



Fall-Nr.: UV 2020/47
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 13.01.2022
Entscheiddatum: 18.08.2021

Entscheid Versicherungsgericht, 18.08.2021

Art. 6 UVG. Bejahung des Dahinfallens der unfallkausalen Folgen zweier RQW und einer Commotio cerebri im Zeitpunkt der Leistungseinstellung. Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs der organisch nicht objektivierbaren Beschwerden in Anwendung der Kriterien der sogenannten "Psycho-Praxis" (BGE 115 V 133). Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. August 2021, UV 2020/47).

Entscheid vom 18. August 2021

Besetzung

Präsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichter Joachim Huber und
Versicherungsrichterin Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Katja Blättler

Geschäftsnr.

UV 2020/47

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin Nathalie Glaus, MLaw, Glaus & Partner, Obergasse 28,
Postfach 133, 8730 Uznach,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ war bei der Gipsergeschäft B.____ AG als Gipser-Vorarbeiter tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten obligatorisch versichert. Am 29. August 2018 (in der Unfallmeldung und diversen Akten ist abweichend davon der 28. August 2018 als Unfalldatum erwähnt; vgl. u.a. Suva-act. 1, 45, 142) schlug er sich während der Fassadenarbeiten auf einem Gerüst ohne Helm den Kopf an einem Ausspeier an (Suva-act. 1). Die gleichentags erstbehandelnden Ärzte des Spitals C.____ stellten eine Rissquetschwunde (RQW) parietal links (1cm) fest, welche sie desinfizierten und verbanden. Sie hielten fest, es sei weder zu Bewusstlosigkeit noch Übelkeit gekommen. Der Versicherte habe geringe Kopfschmerzen (Suva-act. 35). Tags darauf berichteten die behandelnden Ärzte des Spitals C.____ sodann, der Versicherte habe sich am 29. August 2018 abends erneut vorgestellt. Dies, nachdem er zu Hause unbeobachtet synkopiert sei und mit sehr starken Kopfschmerzen und einer ca. 1 cm grossen RQW an der Oberlippe wieder aufgewacht sei. Das durchgeführte CT des Schädels (vgl. Suva-act. 49) sei unauffällig gewesen (Suva-act. 36). Der Versicherte wurde vom 29. bis 31. August 2018 stationär im Spital C.____ behandelt und die zuständigen Ärzte attestierten ihm bis zum 10. September 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Sie hielten in ihrem Austrittsbericht vom 31. August 2018 fest, der Versicherte habe eine leichte traumatische Hirnverletzung (Contusio capitis) erlitten. Die Commotio-Überwachung sei jederzeit unauffällig gewesen und der Versicherte stets



St.Galler Gerichte

schmerzkompensiert (Suva-act. 37). Die Suva kam für die Folgen der Unfälle auf (Suva-act. 3).

A.b. Die Gipsergeschäft B.____ AG kündigte das Arbeitsverhältnis per 12. Oktober 2018 (Suva-act. 2).

A.c. Dipl. med. D.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 23. Oktober 2018, der Versicherte habe eine Commotio erlitten und es bestehe ein Verdacht auf ein postcommotionelles Syndrom. Der Versicherte habe weiterhin Schmerzen in der Halswirbelsäule (HWS), Konzentrationsstörungen und Kopfschmerzen. Er werde mit Physiotherapie und Analgetika behandelt, eine weitere neurologische Abklärung sei geplant. Der Versicherte habe durch die Commotio wahrscheinlich auch eine Anpassungsstörung erlitten und sich nun in psychologische Behandlung begeben (Suva-act. 13). Dr. D.____ hatte dem Versicherten ab 28. August 2018 durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (Suva-act. 25).

A.d. PD Dr. med. E.____, Leitende Ärztin der Klinik für Innere Medizin des Spitals C.____, befand am 29. Oktober 2018, der Versicherte leide an einer posttraumatischen Zervikalgie mit im MRI der HWS (vgl. Suva-act. 51) bestätigtem Knochenmarksödem auf Niveau des fünften Halswirbels. Er sei klinisch weiterhin vor allem von einer psychischen Symptomatik betroffen, wofür er bereits eine ambulante Behandlung begonnen habe. Die neuropsychologische Beurteilung vom 1. Oktober 2018 habe einen kognitiven Normalbefund ergeben (Suva-act. 47, vgl. Suva-act. 111). Dr. med. F.____, Facharzt für Dermatologie und Venerologie FMH, berichtete am 5. November 2018, der Versicherte sei ihm wegen eines Keloids an der Oberlippe, welches nach einem Unfall entstanden sei, zugewiesen worden. Er habe die Wulstnarbe am 23. Oktober 2018 exzidiert (Suva-act. 15).

A.e. Dr. D.____ berichtete am 27. November 2018, die Schmerzen an der HWS hätten sich deutlich gebessert. Es bestünden weiterhin Konzentrationsstörungen. Der Versicherte sei vermindert leistungsfähig, rasch ermüdbar und freudlos. Intermittierend habe er hartnäckige Kopfschmerzen. Er nehme derzeit keine Analgetika mehr ein, stattdessen aber Antidepressiva. Derzeit seien bei ihr keine Konsultationen mehr geplant (Suva-act. 32).



A.f. Dr. med. G.____, Oberarzt, und Dr. med. H.____, Assistenzarzt, beide Psychiatrie-Dienste I.____ berichteten am 3. Dezember 2018, der Versicherte sei seit 7. November 2018 bei ihnen in Behandlung. Er habe seinen Arbeitsplatz verloren und zeige eine depressive Reaktion mit ausgeprägten Zukunftsängsten. Seit Mitte November 2018 sei er arbeitsunfähig, absehbar auf ca. drei Monate (Suva-act. 43, vgl. auch Suva-act. 27).

A.g. Suva-Kreisarzt Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, beurteilte am 1. Februar 2019 gestützt auf die Akten, ein natürlicher, teilkausaler Zusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und den Unfallereignissen vom 29. August 2018 sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bejahen. Es bestünden keine Hinweise auf relevante unfallfremde Faktoren, auch die Kündigung der Arbeitsstelle sei wahrscheinlich eine Folge der Unfälle gewesen (Suva-act. 45).

A.h. Wegen eines intermittierenden Schwankschwindels und eines passageren thorakalen Druckgefühls begab sich der Versicherte am 22. Februar 2019 notfallmässig ins Spital C.____. Die dort behandelnden Ärzte berichteten am 27. Februar 2019, elektrokardiographisch sowie laborchemisch hätten sich keine Hinweise auf eine Myokardischämie, eine Elektrolytstörung oder erhöhte Entzündungswerte ergeben. Im Röntgen des Thorax habe sich ein Normalbefund gezeigt. Das CT des Neurocraniums habe keine Hinweise auf eine Hämorrhagie oder Ischämie ergeben. Zur weiteren Ursachenabklärung der weiterhin unklaren Schwindelsymptomatik sei ein cMRI geplant (Suva-act. 58, vgl. Suva-act. 131 f.). Diese am 27. Februar 2019 durchgeführte Untersuchung ergab ein altersentsprechend normales kraniocerebrales Kernspintomogramm ohne ersichtliche Schwindelursache und eine unveränderte Darstellung der Signalalteration im fünften Halswirbelkörper (HWK) seit September 2018 (Suva-act. 59).

