht mit den beim Unfall erlittenen Verletzungen erklären liessen. Insbesondere könne damit keine posttraumatische Hirnfunktionsstörung begründet werden. Ob eine psychische Störung vorliege, müsste von einem Psychiater beurteilt werden (UV-act. I. 77).



## St.Galler Gerichte

A.d Gesundheitsbedingt wechselte der Versicherte per 1. Oktober 2008 firmenintern seinen Arbeitsplatz von J.\_\_\_\_ nach K.\_\_\_\_ und übernahm dort die Stelle als Hauswart Technik (UV-act. I. 82, 83). Am 29. Oktober 2008 berichtete der Versicherte über anhaltende Schmerzen sowie die Überforderung am neuen Arbeitsplatz bedingt durch das volle Arbeitspensum und die unterschiedlichen Arbeitszeiten (UV-act. I. 90; vgl. auch UV-act. I. 92 f., 99, 102).

A.e Mit Kurzbericht vom 1. Dezember 2008 hielt der vom Versicherten konsultierte Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, gegenüber der Suva fest, der Versicherte leide unter Schlafstörungen, Beschwerden im Bereich der Operationsnarbe, chronischen Gesichtsschmerzen, Augenkopfschmerzen, Unsicherheit beim Gehen und Velofahren, Lärmempfindlichkeit usw. und machte verschiedene spezifische Untersuchungsvorschläge (UV-act. I. 101).

A.f Mit Arztbericht vom 16. Januar 2009 informierte Dr. med. dent. M.\_\_\_\_ die Suva über die Zahnschäden als Folge der Schädelverletzung im Jahr 2006 (UV-act. I. 110). Im Schreiben vom 13. August 2009 anerkannte die Suva (nach eingeholter ärztlicher Stellungnahme; UV-act. I. 112) die Unfallkausalität der Zahnschäden und ihre diesbezügliche Leistungspflicht (UV-act. I. 116).

A.g Kreisarzt-Stellvertreter Prof. Dr. med. N.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, erklärte am 7. Februar 2009, dass bei Durchsicht der Unterlagen, das Jahr 2008 betreffend, eine Polypragmasie im gesamten medizinischen bzw. paramedizinischen Setting auffalle. Im Sinne einer konsistenten Lebensführung des Versicherten müsste der Polypragmasie jetzt Einhalt geboten werden, d.h. Beendigung des Einsatzes der vielen Supporte, die er in der Vergangenheit ergriffen habe oder habe ergreifen müssen. Es dürfte nicht ausgeschlossen werden, dass beim Versicherten eine Lebenskrise durch das Unfallereignis mit ausgelöst worden sei. Am ehesten könnte noch durch eine psychiatrische Exploration ein Schlüssel für den dauerhaften Krisenzustand des Versicherten gefunden werden (UV-act. 107).

A.h Im Arztbericht vom 29. April 2010 erklärten Dr. phil. O.\_\_\_\_, Psychologin und Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, dipl. Psych. P.\_\_\_\_, Psychologin FSP und klinische Neuropsychologin GNP, und Prof. Dr. med. Q.\_\_\_\_, Chefärztin Klinik für



## St.Galler Gerichte

Neurologie, KSSG, zur Frage, ob psychische und kognitive Defizite bestünden, dass aus neuropsychologischer Sicht leichte kognitive Funktionsstörungen und eine mittelschwere affektive Störung festzustellen seien. Als kognitive Auffälligkeiten wurden genannt eine Verlangsamung der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, mangelnde kognitive Flexibilität, Arbeitsgedächtnisstörungen, zum Teil verminderte Fehlerkontrolle und verminderte visuell-räumliche Gedächtnisleistungen. Im affektiven Bereich gebe es deutliche Hinweise auf eine depressive Störung. Es sei davon auszugehen, dass der Versicherte aufgrund der durch den Arbeitsunfall bedingten körperlichen und geistigen Einschränkungen und der Schmerzsymptomatik den hohen Anforderungen nicht mehr habe gerecht werden können und im Zuge der dauernden Überforderung sich eine affektive Störung entwickelt habe. Therapeutisch stehe die dringende psychopharmakologische und psychotherapeutische Behandlung durch einen Psychiater im Vordergrund (UV-act. I. 126). Im Arztbericht vom 4. Mai 2010 schrieb Dr. L.\_\_\_\_, dass der Versicherte beim Arbeitsunfall nebst einer äusserlichen Skalpierungsverletzung rechts fronto-parietal auch intrakranielle Beschädigungen des Frontalhirns erlitten habe, deren Symptome sich heute noch klinisch und mittels apparativer Methoden nachweisen liessen. Dies habe beim Versicherten zu charakterlichen Veränderungen und deutlichen Einschränkungen der Flexibilität, der Arbeitsfähigkeit und der gesamten Lebensqualität geführt (UV-act. I. 127). Prof. Dr. N.\_\_\_\_ antwortete am 4. August 2010 auf die Frage, ob weiterhin somatische Unfallfolgen bestehen würden oder diese als abgeschlossen qualifiziert werden könnten, dass somatische Unfallfolgen in den letzten Berichten nicht mehr auszumachen seien. Der Bericht von Dr. L.\_\_\_\_ beinhalte Hypothesen und die neuro-psychologische Untersuchung am KSSG deute auf Störungen auf diesem Fachgebiet inklusive Psychiatrie hin, die somatisch nicht zu begründen seien (UV-act. I. 133). In einem Bericht über eine Besprechung mit dem Versicherten vom 12. August 2010 hielt der Aussendienstmitarbeiter der Suva fest, dass eine psychiatrische Behandlung des Versicherten im Moment noch nicht im Vordergrund stehe. Die psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit solle zu einem späteren Zeitpunkt geprüft werden (UV-act. I. 135).

A.i Am 6. Dezember 2010 erstellte Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, Abteilung Versicherungsmedizin, Suva Luzern, basierend auf den Akten eine neurologische Beurteilung (UV-act. I. 148). Er erklärte, dass es beim Selbstunfall vom 6.



## St.Galler Gerichte

November 2006 höchstens zu einer Commotio cerebri (LTHV) gekommen sei. Von einem posttraumatischen Kopfschmerz könne nicht ausgegangen werden, da das Auftreten von Kopfschmerzen nicht innert 7 Tage post Trauma diagnostiziert worden sei. Im Weiteren thematisierte er die nicht adäquate Behandlung der psychischen Probleme des Versicherten. Von einer nachweisbaren Hirnschädigung ging er nicht aus. So führte er zum Arztbericht des KSSG vom 29. April 2010 aus: "Bei nachweisbar fehlender organischer Läsion des Gehirns kann eine auffällige neuropsychologische Testung keineswegs als Beleg für eine irgendwie traumaassoziierte Läsion gewertet werden, da die neuropsychologischen Testergebnisse in einem hohen Masse von der Mitarbeitsfähigkeit und Compliance des Versicherten abhängt. Diese können aus vielen Gründen (z.B. Depression, Ermüdung, Vortäuschung, etc.) gestört sein." Als nachvollziehbar stufte er hingegen die vermehrte Empfindlichkeit, gelegentliche Schmerzen sowie die Taubheit insbesondere in der rechten Gesichtshälfte ein. Es handle sich dabei jedoch nicht um eine behindernde oder erhebliche Einschränkung, weshalb diese weder eine Arbeitsunfähigkeit noch eine Integritätsentschädigung zu begründen vermöchten.

