

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/13 vom 9. August 2012

Sg Versicherungsgericht, 2012-08-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2011_13

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/13 du 9 août 2012

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/13 del 9 agosto 2012

Regeste

Art. 6 UVG. Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden nach Motorradunfall. Prüfung der Leistungseinstellung. Medizinische Abklärung (Entscheid des Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen vom 9. August 2012, UV 2011/13).

Erwägungen

E. 1

1.1 Streitig ist, ob die Leistungen, welche von der Beschwerdegegnerin aufgrund des Unfallereignisses vom 25. Mai 2008 ausgerichtet wurden, auf den 30. September 2010 eingestellt werden durften oder nicht. Mit der mit dem angefochtenen Entscheid (UV-act. 164) bestätigten Verfügung vom 28. September 2010 (UV-act. 154) verneinte die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf Versicherungsleistungen mit dem Hinweis auf die fehlende Adäquanz in genereller Weise und bezog auch jenen auf Rente und Integritätsentschädigung mit ein (UV-act. 145). Der angefochtene Entscheid hat somit die Frage des Anspruchs auf Rente und Integritätsentschädigung insofern zum Gegenstand, als mit ihm die Verfügung vom 28. September 2010 vollumfänglich bestätigt wurde. Nicht Gegenstand des angefochtenen Entscheids bilden die Unfallereignisse von 2007 (vgl. vorne A.a). Hierauf ist im vorliegenden Verfahren nicht einzugehen, zumal im Zeitpunkt des Unfalls vom 25. Mai 2008 nach Lage der Akten keine Folgen der früheren Unfälle mehr vorlagen (vgl. act. G 11.1/5). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt erst, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Dabei muss der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Ebenso wenig hat der Unfallversicherer den negativen Beweis zu erbringen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteile des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 18. Dezember 2003, U 258/02, vom 25. Oktober 2002, U 143/02, und vom 31. August 2001, U 285/00). 1.2 Im Bereich klar ausgewiesener

organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer entsprechenden Verletzung, 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 Folgen 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 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).

E. 2

2.1 Die Abklärungen im Kantonsspital Graubünden nach dem Unfall vom 25. Mai 2008 ergaben BWK-Kompressionsfrakturen 3 und 5-8 sowie rechtsbetonte Lungenkontusionen mit kleinem ventralen Pneumothorax links sowie einer Rippenfraktur der 1. Rippe rechts. Zudem wurde eine distale Unterarm-Fraktur links diagnostiziert. Das Schädel-CT wies keine Schädelfraktur und keine intrakranielle Blutung nach (UV-act. 5). Nachdem die Ärzte des Kantonsspitals Graubünden am 16. Juli 2008 den Verdacht auf ein CRPS (Complex Regional Pain Syndrom) geäussert hatten (UV-act. 14), wies Kreisarzt Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie am 10. Oktober 2008 auf ein im Vordergrund stehendes beträchtliches somatisches Schmerzsyndrom hin und empfahl eine stationäre Behandlung (UV-act. 21). Ein Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Rehaklinik E.____ im November und Dezember 2008 ergab neben den bereits bekannten Diagnosen das Bestehen einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode und einer posttraumatischen Belastungsstörung. Wegen des bestätigten CRPS (nach distaler Radiusfraktur der linken Hand; UV-act. 30) wurde eine suffiziente Analgesie und bei Verdacht auf arzneimittelinduzierten Kopfschmerz die Reduktion der Schmerzmedikamente dringend empfohlen. Zusätzlich zu den somatischen Einschränkungen bestehe eine mittelschwere bis schwere Leistungsminderung infolge der psychischen Störung mit Krankheitswert (volle Arbeitsunfähigkeit). Eine weitere psychosomatisch orientierte Therapie sei dringend nötig (UV-act. 28, 34). In Berichten des Psychiatrie-Zentrums Werdenberg-Sarganserland vom 4. Februar und 6. Mai 2009 wurden die Diagnosen einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode und einer posttraumatischen Belastungsstörung mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (UV-act. 41, 64). In der Stellungnahme vom 2. Juli 2009 hielt Suva-Arzt med. pract. J.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, unter anderem

fest, die teilstationäre psychiatrische Rehabilitation erscheine ihm momentan ideal (UV-act. 73). Kreisarzt Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Allgemeinchirurgie und Traumatologie, hielt am 20. August 2009 fest, es sei davon auszugehen, dass die Ventilationsstörung (vgl. UV-act. 63) vorbestehend und nicht unfallkausal sei. Das Hauptproblem sei zweifelsfrei nach wie vor die depressive Stimmungslage und posttraumatische Belastungsstörung des Beschwerdeführers (UV-act. 81). In Berichten des Psychiatrie-Zentrums vom 23. September und 15. Oktober 2009 wurde vermerkt, dass der Beschwerdeführer am 19. Juni 2009 auf eigenen Wunsch wegen Motivationsmangels aus der Tagesklinik entlassen worden sei. Die psychotherapeutischen Gespräche und die Trainingstherapie würden weitergeführt (UV-act. 86, 89). Eine am 19. Januar 2010 begonnene erneute stationäre psychiatrische Behandlung brach der Beschwerdeführer am 2. Februar 2010 ab (UV-act. 115).