A.i. Dr. G.____ und Dr. H.____ berichteten am 4. März 2019 über eine mittelschwere depressive Störung (ICD-10: F32.10). Ein direkter Zusammenhang mit dem Unfallereignis sei nicht ersichtlich. Die sozioökonomischen Konsequenzen nach Arbeitsverlust könnten jedoch als Auslöser und impliziter Faktor für die Aufrechterhaltung der Symptomatik gesehen werden. Tiefgreifende, seit früher Jugend bestehende gestörte innerfamiliäre Interaktionsmuster könnten die derzeitige Krise überwiegend erklären. Sie hätten dem Versicherten vom 15. November 2018 bis 28.



Februar 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert und eine intensive tagesklinische Behandlung für die Dauer von zirka drei bis sechs Monaten empfohlen (Suva-act. 62).

A.j. Kreisarzt Dr. J.____ untersuchte den Versicherten am 28. März 2019 und befand am 8. Juli 2019, mögliche somatische Ursachen des vorliegenden Leidens sollten noch durch einen Neurologen der Suva beurteilt werden. Zudem sei es wünschenswert, dass die Synkopen am Abend des 29. August 2018 und die darauffolgenden somatischen Auffälligkeiten neurologisch beurteilt würden. Ein derartiger Zusammenhang habe bis anhin nicht nachgewiesen werden können und allenfalls liege eine somatoforme Störung vor. Hinweise auf andere psychiatrische Störungen beständen nicht. Ohne die Ereignisse am 29. August 2018 hätten sich die aktuellen Beschwerden und Beeinträchtigungen nicht in dieser Zeit und Weise entwickelt. Ein diesbezüglicher natürlicher, teilkausaler Zusammenhang sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bejahen. Die durch die behandelnden Ärzte attestierte volle Arbeitsunfähigkeit sei derzeit zu bestätigen (Suva-act. 82).

A.k. Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie, Kompetenzzentrum der Suva für Versicherungsmedizin, beurteilte am 19. August 2019 gestützt auf die Akten, eine kognitive Beschwerdesymptomatik mit zusätzlichen unspezifischen polytopen Beschwerden (Kopf- und Rückenschmerzen, Schwindel, Müdigkeit) sei nicht nachvollziehbar. Weitere neuropsychologische Untersuchungen seien neurologisch nicht indiziert. Aus neurologischer Sicht beständen Inkonsistenzen in den Angaben des Versicherten zu einem zweizeitigen Geschehen am 29. August 2018 und die Traumata seien nicht geeignet, ein GCS von 4 hervorzurufen. Bei Ausschluss anderer organischer Ursachen sei differentialdiagnostisch eine funktionelle "dissoziative" Genese zu berücksichtigen (Suva-act. 102).

A.l. Der Versicherte befand sich vom 8. Juli bis 6. September 2019 in tagesklinischer Behandlung im Psychiatrie-Zentrum L.____. In ihrem Austrittsbericht vom 12. September 2019 hielten die zuständigen medizinischen Fachpersonen fest, der Versicherte habe im Rahmen eines Arbeitsunfalles Anpassungsstörungen (ICD-10: F43.2) entwickelt. Nach Austritt aus der Tagesklinik werde er ambulant psychiatrisch-



psychotherapeutisch weiterbehandelt. Sie attestierten dem Versicherten vom 8. Juli bis 8. September 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. 120).

A.m. Kreisarzt Dr. J.____ beurteilte am 26. November 2019, die neurologische Beurteilung von Dr. K.____ vermöge aus psychiatrischer Sicht wenig zu befriedigen. Immerhin sei nachvollziehbar, dass die weiterhin erheblichen psychischen Beschwerden am ehesten funktionell bedingt seien. Die Diagnose einer Anpassungsstörung werde der Schwere und der Dauer der psychiatrischen Störung nicht gerecht. Es liege am ehesten eine somatoforme Störung vor, ein postcommotionelles Syndrom sei unwahrscheinlich. Die persistierenden psychischen Beschwerden hingen überwiegend wahrscheinlich in einer natürlichen, teilkausalen Weise mit dem Ereignis vom 28. August 2018 zusammen. Überwiegend wahrscheinlich bestehe weiterhin eine ganz erhebliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im allgemeinen Arbeitsmarkt (Suva-act. 125).

A.n. Nach Durchführung eines MRI der Wirbelsäule (vgl. Suva-act. 139) beurteilte med. pract. M.____, Fachärztin für Anästhesiologie, Suva Versicherungsmedizin, es lägen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit strukturell objektivierbare Folgen des Unfalles vom 29. August 2018 vor. Von einer weiteren Behandlung könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung der somatischen Beschwerden erwartet werden. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe jedoch aufgrund der psychischen Problematik (Suva-act. 140).

A.o. Mit Verfügung vom 16. Januar 2020 stellte die Suva die Versicherungsleistungen per 26. Januar 2020 ein und verneinte einen Anspruch auf weitere Geldleistungen in Form einer Invalidenrente und/oder einer Integritätsentschädigung (Suva-act. 142).

B.

B.a. Dagegen erhob der Versicherte am 27. Januar 2020 Einsprache (Suva-act. 155) und begründete diese am 25. Februar 2020 (Suva-act. 163).

B.b. PD Dr. med. N.____, Facharzt für Neurologie FMH, hatte den Versicherten am 14. Januar 2020 untersucht und gleichentags über ein HWS-Syndrom und Kopfschmerzen bei Status nach Sturz vom 30. August (richtig: 29. August) 2018 mit leichter



St.Galler Gerichte

traumatischer Hirnverletzung berichtet. Er erachte die Gabe eines Muskelrelaxanz als sinnvoll, da vor allem die Kopfschmerzen auch durch die Verspannung im Schulternackebereich getriggert seien. Der Wiederbeginn der physiotherapeutischen Behandlung mit MTT-Training zum Aufbau der Schulternackermuskulatur sei sinnvoll. Weitere Abklärungen seien geplant oder zumindest zu erwägen (Suva-act. 159). Am 4. Februar 2020 hatte er berichtet, der Versicherte habe das verschriebene Medikament (Sirdalud) wegen eines Ausschlags an den Händen wieder abgesetzt. Der Versicherte sei weiterhin arbeitsunfähig und habe vor allem starke Schmerzen, aber auch eine abnorme Erschöpfbarkeit in sämtlichen Muskeln (Suva-act. 163-5 f.).

B.c. Am 27. Mai 2020 reichte der Versicherte einen Bericht von Dr. med. O.____, Facharzt FMH Anästhesiologie / Interventionelle Schmerztherapie, Klinik P.____, vom 14. Mai 2020 ein (Suva-act. 172 f.).

B.d. Mit Entscheid vom 29. Mai 2020 wies die Suva die Einsprache ab (Suva-act. 174).

C.

C.a. Gegen den Einspracheentscheid vom 29. Mai 2020 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 29. Juni 2020 Beschwerde. Er beantragte darin, dieser sei aufzuheben und die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, den Fall weiterzuführen und ihm weiterhin die gesetzlichen Versicherungsleistungen auszurichten. Eventualiter sei der Fall abzuschliessen und ihm eine Rente und/oder eine Integritätsentschädigung auszurichten. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Abklärung seines Gesundheitszustandes zurückzuweisen. Es sei ihm die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverbeiständung zu gewähren; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1). Er reichte unter anderem Berichte von Dr. O.____ vom 20. Mai und 15. Juni 2020 ein (act. G1.4 f.).