A.j Am 10. Februar 2011 verunfallte der Versicherte erneut während der Arbeit. Bei einer Störungsbehebung an einer ausser Betrieb gesetzten Bowlingbahn prallte ihm eine Bowlingkugel an den Kopf (UV-act. I. 151, 153; UV-act. II. 1, 6). Im Arztbericht vom 15. Februar 2011 berichtete Dr. med. S.\_\_\_\_, Zentrale Notfallaufnahme, KSSG, über eine reizlose frische Narbe von 2 cm auf der Kopfhaut parietosagittal rechts. Sie stellte die Diagnosen Kontusion capitis mit Aggravation posttraumatischer neurokognitiver und neuropathischer Gesichtsbeschwerden, Visusstörungen, Schlafstörungen sowie den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (UV-act. II. 5). Mit Schreiben vom 24. Februar 2011 sprach die Suva dem Versicherten für die Folgen des Berufsunfalls vom 10. Februar 2011 Versicherungsleistungen (Taggelder, Heilbehandlung) zu (UV-act. II. 2 ff.).

A.k Im Rahmen des Unfalls vom 6. November 2006 übernahm die Suva zur Verbesserung der Gesundheitssituation und der Arbeitsmarktfähigkeit ab Sommer 2011 die Kosten für ein mehrmonatiges Coaching durch die T.\_\_\_\_ GmbH (UV-act. I. 172). Gemäss Besprechungsprotokoll vom 31. Juli 2012 nahmen die Beschwerden des Versicherten u.a. wegen der langen Arbeitszeiten (7 bis 9 Tage Dienst aneinander)



## St.Galler Gerichte

wieder zu (UV-act. I. 175). Im Arztbericht vom 14. August 2012 erklärte Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, dass der Versicherte unverändert unter kognitiven Defiziten leide, für die er keine andere Erklärung als das Trauma vom 6. November 2006 habe (UV-act. I. 183 f.).

A.l Im neurologischen Gutachten vom 28. August 2012 diagnostizierte Dr. med. V.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, basierend auf medizinischen Akten und einer persönlichen Untersuchung des Versicherten am 19. Dezember 2011, eine schwere Schädel-Kompressionsverletzung mit Skalpierverletzung parieto-occipital, Nasenbeinfraktur, Frakturen der medialen Orbitawand und Nasenweichteilverletzungen, tiefer Rissquetschwunde an der rechten Augenbraue, durchgemachter leichter traumatischer Hirnverletzung (MTBI) und HWS-Distorsion sowie in der Folge eine posttraumatische Belastungsstörung (partiell noch vorhanden), ein chronisches cervikales Schmerzsyndrom, Sensibilitätsstörungen im Nasen-/Stirnbereich und Gedächtnisstörungen (UV-act. I. 193-6). Der Gutachter stufte den Unfall im Jahr 2006 als ein besonders schweres, eindrückliches Erlebnis, verbunden mit grosser Belastung und Angst ein. Die Kopfschmerzen seien als posttraumatisch zu klassifizieren, denn diese seien bereits im Polizeirapport rund eine Woche nach dem Unfall angegeben worden und nicht wie vom Suva-Versicherungsmediziner geltend gemacht erst 1 ½ Monate nach dem Unfall. Die noch geklagte Vergesslichkeit und Müdigkeit seien wohl als Folgen der MTBI, teilweise auch im Rahmen der noch vorhandenen chronischen Schmerzsymptomatik und der residuellen psychoreaktiven Störungen zu sehen. Der Unfall im Februar 2011 habe lediglich zu einer Schädelkontusion mit vorübergehender Verstärkung der Schmerzen im HWS-Bereich geführt. Im Weiteren stellte der Gutachter fest, dass die posttraumatische Belastungsstörung nie fachgerecht behandelt worden sei (UV-act. I. 193-7).

A.m Im Sommer 2013 begab sich der Versicherte in psychiatrische Behandlung bei med. prakt. W.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (UV-act. I. 223).

A.n Vom 8. bis 18. August 2014 wurde der Versicherte wegen zunehmenden



## St.Galler Gerichte

Schmerzen insbesondere in der Hüfte, in der rechten Schulter und im linken Knie in der Klinik für Rheumatologie des KSSG behandelt. Im Klinikbericht vom 18. August 2014 wurde der Verdacht auf eine seronegative Spondylarthritis (Tendinitiden Schulter- und Beckengürtel, Morgensteifigkeit, Lumbalgie) und eine Osteopenie (ED 08/2014) erhoben (UV-act. I. 219, UV-act. III. 29).

A.o Im psychologischen Untersuchungsbericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 1. September 2014 diagnostizierten Prof. Q.\_\_\_\_ und lic. phil. V.\_\_\_\_, Psychologe FSP, leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörungen. Im Vordergrund stünden Beeinträchtigungen im Aufmerksamkeits-, exekutiven und Gedächtnisbereich. Es zeige sich eine allgemeine Verlangsamung und reduzierte Grundaktivierung. Zudem gebe es Hinweise für mittelschwer ausgeprägte depressive Symptome und einen deutlich ausgeprägten Leidensdruck. Im Vergleich zur neuropsychologischen Untersuchung vom 29. April 2010 zeige sich insgesamt eine Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit, wobei ein Symptomvalidierungsverfahren einen grenzwertigen Befund ergeben habe. Das kognitive Störungsmuster sei am ehesten mit einer psychischen Ursache zu vereinbaren. Empfohlen wurde die Fortsetzung der psychiatrischen Behandlung (UV-act. I. 220).

A.p Am 8. September 2014 erlitt der Versicherte unverschuldet einen Motorradunfall. Er kollidierte frontal mit einem aus einer Nebenstrasse kommenden Personenwagen (UV-act. I. 222; UV-act. III. 1). Mit Schreiben vom 19. September 2014 sprach die Suva dem Versicherten für die Folgen des Motorradunfalls Versicherungsleistungen (Taggelder, Heilbehandlung) zu (UV-act. III. 2 f.). Im Arztbericht vom 14. Oktober 2014 diagnostizierte Dr. U.\_\_\_\_ eine HWS-Distorsion sowie eine Zerrung im Bereich der rechten Hüfte und des rechten OSG lateral (UV-act. III. 12).

A.q Im Arztbericht vom 3. November 2014 diagnostizierte Psychiater W.\_\_\_\_ eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10: F33.1) sowie eine anhaltende Persönlichkeitsveränderung mit ausgeprägten narzisstischen Anteilen und starkem sozialen Rückzug nach traumatischem Erlebnis (ICD-10: F62.0). Hinsichtlich des psychischen Beschwerdebildes erachtete er den Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 6. November 2006 als erstellt (UV-act. I. 223).



## St.Galler Gerichte

A.r Bei diagnostiziertem posttraumatischem Karpaltunnelsyndrom (CTS) beidseits führte Dr. med. W.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie und Handchirurgie FMH, am 7. November 2014 eine Medianusdekompression links und am 7. Januar 2015 eine solche rechts durch (UV-act. III. 21, 26).