2.2 Dr. D.____ berichtete am 16. April 2010, dass die Beschwerden aufgrund des CRPS vollständig abgeheilt erschienen. Trotz deutlicher psychischer Überlagerung müssten die weiterhin bestehenden Beschwerden an der linken Hand ernst genommen werden (UV-act. 121). Im Zwischenbericht des Physiotherapie-Instituts vom 15. Mai 2010 wurde die durchgeführte Behandlung geschildert und festgehalten, dass der Patient über Schmerzen von Kopf bis Fuss berichtet habe. Eine leichte Arbeit sei möglich (UV-act. 26). Am 18. Mai 2010 erfolgte im Kantonsspital Graubünden die Metallentfernung im linken Vorderarm (UV-act. 134). Im Bericht vom 22. Juni 2010 hielten die Ärzte des Psychiatrie-Zentrums unter anderem fest, dass das bisherige therapeutische Angebot beim Beschwerdeführer nicht zu einer Verbesserung geführt habe; es müsse von einem eher schlechten Verlauf ausgegangen werden (UV-act. 135). Der Physiotherapeut L.____ berichtete am 20. Juni 2010 über die von ihm durchgeführten Massnahmen zur Kräftigung der Rückenmuskulatur, des Vorderarms und des linken Handgelenks sowie zur Förderung der Feinmotorik (UV-act. 136). Kreisarzt Dr. I.____ vermerkte am 30. Juli 2010, dass aus somatischer Sicht drei Monate nach der Metallentfernung der Endzustand am linken Vorderarm erreicht sei. Eine wesentliche Besserung des somatischen Gesundheitszustands sei nicht mehr zu erwarten (UV-act. 139). Kreisarzt Dr. K.____ kam im Bericht vom 19. August 2010 zum Schluss, an der linken Hand liege eine unklare chronifizierte Schmerzsymptomatik ohne klinisches Korrelat vor. Auch am Rücken würden unspezifische chronische Schmerzen beschrieben, welche sich einem klinischen Nachweis ebenfalls entziehen würden. Von somatischer Seite sei der Patient in der ursprünglichen Tätigkeit als Lagerist vor der Arbeitslosigkeit wieder zu 100% arbeitsfähig. Die Belastbarkeit des Rückens und der linken Hand sei nur noch geringgradig eingeschränkt; eine weitere Adaptierung sollte möglich sein, insbesondere wenn es dem Patienten gelinge, die geringgradige muskuläre Insuffizienz am linken Arm weiter aufzutrainieren. Eine bleibende Beeinträchtigung der Integrität liege nicht vor. Eine weitere physiotherapeutische Behandlung des linken Handgelenks sei nicht mehr indiziert (UV-act. 145). Im Bericht des Psychiatrie-Zentrums vom 1. September 2010 wurde ausgeführt, seit dem letzten Bericht vom 22. Juni 2010 habe nur eine Sitzung stattgefunden. Grund dafür sei das unentschuldigte Nichterscheinen des Patienten gewesen. Die geplanten Interventionen hätten somit nicht durchgeführt werden können. Seit dem letzten Bericht habe keine Veränderung der Symptomatik festgestellt werden können. Sie sei weiterhin auf tiefem Niveau stabil. Eine Verbesserung des Gesundheitszustands innerhalb des nächsten Monats mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit könne voraussichtlich nicht erwartet werden (UV-act. 149).