C.b. Die Suva beantragte am 29. Juli 2020 die Abweisung der Beschwerde (act. G4).

C.c. Am 4. August 2020 entsprach die Verfahrensleitung dem Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung (act. G5).



C.d. Mit Replik vom 6. November 2020 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (act. G11). Er reichte Berichte von Dr. O.____ vom 29. Juli, 23. September und 22. Oktober 2020 ein (act. G11.1 ff.).

C.e. Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 23. November 2020 auf die Einreichung einer umfassenden Duplik und hielt an ihrem Antrag fest (act. G13).

Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf vorübergehende Leistungen der Beschwerdegegnerin über den 26. Januar 2020 hinaus sowie gegebenenfalls der Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung.

1.1. 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 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 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). Die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) sind einzustellen und der Anspruch auf eine Invalidenrente zu prüfen, 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 (Art. 19 Abs. 1 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 in Nachachtung des Eingliederungsgrundsatzes die Voraussetzung für die Prüfung der Rentenfrage und der Integritätsentschädigung.

1.2. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden,



die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 E. 3.1 f.; André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2018, [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 66 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019, [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.).

1.3.

1.3.1. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers endet, wenn der Unfall nicht mehr eine natürliche und adäquate Ursache der fortdauernden Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58). Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des Bundesgerichts vom 25. April 2017, 8C_766/2016, E. 2.2). Allerdings greift die vorgenannte Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55; BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweis; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 1).

1.3.2. Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfall ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 21. August 2015, 8C_331/2015, E. 2.2.3.1). Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181



E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30). 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung 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 die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Insofern sind auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, beweistauglich. Bestehen indessen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3; BGE 125 V 352 E. 3; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.).

1.3.3. Bei Unfällen mit klar ausgewiesenen organischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres sowohl bezüglich vorübergehender als auch dauerhafter Gesundheitsschäden zu bejahen (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) nachweisbar, ist betreffend Dauerschäden (Invalidität und Integritätsschaden) eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 1. Juni 2016, 8C_12/2016, E. 7.1 mit Hinweisen; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa (sogenannte "Psycho-Praxis") zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen dagegen, dass eine versicherte Person eine der erwähnten Verletzungen erlitten hat, 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 (sogenannte "Schleudertrauma-Praxis").

2.

Vorerst ist zu prüfen, ob zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 26. Januar 2020 noch organisch objektivierbare Unfallfolgen vorhanden waren, welche die fortdauernd geklagten Beschwerden verursachen konnten.

2.1. Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird grundsätzlich eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT, EEG) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]).

2.2. Der Beschwerdeführer erlitt bei den Unfällen vom 29. August 2018 je eine rund 1 cm lange Rissquetschwunden parietal und an der Oberlippe (vgl. Suva-act. 35 f.). Erstere heilte offenbar nach einer am Unfalltag erfolgten Wundversorgung folgenlos ab (vgl. Suva-act. 35). An der Oberlippe bildete sich nach der Erstversorgung (vgl. Suva-act. 36) eine 0.7 cm grosse Wulstnarbe, welche Dr. F.____ am 23. Oktober 2018 exzidierte. Der postoperative Verlauf gestaltete sich gemäss Angaben von Dr. F.____ problemlos (Suva-act. 15). Der Beschwerdeführer machte in seiner Beschwerde zwar Taubheitsgefühle in der Oberlippe geltend (vgl. act. G1), den aktenkundigen Arztberichten lassen sich jedoch keine entsprechenden Befunde oder auch nur Klagen des Beschwerdeführers entnehmen. Es ist davon auszugehen, dass keine objektiv nachweisbare Beeinträchtigung der Oberlippe besteht, insbesondere keine solche mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit oder die Integrität des Beschwerdeführers. Auch Hinweise auf einen entsprechenden weiteren Behandlungsbedarf bestehen nicht.

2.3.

2.3.1. Der Beschwerdeführer klagt weiter über Beschwerden an der HWS (act. G1). In ihrem Eintrittsbericht nach der zweiten notfallmässigen Konsultation im Spital C.____ am



Abend des 29. August 2018 hielten die zuständigen Ärzte unter anderem fest, die HWS sei dolent gewesen. Trotzdem veranlassten sie keine spezifischen Untersuchungen der HWS (Suva-act. 36). In ihrem Austrittsbericht vom 31. August 2018 erwähnten die behandelnden Ärzte des Spitals C.____ sodann keine Beschwerden bezüglich der HWS mehr (Suva-act. 37). Ein am 26. September 2018 durchgeführtes MRI der Wirbelsäule ergab ein minimales Knochenmarksödem in HWK 5 rechtsbetont (Differentialdiagnose: postkontusionell/Bonebruise). Im Übrigen waren das cervicovertebrale Kernspintomogramm normal und die ligamentären Strukturen intakt (Suva-act. 51). Nach einer Untersuchung vom 20. September und einer Verlaufskontrolle vom 26. Oktober 2018 berichtete PD Dr. E.____ am 29. Oktober 2018, der Beschwerdeführer habe seit dem Sturz persistierende Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Schultern. Er leide unter einer posttraumatischen Zervikalgie mit Knochenmarksödem auf Niveau des fünften HWK (Suva-act. 47). Am 27. November 2018 hielt Dr. D.____ sodann fest, die Schmerzen an der HWS hätten sich mittels Physiotherapie und Heimübungsprogramm deutlich gebessert (Suva-act. 32). Ein am 27. Februar 2019 durchgeführtes MRI der Wirbelsäule zeigte eine unveränderte Darstellung der Signalalteration in HWK 5. Der untersuchende Dr. med. Q.____, Oberarzt mbF, Netzwerk Radiologie C.____, beurteilte, retrospektiv sei aufgrund der Lokalisation und des Verlaufs eher von einer vaskulären Genese (Wirbelkörperhämangiom - ohne klinische Relevanz) als von einem posttraumatischen Ödem/ Bonebruise auszugehen. Im Übrigen sei die Darstellung der HWS altersentsprechend (Suva-act. 59). Nach Durchführung eines MRI der HWS am 18. Dezember 2019 (vgl. Suva-act. 139) beurteilte med. pract. M.____ am 9. Januar 2019, es seien keine traumatischen Läsionen nachgewiesen worden, überwiegend wahrscheinlich lägen keine strukturell objektivierbaren Unfallfolgen vor (Suva-act. 140). PD Dr. N.____ berichtete am 14. Januar 2020 über ein HWS-Syndrom und Kopfschmerzen bei Status nach Sturz vom 30. August 2018 mit leichter traumatischer Hirnverletzung. Es wäre sinnvoll, dem Beschwerdeführer ein Muskelrelaxanz zu geben, da vor allem die Kopfschmerzen auch durch die Verspannung im Schulternackenbereich getriggert seien (Suva-act. 159). Im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 26. Januar 2020 waren damit noch Beschwerden betreffend die HWS vorhanden, dies jedoch lediglich noch im Sinne von Verspannungen und nicht durch nachweisbare strukturelle Unfallverletzungen verursacht.