A.s In der Stellungnahme vom 1. Dezember 2014 erklärte Kreisarzt Dr. med. X.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, dass weiterhin auf die Stellungnahme des Versicherungsmediziners der Suva Dr. R.\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2010 abgestellt werden könne. Unfallbedingte intrakranielle Verletzungsfolgen hätten bisher nicht festgestellt werden können (UV-act. I. 225).

A.t Mit Verfügung vom 12. Dezember 2014 teilte die Suva die Einstellung der Versicherungsleistungen bezüglich des Unfalls vom 6. November 2006 per 31. Dezember 2014 mit und verneinte den Anspruch auf weitere Geldleistungen in Form einer Invalidenrente und/oder einer Integritätsentschädigung, da zwischen den geklagten, organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden und dem Unfallereignis vom 6. November 2006 kein adäquater Kausalzusammenhang bestehe. Hinsichtlich des Motorradunfalls vom 8. September 2014 werde das weitere Vorgehen noch geprüft (UV-act. I. 227, UV-act. III. 18).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 12. Dezember 2014 erhob der Versicherte am 6. Januar 2015 Einsprache (UV-act. I. 228).

B.b Im Bericht vom 12. Januar 2015 über den stationären Aufenthalt im Psychiatrischen Zentrum Y.\_\_\_\_ vom 17. November bis 19. Dezember 2014 diagnostizierten die Klinikärzte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) und eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0; UV-act. I. 235).

B.c Im Arztbericht vom 22. Januar 2015 diagnostizierten die Ärzte der Klinik für Rheumatologie des KSSG insbesondere eine Polymyalgia rheumatica ED 08/2014, eine Osteopenie ED 08/2014 und ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (UV-act. III.



## St.Galler Gerichte

34). Im Arztbericht vom 13. Februar 2015 verneinte Kreisarzt Dr. med. Z.\_\_\_\_ wegen fehlender überwiegender Wahrscheinlichkeit die natürliche Kausalität zwischen dem Carpaltunnelsyndrom und dem Motorradunfall vom 8. September 2014 (UV-act. III. 37).

B.d Mit Verfügung vom 20. Februar 2015 verneinte die Suva ihre Leistungspflicht hinsichtlich der Handgelenksbeschwerden beidseitig bzw. der diesbezüglich durchgeführten Operationen (Medianusdekompression), da kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 8. September 2014 und den gemeldeten Beschwerden bestehe (UV-act. III. 41; siehe auch UV-act. III. 32 f.).

B.e Im Arztbericht vom 4. März 2015 bestätigte Psychiater W.\_\_\_\_ seine im November 2014 gestellten psychiatrischen Diagnosen. Er schätzte die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht aktuell auf 50% (UV-act. I. 234).

B.f Gegen die Verfügung vom 20. Februar 2015 erhob der Versicherte am 11. März 2015 Einsprache mit der Begründung, dass die Beschwerden, welche die Operationen der Handgelenke erfordert hätten, im kausalen Zusammenhang mit dem Motorradunfall vom 8. September 2014 stünden (UV-act. III. 44).

B.g Die Suva vereinigte die gegen die Verfügungen vom 12. Dezember 2014 und 20. Februar 2015 erhobenen Einsprachen vom 6. Januar und 11. März 2015 und wies diese mit Einspracheentscheid vom 30. Dezember 2015 ab (act. G 1.2).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid erhob der Versicherte am 9. Januar 2016 Beschwerde mit sinngemäss folgenden Rechtsbegehren (act. G 0, G 1): Der Einspracheentscheid vom 30. Dezember 2015 sei aufzuheben; es seien weiterhin Versicherungsleistungen zu erbringen. Zur Begründung wurde angeführt, dass die heutigen Beschwerden unfallbedingt seien. Eingereicht wurde der Arztbericht von Psychiater W.\_\_\_\_ vom 25. Januar 2016. Der Facharzt stellte die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F33.1), andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0), Status nach



## St.Galler Gerichte

Karpaltunnelsyndrom links 2014, Karpaltunnelsyndrom rechts, Status nach schwerer Gesichtsschädelfraktur 2006 während eines Arbeitseinsatzes. Im Weiteren führte er aus, dass der Beschwerdeführer trotz erzielter Erfolge weiterhin unter den erlittenen Unfallfolgen leide und in Behandlung im Psychiatrischen Y.\_\_\_\_ sei (act. G 1.1).

C.b In der Beschwerdeantwort vom 3. März 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde vom 29. Januar 2016 und die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 30. Dezember 2015 (act. G 3).

C.c In der Replik vom 14. April 2016 hielt der Beschwerdeführer sinngemäss an seinen Rechtsbegehren in der Beschwerdeschrift vom 29. Januar 2016 fest (act. G 5). Er rügte insbesondere, dass die gesundheitliche Situation nicht objektiv bzw. unabhängig abgeklärt worden sei. Die Beschwerdegegnerin habe sich nur auf die Arztberichte ihrer eigenen Ärzte abgestützt. Die Relevanz der psychischen Leiden sei - trotz stationärem Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik Ba.\_\_\_\_ - von der Beschwerdegegnerin nie fachärztlich abgeklärt worden. Trotzdem sei die Adäquanz der psychischen Leiden verneint worden.

C.d In der Duplik vom 13. Mai 2016 erneuerte die Beschwerdegegnerin ihren Antrag auf Abweisung der Beschwerde (act. G 10).

## Erwägungen

1.

1.1 Strittig und zu prüfen ist, ob einerseits der Gesundheitszustand, wie ihn der Beschwerdeführer nach dem 31. Dezember 2014 aufweist, in einem rechtserheblichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 6. November 2006 steht und eine weitere Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu begründen vermag und andererseits, ob die Handgelenksbeschwerden kausal zum Unfall vom 8. September 2014 sind und die Beschwerdegegnerin die Kosten für die Handgelenksoperationen zu übernehmen hat.

1.2 Festzuhalten ist, dass gesundheitliche Folgen des Unfalls vom 10. Februar 2011 sowie mit Ausnahme der Handgelenksbeschwerden/-operationen auch gesundheitliche Folgen des Motorradunfalls vom 8. September 2014 nicht Gegenstand des



vorliegenden Verfahrens sind, da diese nicht Inhalt der Verfügungen vom 12. Dezember 2014 und 20. Februar 2015 bzw. des Einspracheentscheids vom 30. Dezember 2015 waren.

2.

2.1 Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden, nachdem Ereignisse aus den Jahren 2006 und 2014 streitig sind, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.2 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Nach Gesetz und Praxis ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente abzuschliessen, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind und von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG; Urteil des Bundesgerichts (bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG) vom 2. Mai 2014, 8C\_888/2013, E. 4.1, vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 2. Dezember 2014, 8C\_639/2014, E. 3). Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 letzter Satz



UVG). Die Integritätsentschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG). Das Erreichen des medizinischen Endzustands bildet demgemäss die Voraussetzung für die Prüfung der Rentenfrage und der Integritätsentschädigung. Für die Bejahung des medizinischen Endzustands ist keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 112 ff. E. 3 und 4; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 143, 145). Die Verwendung des Begriffs "namhaft" in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 2. Mai 2014, 8C\_888/2013, E. 4.1 mit Hinweisen auf BGE 134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 2. Dezember 2014, 8C\_639/2014, E. 3).