E. 3

3.1 Unbestritten ist, dass die im Nachgang zum Unfallereignis vom 25. Mai 2008 beim Beschwerdeführer aufgetretenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. Körperschäden (insbesondere betreffend die BWS und linke Hand sowie psychische/neuro-psychologische Probleme) in kausalem Zusammenhang zum erlittenen Unfall standen. Die Beschwerdeführerin erbrachte entsprechende Taggeld- und Heilungskostenleistungen während knapp zweieinhalb Jahren. Streitig und zu prüfen ist jedoch, ob beim Beschwerdeführer für die Zeit danach, d.h. ab dem 1. Oktober 2010, noch von organisch-strukturell objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen auszugehen ist. Von solchen kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 E. 9, 117 V 359 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008, sowie vom 7. Februar 2008, U 13/07, E. 3.2 und 3.3, und vom 22. September 2010, 8C_240/2010). Die Diagnose einer milden traumatischen Hirnverletzung erfolgt aufgrund bestimmter Symptome nach kranialen Traumen und bedeutet nicht schon, dass eine objektiv nachweisbare Funktionsstörung vorliegt. Hierzu bedarf es einer feststellbaren intrakraniellen Läsion oder eines messbaren Defektzustands in Form neurologischer Ausfälle. Fehlt es hieran, ist die Adäquanz der Unfallkausalität nach der für Schleudertraumen der HWS und Schädel-Hirntraumen ohne nachweisbare Funktionsausfälle geltenden Rechtsprechung zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. März 2006, U 197/04, E. 3.1 mit Hinweisen auf die medizinische Literatur). Als Kriterien für das Vorliegen einer leichten traumatischen Hirnverletzung (MTBI) werden das Bestehen eines Bewusstseinsverlusts von maximal 30 Minuten Dauer, eines Glasgow Coma Score (GCS) von nicht unter 13 bei Einlieferung ins Krankenhaus, eines Gedächtnisverlusts von maximal 60 Minuten (sog. posttraumatische Amnesie) bzw. einer Gedächtnisstörung von maximal 30 Minuten genannt. Seltene, aber typische Komplikationen nach MTBI sind z.B. intrakranielle Blutungen; hierbei kann es sich um intrazerebrale Blutungen oder um subdurale oder epidurale Blutungen handeln. Die Kombination von Beschwerden, welche nach einer MTBI auftreten können (Kopfschmerz, Benommenheit, Schwindel, Erbrechen, Koordinationsstörung der Beine, kognitive Beeinträchtigungen, Schlafstörungen), kann als "organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma" (F07.2) bezeichnet werden. Kopfschmerzen werden dabei als posttraumatisch angesehen, wenn sie innerhalb von sieben Tagen nach einer MTBI erstmalig aufgetreten sind. Hierbei entwickeln Patienten nicht selten im Rahmen einer Analgetikatherapie der ursprünglich posttraumatischen Kopfschmerzen zusätzlich einen Kopfschmerz, der auf Analgetika-Übergebrauch zurückzuführen ist. Auch kann die Entwicklung einer Depression oder eine schwierige psychosoziale Situation ganz wesentlich zum dauerhaften Schmerzerleben beitragen. Die Diagnose "organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma" kann für die Beschreibung des akuten Beschwerdeverlaufs nach MTBI gebraucht werden, sollte aber nicht für die Charakterisierung des Langzeitverlaufs verwendet werden (vgl. S. Johannes/R. Schaumann-von Stosch, Grundlegende Aspekte der leichten traumatischen Hirnverletzung, Medizinische Mitteilungen der SUVA Nr. 78 [2007], 74-77).

3.2 Ärztlicherseits wurde beim Beschwerdeführer eine durch den Unfall vom 25. Mai 2008 bedingte *Comotio cerebri* mit kurzer Amnesie bestätigt. Die Spitalärzte vermerkten einen GCS (Glasgow-Coma Skale) von 12-13 bei Eintreffen der Rega am Unfallort. Bei Eintreffen im Schockraum sei der Patient wach und orientiert mit einem GCS 15 gewesen (UV-act. 5).

Sie bestätigten damit eine leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI). Der Umstand, dass der GCS-Wert von 12-13 im Grenzbereich von leichtem und mittelgradigem Schädelhirntrauma liegt, vermag entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (act. G 1 S. 3) die ärztliche Einschätzung des Vorliegens eines leichtgradigen Traumas nicht in Frage zu stellen. In Bezug auf den Schädelbereich (MTBI) ist ein durch den Unfall vom 25. Mai 2008 bedingter organisch-struktureller (somatischer) Gesundheitsschaden in Anbetracht der Aktenlage (insbesondere UV-act. 5 und 29) und der vorstehenden Ausführungen überwiegend wahrscheinlich zu verneinen. Hieran vermögen die vom orthopädischen Chirurgen Dr. F. ___ im Gutachten vom 24. Juni 2011 diagnostizierte persistierende MTBI und seine Feststellung, dass keine ausführliche abschliessende neuropsychologische Testung durchgeführt worden sei (act. G 11.1/6 S. 9f), nichts zu ändern. Es gibt zwar Fälle, in denen bei sonst unauffälligen Untersuchungsbefunden neuropsychologische Abklärungen Hirnleistungsstörungen aufzeigen können und der neuropsychologische Befund der einzig verlässliche Parameter ist (BGE 117 V 378 E. 3d). Sodann kann der neuropsychologischen Diagnostik bei eindeutigem, nicht diffusem Befund - im Rahmen einer neurologischen Gesamtwürdigung - nach der Rechtsprechung auch bei der Kausalitätsbeurteilung ein Aussagewert zukommen (BGE 119 V 343 E. 3c). Hingegen vermag es die Neuropsychologie nicht, selbständig die Beurteilung der Genese abschliessend vorzunehmen (RKUV 2000, 316 E. 3). Nach B.P. Radanov (Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, SZS 1996, S. 471 ff) sind psychologische Probleme (und die eingenommenen Medikamente) geeignet, die kognitiven Leistungen negativ zu beeinflussen (S. 477). Psychologische Probleme bzw. die Interrelation psychologischer und kognitiver Funktionen könnten die reduzierte Leistungsfähigkeit mit erklären (S. 475). Aufgrund der in E. 2 dargelegten medizinischen Akten (vgl. insbesondere UV-act. 31, 34, 41, 64, 73, 86, 89) ist von einer Beeinflussung/Überlagerung der kognitiven Funktionen beim Beschwerdeführer durch den psychischen Befund und den Medikamentenkonsum (UV-act. 34 S. 2) auszugehen, womit die neuropsychologischen Einschränkungen eine vielschichtige Ursache aufweisen. Damit können auch neuropsychologische Unfall-Restfolgen im Sinn eines selbständigen, klar abgrenzbaren Befunds nicht als nachgewiesen gelten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. April 2007, U 321/06, E. 4.1). Unter diesen Umständen liesse sich die Notwendigkeit einer erneuten neuropsychologischen Abklärung nicht begründen. Auch den Berichten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kann im Übrigen rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Oktober 2008, 8C_510/2007, E. 7.5.4). Zusätzliche (neue) Aspekte ergeben sich auch aus dem Gutachten von Dr. F. ___ nicht. Für weitere medizinische (organisch/somatische) Abklärungen bzw. für die Anordnung eines gerichtlichen Gutachtens fehlt es damit an einem konkreten Anlass. Kopfschmerzen, neuropsychologische Einschränkungen wie auch diejenigen psychischer Art können hingegen Teil des typischen Beschwerdebilds nach Schädelhirn-Trauma bilden (dazu nachstehend E. 4). 3.3 Hinsichtlich der Beschwerden im BWS-Bereich hielt Kreisarzt Dr. K. ___ am 19. August 2010 fest, die unspezifischen chronischen Rückenschmerzen seien klinisch nicht nachweisbar; die Belastbarkeit sei nur noch geringgradig eingeschränkt. Eine Beeinträchtigung der Integrität liege nicht vor (UV-act. 145). Der orthopädische Chirurg Dr. F. ___ kam demgegenüber im Gutachten vom 24. Juni 2011 mit Hinweis auf neuerstellte Röntgenaufnahmen zum Schluss, dass eine