2.3.2. An dieser Einschätzung ändert auch die Beurteilung von Dr. O.____ vom 14. Mai 2020, welcher eine therapierefraktäre Zervikobrachialgie, Dorsalgie, Cephalgie mit Verdacht auf Whiplash Trauma der HWS diagnostizierte, nichts (vgl. Suva-act. 173). Dr. O.____ hatte erstmals im Mai 2020, mithin über eineinhalb Jahre nach dem Unfall,



Kontakt mit dem Beschwerdeführer. Bei seiner Beurteilung vom 14. Mai 2020 stützte er sich massgeblich auf die Angaben des Beschwerdeführers zum Geschehensablauf. Dieser schilderte gegenüber Dr. O.____, er habe am 29. August 2018 zu Hause einen Schwindelanfall gehabt, sei im Badezimmer gestürzt und habe das Bewusstsein verloren. Nach Wiedererlangen des Bewusstseins sei er aufgestanden, habe eine RQW an der Oberlippe bemerkt und sich ins Bett legen wollen. Auf dem Weg dorthin habe er erneut Schwindel verspürt, sei gestürzt und habe das Bewusstsein verloren (Suva-act. 173). Diese Schilderung stimmt - wie in der nachfolgenden Erwägung 4.3 ausgeführt - nicht mit den früheren Angaben des Beschwerdeführers überein. Zudem vermutete Dr. O.____, der Beschwerdeführer habe einen orthostatischen Kollaps erlitten und habe sich dabei im Badezimmer den Kopf an der Badewanne angeschlagen und sich die RQW an der Oberlippe zugezogen. Danach sei er auf dem Weg ins Schlafzimmer erneut gestürzt. Beide Stürze liessen aufgrund der noch persistierenden Beschwerden, der im Vordergrund stehenden Zervikobrachialgie, Cephalgie, Dorsalgie und dem Tinnitus vermuten, dass es zu einem Distorsionstrauma der HWS gekommen sei (Suva-act. 173). Diese Diagnose, rein gestützt auf Vermutungen und widersprüchliche Angaben des Beschwerdeführers, überzeugt jedoch nicht. Dr. O.____ führte am 14. Mai 2020 weiter aus, konventionelle nichtinvasive Methoden der Diagnostik inkl. Bildgebung würden in der Regel versagen und liessen ein Distorsionstrauma sehr häufig nicht erkennen. Einzig die interventionelle infiltrative Diagnostik ermögliche es, ein Distorsionstrauma der Facettengelenke auszuschliessen bzw. nachzuweisen. Er verwies dabei auf einen wissenschaftlichen Beitrag (Suva-act. 173). Nach Durchführung mehrerer BV-gesteuerter diagnostischer Blockaden der medial branches C2 bis C5 beidseits (vgl. act. G1.4 f.) beurteilte Dr. O.____ am 22. Oktober 2020, bei den beklagten Beschwerden handle es sich um Gelenkschmerzen der oberen Hälfte der Halswirbelsäule. Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen sei eine zweimalige positive diagnostische Intervention beweisführend für die nun gesicherte Diagnose einer zervikospondylogenen Schmerzkrankung (act. G11.1). Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführt (act. G4), handelt es sich bei der Untersuchung von Dr. O.____ aber nicht um eine bildgebende Abklärung, sondern es wird aus einer allfälligen Schmerzausschaltung bei einer pharmakologischen Blockade (Anästhesie) mangels anderer plausibler Schmerzgenese auf einen facettären Schmerz geschlossen. Alleine aus dem Vorliegen eines solchen Schmerzes ist aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine Unfallursache zu schliessen und der Nachweis einer unfallbedingten strukturellen Schädigung nicht erbracht. Dies insbesondere nicht im Sinne einer rechtsprechungsgemäss geforderten bildgebenden Objektivierung. Dr. O.____ befand am 22. Oktober 2020 ausserdem, der Beschwerdeführer verspüre seit



den drei Unfällen vom 28. (richtig: 29.) August 2018 erstmals anhaltende Beschwerden, davor sei er gesund gewesen. Es gebe keinerlei Veranlassung anzunehmen, dass er die derzeit geäusserten Beschwerden auch hätte, wenn er keinen Unfall erlitten hätte. Im Alter von 28 Jahren im Zeitpunkt des Unfalls sei dies unwahrscheinlich (act. G11.1). Diese Beurteilung ist insofern nicht überzeugend, als die Formel "post hoc ergo propter hoc" sich beweisrechtlich als untauglich erweist (vgl. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 FM 1205; BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb, SVR 2009 UV Nr. 13 S. 52, E. 7.2.4, sowie SVR 2008 UV Nr. 11 S. 34, E. 4.2.3, je mit Hinweisen).

2.4. Der Beschwerdeführer klagte im Zeitpunkt der Leistungseinstellung ausserdem über Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen.

2.4.1. Nach der notfallmässigen Erstkonsultation am 29. August 2018 nach Anschlagen des Kopfes an einem Gerüst oder einem Ausspeier berichteten die zuständigen Ärzte des Spitals C.____ lediglich über eine RQW parietal links und geringe Kopfschmerzen. Es habe weder eine Bewusstlosigkeit, noch eine Übelkeit vorgelegen. Bei Auftreten von Übelkeit oder Erbrechen, Sehstörungen, zunehmenden Kopfschmerzen oder Bewusstlosigkeit solle sich der Beschwerdeführer sofort wieder auf der Notfallstation vorstellen (Suva-act. 35). Gleichentags wurde der Beschwerdeführer bewusstlos und stürzte, worauf er sich mit sehr starken Kopfschmerzen und einer RQW an der Oberlippe erneut auf die Notfallstation des Spitals C.____ begab. Die behandelnden Ärzte hielten am 30. August 2018 als Diagnosen eine RQW (1 cm) an der Oberlippe mittig, eine RQW (1 cm) parietal links und eine Commotio Cerebri fest. Bei Eintritt ins Spital habe ein Glasgow Coma Score (GCS) von 15 vorgelegen, zeitweise sei dieser auf 4 gesunken und der Beschwerdeführer sei soporös gewesen. Zeitweise seien die Pupillen rund und starr gewesen (Suva-act. 36). Das am 29. August 2018 nach den zuhause erlittenen Stürzen durchgeführte CT des Schädels war unauffällig, es zeigte sich abgesehen von der RQW kein Nachweis von Traumafolgen, insbesondere kein Nachweis einer intrakraniellen Hämorrhagie oder einer Fraktur (Suva-act. 49). In ihrem Austrittsbericht von 31. August 2018 diagnostizierten die behandelnden Ärzte des Spitals C.____ eine leichte traumatische Hirnverletzung nach Contusio capitis sowie einmaliger Synkope am 30. (richtig: 29.) August 2018. Die Commotio-Überwachung sei jederzeit unauffällig und der Beschwerdeführer stets schmerz kompensiert gewesen. Bei Persistenz von Symptomen empfahlen sie die Vorstellung bei einem Neurologen zum Ausschluss eines postcommotionellen Syndroms (Suva-act. 37). Dr. D.____ berichtete am 23. Oktober 2018 über eine erlittene Commotio und einen Verdacht auf ein postcommotionelles Syndrom. Der Beschwerdeführer klagte weiterhin über