2.3 Angesichts der in Erwägung 2.2 angeführten gesetzlichen Bestimmungen bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die zum Unfallereignis in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang stehen (vgl. Art. 6 UVG; BGE 129 V 181 E. 3.1 f.; RUMO-JUNGO/ HOLZER, a.a.O., S. 53 ff.).

2.4 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 beziehungsweise 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 andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1, 129 V 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 337 E. 1). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 337 f. E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 E. 1b; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 Rz. 58 f.). Als adäquate Ursache eines Erfolgs hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, den eingetretenen Erfolg zu bewirken, der Eintritt dieses Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2, 125 V 461 E. 5a mit Hinweisen). Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1, 118 V 291 f. E. 3a, 117 V 365 mit Hinweisen; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher zu unterscheiden ist, ob es sich um psychische Fehlentwicklungen nach Unfall handelt, bei welchen die Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte zu prüfen sind (sogenannte Psycho-Praxis; vgl. BGE 115 V 133), oder ob ein Schleudertrauma, eine äquivalente Verletzung der Halswirbelsäule oder ein Schädel-Hirntrauma vorliegt, bei welchen auf eine Differenzierung zwischen psychischen und physischen Komponenten zu verzichten und eine gesamthafte Prüfung vorzunehmen ist (sogenannte Schleudertrauma-Praxis; vgl. BGE 134 V 109). Ergeben die Abklärungen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung oder eines Schädelhirntraumas, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden



Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a). Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS oder bei einem Schädel-Hirntrauma setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b).

2.5 Ist die Unfallkausalität einmal mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, so entfällt eine Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, sobald der Unfall nicht mehr eine natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Ebenso wie das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs muss auch der Wegfall der Kausalität mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2). Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person beweibelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität die Unfallversicherung (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54; RKUV 1994 Nr. u 206 S. 328 f. E. 3b)

2.6 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweismwürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss, zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen angewiesen (BGE 129 V 181 E. 3.1; PVG 1984 Nr. 82, 174; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 55). Hinsichtlich des



Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder dessen Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 232 f. E. 5.1, 125 V 352 E. 3a). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ee, 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c).

3.

3.1 Hinsichtlich der beidseitigen Handgelenksbeschwerden bzw. der am 7. November 2014 und 7. Januar 2015 durchgeführten Handgelenksoperationen (Medianusdekompressionen) macht die Beschwerdegegnerin geltend, die Beschwerde vom 29. Januar 2016 gegen den Einspracheentscheid vom 30. Dezember 2015 umfasse die Ablehnung der Kostenübernahme für die beiden Handgelenksoperationen nicht. Die im angefochtenen Einspracheentscheid erklärte Verneinung der Leistungspflicht in Bezug auf die beidseitige Handgelenkproblematik sei mithin in Rechtskraft erwachsen (act. G 3). Dieser formell-rechtliche Einwand ist vorab zu prüfen.

3.2 In der Beschwerde vom 29. Januar 2016 erklärte der Beschwerdeführer: "Ich bin mit Ihrem Bescheid vom 30. Dezember 2015 nicht einverstanden und erhebe erneut



Einsprache dagegen. Nach meiner Einschätzung und auch derjenigen meiner Ärzte stehen die heutigen Beschwerden nach wie vor mit meinem Unfall zusammen und ich bin nicht einverstanden, dass mein Fall abgeschlossen wird. [...]" Vorliegend handelt es sich um einen nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer, welcher fristgerecht zum Ausdruck brachte, dass er sowohl mit der Leistungseinstellung bezüglich der Folgen des Unfalls vom 6. November 2006 als auch mit der Leistungsablehnung betreffend die beidseitige Handgelenksproblematik im Zusammenhang mit dem Motorradunfall vom 8. September 2014 seitens der Beschwerdegegnerin nicht einverstanden ist, da er die Unfallkausalität der gesundheitlichen Beschwerden als gegeben erachtet. Die Beschwerdegegnerin muss sich allfällige Unklarheiten hinsichtlich der Anfechtungsobjekte vorhalten lassen, begünstigte doch die aus "prozessökonomischen Gründen" (vgl. Erwägung 1 des Einspracheentscheids vom 30. Dezember 2015, act. G 1.2) durchgeführte Vereinigung der beiden verschiedene Unfälle betreffenden Einsprachen diese Situation. Festzustellen ist, dass die Mindestanforderungen an eine rechtsgültige Beschwerde nach Art. 61 lit. b ATSG (gedrängte Darstellung des Sachverhaltes, ein Rechtsbegehren und eine kurze Begründung) mit der Beschwerdeschrift vom 29. Januar als erfüllt zu betrachten sind. Auf die Beschwerde betreffend Verweigerung der Kostenübernahme für die am 7. November 2014 und 7. Januar 2015 durchgeführten Handgelenksoperationen (Medianusdekompressionen) ist folglich einzutreten.

3.3 Zu prüfen ist mithin die Kausalität der Handgelenksbeschwerden zum Motorradunfall vom 8. September 2014 als Voraussetzung für eine diesbezügliche Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin.

3.3.1 Während der Beschwerdeführer von einer Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bezüglich der Handgelenksoperationen ausgeht, da die Handchirurgin Dr. W.\_\_\_\_ die Kausalität zum Unfall vom 8. September 2014 bejaht habe, erachtet die Beschwerdegegnerin die Kausalität der Handgelenksbeschwerden zum Motorradunfall vom 8. September 2014 nicht als überwiegend wahrscheinlich. Sie beruft sich dabei insbesondere auf die ärztliche Beurteilung von Kreisarzt Dr. Z.\_\_\_\_ vom 13. Februar 2015 (UV-act. III. 37), welcher feststelle, dass die vom Beschwerdeführer gegenüber dem Neurologen Dr. V.\_\_\_\_ bereits im Jahr 2012 angegebenen Probleme mit den oberen Extremitäten typische Zeichen für ein



beginnendes Karpaltunnelsyndrom seien. Zudem seien in den Echtzeitdokumenten nach dem Motorradunfall keine Probleme an den Händen dokumentiert. Gemäss Kreisarzt lassen die Darlegungen und Befunde der Handchirurgin Dr. W.\_\_\_\_ eine unfallbedingte Ursache für die Handgelenksbeschwerden nicht als überwiegend wahrscheinlich erscheinen (vgl. UV-act. III. 37-3).

3.3.2 In den unfallzeitnahen medizinischen Akten (Unfallmeldung vom 8. September 2014, UV-act. III. 1; Arztberichte vom 9. September und 14. Oktober 2014, UV-act. III. 12, 25; Besprechungsprotokoll vom 15. Oktober 2014, UV-act. III. 11) wird berichtet über Verletzungen am rechten Fussgelenk, am rechten Hüftgelenk, an der rechten Schulter und an der Halswirbelsäule, jedoch nicht über Verletzungen an den Händen bzw. Handgelenken. Die Handgelenksbeschwerden (beidseitiges Karpaltunnelsyndrom) werden erstmals erwähnt in der vom KSSG ausgestellten Ergotherapieverordnung vom 21. Oktober 2014 (vgl. UV-act. III. 13-2: Als Ursache wurde sowohl Krankheit als auch Unfall genannt) sowie im Arztbericht des KSSG über die Untersuchungen vom 14. Oktober und 17. November 2014 (vgl. UV-act. III. 34).