posttraumatische Kyphose der BWS von 25° (Th4-Th7) nach durchgemachten Kompressionsfrakturen von BWK5 und BWK6 ohne Spinalkanalstenose und ohne Neurokompression und ohne Myelopathie vorliege. Die Kyphose von 25° im MRI vom 10. Juni 2011 sei klar dokumentiert. Hieraus resultiere nach Suva-Tabelle 7 ein Integritätsschaden von 15-20%. Die BWS-Kyphose sei von der Beschwerdegegnerin nicht adäquat beurteilt worden (act. G 11.1/6 S. 8-10). Suva-Arzt Dr. med. G.____, Orthopädische Chirurgie FMH, hielt in der Stellungnahme vom 30. September 2011 dafür, dass auf keiner der neuerstellten Aufnahmen vom 10. Juni 2011 eine fischwirbelartige Anhebung der Grundplatte von BWK5 zu sehen sei. Ausser BWK5 sei kein Brustwirbelkörper nennenswert keil deformiert. Die Kyphose respektive die Keilform von BWK5 messe etwa 16 bis 18°. Kranial davon komme es zu einer Kyphosierung der oberen BWS ohne entsprechende knöchern Deformitäten. Für die Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% in die BWS vollständig entlastenden Verrichtungen und ohne repetitive oder grobmanuelle Tätigkeiten für die linke Hand fehle in der Diagnostik und bei den Befunden von Dr. F.____ jede orthopädische Grundlage. Für irgendwelche Einschränkungen der Belastbarkeit der BWS fänden sich nicht einmal Angaben des Beschwerdeführers. Auch beim Lokalstatus 1 (BWS) seien keine Befunde zu erkennen, welche eine erhebliche Einschränkung der Belastbarkeit begründen würden. Wie eine Rotationseinschränkung an der BWS gemessen und quantifiziert werde, sei für ihn nicht klar, ebenso die Lateralflexion. Eine exquisite Druckdolenz an der unteren BWS habe mit hoher Wahrscheinlichkeit keinen Bezug zur Fehlstellung des 5. Brustwirbelkörpers respektive zur posttraumatischen Kyphosierung der oberen BWS. Dr. F.____ habe die gesamte BWS-Kyphose mit 25° gemessen. Die im MRI vorhandene Kyphose von 40° sei nur zu einem Teil durch die Keil deformierung und/oder angrenzende Bandscheibenschädigung durch den Unfall erklärbar. Dr. F.____ sei von "Dauerschmerzen, auch in Ruhe" ausgegangen, obwohl dies aus seinen Ausführungen so nicht hervorgehe. Die Bedingung für eine Integritätsentschädigung könne aber aufgrund der erheblichen Keilform dennoch als erfüllt betrachtet werden, wobei maximal von einem Wert von 10% auszugehen sei mit "mässigen Beanspruchungsschmerzen, in Ruhe selten oder keine, gute und rasche Erholung +" (Suva-Tabelle 7; act. G 20.1). Dr. F.____ bestätigte am 15. Dezember 2011 seinen Standpunkt mit weiteren Hinweisen und der Schlussfolgerung, dass die Schmerzen der BWS mit grösster Wahrscheinlichkeit durch die starke Überbelastung bei Kyphose ausgelöst seien. Die Argumentation von Dr. G.____ vermöge auch hinsichtlich der Festlegung der Integritätsentschädigung nicht zu überzeugen. Die angebotenen 10% Integritätsschaden würden nicht dem vorliegenden Schaden entsprechen (act. G 25.1/7 S. 3-6). In der weiteren ärztlichen Beurteilung vom 18. Januar 2012 bekräftigte Suva-Arzt Dr. med. H.____ in Vertretung des krankheitsbedingt abwesenden Dr. G.____ dessen Standpunkt mit ausführlicher Begründung. Die Wirbelkörperfrakturen seien knöchern fest konsolidiert. Die Kyphose sei gleichbleibend; sie habe seit dem Unfalltag nicht zugenommen. Von Dr. F.____ seien keine Argumente geliefert worden, welche eine wesentliche Einschränkung der Belastbarkeit der Wirbelsäule nachvollziehbar begründen würden. Eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, wie sie von Dr. G.____ dargelegt worden sei, sei nicht erforderlich. Auch an dessen Integritätsschadenschätzung sei festzuhalten (act. G 31.1). In der Stellungnahme vom 6. März 2012 hielt Dr. F.____ seinerseits an der bisherigen Einschätzung fest. Er habe den Kyphosewinkel in der Klinik Balgrist nachmessen lassen. Die 25° bestünden im Liegen; im Stehen sei der Wert sicher höher. Die Rückenschmerzen würden von ihm so begriffen, dass der Patient durch den vermehrten Rundrücken eine

statische Problematik habe bzw. eine Überlastung der aufrichtenden Rückenmuskulatur (act. G 35.1). Hinsichtlich der linken Hand hielt Dr. K. ___ am 19. August 2010 fest, es liege eine unklare chronifizierte Schmerzsymptomatik ohne klinisches Korrelat vor; die Beweglichkeit sei praktisch seitengleich, die Fraktur sei in tadelloser Stellung vollständig ausgeheilt (UV-act. 145). Dr. F. ___ vermerkte demgegenüber eine persistierende Funktionseinschränkung an der linken Hand und erachtete einen Widerspruch zur angegebenen rein extraartikulären Handgelenksfraktur mit einem Abriss intraartikulär des Processus styloideus ulnae als gegeben. Eine differenzierte Beurteilung durch einen fundierten Handchirurgen bzw. in einer dafür spezialisierten Klinik sei dringend anzustreben, insbesondere auch mit der Fragestellung, ob noch weitere therapeutische Möglichkeiten bestehen würden (act. G 11.1/6 S. 9f). Suva-Arzt Dr. G. ___ führte hierzu in der Stellungnahme vom 30. September 2011 aus, der Hinweis von Dr. F. ___, wonach der Abriss der Processus styloides ulnae eine intraartikuläre Handgelenksfraktur belege, sei nicht zutreffend, da sich die Beurteilung intra-/extraartikulär auf die Beteiligung der Radiusfraktur am Handgelenk beziehe. Dank anatomischer Reposition der distalen Radiusfraktur und Fixation mit einer winkelstabilen volaren Platte sei eine Versorgung des distalen (nicht basisnahen) Abrisses des ulnaren Styloids nicht notwendig und für das Resultat nicht relevant gewesen. Am Handgelenk sei eindeutig kein erheblicher Integritätsschaden entstanden, auch nicht aufgrund eines persistierenden Abrisses des Processus styloides ulnae. Es bedürfe auch keiner weiteren handchirurgischen Abklärung nach diesem objektiv guten Ergebnis nach korrekter Osteosynthese einer extraartikulären Radiusfraktur. Weder an der BWS noch am linken Handgelenk sei ein Status quo sine oder Status quo ante erreicht worden. Hingegen liege ein medizinischer Endzustand vor, bei welchem weitere medizinische Behandlungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung mehr erzielen könnten. Für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit, wie zum Beispiel diejenige als Lagerist, habe seit 30. September 2010 eindeutig wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden (act. G 20.1). Dr. F. ___ nahm dazu am 15. Dezember 2011 nochmals eingehend Stellung und erklärte, die von Dr. G. ___ gemachten Schlussfolgerungen bezüglich der distalen extraradikulären Radiusfraktur und zur Bedeutung des Abrisses des Styloideus ulnae seien unzureichend, würden sich nur auf radiologische und seiner Meinung nach veraltete Literaturbefunde stützen und an der aktuellen Klinik des Patienten und der hier geforderten Problemlösung vorbeigehen. Es sei eine differenzierte Beurteilung des Handgelenks erforderlich. Es finde sich ein Lagerist mit einer für den täglichen Gebrauch nicht einsetzbaren linken Hand und einer schmerzhaft eingeschränkten BWS (posttraumatische Kyphose). Aus orthopädischer Sicht bestehe höchstens eine Arbeitsfähigkeit von 50% (act. G 25.1/7 S. 2ff). In der Beurteilung vom 18. Januar 2012 hielt Suva-Arzt Dr. H. ___ unter anderem fest, die von Dr. F. ___ diagnostizierte persistierende Funktionseinschränkung am linken Handgelenk könne nicht auf anatomisch strukturelle Läsionen zurückgeführt werden. Auch die Einschätzung bezüglich "funktionsunfähiger linker Hand" sei nicht nachvollziehbar. Aufgrund der dokumentierten Befunde bestehe keine Integritätseinbusse am linken Handgelenk. Die Beurteilung von Dr. K. ___ vom 19. August 2010, dass die Belastbarkeit der linken Hand nur noch geringgradig eingeschränkt sei, sei aufgrund der mitgeteilten Befunde in mehreren Dokumentationen nachvollziehbar (act. G 31.1). In der Stellungnahme vom 6. März 2012 erklärte Dr. F. ___ dazu unter anderem, das durch Dr. H. ___ auf S. 16 zusammengefasst Festgehaltene stehe seiner Meinung klar im Widerspruch zum Lokalbefund, der von ihm (Dr. F. ___) am 30. Mai 2011 erhoben worden sei. Er sehe keine Diskrepanz in seinen

Beurteilungen hinsichtlich des Befunds an der linken Hand. Die einzige Kritik, die er als berechtigt ansehe, sei der lockere Umgang mit seinem Originalbefund der linken Hand vom 20. Mai 2011. Er finde es müssig, auf spitzfindige Auslegungen, wie die Radial-/Ulnardeviation seitengleich oder leicht eingeschränkt eingehen zu müssen (act. G 35.1). Die Ärzte der Rehaklinik E.____ berichteten am 17. Dezember 2008, die Lungenfunktion habe eine Restriktion/Abstruktion gezeigt, wobei während des Aufenthalts die Symptomatik nicht ausgeprägt gewesen sei (UV-act. 34 S. 3). Dr. med. M.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, spez. Pneumologie, berichtete am 7. Mai 2009 über die von ihm durchgeführte Lungenfunktionsprüfung, welche eine mittelschwere restriktive und leicht obstruktive Ventilationsstörung ergeben habe. Inwieweit pleurale Veränderungen bei Status nach Thoraxkontusion vorliegen würden, entziehe sich seinen Kenntnissen; Röntgenbilder habe der Beschwerdeführer nicht mitgebracht. Er habe nie geraucht. Anamnestisch ergebe sich auch kein Hinweis auf ein mögliches Asthma bronchiale. Heuschnupfen oder eine anderweitige Sensibilisierung auf gängige Inhalationsallergene würden verneint (UV-act. 63). Der Allgemeinchirurg und Traumatologe Dr. K.____ erachtete die Ventilationsstörung am 20. August 2009 als vorbestehend und nicht unfallkausal. Auf jeden Fall erkläre sie nicht das Beschwerdebild des Patienten mit massiv eingeschränkter körperlicher Belastungsfähigkeit (UV-act. 81). Dr. F.____ hielt im Gutachten vom 24. Juni 2011 dafür, dass die für die nachgewiesene Lungenfunktionsstörung postulierte fehlende Unfallkausalität (Vorzustand) aufgrund der Diagnose (formal mittelschwere restriktive und leicht obstruktive Ventilationsstörung bei Status nach Lungenkontusion und Fraktur der ersten Rippe rechts) und aufgrund der vor dem Unfall blanden Anamnese nicht nachvollziehbar sei (act. G 11.1/6 S. 9f). 3.4 Zu der in E. 3.3 geschilderten Aktenlage ist festzuhalten, dass eine verbleibende organisch strukturelle Unfallfolge im Bereich der Brustwirbelsäule (BWS) nunmehr unbestritten ist und die Beschwerdegegnerin nach Prüfung des Gutachtens von Dr. F.____ auch einen Integritätsschaden (10%) anerkennt. Hinsichtlich des Ausmasses desselben bzw. Art und Umfang des unfallbedingten Schadens an der BWS sowie der Frage, ob bzw. inwiefern sich dieser auf die Integrität und die Arbeitsfähigkeit auswirkt, besteht jedoch Uneinigkeit. Zur Situation am linken Handgelenk und der daraus resultierenden Auswirkungen hinsichtlich Arbeitsfähigkeit äusserten sich ein Allgemein- und Unfallchirurg (Dr. K.____; UV-act. 145) und drei orthopädische Chirurgen (Dres. H.____, G.____ und F.____) im Rahmen einer eingehenden medizinischen Diskussion, wobei der vom Beschwerdeführer beauftragte Gutachter an seinem von den Suva-Ärzten abweichenden Standpunkt im Wesentlichen festhält. Was die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Einschränkung der Lungenfunktion betrifft, ist festzuhalten, dass sich dem spezialärztlichen Bericht von Dr. M.____ (UV-act. 63) zwar das Bestehen einer Einschränkung entnehmen lässt, nicht jedoch eine Diskussion bzw. Beantwortung der Frage der Unfallkausalität derselben. Dr. G.____ enthielt sich in diesem Zusammenhang ausdrücklich einer Stellungnahme (act. G 20.1 S. 10). Hierbei ist zu beachten, dass nach dem Unfall vom 25. Mai 2008 unter anderem auch eine Lungenkontusion beidseits festgehalten wurde (UV-act. 5). Die Feststellung von Dr. K.____, wonach die Ventilationsstörung vorbestehend bzw. nicht unfallkausal sei, erfolgte ohne Begründung und zudem - gleich wie die gegenteilige Aussage von Dr. F.____ - aus der Sicht eines Nichtfacharztes. Angesichts der geschilderten Situation lässt sich gestützt auf die bestehende Aktenlage nicht entscheiden, ob bzw. inwiefern auf die Aktenbeurteilungen der Suva-Ärzte Dres. K.____, G.____ und H.____ oder auf das Resultat der Begutachtung durch Dr. F.____ abzustellen ist. Eine erneute medizinische Gesamtbeurteilung unter

Berücksichtigung sämtlicher als unfallbedingt in Betracht fallender Gesundheitsschäden erscheint unter den geschilderten Umständen unumgänglich. In die Begutachtung und erneute Beurteilung sind auch die Akten der Invalidenversicherung mit einzubeziehen. Damit erscheint die Leistungseinstellung auf Ende September 2010 auf der Basis des kreisärztlichen Berichts vom 10. August 2010 und der diesen Bericht (abgesehen vom Integritätsschaden) im Wesentlichen bestätigenden Suva-ärztlichen Aktenbeurteilungen nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen.

3.5 Erst nach Klärung der medizinisch-somatischen Situation und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und die Integrität kann auch zur adäquaten Unfallkausalität von nicht organisch-strukturell bedingten Gesundheitsschäden und den dort zu prüfenden Kriterien abschliessend Stellung genommen werden. Dennoch erscheint es sachgerecht, nachstehend einige streitige Punkte im Zusammenhang mit der Adäquanzprüfung aufzugreifen. Was die (von der Beschwerdegegnerin verneinte; act. G 5 S. 5) Frage des Vorliegens des typischen Beschwerdebilds nach schleudertraumaähnlicher Verletzung betrifft, ist festzuhalten, dass dazu grundsätzlich auch die anlässlich des Aufenthalts des Beschwerdeführers in der Rehaklinik E.____ Ende 2008 (UV-act. 34) vermerkten, den neuropsychologischen Befund überlagernden psychischen Probleme sowie Kopfschmerzen und Schlafstörungen gehören. Das Vorliegen eines typischen Beschwerdebilds lässt sich daher nicht ohne weiteres verneinen. Die weitere, von der Beschwerdegegnerin bejahte Frage, ob von einer im Vordergrund stehenden psychischen Beeinträchtigung auszugehen ist, lässt sich erst nach Klärung der somatischen Situation abschliessend entscheiden. Die Ärzte des Psychiatrie-Zentrums waren jedenfalls am 4. Februar 2009 als Folge des Unfalls noch von einer Kombination von körperlichen, neuropsychologischen und psychiatrischen Probleme ausgegangen (UV-act. 41), und Suva-Arzt med. pract. J.____ sprach am 11. November 2009 von einem komplexen Zusammenhang psychiatrischer und körperlicher Symptomatik (UV-act. 94). Ein CRPS an der linken Hand, welches grundsätzlich geeignet ist, psychische Beschwerden auszulösen bzw. zu begünstigen (vgl. Urteil des st. gallischen Versicherungsgerichts vom 18. September 2007, UV 2007/34, E. 3c), war erst im Frühjahr 2010 abgeheilt (UV-act. 121). Nicht zulässig ist es in diesem Zusammenhang, längere Zeit nach einem Unfall, wenn die zum typischen Beschwerdebild gehörenden physischen Beschwerden weitgehend abgeklungen sind, die psychische Problematik aber fortbesteht, diese fortan nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen zu beurteilen, während sie in einem früheren Stadium, als das typische Beschwerdebild noch ausgeprägt war, nach der Schleudertrauma-Praxis beurteilt worden wäre. Vielmehr ist in einem solchen Fall zu prüfen, ob im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt die physischen Beschwerden gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind. Nur wenn dies zutrifft, ist die Adäquanz nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts vom 16. August 2007, U 317/06, E. 5.1 mit Hinweis). Im Weiteren bedingt der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C_467/2008, E. 5.2.2.2.). Es genügt für eine weiterdauernde Übernahme der Behandlungskosten nicht, dass eine Therapie lediglich eine unbedeutende Besserung erhoffen lässt oder dass für eine namhafte Besserung nur eine weit entfernte Möglichkeit besteht (A. Maurer, Unfallversicherungsrecht, 2. A., Bern 1989, 274).

Von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands kann auch dann nicht gesprochen werden, wenn eine therapeutische Massnahme mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur die sich aus einem stationären Gesundheitsschaden ergebenden Beschwerden für eine begrenzte Zeit zu lindern vermag (RKUV 2005, 388). Für die Bejahung eines medizinischen Endzustands wird keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (vgl. Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 145). - Gestützt auf die aktuell bestehende Aktenlage (vgl. E. 2.2 und insbesondere UV-act. 121, 135, 136, 139, 149; act. G 25.1/7 S. 5 unten, G 31. 1 S. 24 unten) ist davon auszugehen, dass per Ende September 2010 keine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit mit der Aussicht auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit mehr vorlag und die durchgeführten Behandlungsmassnahmen (bei unsicherem Behandlungserfolg) lediglich der Schmerzlinderung und Aufrechterhaltung des erreichten Zustands dienten. Die noch vorzunehmenden Abklärungen dürften hier überwiegend wahrscheinlich kein verändertes Bild ergeben. Die Beschwerdegegnerin nahm somit zu Recht den Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG - als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung (BGE 134 V 109) - auf Ende September 2010 an. Laufende Eingliederungsmassnahmen der IV, wie sie vom Beschwerdeführer angeführt werden (act. G 1 S. 11f) vermögen den Fallabschluss ebenfalls nicht zu hindern (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Januar 2010, 8C_895/2009, E. 5, mit welchem der Entscheid des st. gallischen Versicherungsgerichts vom 8. September 2009, UV 2008/93 [vgl. dort E. 4.3 zweiter Abschnitt] bestätigt wurde). Der in Frage stehende Unfall vom 25. Mai 2008 ist aufgrund des Geschehensablaufs - der Beschwerdeführer befuhr mit seinem Motorrad mit einer Geschwindigkeit von ca. 10-15 km/h einen Kieshügel und übersah dabei, dass der Kieshügel auf der Rückseite abgebaut war, wodurch er ca. 5 Meter in die Tiefe stürzte (UV-act. 1, 10) - und der Verletzungen (UV-act. 5) nicht als ausserordentlich schweres, lebensbedrohliches Geschehen im Sinn der Praxis (dargestellt in RKUV 1995, 91) einzustufen (vgl. auch Urteile des EVG vom 20. Juli 2005, U 338/04, und vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.3). Die Unterscheidung zwischen mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen und solchen im mittleren Bereich ist insofern von Bedeutung, als bei Unfällen im mittelschweren Bereich nach der Praxis mehrere Zusatzkriterien erfüllt sein müssen, um die Adäquanz bejahen zu können, wobei die Zahl um so geringer sein kann, je näher das Ereignis bei den schweren Unfällen liegt (vgl. dazu BGE 115 V 133 E. 6c/bb). Es scheint konkret gerechtfertigt, von einem mittelschweren Unfall auszugehen, allerdings nicht im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen (vgl. dazu etwa die Sachverhalte in den Urteilen des EVG vom 14. April 2000, U 257/99, und des Bundesgerichts vom 24. August 2007, U 497/06, E. 4.2, sowie vom 22. August 2008, 8C_609/2007, E. 4.1.3). Beim Adäquanzkriterium der Schwere oder besonderen Art der Verletzung wird mit Blick auf die beiden früheren, in diesem Verfahren aktenmässig nicht dokumentierten Unfälle mit Schädelbeteiligung (vgl. Sachverhalt A.a) noch zu prüfen sein, ob der Unfall vom 25. Mai 2008 auf eine Vorschädigung im Kopfbereich traf (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2008, 8C_785/2007, E. 4.4). 3.6 Der Beschwerdeführer lässt die Anordnung eines Gerichtsgutachtens beantragen. Nach der Rechtsprechung aus dem IV-Bereich sind weitere Begutachtungen grundsätzlich vom Gericht zu veranlassen. Eine Rückweisung bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2011, 9C_243/2011, E. 4.4.1.3). Mit Bezug auf den vorliegenden Sachverhalt ist festzuhalten, dass die Suva im Wesentlichen auf der Basis eines kreisärztlichen Berichts die

Leistungseinstellung verfügte und in diesem Verfahren suva-ärztliche Aktenberichte einreichte, welche die kreisärztliche Beurteilung (abgesehen vom Integritätsschaden) im Wesentlichen bestätigten. Der Kreisarzt-Bericht vermag, wie auch die im vorliegenden Verfahren nachträglich erstellten suva-ärztlichen Aktenberichte, die sich stellenden medizinischen Fragen nicht zureichend zu beantworten bzw. alle medizinischen Bereiche polydisziplinär abzudecken. Die Akten der Invalidenversicherung dürften ebenfalls zusätzliche Aspekte bringen. Vor diesem Hintergrund erscheint es gerechtfertigt, die Angelegenheit an die Suva zur Vornahme der medizinischen Abklärungen zurückzuweisen.

E. 4

4.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 14. Januar 2011 teilweise gutzuheissen und die Angelegenheit zur medizinischen - suva-externen - Abklärung der Frage des Vorliegens von unfallbedingten Gesundheitsschäden an der BWS, der linken Hand und hinsichtlich der Lungenfunktion sowie deren Auswirkung auf die Integrität und Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 4.2 Die Begutachtung durch Dr. F.____ führte zur Anerkennung eines unfallbedingten Integritätsschadens auf Seiten der Beschwerdegegnerin (Dr. G.____) und machte überdies deutlich, dass ein Klärungsbedarf in medizinischer Hinsicht besteht. Die Beschwerdegegnerin hat dementsprechend auch die Kosten des vom Beschwerdeführer in Auftrag gegebenen Gutachtens von Dr. F.____ im Betrag von Fr. 2'800.-- (act. G 35.2) zu übernehmen. 4.3 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten (Art. 61 lit. g ATSG). Es rechtfertigt sich, diese wie in vergleichbaren Verfahren üblich auf pauschal Fr. 4'000.-- festzusetzen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 14. Januar 2011 in dem Sinn teilweise gutgeheissen, dass die Angelegenheit zur medizinischen (suva-externen) Abklärung der Frage des Vorliegens von unfallbedingten Gesundheitsschäden an der BWS, der linken Hand und hinsichtlich der Lungenfunktion sowie deren Auswirkung auf die Integrität und Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten des vom Beschwerdeführer veranlassten Gutachtens F.____ im Betrag von Fr. 2'800.-- zu übernehmen. 4. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit Fr. 4'000.-- zu entschädigen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.