Schmerzen in der HWS, Konzentrationsstörungen und Kopfschmerzen. Eine weitere neurologische Abklärung sei geplant (Suva-act. 13). Am 22. Februar 2019 begab sich der Beschwerdeführer wegen eines intermittierenden Schwankschwindels und passageren thorakalen Druckgefühls ins Spital C.____. Die dort behandelnden Ärzte berichteten am 27. Februar 2019 unter anderem über eine posttraumatische Zervikalgie. Ein CT des Neurocraniums habe keine Hinweise auf eine Hämorrhagie oder Ischämie ergeben (Suva-act. 58). Ein gleichentags durchgeführtes MRI des Neurocraniums nativ war altersentsprechend normal, ohne ersichtliche Schwindelursache (Suva-act. 59). Dr. K.____ beurteilte am 19. August 2019 überzeugend, eine kognitive Beschwerdesymptomatik mit zusätzlichen unspezifischen polytopen Beschwerden sei nicht nachvollziehbar. Aus neurologischer Sicht bestünden Inkonsistenzen in den Angaben des Versicherten zu einem zweizeitigen Geschehen am 29. August 2018 und die Traumata seien nicht geeignet, ein GCS von 4 (wie in Suva-act. 36 festgehalten) hervorzurufen. Bei fehlendem Nachweis einer substantziellen Hirnverletzungsfolge fehle die organische Grundlage für die geklagte kognitive und psychische Gesundheitsbeeinträchtigung aus somatischer Sicht. Aufgrund der dokumentierten Befunde sei die geschilderte Beschwerdesymptomatik aus neurologischer Sicht nicht nachvollziehbar. Bei Ausschluss anderer organischer Ursachen sei differentialdiagnostisch eine funktionelle "dissoziative" Genese zu berücksichtigen (Suva-act. 102). Auch med. pract. M.____ verneinte am 9. Januar 2020 strukturell objektivierbare Unfallfolgen (Suva-act. 140).

2.4.2. Wie erwähnt, findet sich in den meisten vorliegenden medizinischen Akten die Diagnose einer *Commotio cerebri* (entspricht einem leichten Schädel-Hirntrauma), welche unstrittig eine organische Körperschädigung darstellt. Bei einer *Commotio cerebri* zeigt sich indes kein morphologisch fassbares Substrat, das heisst keine anatomische Veränderung. Es entspricht der medizinischen Erfahrung, dass eine Hirnfunktionsstörung infolge eines leichten Schädel-Hirntraumas voll reversibel ist (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin/Boston 2017, S. 351). Dass es zu keiner Besserung kommt, ist für eine traumatische Genese untypisch und weist auf andere Ursächlichkeiten hin (Gerhard Jenzer, Klinische Aspekte bei HWS-Belastungen durch Kopfanprall oder Beschleunigungsmechanismus; Grenzbereich zum leichten Schädel-Hirntrauma, SZS 1996, S. 469 mit Hinweis auf S. 463). Der vorgenannte Erfahrungssatz darf im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden (Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N. 58 f.). Dies hat insbesondere für den Nachweis des Dahinfallens natürlich kausaler Unfallfolgen zu gelten, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, welcher sich häufig nur mit Erfahrungswerten



bestimmen lässt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2). Bezüglich einer Commotio cerebri wird von Seiten der medizinischen Forschung festgehalten, dass der typische posttraumatische Verlauf nach einer solchen Verletzung einer Erholung innert sechs bis zwölf Wochen entspreche (Jenzer, a.a.O., S. 462 ff., 467). Medizinische Erfahrungssätze beziehen sich auf den Regelfall, das heisst auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. In den vorliegenden Akten finden sich keine Hinweise, welche bezüglich des Heilungsverlaufs der vom Beschwerdeführer erlittenen Commotio cerebri auf einen Ausnahmefall hindeuten. Die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung - rund eineinhalb Jahre nach dem Unfall - geltend gemachten Beschwerden waren damit überwiegend wahrscheinlich nicht mehr auf die Commotio cerebri zurückzuführen.

2.5. Insgesamt sind die geklagten Beschwerden (insbesondere Kopf- und Nackenschmerzen, Konzentrationsstörungen) entsprechend den Beurteilungen von Dr. K.____ und med. pract. M.____ (vgl. Suva-act. 102, 140) spätestens seit dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung vom 26. Januar 2020 nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch einen klar ausgewiesenen organischen Unfallschaden im Sinn einer nachweisbaren strukturellen Veränderung erklärbar.

3.

Weiter bleibt zu prüfen, ob der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch unter natürlich und adäquat kausalen organisch nicht objektivierbaren Unfallfolgen litt. Dazu gehören rechtsprechungsgemäss nebst psychischen Beeinträchtigungen auch neuropsychologische Funktionsstörungen ohne organische Befunde (Urteil des EVG vom 25. April 2007, U 321/06, E. 4.1).

3.1.

3.1.1. Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist bekannt, dass bei Schleudertrauma- sowie äquivalenten Verletzungen wie einer HWS-Distorsion oder einem Schädel-Hirntrauma auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (wie Röntgen, MRT, CT, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 363 f. E. 5d/aa). Ist ein



Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 360 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 379 f. E. 3e). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts muss bei einem Schleudertrauma bzw. einer äquivalenten Verletzung das typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS – bei einem Schädel-Hirntrauma in Form von Kopfschmerzen – manifestieren. Die andern im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen (vgl. u.a. Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2007, U 258/06, E. 4.3).

3.1.2. Nach dem Arbeitsunfall mit Anschlagen des Kopfes (ohne Helm) an einem Gerüst oder einem Ausspeier am 29. August 2018 klagte der Beschwerdeführer gegenüber den Ärzten des Spitals C.____ lediglich über geringe Kopfschmerzen (Suva-act. 35). Am Abend des 29. August 2018 synkopierte der Beschwerdeführer zu Hause unbeobachtet und stürzte auf den Boden. Er begab sich danach mit einer 1 cm grossen RQW an der Oberlippe und sehr starken Kopfschmerzen erneut ins Spital C.____. In ihrem Eintrittsbericht vom 30. August 2018 hielten die zuständigen Ärzte - wie bereits erwähnt - fest, der Beschwerdeführer habe eine Commotio Cerebri erlitten. Die Pupillen seien zeitweise rund starr gewesen. Bei Eintritt habe ein GCS von 15 bestanden, zeitweise habe aber ein GCS von 4 vorgelegen und der Beschwerdeführer sei soporös gewesen (Suva-act. 36). Im Widerspruch dazu führten die behandelnden Ärzte des Spitals C.____ in ihrem Austrittsbericht vom 31. August 2018 aus, die stationäre Commotio-Überwachung vom 29. bis 31. August 2018 sei jederzeit unauffällig gewesen. Abgesehen von Schmerzen hielten sie keine weiteren Beschwerden fest (Suva-act. 37). Am 23. Oktober 2018, mithin rund zwei Monate nach den beiden Unfällen vom 29. August 2018, berichtete Dr. D.____, der Beschwerdeführer habe weiterhin Schmerzen in der HWS, Konzentrationsstörungen und Kopfschmerzen. Er sei nicht leistungsfähig (Suva-act. 13). Aus dem Bericht ergibt sich nicht, seit wann die