3.3.3 In der KG (Krankengeschichte) zu einer Sitzung vom 6. November 2014 vermerkte Dr. W.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer habe sich wegen den heftigen beidseitigen Handgelenkskontusionen bereits am Tag nach dem Unfall beim Hausarzt Dr. U.\_\_\_\_ und am 17. Oktober 2014 in der Notfallstation des KSSG behandeln lassen (vgl. UV-act. III. 21-3). Die genannten ärztlichen Behandlungen sind zwar aktenmässig ausgewiesen (UV-act. III. 12-1, 20-3), doch gilt es konkret die Unfallkausalität der CTS-Symptomatik zu beurteilen. Eine Behandlungsbedürftigkeit nach dem Unfall vom 8. September 2014 sagt noch nichts über die Ursächlichkeit der CTS-Symptomatik aus. Als Indikation der am 7. November 2014 bei der Diagnose posttraumatisches CTS an der linken Hand durchgeführten Medianusdekompressionsoperation hielt Dr. W.\_\_\_\_ im Operationsbericht fest, dass der Beschwerdeführer seit einem Auffahrunfall mit Prellung beider Handgelenke (8. September 2014) über eine beidseitige CTS-Symptomatik klage, die in den letzten vier Wochen auf der linken Seite stark zugenommen habe (UV-act. III. 21-2). Diese von Dr. W.\_\_\_\_ geschilderte bloss zeitliche Abfolge vermag deshalb nicht als Beweis für eine Unfallkausalität der CTS-Problematik zu gelten, weil ein Unfall mit Prellung beider Handgelenke - wie in Erwägung 3.3.2 aufgezeigt - initial nicht dokumentiert ist (vgl. dazu ALFRED MAURER, Schweizerisches



Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 FN 1205; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 69 zu Art. 4; BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb.; SVR 2009 UV Nr. 13 [8C\_590/2007], S. 52, E. 7.2.4, sowie SVR 2008 UV Nr. 11 [U 290/06], S. 34, E. 4.2.3, je mit Hinweisen). Im Operationsbericht vom 7. Januar 2015 betreffend der rechtsseitig durchgeführten Medianusdekompression wird sodann überhaupt nicht auf den Unfall vom 8. September 2014 Bezug genommen (UV-act. III. 26).

3.3.4 Die Ausführungen und Folgerungen des Kreisarztes Dr. Z. \_\_\_ in der ärztlichen Beurteilung vom 13. Februar 2015 (UV-act. III. 37), insbesondere zu den im Suva-Rapport vom 15. Oktober 2014 festgehaltenen Kribbelparästhesien (UV-act. III. 11) sowie zu den laut Operationsbericht vom 7. November 2014 von Dr. W. \_\_\_ bei der Operation erhobenen ödematösen Veränderungen und einer postkontusionellen Einblutung, sind nachvollziehbar, detailliert und vermögen zu überzeugen. Es ist der Argumentation der Beschwerdegegnerin zu folgen, wonach die Handgelenksbeschwerden nicht im Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kausal zum Motorradunfall vom 8. September 2014 bzw. dass die CTS an beiden Handgelenken bloss möglicherweise mit dem Unfall vom 8. September 2014 zusammenhängen würden. Folglich besteht keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Handgelenksoperationen vom 7. November 2014 und 7. Januar 2015, d.h. die Beschwerde ist bezüglich des Anspruchs auf Kostenübernahme für die Handgelenksoperationen abzuweisen.

4.

Nachfolgend ist die Zulässigkeit der Leistungseinstellung per 31. Dezember 2014 bezüglich der Folgen des Unfalls vom 6. November 2006 zu prüfen.

4.1 Der Beschwerdeführer rügt die Leistungseinstellung, denn die aktuellen gesundheitlichen Beschwerden seien auf den Unfall im Jahr 2006 zurückzuführen (act. G 1, G 1.1, G 5). Obwohl das Unfallereignis vom 6. November 2006 als besonders schwer eingestuft worden sei, die Kreisärzte auf die psychiatrische Erkrankung hingewiesen und fachärztliche Abklärungen empfohlen hätten sowie ein mehrwöchiger psychiatrischer Klinikaufenthalt erfolgt sei, habe die Beschwerdegegnerin ihre



Leistungen ohne Einholung einer fachärztlichen Stellungnahme zum psychischen Leiden eingestellt. Im Weiteren wird gerügt, dass die Beschwerdegegnerin die unfallbedingten finanziellen Einbussen nicht abgeklärt bzw. bei ihrem Entscheid nicht berücksichtigt habe (act. G 1, G 5, G 5.1).

4.2 Die Beschwerdegegnerin begründet die Leistungseinstellung per 31. Dezember 2014 insbesondere mit dem Arztbericht ihres Versicherungsmediziners Dr. R.\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2010 (UV-act. I. 148) und der Stellungnahme des Kreisarztes Dr. X.\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2014 (UV-act. I. 225). Beim Beschwerdeführer bestehe keine posttraumatische Hirnschädigung. Die Beeinträchtigungen durch das unfallbedingte Taubheitsgefühl im Bereich rechts supraorbital und im Bereich der rechten oberen Gesichtshälfte, wo auch gelegentlich Schmerzen auftreten würden, seien gering. Bezogen auf die somatischen Leiden sei deshalb seit langem von der Erreichung des medizinischen Endzustands auszugehen. Die somatischen Restbeschwerden seien vom Ausmass her nicht geeignet, eine Arbeitsunfähigkeit oder eine Integritätsentschädigung zu begründen (act. G 1.2-10 ff., 15 f., G 3-2). Zu den geklagten psychischen Beschwerden wird ausgeführt, dass diese nicht auf einem unfallbedingten, objektivierbaren organischen Substrat im Sinne einer strukturellen Veränderung beruhten. Die Adäquanzprüfung habe deshalb nach der sogenannten Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) zu erfolgen (act. G 1.2-15 f.). Die bei einem mittelschweren Unfall im mittleren Bereich (wovon vorliegend auszugehen sei) zu prüfenden Adäquanzkriterien seien nicht im erforderlichen Umfange erfüllt, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den psychischen bzw. organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden und dem Unfall vom 6. November 2006 zu verneinen sei (act. G 1.2-17 f., G 3-2).

5.

5.1 Eine im KSSG am 6. November 2006 durchgeführte CT-Untersuchung hatte weder eine Hirnschädelfraktur noch intrakranielle Blutungen gezeigt, indessen eine Nasenbeinfraktur sowie kleine Frakturen im Bereich der medialen Orbitawand rechtsseitig. Als Unfalldiagnosen wurden von den Ärzten des KSSG eine perieto-occipitale Skalpierungsverletzung sowie Gesichtswichteilverletzungen in Folge eines Arbeitsunfalls gestellt (UV-act. I. 4).



## St.Galler Gerichte

5.2 Im Februar/März 2008 stellten Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ vom KSSG fest, dass die physischen Verletzungen im Bereich des Kopfes weitestgehend verheilt seien. Es bestünde nur noch eine nicht mehr gross beeinflussbare Sensibilitätsstörung an der Nase und der Stirnflanke trigeminal (vgl. UV-act. I. 55, 59). Das Ergebnis einer

MRI-Untersuchung des Neurocraniums durch Dr. H.\_\_\_\_ vom 13. August 2008 war altersentsprechend und ohne Nachweis von posttraumatischen Läsionen (UV-act. I. 76). Der Suva-Versicherungsmediziner Dr. R.\_\_\_\_ erachtete im Bericht vom 6. Dezember 2010 die Missempfindungen bzw. Taubheit insbesondere in der rechten Gesichtshälfte als zwar nachvollziehbar, jedoch nicht in einem behindernden oder erhebliche Einschränkungen verursachenden Grade (UV-act. I. 148). Diese Einschätzung bestätigte Kreisarzt Dr. X.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 1. Dezember 2014 (UV-act. I. 225). Die Feststellung von Dr. L.\_\_\_\_ im Bericht vom 4. Mai 2010, der Beschwerdeführer habe beim Unfall vom 6. November 2006 auch intrakranielle Beschädigungen des Frontalhirns erlitten, deren Symptome sich noch heute klinisch und mittels apparativer Methoden nachweisen liessen, lässt sich anhand der vorliegenden medizinischen Akten nicht bestätigen. Die von ihm bezüglich verschiedener MRI-Bilder gemachten Äusserungen (UV-act. I. 127-2) erscheinen zudem - wie von Prof. N.\_\_\_\_ in einer Stellungnahme vom 4. August 2010 erklärt - hypothetisch (UV-act. I. 133) und sind damit ohne Beweiskraft. Das überwiegend wahrscheinliche Vorliegen einer somatischen Hirnverletzung lässt sich damit jedenfalls nicht bestätigen. Im Übrigen spricht auch Dr. L.\_\_\_\_ davon, dass einige MRI-Bilder des Gehirns ohne pathologischen Befund gewesen seien.

5.3 Anlässlich der psychologischen Untersuchung im KSSG vom 27. April 2010 zeigten sich sodann beim Beschwerdeführer aus neuropsychologischer Sicht leichte kognitive Funktionsstörungen (UV-act. 126). Die diesbezügliche Aussage von Prof. N.\_\_\_\_ vom 4. August 2010 - die neuropsychologische Untersuchung am KSSG decke Störungen auf diesem Fachgebiet inklusive Psychiatrie auf, die somatisch nicht zu begründen seien (UV-act. I. 133) - erscheint schlüssig und nachvollziehbar (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 6). So hält auch Dr. R.\_\_\_\_ in der neurologischen Beurteilung vom 6. Dezember 2010 fest, dass die festgestellten neuropsychologischen Auffälligkeiten mit Hinweis auf eine leichte kognitive Beeinträchtigung, jedoch gleichzeitig vorliegender affektiver Störung, auf das Konto einer Depression gingen. Er



begründet schlüssig und überzeugend, dass bei nachweisbar fehlender organischer Läsion des Gehirns eine auffällige neuropsychologische Testung keineswegs als Beleg für eine irgendwie traumaassoziierte Läsion gewertet werden könne, da die neuropsychologischen Testergebnisse in einem hohen Masse von Arbeitsfähigkeit und Compliance des Patienten abhängen. Diese könnten aus vielen Gründen (z.B. Depression, Ermüdung, Vortäuschung usw.) gestört sein (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. April 2007, U 321/06, E. 4.1 mit Hinweisen; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 318 E. 3; BGE 119 V 343 E. 3c; B.P. RADANOV, Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, SZS 1996, S. 471 ff.). Prof. Q.\_\_\_\_ und lic. phil. V.\_\_\_\_ erklärten im Untersuchungsbericht vom 1. September 2014 gleichfalls, das kognitive Störungsmuster sei am ehesten mit einer psychischen Ursache zu vereinbaren (UV-act. I. 220).

5.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin in Bezug auf somatische Unfallfolgen zu Recht per 31. Dezember 2014 die vorübergehenden Versicherungsleistungen - Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen - eingestellt hat. Es ist ihr darin zuzustimmen, dass keine wesentliche Verbesserung der körperlichen bzw. somatischen Auswirkungen der beim Unfall vom 6. November 2006 erlittenen Kopf-/Gesichtsverletzungen mehr erwartet werden konnte. Die somatischen Restbeschwerden stufte sie sodann richtigerweise als derart gering ein, dass derentwegen weder eine Invalidenrente noch eine Integritätsentschädigung geschuldet sei.

6.

Nachstehend ist sodann die Kausalität des psychischen Leidens des Beschwerdeführers zum Unfall vom 6. November 2006 bzw. dessen Ursächlichkeit im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Dezember 2014 zu würdigen.

6.1

6.1.1 Wenige Monate nach dem Unfall vom 6. November 2006 traten beim Beschwerdeführer zunehmend psychische Beschwerden auf (UV-act. I. 17-2). Am 28. März 2007 stellte der damalige Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ fest, dass der Beschwerdeführer



den Unfall psychisch noch nicht optimal bzw. unvollständig verarbeitet habe (UV-act. I. 19). Knapp ein Jahr später, d.h. am 26. Februar 2008, erklärte Kreisarzt und Chirurg Dr. F.\_\_\_\_, dass sich der Beschwerdeführer von den psychischen Folgen des Unfallereignisses erholt habe, stufte aber gleichzeitig die Erinnerungen an das Ereignis noch als belastend ein (UV-act. I. 55). Dr. I.\_\_\_\_ erklärte sodann in einem Bericht vom 18. August 2008 und damit vor dem zweiten Arbeitsunfall vom 10. Februar 2011, dass die psychische Situation des Beschwerdeführers von einem Psychiater zu beurteilen sei (UV-act. I. 77). Ebenso erklärte Prof. N.\_\_\_\_ in einer Stellungnahme vom 7. Februar 2009, dass am ehesten noch durch eine psychiatrische Exploration ein Schlüssel für den dauerhaften Krisenzustand des Beschwerdeführers gefunden werden könnte (UV-act. I. 107). Prof. Q.\_\_\_\_, Dr. phil. O.\_\_\_\_ und dipl. Psych. P.\_\_\_\_ gingen im Bericht vom 29. April 2010 davon aus, dass der Beschwerdeführer aufgrund der durch den Arbeitsunfall bedingten körperlichen und geistigen Einschränkungen und der Schmerzsymptomatik den hohen Anforderungen nicht mehr habe gerecht werden können und sich im Zuge der dauernden Überforderung eine affektive Störung entwickelt habe, in deren Bereich Hinweise auf eine Depression mit den Symptomen Niedergeschlagenheit, Antriebsmangel, Interessenverlust, Reizbarkeit, sozialer Rückzug und Schlafstörungen mit frühmorgendlichem Erwachen bestünden. Therapeutisch stehe die dringende Behandlung der depressiven Störung im Vordergrund, in deren Rahmen auch die beschriebenen Schlafstörungen eingeordnet würden (UV-act. I. 126). Dr. R.\_\_\_\_ wies in seiner neurologischen Beurteilung vom 6. Dezember 2010 darauf hin, dass trotz der deutlichen Anzeichen für eine depressive Entwicklung, keine psychiatrische Abklärung in die Wege geleitet worden sei (UV-act. I. 148-8). Im neurologischen Gutachten vom 28. August 2012 stufte Dr. V.\_\_\_\_ den Unfall im Jahr 2006 als ein besonders schweres, eindrückliches Erlebnis mit grosser Belastung und Angst ein und stellte fest, dass die posttraumatische Belastungsstörung leider nie fachgerecht behandelt worden sei (UV-act. I. 193-7). Im Sommer 2013 begab sich der Versicherte in psychiatrische Behandlung. Von Prof. Q.\_\_\_\_ und lic. phil. V.\_\_\_\_ wurde im Bericht des KSSG vom 1. September 2014 - und damit noch vor dem dritten Unfall vom 8. September 2014 - erklärt, dass es Hinweise für mittelschwer ausgeprägte depressive Symptome und einen deutlich ausgeprägten Leidensdruck gebe. Empfohlen wurde die Fortsetzung der psychiatrischen Behandlung (UV-act. I. 220). Psychiater W.\_\_\_\_ diagnostizierte am 3. November 2014, 4. März 2015 und 26. Januar



2016 eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10: F33.1) und eine anhaltende Persönlichkeitsveränderung mit ausgeprägten narzisstischen Anteilen und starkem sozialen Rückzug nach traumatischem Erlebnis bzw. eine andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0; UV-act. I. 223, 234, act. G 1.1). Vom 17. November bis 19. Dezember 2014 wurde der Beschwerdeführer im Psychiatrischen Y.\_\_\_\_ stationär behandelt. Die Ärzte diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) und eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0; UV-act. I. 235).

6.1.2 Die Aktenlage in Erwägung 6.1.1 zeigt auf, dass bereits wenige Monate nach dem ersten Unfall das Auftreten von psychischen Beschwerden dokumentiert war und behandelnde sowie begutachtende Ärzte schon früh auf den abklärungsbedürftigen psychischen Zustand des Beschwerdeführers hingewiesen hatten. Die Beschwerdegegnerin veranlasste jedoch weder eine fachärztliche Behandlung noch eine psychiatrische Begutachtung. Fachärztlich wurden die psychischen Leiden erst am 3. November 2014 (UV-act. I. 223) bzw. nach dem stationären psychiatrischen Klinikaufenthalt vom 17. November bis 19. Dezember 2014 (vgl. UV-act. I. 235) diagnostiziert. Zum Leistungseinstellungs-/Rentenprüfungszeitpunkt (31. Dezember 2014) war der Beschwerdeführer zudem weiterhin in psychiatrischer Behandlung. Trotzdem erliess die Beschwerdegegnerin ohne Einholung eines psychiatrischen Gutachtens ihre leistungs-einstellende Verfügung vom 12. Dezember 2014 bzw. ihren Einspracheentscheid vom 30. Dezember 2015 basierend auf der Stellungnahme des Kreisarztes Dr. X.\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2014 sowie auf dem Bericht des Suva-Versicherungsmediziners Dr. R.\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2010 (vgl. UV-act. I. 148, 225). Bei den Ärzten handelt es sich um einen Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates bzw. um einen Neurologen. Die ärztliche Stellungnahme und der Bericht enthalten denn auch keine Würdigung der psychischen Leiden. Bezüglich einer Besprechung mit dem Beschwerdeführer vom 12. August 2010 hatte die Beschwerdegegnerin protokolliert, dass eine psychiatrische Behandlung im Moment noch nicht im Vordergrund stehe. Es werde zugewartet bzw. eine Prüfung erfolge zu einem späteren Zeitpunkt (vgl. UV-act. I. 135). Gemäss Aktenstand veranlasste die Beschwerdegegnerin jedoch nie eine psychiatrische Begutachtung,



obwohl auch die Suva-Ärzte auf die Abklärungsbedürftigkeit der psychischen Leiden hingewiesen haben. Der Behandlungsfokus lag über Jahre hinweg auf Coaching-/Unterstützungsprogrammen sowie Physio- und Ergotherapien. Erst im Jahr 2013 und damit mehr als sechs Jahre nach dem ersten Unfall erhielt der Beschwerdeführer eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung (vgl. UV-act. I. 24, 172, 223).

6.1.3 Aufgrund des Gesagten und der Aktenlage muss davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer infolge des Unfalls vom 6. November 2006 an psychischen Leiden erkrankte. Nicht geklärt ist jedoch, inwiefern die zum Leistungseinstellungs-/Rentenprüfungszeitpunkt (31. Dezember 2014) vorhandenen psychischen Leiden noch auf den Unfall vom 6. November 2006 zurückzuführen sind. Bei Bejahung eines natürlichen Kausalzusammenhangs wäre ausserdem ungeklärt, ob sich im Leistungseinstellungszeitpunkt durch die Fortsetzung einer psychiatrischen Behandlung der psychische Gesundheitszustand noch namhaft hätte verbessern lassen und damit der Fallabschluss allenfalls zu früh erfolgt wäre (vgl. Erwägung 2.2).

6.1.4 Zur Klärung der in Erwägung 6.1.3 dargelegten Fragen ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie mittels Einholung eines psychiatrischen Gutachtens die Frage der natürlichen Unfallkausalität der psychischen Problematik im Leistungseinstellungszeitpunkt prüft. Bei Bejahung einer solchen wäre die Situation neu zu würdigen, insbesondere die Frage des Endzustandes zu beurteilen (vgl. Erwägung 2.2) und im Zeitpunkt des Vorliegens eines solchen die Anspruchsberechtigung auf eine Dauerleistung zu prüfen.

## 6.2

6.2.1 Weitere Abklärungen bezüglich der natürlichen Unfallkausalität der psychischen Leiden des Beschwerdeführers können auch deshalb nicht unterbleiben, weil sich basierend auf den vorliegenden medizinischen Unterlagen die Adäquanz der psychischen Leiden zum Unfall vom 6. November 2006 nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneinen lässt (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 20. März 2008, 8C\_217/2008, E. 7.3).



6.2.2 Die Beschwerdegegnerin geht zutreffenderweise davon aus, dass die Adäquanz nach der Psycho-Praxis zu prüfen sei, denn der Beschwerdeführer habe lediglich eine leichte traumatische Hirnverletzung erlitten (vgl. act. G 1.2-15). Das Vorliegen eines Schädelhirntraumas, worunter sämtliche Hirnfunktionsstörungen mit oder ohne morphologisch fassbare Schädigung des Gehirns und seiner Hüllen subsumiert werden, rechtfertigt die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis nur, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen *Commotio* und *Contusio cerebri* liegt. Leichte Hirnerschütterungen hingegen reichen hierfür nicht aus (Urteil des EVG vom 6. Mai 2003, U 6/03). Im konkreten Fall lässt die Aktenlage nicht den Schluss zu, der Beschwerdeführer habe anlässlich des Unfalls vom 6. November 2006 ein Schädelhirntrauma erlitten, welches Langzeitbeschwerden zur Folge hätte und die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigte. So bescheinigten die Ärzte des KSSG dem Beschwerdeführer am Unfalltag einen GCS-Wert von 15 und zu jeder Zeit ein volles Bewusstsein. Demgemäss wurde keine *Commotio* diagnostiziert (UV-act. I. 4, 8-3; vgl. dazu auch Prof. N.\_\_\_\_ in UV-act. 107-3). Dies deutet darauf hin, dass höchstens von einer leichten Gehirnerschütterung ausgegangen werden konnte. Entsprechend ordnete auch Dr. R.\_\_\_\_ in der neurologischen Beurteilung vom 6. Dezember 2010 den initialen Schädelanprall des Beschwerdeführers nur als *Commotio cerebri* bzw. leichte traumatische Hirnverletzung ein (UV-act. I. 148-7; vgl. dazu auch Urteil des EVG vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2.1).

6.2.3 In der Rechtsprechung hat sich ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf die Einteilung der Unfälle in drei Gruppen etabliert: leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und der dazwischenliegende mittlere Bereich, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt (vgl. BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch 134 V 109 E. 6.1). Bei leichten Unfällen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden (vgl. BGE 115 V 133 E. 6a). 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. Demzufolge wird sich bei dieser Gruppe von



Unfällen die Einholung einer psychiatrischen Expertise meistens erübrigen (vgl. BGE 115 V 133 E. 6b). Der mittlere Bereich umfasst jene Unfälle, welche weder der ersten noch der zweiten Gruppe zugeordnet werden können. Hier lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Solche - unfallbezogenen - Umstände können als Beurteilungskriterien dienen, weil sie ihrerseits nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, in Verbindung mit dem Unfall zu einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit zu führen oder diese zu verstärken (vgl. BGE 115 V 133 E. 6c/aa).

6.2.4 Die Beschwerdegegnerin stuft den Unfall vom 6. November 2006 als mittelschweren Unfall im mittleren Bereich ein und beruft sich dabei auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung (Urteil des EVG vom 29. September 2004, U 25/04, E. 5.2.1; vgl. act. G 1.2-17). Im erwähnten Fall wurde eine Person bei Reinigungsarbeiten in vornübergebeugter Stellung an einem Reinigungstrog durch den sich jeweils nach 10 Minuten langsam schliessenden Deckel (Sicherheits-/ Brandschutzmassnahme) am Hinterkopf getroffen und verletzt. Eine Übereinstimmung zwischen diesem Ereignis und dem vorliegend zu beurteilenden Unfall besteht insofern, als in beiden Fällen der Verunfallte eine Kopfverletzung erlitt. Der vorliegend zu beurteilende Unfall weicht jedoch insofern vom anderen ab, als die Reparaturarbeiten nicht an einem gewöhnlichen, ortsfesten Arbeitsplatz mit entsprechenden Schutzmassnahmen/-einrichtungen erfolgten. So musste der Beschwerdeführer die Reparaturarbeiten nicht nur im Liftschacht auf dem Liftkabinendach sondern auch noch bei sich in Fahrt befindlicher Liftkabine durchführen. Der Kopf des Beschwerdeführers wurde denn auch nicht wie im Vergleichsfall "lediglich" von einem Gegenstand (Trogdeckel) getroffen, sondern der Kopf wurde zwischen einer in den Liftschacht ragenden, fest montierten Einrichtung (Schwellenverkleidung der Etagentüre) und den Liftkabinendachaufbauten (Schutzblech für die Türöffnungsmechanik) eingeklemmt und durch die sich in Fahrt befindliche Liftkabine zusammengequetscht. Der Beschwerdeführer konnte zu diesem Zeitpunkt objektiv betrachtet nicht mehr damit rechnen, dass er seinen eingeklemmten Kopf befreien und einer schwersten bzw. gar



tödlichen Verletzung entgehen können würde, denn beim Auftreten eines Widerstandes am Liftschacht oder im Lift selber fährt der Lift in der Regel weiter. Auf dem Liftkabinendach gibt es keine Schutzeinrichtungen für Personen. Nur ein glücklicher, nicht voraussehbarer Umstand rettete ihm das Leben. So waren die auf den Kopf einwirkenden Kräfte so gross, dass sich das erwähnte Schutzblech verbog und diese die Türöffnungsmechanik beschädigte, worauf die Motorschutzeinrichtung ansprach und den Lift stoppte. Die Liftkabine nahm daraufhin eine Position ein, welche es dem Beschwerdeführer erlaubte, seinen Kopf zu befreien (vgl. UV-act. I 15). Vorliegend ist deshalb im Vergleich zum Vergleichsfall von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen auszugehen.

6.2.5 Gemäss der Rechtsprechung müssen bei mittelschweren Unfällen weitere Kriterien in die Beurteilung einbezogen werden. Die wichtigsten Kriterien sind: 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; 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 oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Die Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz (vgl. BGE 115 V 133, E. 6c). Das Kriterium der besonderen Eindrücklichkeit bzw. der besonders dramatischen Begleitumstände dürfte bezüglich des Unfalls vom 6. November 2006 angesichts der Ausführungen in Erwägung 6.2.4 erfüllt sein. Im gleichen Sinn bezeichnete Dr. V.\_\_\_\_ den Unfall vom 6. November 2006 als ein besonders schweres, eindruckliches Ereignis, verbunden mit grosser Belastung und Angst (UV-act. I. 193-7).



Ein weiterer Hinweis für eine besondere Eindrücklichkeit bzw. besonders dramatische Begleitumstände des Unfalls vom 6. November 2006 ist auch in der sowohl von Dr. V.\_\_\_\_ (UV-act. I. 193-6) als auch von Psychiater W.\_\_\_\_ (UV-act. I. 223) und vom Psychiatrischen Zentrum (UV-act. I. 235) gestellten Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung zu sehen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Adäquanz der psychischen Problematik zum Unfall vom 6. November 2006 bejaht werden könnte.

7.

7.1 Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die unfallbedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers bezüglich der Folgen des Unfalls vom 6. November 2006 aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht abschliessend beurteilen lässt, weshalb sich der medizinische Sachverhalt als unvollständig erweist. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird in Ergänzung der aufliegenden Akten sowie unter Berücksichtigung der kritisierten Punkte abzuklären haben, welche unfallbedingten psychischen Beeinträchtigungen (noch) vorliegen und wie weit diese die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers einzuschränken vermögen. Danach wird sie erneut über den Anspruch des Beschwerdeführers zu entscheiden haben. In diesem Sinne ist die Beschwerde in Aufhebung des Einspracheentscheids vom 30. Dezember 2015 gutzuheissen.

7.2 In Bezug auf die Übernahme der Kosten für die Handgelenksoperationen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 30. Dezember 2015 abzuweisen.

7.3 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

7.4 Eine Parteientschädigung kann dem Beschwerdeführer trotz teilweisen Obsiegens nicht zugesprochen werden, da er im vorliegenden Verfahren nicht anwaltlich vertreten war, sondern seine Sache selbst geführt hat und ausserordentliche Umtriebe nicht ausgewiesen sind.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP



1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 30. Dezember 2015 hinsichtlich der Leistungseinstellung per 31. Dezember 2014, was den Unfall vom 6. November 2006 betrifft, aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu über den Anspruch des Beschwerdeführers entscheide.

2.

In Bezug auf die Kostenübernahme für die Handgelenksoperationen wird die Beschwerde abgewiesen.

3.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.