Konzentrationsstörungen bestanden, die Bezeichnung "weiterhin" lässt sich insofern anhand der aktenkundigen Arztberichte nicht nachvollziehen, als sich die Angabe von Konzentrationsstörungen erstmals im genannten Bericht von Dr. D.____ vom 23. Oktober 2018 findet. Eine neuropsychologische Untersuchung vom 1. Oktober 2018 hatte zudem einen kognitiven Normalbefund ergeben, die Leistungen in sämtlichen Testverfahren waren normgerecht (Suva-act. 111). Nach Untersuchungen vom 20. September und 26. Oktober 2018 berichtete PD Dr. E.____ am 29. Oktober 2018, der Beschwerdeführer habe seit dem Sturz persistierende Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Schultern. Gefühlsstörungen, Gangprobleme sowie Probleme mit der Feinmotorik oder Gedächtnislücken würden verneint (Suva-act. 47). Dr. D.____ berichtete am 27. November 2018, die Schmerzen an der HWS hätten sich deutlich gebessert. Es bestünden weiterhin Konzentrationsstörungen, der Beschwerdeführer sei vermindert leistungsfähig, rasch ermüdbar und freudlos. Intermittierend träten hartnäckige Kopfschmerzen auf (Suva-act. 32). Diese Ausführungen zeigen, dass das initial aufgetretene Beschwerdebild in seiner Bedeutsamkeit wenig ausgeprägt beschrieben worden ist und lediglich Kopf- und Nackenschmerzen bestanden. Weitere charakteristische Beschwerden einer schleudertraumaähnlichen Verletzung traten erst rund zwei Monate nach dem Unfall in Erscheinung bzw. wurden zumindest in diesem Zeitpunkt erstmals ärztlich geschildert (vgl. Suva-act. 13). Über einen intermittierenden Schwankschwindel klagte der Beschwerdeführer gar erst am 22. Februar 2019 gegenüber den behandelnden Ärzten im Spital C.____ (Suva-act. 58). Wie der Beschwerdeführer zu Recht vorbringt, finden sich auch im Bericht über das Gespräch mit der Beschwerdegegnerin am 8. August 2019 zahlreiche Beschwerden (Suva-act. 97, vgl. act. G1). Dieser Bericht entstand jedoch erst rund ein Jahr nach dem Unfalltag. Diese Sachlage lässt es damit als zweifelhaft erscheinen, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 29. August 2018 eine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten hat. Daran ändert auch die Einschätzung von Dr. O.____, wonach es zu einem Distorsionstrauma der HWS gekommen sei, nichts. Dies insbesondere, zumal er sich dabei - wie bereits ausgeführt (vgl. E. 2.3.2) - auf widersprüchliche Angaben des Beschwerdeführers, einen nicht restlos geklärten und nicht durch Zeugen belegten vermutungsweisen Ablauf des zweiten Unfallereignisses vom 29. August 2018 sowie nicht auf bildgebende Untersuchungen stützte und erst rund eineinhalb Jahre nach dem Unfall erstmals mit dem Beschwerdeführer Kontakt hatte (vgl. E. 2.3.2, Suva-act. 173, act. G11.1).

3.1.3. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung genügt das vorliegend in Frage stehende leichte Schädel-Hirntrauma, welches höchstens den Schweregrad einer



Commotio cerebri (Gehirnerschütterung, Schädel-Hirntrauma 1. Grades) erreicht, zudem grundsätzlich nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 4. August 2008, E. 4 [publ. in: SVR 2008 UV Nr. 35 S. 133] und vom 14. August 2014, 8C_358/2014, E. 2.4.1; Urteil des EVG vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2). Dazu kommt, dass sich den Akten entnehmen lässt, dass der Beschwerdeführer bereits relativ kurz nach dem Unfall an psychischen Beschwerden litt. Nach der neuropsychologischen Untersuchung vom 1. Oktober 2018 hielt PD Dr. E.____ fest, anamnestisch sowie im Beck's Depression Inventory (BDI) hätten sich Hinweise auf eine leichte depressive Symptomatik ergeben (Suva-act. 111). Dr. D.____ berichtete am 23. Oktober 2018, der Beschwerdeführer habe durch die Commotio wahrscheinlich auch eine Anpassungsstörung erlitten und sich in psychologische Behandlung begeben (Suva-act. 13). Ab 7. November 2018 befand sich der Beschwerdeführer sodann in psychiatrischer Behandlung in den Psychiatrie-Diensten I.____ (Suva-act. 43). Die in der Folge erheblichen psychischen Beschwerden (vgl. Suva-act. 45, 62, 120, 125) sprechen ebenfalls für die Anwendung der Kriterien nach BGE 115 V 133 (Psycho-Praxis; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 1. Juni 2012, 8C_710/2011, E. 2.2).

3.2. Zusammengefasst hat im Folgenden die Adäquanzprüfung der im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch geklagten gesundheitlichen Beschwerden anhand der Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) zu erfolgen.

4.

4.1. Bei der Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer anschliessend einsetzenden psychischen Fehlentwicklung mit Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist nach der Rechtsprechung (BGE 115 V 133) vom Unfallereignis auszugehen. Bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist im Hinblick auf die Gebote der Rechtssicherheit und der rechtsgleichen Behandlung der Versicherten eine objektivierte Betrachtungsweise angezeigt (BGE 115 V 139 E. 6 mit Hinweisen). Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfall besteht, wenn dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Beschwerden zukommt. In objektivierter Betrachtungsweise werden die Unfälle nach ihrer erfahrungsgemässen Eignung, psychische Beschwerden zu bewirken, eingeteilt in banale und leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und in einen dazwischenliegenden Bereich der mittelschweren Unfälle. Bei banalen Unfällen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil auf Grund der allgemeinen Lebenserfahrung davon ausgegangen werden kann, dass ein solcher



Unfall nicht geeignet ist, einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen. Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang 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.

4.2. Bei Unfällen im mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen dem Unfall und der psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Vielmehr sind weitere, objektiv fassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Die wichtigsten Kriterien sind dabei besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; körperliche Dauerschmerzen; eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie der Grad und die Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 139 ff. E. 6a-c). Um die adäquate Kausalität bejahen zu können, müssen nicht alle Umstände gegeben sein. Vielmehr genügt ein Kriterium, wenn es sich um einen schweren Unfall im mittleren Bereich handelt. Kommt keinem Einzelkriterium ein besonders bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Diese Würdigung führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs, ohne dass nach weiteren Ursachen geforscht werden muss, die eine psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit begünstigt haben könnten (SVR 1999 UV Nr. 10 S. 32). Mit Urteil vom 29. Januar 2010 (8C_897/2009, E. 4.5) hat das Bundesgericht die Rechtsprechung zur Anzahl der zu erfüllenden Adäquanzkriterien bei mittelschweren Unfällen insofern präzisiert, als bei mittelschweren Unfällen im engeren Sinn drei Adäquanzkriterien genügen, auch wenn sie nicht in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vorliegen. Bei Unfällen im mittleren Bereich an der Grenze zu den leichten Unfällen sind hingegen vier Adäquanzkriterien zu erfüllen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2009, 8C_487/2009 E. 5 mit Hinweis).

4.3. Vorliegend befand sich der Beschwerdeführer am 29. August 2018 für Fassadenarbeiten auf einem Gerüst, als er den Kopf am Gerüst oder an einem Ausspeier anschlug. Er trug dabei keinen Helm (Suva-act. 1). Bei diesem ersten



Unfallereignis handelt es sich grundsätzlich um einen banalen Unfall im Sinne der Rechtsprechung (vgl. Urteil des EVG vom 1. Juni 2006, U 83/05, E. 3.1). Selbst wenn zugunsten des Beschwerdeführers von einem mittelschweren Ereignis im Grenzbereich zu leichten Ereignissen ausgegangen würde, wäre jedoch - wie nachfolgend ausgeführt - der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen. Betreffend den zweiten Unfall vom 29. August 2018 gab der Beschwerdeführer gegenüber den erstbehandelnden Ärzten des Spitals C.____ an, er sei zu Hause einmalig unbeobachtet synkoptiert und mit sehr starken Kopfschmerzen sowie einer ca. 1 cm grossen RQW an der Oberlippe wieder aufgewacht (Suva-act. 36 f.). Im späteren Verlauf schilderte der Beschwerdeführer das zweite Ereignis vom 29. August 2018 sodann leicht abweichend. Unter anderem hielt PD Dr. E.____ in ihrem Bericht vom 29. Oktober 2018 anamnestisch fest, dem Beschwerdeführer sei es zu Hause bis zu dreimal "komisch schwindlig" geworden und dann schwarz vor Augen. Er sei dreimal synkoptiert, dafür gebe es keine Zeugen (Suva-act. 47). Gegenüber Dr. J.____ schilderte der Beschwerdeführer am 28. März 2019, ihm sei nach der Erstbehandlung im Spital C.____ zu Hause heiss und schwindlig geworden. Er sei dreimal ohnmächtig gewesen, schätzungsweise jeweils während rund einer Stunde. Er sei in einer Blutlache liegend aufgewacht und habe dann seinen Vater angerufen, der ihn ins Spital begleitet habe (Suva-act. 82). Anlässlich eines Gesprächs mit der Beschwerdegegnerin vom 8. August 2019 führte der Beschwerdeführer sodann aus, ihm sei am späteren Abend zu Hause heiss geworden und er habe Kopfschmerzen gehabt. Er habe sich ins Bett gelegt und sei dann irgendwann wieder erwacht. Er sei ins Bad gegangen, dort in Ohnmacht gefallen und auf den Boden gestürzt. Er wisse nicht, wie lange er ohnmächtig gewesen sei. Irgendwann sei er wieder aufgewacht und auf dem Badezimmerboden gelegen (Suva-act. 97). Gegenüber Dr. O.____ schilderte der Beschwerdeführer sodann nach dem Sturz im Badezimmer einen zweiten Sturz auf dem Weg ins Schlafzimmer (vgl. Suva-act. 173). Präsentiert eine versicherte Person während des Verwaltungsverfahrens widersprüchliche oder inhaltlich wechselnde Sachverhaltsdarstellungen, ist der Grundsatz zu berücksichtigen, dass die spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 47 E. 2a; RKUV 2004 2004 Nr. U 524 S. 546). Selbst wenn man den Geschehensablauf entsprechend den späteren Angaben des Beschwerdeführers als ausschlaggebend erachten würde, wäre jedoch höchstens von einem mittelschweren Ereignis im Grenzbereich zu leichten Ereignissen auszugehen.

4.4. Bei Unfällen im mittleren Bereich an der Grenze zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs mindestens vier der



relevanten Kriterien oder ein einzelnes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein. Bei der Prüfung dieser Kriterien sind psychische Aspekte ausser Acht zu lassen (BGE 115 V 140 E. 6c/aa, vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2009, 8C_487/2009 E. 5 mit Hinweis).

4.4.1. Bei der Beurteilung des Kriteriums der dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls sind objektive Massstäbe anzuwenden. Nicht was in der einzelnen betroffenen Person beim Unfall psychisch vorgeht, soll entscheidend sein, sondern die objektive Eignung solcher Begleitumstände, bei ihr psychische Vorgänge auszulösen (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc). Zu beachten ist auch, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, die noch nicht für die Bejahung dieses Adäquanzkriteriums ausreichen kann (vgl. SVR 2009 UV Nr. 41 S. 142). Es bestehen entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (act. G1, G11, Suva-act. 163) keine Hinweise auf besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls. Der fehlende Helm und die Tatsache, dass er sich auf einem Gerüst befand, von dem er hätte stürzen können, reichen zur Bejahung des Kriteriums nicht aus (vgl. die diesbezüglichen Argumente des Beschwerdeführers in act. G1 und G11). Ebenso kann die plötzliche Bewusstlosigkeit zu Hause beim zweiten Ereignis nicht als besondere Eindrücklichkeit erachtet werden. Dies auch deshalb, weil die Bewusstlosigkeit dazu führte, dass der Beschwerdeführer den Unfall an sich gar nicht bewusst mitbekam.

4.4.2. Der Beschwerdeführer erlitt zwei je ca. 1 cm grosse RQW parietal links sowie an der Oberlippe und eine Commotio cerebri (Suva-act. 1, 36). Diese Verletzungen können weder als besonders schwer, noch als Verletzungen besonderer Art eingestuft werden. Auch sind derartige Verletzungen in der Regel nicht geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

4.4.3. Zur Beantwortung der Frage der Dauer der ärztlichen Behandlung ist nicht allein der zeitliche Massstab entscheidend. Ebenfalls in die Prüfung einzubeziehen sind die Art und Intensität der Behandlung sowie die Frage, inwieweit davon noch eine Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten war (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 20. Oktober 2006, U 488/05, E. 3.2.3; BGE 134 V 128, E. 10.2.3). Eine Behandlung, die lediglich noch der Erhaltung des Gesundheitszustands und nicht der Heilung dient, ist im Rahmen der Adäquanzprüfung grundsätzlich nicht relevant. Abklärungsmassnahmen und blossen ärztlichen Kontrollen kommt nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zu (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Februar 2008, U 11/07, E. 5.3.1 mit Hinweisen). Am Unfalltag



wurden die RQW des Beschwerdeführers erstversorgt (Suva-act. 35 f.). In der Folge entstand ein Keloid an der Oberlippe, welches Dr. F. ___ am 23. Oktober 2018 exzidierte (Suva-act. 15). Weitere Behandlungen der RQW sind nicht aktenkundig. Betreffend die durch die Commotio bedingten Kopf- und Nackenschmerzen erfolgte vorerst eine analgetische Behandlung im Spital C. ___ (Suva-act. 35 ff.). Ausserdem verordnete Dr. D. ___ dem Beschwerdeführer ab 17. September 2018 Physiotherapie (Suva-act. 17, 124, 150 ff.). Daneben fand keine spezifische Behandlung der somatischen Beschwerden statt, der Beschwerdeführer unterzog sich lediglich diversen Abklärungen und Kontrolluntersuchungen (vgl. Suva-act. 47, 58 f., 139, 173). Die von Dr. O. ___ im Jahr 2020 durchgeführte interventionelle Diagnostik sowie therapeutischen Eingriffe sind insofern nicht von Relevanz, als diese die nicht mehr organisch objektivierbaren HWS-Beschwerden betrafen (act. G1.4, G11.1 ff.). Das Kriterium ist damit zu verneinen.

4.4.4. Der Beschwerdeführer klagte in nahezu sämtlichen Arztberichten über Kopf- und Nackenschmerzen (vgl. Suva-act. 13, 32, 36, 58, 159, 173). Wie in E. 2.3 ff. ausgeführt, waren diese jedoch bereits seit längerer Zeit zumindest teilweise nicht mehr auf die unfallkausale Commotio cerebri zurückzuführen. Das Kriterium der Dauerschmerzen ist damit zwar als erfüllt zu erachten, jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise.

4.4.5. Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, ergeben sich nicht aus den Akten. Soweit der Beschwerdeführer in seiner Einsprache (Suva-act. 163) unter anderem geltend machte, es sei erst über ein Jahr nach dem Unfall ein MRI der HWS gemacht worden, entspricht dies nicht den Tatsachen, zumal eine entsprechende Untersuchung vom 26. September 2018 aktenkundig ist (vgl. Suva-act. 51). Auch aus den weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers zu gewissen Verzögerungen in der Behandlung oder dem Vorwurf, ihm seien nicht genügend wirksame Medikamente verschrieben worden (vgl. Suva-act. 163, act. G1), ist keine massgebliche ärztliche Fehlbehandlung ableitbar. Der Beschwerdeführer macht ausserdem geltend, die RQW an seiner Oberlippe sei im Spital C. ___ unzureichend behandelt worden, weshalb er sich bei Dr. F. ___ habe operieren lassen müssen und noch immer an einer tauben Stelle an der Oberlippe leide (act. G1, Suva-act. 97). Es ist zwar korrekt, dass der Beschwerdeführer sich wegen eines Keloids an der Oberlippe, welches nach dem Unfall entstanden war, einmalig bei Dr. F. ___ in Behandlung begeben musste (vgl. Suva-act. 15). Es bestehen jedoch keine Hinweise darauf, dass dieses Keloid aufgrund einer fehlerhaften Erstbehandlung entstanden wäre. Ohnehin würde selbst das durch einen Ärztefehler bedingte Auftreten



eines Keloids nicht ausreichen, um das Kriterium der fehlerhaften ärztlichen Behandlung in ausgeprägter Weise zu bejahen.

4.4.6. Die Dauer der ärztlichen Behandlung und die geklagten Beschwerden deuten alleine nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf hin. Das entsprechende Kriterium erfordert besondere Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt und verzögert 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). Vorliegend liegen keine besonderen Gründe für einen schwierigen Heilungsverlauf im Sinne der Rechtsprechung vor. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Suva-act. 163) sind bei der Prüfung im Sinne von BGE 115 V 133 psychische Aspekte ausser Acht zu lassen (BGE 115 V 140 E. 6c/aa, vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2009, 8C_487/2009 E. 5 mit Hinweis).

4.4.7. Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals C.____ attestierten dem Beschwerdeführer vom 29. August bis zum 10. September 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. 37). Dr. D.____ attestierte ihm sodann weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis mindestens zum 19. November 2018 (vgl. Suva-act. 25). Am 27. November 2018 berichtete sie, der Beschwerdeführer sei vermindert leistungsfähig. Bei ihr seien keine Konsultationen mehr geplant, es finde eine regelmässige psychotherapeutische Behandlung statt (Suva-act. 32). Vom 1. bis 31. Mai 2019 attestierte Dr. D.____ dem Beschwerdeführer sodann wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. 64, 74). Für den Zeitraum vom 1. Juni bis 8. Juli 2019 liegt ein Arbeitsunfähigkeitsattest von der in der gleichen Hausarztpraxis tätigen Dr. med. S.____ im Recht (Suva-act. 93). Der Beschwerdeführer reichte zudem mit seiner Beschwerde ein weiteres Attest der gleichen Hausarztpraxis ein, welches eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 28. August 2018 sowie eine voraussichtlich dauernde Arbeitsunfähigkeit von 80 % ab 1. April 2020 ausweist (act. G1.6). Die Hausärzte begründeten ihre Atteste nicht. PD Dr. N.____ führte am 4. Februar 2020 aus, der Beschwerdeführer sei weiterhin arbeitsunfähig. Er habe vor allem starke Schmerzen, aber auch eine abnorme Erschöpfbarkeit in sämtlichen Muskeln, die ihn daran hindere, sich stärker zu belasten (Suva-act. 163-5 f.). Es ist davon auszugehen, dass die von den behandelnden Ärzten attestierte Arbeitsunfähigkeit mindestens teilweise nicht auf unfallkausale Beschwerden zurückzuführen war. Das Kriterium der langdauernden Arbeitsfähigkeit ist damit zumindest nicht in besonders ausgeprägter Weise erfüllt.



4.4.8. Da somit höchstens drei der zu berücksichtigenden Kriterien erfüllt sind, keines jedoch in besonders ausgeprägter Weise, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den Unfällen vom 29. August 2018 und den organisch nicht objektivierbaren Beschwerden zu verneinen. Folglich erübrigt sich die Prüfung des natürlichen Kausalzusammenhangs (vgl. BGE 135 V 465 E. 5.1).

5.

Zusammengefasst lagen damit spätestens per 26. Januar 2020 keine unfallkausalen Beschwerden mehr vor, weshalb die Leistungseinstellung auf diesen Zeitpunkt hin nicht zu beanstanden ist. Die weiter geplante Behandlung durch Dr. O.____ (vgl. act. G11.1) ändert daran nichts, zumal diese keine unfallkausalen Beschwerden adressierte. Zudem führte Dr. O.____ selbst aus, es sei davon auszugehen, dass die in der Schweiz anerkannten Massnahmen dem Beschwerdeführer keine Aussicht auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes garantieren könnten (act. G11.1). Vor diesem Hintergrund besteht ohnehin kein Anspruch auf eine Rente und eine Integritätsentschädigung, weshalb sich eine entsprechende Prüfung erübrigt.

6.

6.1. Im Sinne der Erwägungen ist der angefochtene Einspracheentscheid nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6.2. Gerichtskosten sind keine zu erheben (aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültigen, für das vorliegende Verfahren gemäss Art. 82a ATSG noch anwendbaren Fassung).

6.3. Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75; in der vorliegend anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30^{bis} HonO) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat am 18. Dezember 2020 eine Kostennote eingereicht und bei einem Aufwand von 27.65 Stunden eine Parteientschädigung von insgesamt Fr. 6'194.05 geltend gemacht (Stundenansatz für unentgeltliche Rechtsverteiständung von Fr. 200.--; act. G15.1). Mit Blick auf die bei einem durchschnittlichen Fall im Bereich der Unfallversicherung vom Versicherungsgericht praxismässig zugesprochene Parteientschädigung von Fr.



4'000.-- und den vorliegend vergleichsweise geringen Aktenumfang erscheint der geltend gemachte Aufwand als übersetzt. In der Verwaltungsrechtspflege ist sodann grundsätzlich keine Entschädigung nach Stunden, sondern es sind Pauschalen vorgesehen. Der Bedeutung und der insgesamt als durchschnittlich zu bewertenden Schwierigkeit der Streitsache angemessen erscheint auch unter Berücksichtigung der sich stellenden Rechtsfragen eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

6.4. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Der Staat entschädigt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers mit Fr. 3'200.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer).