

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/4 vom 26. Februar 2018

Sg Versicherungsgericht, 2018-02-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2016_4

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/4 du 26 février 2018

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/4 del 26 febbraio 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

1.1 Strittig und zu prüfen ist, ob einerseits der Gesundheitszustand, wie ihn der Beschwerdeführer nach dem 31. Dezember 2014 aufweist, in einem rechtserheblichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 6. November 2006 steht und eine weitere Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu begründen vermag und andererseits, ob die Handgelenksbeschwerden kausal zum Unfall vom 8. September 2014 sind und die Beschwerdegegnerin die Kosten für die Handgelenksoperationen zu übernehmen hat. 1.2 Festzuhalten ist, dass gesundheitliche Folgen des Unfalls vom 10. Februar 2011 sowie mit Ausnahme der Handgelenksbeschwerden/-operationen auch gesundheitliche Folgen des Motorradunfalls vom 8. September 2014 nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens sind, da diese nicht Inhalt der Verfügungen vom 12. Dezember 2014 und 20. Februar 2015 bzw. des Einspracheentscheids vom 30. Dezember 2015 waren.

E. 2

2.1 Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden, nachdem Ereignisse aus den Jahren 2006 und 2014 streitig sind, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung. 2.2 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet

die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Nach Gesetz und Praxis ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente abzuschliessen, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind und von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG; Urteil des Bundesgerichts (bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG) vom 2. Mai 2014, 8C_888/2013, E. 4.1, vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 2. Dezember 2014, 8C_639/2014, E. 3). Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 letzter Satz UVG). Die Integritätsentschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG). Das Erreichen des medizinischen Endzustands bildet demgemäss die Voraussetzung für die Prüfung der Rentenfrage und der Integritätsentschädigung. Für die Bejahung des medizinischen Endzustands ist keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 112 ff. E. 3 und 4; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 143, 145). Die Verwendung des Begriffs "namhaft" in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 2. Mai 2014, 8C_888/2013, E. 4.1 mit Hinweisen auf BGE 134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 2. Dezember 2014, 8C_639/2014, E. 3).

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

2.4 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1, 129 V 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 337 E. 1). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher

Kausalzusammenhang besteht, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 337 f. E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 E. 1b; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 Rz. 58 f.). Als adäquate Ursache eines Erfolgs hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, den eingetretenen Erfolg zu bewirken, der Eintritt dieses Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2, 125 V 461 E. 5a mit Hinweisen). Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1, 118 V 291 f. E. 3a, 117 V 365 mit Hinweisen; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher zu unterscheiden ist, ob es sich um psychische Fehlentwicklungen nach Unfall handelt, bei welchen die Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte zu prüfen sind (sogenannte Psycho-Praxis; vgl. BGE 115 V 133), oder ob ein Schleudertrauma, eine äquivalente Verletzung der Halswirbelsäule oder ein Schädel-Hirntrauma vorliegt, bei welchen auf eine Differenzierung zwischen psychischen und physischen Komponenten zu verzichten und eine gesamthafte Prüfung vorzunehmen ist (sogenannte Schleudertrauma-Praxis; vgl. BGE 134 V 109). Ergeben die Abklärungen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung oder eines Schädelhirntraumas, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a). Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS oder bei einem Schädel-Hirntrauma setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b).

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

2.6 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden

Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss, zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen angewiesen (BGE 129 V 181 E. 3.1; PVG 1984 Nr. 82, 174; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 55). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder dessen Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 232 f. E. 5.1, 125 V 352 E. 3a). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ee, 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c).

E. 3

3.1 Hinsichtlich der beidseitigen Handgelenksbeschwerden bzw. der am 7. November 2014 und 7. Januar 2015 durchgeführten Handgelenksoperationen (Medianusdekompressionen) macht die Beschwerdegegnerin geltend, die Beschwerde vom 29. Januar 2016 gegen den Einspracheentscheid vom 30. Dezember 2015 umfasse die Ablehnung der Kostenübernahme für die beiden Handgelenksoperationen nicht. Die im angefochtenen Einspracheentscheid erklärte Verneinung der Leistungspflicht in Bezug auf die beidseitige Handgelenkproblematik sei mithin in Rechtskraft erwachsen (act. G 3). Dieser formell-rechtliche Einwand ist vorab zu prüfen. 3.2 In der Beschwerde vom 29. Januar 2016 erklärte der Beschwerdeführer: "Ich bin mit Ihrem Bescheid vom 30. Dezember 2015 nicht einverstanden und erhebe erneut Einsprache dagegen. Nach meiner Einschätzung und auch derjenigen meiner Ärzte stehen die heutigen Beschwerden nach wie vor mit meinem Unfall zusammen und ich bin nicht einverstanden, dass mein Fall abgeschlossen wird. [...]" Vorliegend handelt es sich um einen nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer, welcher fristgerecht zum Ausdruck brachte, dass er sowohl mit der Leistungseinstellung bezüglich der Folgen des Unfalls vom 6. November 2006 als auch mit der Leistungsablehnung betreffend die beidseitige Handgelenksproblematik im Zusammenhang mit dem Motorradunfall vom 8. September 2014 seitens der Beschwerdegegnerin nicht einverstanden ist, da er die Unfallkausalität der gesundheitlichen Beschwerden als gegeben erachtet. Die Beschwerdegegnerin muss sich allfällige Unklarheiten hinsichtlich der

Anfechtungsobjekte vorhalten lassen, begünstigte doch die aus "prozessökonomischen Gründen" (vgl. Erwägung 1 des Einspracheentscheids vom 30. Dezember 2015, act. G 1.2) durchgeführte Vereinigung der beiden verschiedene Unfälle betreffenden Einsprachen diese Situation. Festzustellen ist, dass die Mindestanforderungen an eine rechtsgültige Beschwerde nach Art. 61 lit. b ATSG (gedrängte Darstellung des Sachverhaltes, ein Rechtsbegehren und eine kurze Begründung) mit der Beschwerdeschrift vom 29. Januar als erfüllt zu betrachten sind. Auf die Beschwerde betreffend Verweigerung der Kostenübernahme für die am 7. November 2014 und 7. Januar 2015 durchgeführten Handgelenksoperationen (Medianusdekompressionen) ist folglich einzutreten. 3.3 Zu prüfen ist mithin die Kausalität der Handgelenksbeschwerden zum Motorradunfall vom 8. September 2014 als Voraussetzung für eine diesbezügliche Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin. 3.3.1 Während der Beschwerdeführer von einer Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bezüglich der Handgelenksoperationen ausgeht, da die Handchirurgin Dr. W.____ die Kausalität zum Unfall vom 8. September 2014 bejaht habe, erachtet die Beschwerdegegnerin die Kausalität der Handgelenksbeschwerden zum Motorradunfall vom 8. September 2014 nicht als überwiegend wahrscheinlich. Sie beruft sich dabei insbesondere auf die ärztliche Beurteilung von Kreisarzt Dr. Z.____ vom 13. Februar 2015 (UV-act. III. 37), welcher feststelle, dass die vom Beschwerdeführer gegenüber dem Neurologen Dr. V.____ bereits im Jahr 2012 angegebenen Probleme mit den oberen Extremitäten typische Zeichen für ein beginnendes Karpaltunnelsyndrom seien. Zudem seien in den Echtzeitdokumenten nach dem Motorradunfall keine Probleme an den Händen dokumentiert. Gemäss Kreisarzt lassen die Darlegungen und Befunde der Handchirurgin Dr. W.____ eine unfallbedingte Ursache für die Handgelenksbeschwerden nicht als überwiegend wahrscheinlich erscheinen (vgl. UV-act. III. 37-3). 3.3.2 In den unfallzeitnahen medizinischen Akten (Unfallmeldung vom 8. September 2014, UV-act. III. 1; Arztberichte vom 9. September und 14. Oktober 2014, UV-act. III. 12, 25; Besprechungsprotokoll vom 15. Oktober 2014, UV-act. III. 11) wird berichtet über Verletzungen am rechten Fussgelenk, am rechten Hüftgelenk, an der rechten Schulter und an der Halswirbelsäule, jedoch nicht über Verletzungen an den Händen bzw. Handgelenken. Die Handgelenksbeschwerden (beidseitiges Karpaltunnelsyndrom) werden erstmals erwähnt in der vom KSSG ausgestellten Ergotherapieverordnung vom 21. Oktober 2014 (vgl. UV-act. III. 13-2: Als Ursache wurde sowohl Krankheit als auch Unfall genannt) sowie im Arztbericht des KSSG über die Untersuchungen vom 14. Oktober und 17. November 2014 (vgl. UV-act. III. 34). 3.3.3 In der KG (Krankengeschichte) zu einer Sitzung vom 6. November 2014 vermerkte Dr. W.____, der Beschwerdeführer habe sich wegen den heftigen beidseitigen Handgelenkskontusionen bereits am Tag nach dem Unfall beim Hausarzt Dr. U.____ und am 17. Oktober 2014 in der Notfallstation des KSSG behandeln lassen (vgl. UV-act. III. 21-3). Die genannten ärztlichen Behandlungen sind zwar aktenmässig ausgewiesen (UV-act. III. 12-1, 20-3), doch gilt es konkret die Unfallkausalität der CTS-Symptomatik zu beurteilen. Eine Behandlungsbedürftigkeit nach dem Unfall vom 8. September 2014 sagt noch nichts über die Ursächlichkeit der CTS-Symptomatik aus. Als Indikation der am 7. November 2014 bei der Diagnose posttraumatisches CTS an der linken Hand durchgeführten Medianusdekompressionsoperation hielt Dr. W.____ im Operationsbericht fest, dass der Beschwerdeführer seit einem Auffahrunfall mit Prellung beider Handgelenke (8. September 2014) über eine beidseitige CTS-Symptomatik klage, die in den letzten vier Wochen auf der linken Seite stark zugenommen habe (UV-act. III. 21-2). Diese von Dr. W.____ geschilderte bloss zeitliche Abfolge vermag deshalb nicht als

Beweis für eine Unfallkausalität der CTS-Problematik zu gelten, weil ein Unfall mit Prellung beider Handgelenke - wie in Erwägung 3.3.2 aufgezeigt - initial nicht dokumentiert ist (vgl. dazu ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 FN 1205; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 69 zu Art. 4; BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb.; SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007], S. 52, E. 7.2.4, sowie SVR 2008 UV Nr. 11 [U 290/06], S. 34, E. 4.2.3, je mit Hinweisen). Im Operationsbericht vom 7. Januar 2015 betreffend der rechtsseitig durchgeführten Medianusdekompression wird sodann überhaupt nicht auf den Unfall vom 8. September 2014 Bezug genommen (UV-act. III. 26). 3.3.4 Die Ausführungen und Folgerungen des Kreisarztes Dr. Z.____ in der ärztlichen Beurteilung vom 13. Februar 2015 (UV-act. III. 37), insbesondere zu den im Suva-Rapport vom 15. Oktober 2014 festgehaltenen Kribbelparästhesien (UV-act. III. 11) sowie zu den laut Operationsbericht vom 7. November 2014 von Dr. W.____ bei der Operation erhobenen ödematösen Veränderungen und einer postkontusionellen Einblutung, sind nachvollziehbar, detailliert und vermögen zu überzeugen. Es ist der Argumentation der Beschwerdegegnerin zu folgen, wonach die Handgelenksbeschwerden nicht im Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kausal zum Motorradunfall vom 8. September 2014 bzw. dass die CTS an beiden Handgelenken bloss möglicherweise mit dem Unfall vom 8. September 2014 zusammenhängen würden. Folglich besteht keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Handgelenksoperationen vom 7. November 2014 und 7. Januar 2015, d.h. die Beschwerde ist bezüglich des Anspruchs auf Kostenübernahme für die Handgelenksoperationen abzuweisen.

E. 4

Nachfolgend ist die Zulässigkeit der Leistungseinstellung per 31. Dezember 2014 bezüglich der Folgen des Unfalls vom 6. November 2006 zu prüfen. 4.1 Der Beschwerdeführer rügt die Leistungseinstellung, denn die aktuellen gesundheitlichen Beschwerden seien auf den Unfall im Jahr 2006 zurückzuführen (act. G 1, G 1.1, G 5). Obwohl das Unfallereignis vom 6. November 2006 als besonders schwer eingestuft worden sei, die Kreisärzte auf die psychiatrische Erkrankung hingewiesen und fachärztliche Abklärungen empfohlen hätten sowie ein mehrwöchiger psychiatrischer Klinikaufenthalt erfolgt sei, habe die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen ohne Einholung einer fachärztlichen Stellungnahme zum psychischen Leiden eingestellt. Im Weiteren wird gerügt, dass die Beschwerdegegnerin die unfallbedingten finanziellen Einbussen nicht abgeklärt bzw. bei ihrem Entscheid nicht berücksichtigt habe (act. G 1, G 5, G 5.1). 4.2 Die Beschwerdegegnerin begründet die Leistungseinstellung per 31. Dezember 2014 insbesondere mit dem Arztbericht ihres Versicherungsmediziners Dr. R.____ vom 6. Dezember 2010 (UV-act. I. 148) und der Stellungnahme des Kreisarztes Dr. X.____ vom 1. Dezember 2014 (UV-act. I. 225). Beim Beschwerdeführer bestehe keine posttraumatische Hirnschädigung. Die Beeinträchtigungen durch das unfallbedingte Taubheitsgefühl im Bereich rechts supraorbital und im Bereich der rechten oberen Gesichtshälfte, wo auch gelegentlich Schmerzen auftreten würden, seien gering. Bezogen auf die somatischen Leiden sei deshalb seit langem von der Erreichung des medizinischen Endzustands auszugehen. Die somatischen Restbeschwerden seien vom Ausmass her nicht geeignet, eine Arbeitsunfähigkeit oder eine Integritätsentschädigung zu begründen (act. G 1.2-10 ff., 15 f., G 3-2). Zu den geklagten psychischen Beschwerden wird ausgeführt, dass diese nicht auf einem unfallbedingten, objektivierbaren organischen Substrat im Sinne einer strukturellen Veränderung beruhten. Die Adäquanzprüfung habe deshalb nach der sogenannten

Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) zu erfolgen (act. G 1.2-15 f.). Die bei einem mittelschweren Unfall im mittleren Bereich (wovon vorliegend auszugehen sei) zu prüfenden Adäquanzkriterien seien nicht im erforderlichen Umfange erfüllt, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den psychischen bzw. organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden und dem Unfall vom 6. November 2006 zu verneinen sei (act. G 1.2-17 f., G 3-2).

E. 5

5.1 Eine im KSSG am 6. November 2006 durchgeführte CT-Untersuchung hatte weder eine Hirnschädelfraktur noch intrakranielle Blutungen gezeigt, indessen eine Nasenbeinfraktur sowie kleine Frakturen im Bereich der medialen Orbitawand rechtsseitig. Als Unfalldiagnosen wurden von den Ärzten des KSSG eine perieto-occipitale Skalpierungsverletzung sowie Gesichtswichteilverletzungen in Folge eines Arbeitsunfalls gestellt (UV-act. I. 4). 5.2 Im Februar/März 2008 stellten Kreisarzt Dr. F. ___ und Dr. G. ___ vom KSSG fest, dass die physischen Verletzungen im Bereich des Kopfes weitestgehend verheilt seien. Es bestünde nur noch eine nicht mehr gross beeinflussbare Sensibilitätsstörung an der Nase und der Stirnflanke trigeminal (vgl. UV-act. I. 55, 59). Das Ergebnis einer MRI-Untersuchung des Neurocraniums durch Dr. H. ___ vom 13. August 2008 war altersentsprechend und ohne Nachweis von posttraumatischen Läsionen (UV-act. I. 76). Der Suva-Versicherungsmediziner Dr. R. ___ erachtete im Bericht vom 6. Dezember 2010 die Missempfindungen bzw. Taubheit insbesondere in der rechten Gesichtshälfte als zwar nachvollziehbar, jedoch nicht in einem behindernden oder erhebliche Einschränkungen verursachenden Grade (UV-act. I. 148). Diese Einschätzung bestätigte Kreisarzt Dr. X. ___ in der Stellungnahme vom 1. Dezember 2014 (UV-act. I. 225). Die Feststellung von Dr. L. ___ im Bericht vom 4. Mai 2010, der Beschwerdeführer habe beim Unfall vom 6. November 2006 auch intrakranielle Beschädigungen des Frontallhirns erlitten, deren Symptome sich noch heute klinisch und mittels apparativer Methoden nachweisen liessen, lässt sich anhand der vorliegenden medizinischen Akten nicht bestätigen. Die von ihm bezüglich verschiedener MRI-Bilder gemachten Äusserungen (UV-act. I. 127-2) erscheinen zudem - wie von Prof. N. ___ in einer Stellungnahme vom 4. August 2010 erklärt - hypothetisch (UV-act. I. 133) und sind damit ohne Beweiskraft. Das überwiegend wahrscheinliche Vorliegen einer somatischen Hirnverletzung lässt sich damit jedenfalls nicht bestätigen. Im Übrigen spricht auch Dr. L. ___ davon, dass einige MRI-Bilder des Gehirns ohne pathologischen Befund gewesen seien. 5.3 Anlässlich der psychologischen Untersuchung im KSSG vom 27. April 2010 zeigten sich sodann beim Beschwerdeführer aus neuropsychologischer Sicht leichte kognitive Funktionsstörungen (UV-act. 126). Die diesbezügliche Aussage von Prof. N. ___ vom 4. August 2010 - die neuropsychologische Untersuchung am KSSG decke Störungen auf diesem Fachgebiet inklusive Psychiatrie auf, die somatisch nicht zu begründen seien (UV-act. I. 133) - erscheint schlüssig und nachvollziehbar (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 6). So hält auch Dr. R. ___ in der neurologischen Beurteilung vom 6. Dezember 2010 fest, dass die festgestellten neuropsychologischen Auffälligkeiten mit Hinweis auf eine leichte kognitive Beeinträchtigung, jedoch gleichzeitig vorliegender affektiver Störung, auf das Konto einer Depression gingen. Er begründet schlüssig und überzeugend, dass bei nachweisbar fehlender organischer Läsion des Gehirns eine auffällige neuropsychologische Testung keineswegs als Beleg für eine irgendwie traumaassoziierte Läsion gewertet werden könne, da die neuropsychologischen Testergebnisse in einem hohen Masse von Arbeitsfähigkeit und Compliance des Patienten abhingen. Diese könnten aus vielen Gründen (z.B.

Depression, Ermüdung, Vortäuschung usw.) gestört sein (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. April 2007, U 321/06, E. 4.1 mit Hinweisen; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 318 E. 3; BGE 119 V 343 E. 3c; B.P. RADANOV, Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, SZS 1996, S. 471 ff.). Prof. Q.____ und lic. phil. V.____ erklärten im Untersuchungsbericht vom 1. September 2014 gleichfalls, das kognitive Störungsmuster sei am ehesten mit einer psychischen Ursache zu vereinbaren (UV-act. I. 220). 5.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin in Bezug auf somatische Unfallfolgen zu Recht per 31. Dezember 2014 die vorübergehenden Versicherungsleistungen - Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen - eingestellt hat. Es ist ihr darin zuzustimmen, dass keine wesentliche Verbesserung der körperlichen bzw. somatischen Auswirkungen der beim Unfall vom 6. November 2006 erlittenen Kopf-/Gesichtsverletzungen mehr erwartet werden konnte. Die somatischen Restbeschwerden stuft sie sodann richtigerweise als derart gering ein, dass derentwegen weder eine Invalidenrente noch eine Integritätsentschädigung geschuldet sei.

E. 6

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

E. 6.1

6.1.1 Wenige Monate nach dem Unfall vom 6. November 2006 traten beim Beschwerdeführer zunehmend psychische Beschwerden auf (UV-act. I. 17-2). Am 28. März 2007 stellte der damalige Kreisarzt Dr. D.____ fest, dass der Beschwerdeführer den Unfall psychisch noch nicht optimal bzw. unvollständig verarbeitet habe (UV-act. I. 19). Knapp ein Jahr später, d.h. am 26. Februar 2008, erklärte Kreisarzt und Chirurg Dr. F.____, dass sich der Beschwerdeführer von den psychischen Folgen des Unfallereignisses erholt habe, stuft aber gleichzeitig die Erinnerungen an das Ereignis noch als belastend ein (UV-act. I. 55). Dr. I.____ erklärte sodann in einem Bericht vom 18. August 2008 und damit vor dem zweiten Arbeitsunfall vom 10. Februar 2011, dass die psychische Situation des Beschwerdeführers von einem Psychiater zu beurteilen sei (UV-act. I. 77). Ebenso erklärte Prof. N.____ in einer Stellungnahme vom 7. Februar 2009, dass am ehesten noch durch eine psychiatrische Exploration ein Schlüssel für den dauerhaften Krisenzustand des Beschwerdeführers gefunden werden könnte (UV-act. I. 107). Prof. Q.____, Dr. phil. O.____ und dipl. Psych. P.____ gingen im Bericht vom 29. April 2010 davon aus, dass der Beschwerdeführer aufgrund der durch den Arbeitsunfall bedingten körperlichen und geistigen Einschränkungen und der Schmerzsymptomatik den hohen Anforderungen nicht mehr habe gerecht werden können und sich im Zuge der dauernden Überforderung eine affektive Störung entwickelt habe, in deren Bereich Hinweise auf eine Depression mit den Symptomen Niedergeschlagenheit, Antriebsmangel, Interessenverlust, Reizbarkeit, sozialer Rückzug und Schlafstörungen mit frühmorgendlichem Erwachen bestünden. Therapeutisch stehe die dringende Behandlung der depressiven Störung im Vordergrund, in deren Rahmen auch die beschriebenen Schlafstörungen eingeordnet würden (UV-act. I. 126). Dr. R.____ wies in seiner neurologischen Beurteilung vom 6. Dezember 2010 darauf hin, dass trotz der deutlichen Anzeichen für eine depressive Entwicklung, keine psychiatrische Abklärung in die Wege geleitet worden sei (UV-act. I. 148-8). Im neurologischen Gutachten vom 28. August 2012 stuft Dr. V.____ den Unfall im Jahr 2006 als ein besonders schweres, eindruckliches Erlebnis mit grosser Belastung und Angst ein und stellte fest, dass die

posttraumatische Belastungsstörung leider nie fachgerecht behandelt worden sei (UV-act. I. 193-7). Im Sommer 2013 begab sich der Versicherte in psychiatrische Behandlung. Von Prof. Q.____ und lic. phil. V.____ wurde im Bericht des KSSG vom 1. September 2014 - und damit noch vor dem dritten Unfall vom 8. September 2014 - erklärt, dass es Hinweise für mittelschwer ausgeprägte depressive Symptome und einen deutlich ausgeprägten Leidensdruck gebe. Empfohlen wurde die Fortsetzung der psychiatrischen Behandlung (UV-act. I. 220). Psychiater W.____ diagnostizierte am 3. November 2014, 4. März 2015 und 26. Januar 2016 eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10: F33.1) und eine anhaltende Persönlichkeitsveränderung mit ausgeprägten narzisstischen Anteilen und starkem sozialen Rückzug nach traumatischem Erlebnis bzw. eine andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0; UV-act. I. 223, 234, act. G 1.1). Vom 17. November bis 19. Dezember 2014 wurde der Beschwerdeführer im Psychiatrischen Y.____ stationär behandelt. Die Ärzte diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) und eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0; UV-act. I. 235).

6.1.2 Die Aktenlage in Erwägung 6.1.1 zeigt auf, dass bereits wenige Monate nach dem ersten Unfall das Auftreten von psychischen Beschwerden dokumentiert war und behandelnde sowie begutachtende Ärzte schon früh auf den abklärungsbedürftigen psychischen Zustand des Beschwerdeführers hingewiesen hatten. Die Beschwerdegegnerin veranlasste jedoch weder eine fachärztliche Behandlung noch eine psychiatrische Begutachtung. Fachärztlich wurden die psychischen Leiden erst am 3. November 2014 (UV-act. I. 223) bzw. nach dem stationären psychiatrischen Klinikaufenthalt vom 17. November bis 19. Dezember 2014 (vgl. UV-act. I. 235) diagnostiziert. Zum Leistungseinstellungs-/Rentenprüfungszeitpunkt (31. Dezember 2014) war der Beschwerdeführer zudem weiterhin in psychiatrischer Behandlung. Trotzdem erliess die Beschwerdegegnerin ohne Einholung eines psychiatrischen Gutachtens ihre leistungs-einstellende Verfügung vom 12. Dezember 2014 bzw. ihren Einspracheentscheid vom 30. Dezember 2015 basierend auf der Stellungnahme des Kreisarztes Dr. X.____ vom 1. Dezember 2014 sowie auf dem Bericht des Suva-Versicherungsmediziners Dr. R.____ vom 6. Dezember 2010 (vgl. UV-act. I. 148, 225). Bei den Ärzten handelt es sich um einen Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates bzw. um einen Neurologen. Die ärztliche Stellungnahme und der Bericht enthalten denn auch keine Würdigung der psychischen Leiden. Bezüglich einer Besprechung mit dem Beschwerdeführer vom 12. August 2010 hatte die Beschwerdegegnerin protokolliert, dass eine psychiatrische Behandlung im Moment noch nicht im Vordergrund stehe. Es werde zugewartet bzw. eine Prüfung erfolge zu einem späteren Zeitpunkt (vgl. UV-act. I. 135). Gemäss Aktenstand veranlasste die Beschwerdegegnerin jedoch nie eine psychiatrische Begutachtung, obwohl auch die Suva-Ärzte auf die Abklärungsbedürftigkeit der psychischen Leiden hingewiesen haben. Der Behandlungsfokus lag über Jahre hinweg auf Coaching-/Unterstützungsprogrammen sowie Physio- und Ergotherapien. Erst im Jahr 2013 und damit mehr als sechs Jahre nach dem ersten Unfall erhielt der Beschwerdeführer eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung (vgl. UV-act. I. 24, 172, 223).

6.1.3 Aufgrund des Gesagten und der Aktenlage muss davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer infolge des Unfalls vom 6. November 2006 an psychischen Leiden erkrankte. Nicht geklärt ist jedoch, inwiefern die zum

Leistungseinstellungs-/Rentenprüfungszeitpunkt (31. Dezember 2014) vorhandenen psychischen Leiden noch auf den Unfall vom 6. November 2006 zurückzuführen sind. Bei Bejahung eines natürlichen Kausalzusammenhangs wäre ausserdem ungeklärt, ob sich im Leistungseinstellungszeitpunkt durch die Fortsetzung einer psychiatrischen Behandlung der psychische Gesundheitszustand noch namhaft hätte verbessern lassen und damit der Fallabschluss allenfalls zu früh erfolgt wäre (vgl. Erwägung 2.2).

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

E. 6.2

6.2.1 Weitere Abklärungen bezüglich der natürlichen Unfallkausalität der psychischen Leiden des Beschwerdeführers können auch deshalb nicht unterbleiben, weil sich basierend auf den vorliegenden medizinischen Unterlagen die Adäquanz der psychischen Leiden zum Unfall vom 6. November 2006 nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneinen lässt (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 20. März 2008, 8C_217/2008, E. 7.3).

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

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

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

6.2.4 Die Beschwerdegegnerin stuft den Unfall vom 6. November 2006 als mittelschweren Unfall im mittleren Bereich ein und beruft sich dabei auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung (Urteil des EVG vom 29. September 2004, U 25/04, E. 5.2.1; vgl. act. G 1.2-17). Im erwähnten Fall wurde eine Person bei Reinigungsarbeiten in vornübergebeugter Stellung an einem Reinigungstrog durch den sich jeweils nach 10 Minuten langsam schliessenden Deckel (Sicherheits-/Brandschutzmassnahme) am Hinterkopf getroffen und verletzt. Eine Übereinstimmung zwischen diesem Ereignis und dem vorliegend zu beurteilenden Unfall besteht insofern, als in beiden Fällen der Verunfallte eine Kopfverletzung erlitt. Der vorliegend zu beurteilende Unfall weicht jedoch insofern vom anderen ab, als die Reparaturarbeiten nicht an einem gewöhnlichen, ortsfesten Arbeitsplatz mit entsprechenden Schutzmassnahmen/-einrichtungen erfolgten. So musste der Beschwerdeführer die Reparaturarbeiten nicht nur im Liftschacht auf dem Liftkabinendach sondern auch noch bei sich in Fahrt befindlicher Liftkabine durchführen. Der Kopf des Beschwerdeführers wurde denn auch nicht wie im Vergleichsfall "lediglich" von einem Gegenstand (Trogdeckel) getroffen, sondern der Kopf wurde zwischen einer in den Liftschacht ragenden, fest montierten Einrichtung (Schwellenverkleidung der Etagentüre) und den Liftkabinendachaufbauten (Schutzblech für die Türöffnungsmechanik) eingeklemmt und durch die sich in Fahrt befindliche Liftkabine zusammengequetscht. Der Beschwerdeführer konnte zu diesem Zeitpunkt objektiv betrachtet nicht mehr damit rechnen, dass er seinen eingeklemmten Kopf befreien und einer schwersten bzw. gar tödlichen Verletzung entgehen können würde, denn beim Auftreten eines Widerstandes am Liftschacht oder im Lift selber fährt der Lift in der Regel weiter. Auf dem Liftkabinendach gibt es keine Schutzeinrichtungen für Personen. Nur ein glücklicher, nicht voraussehbarer Umstand rettete ihm das Leben. So waren die auf den Kopf einwirkenden Kräfte so gross, dass sich das erwähnte Schutzblech verbog und diese die Türöffnungsmechanik beschädigte, worauf die Motorschutzeinrichtung ansprach und den Lift stoppte. Die Liftkabine nahm daraufhin eine Position ein, welche es dem Beschwerdeführer erlaubte, seinen Kopf zu befreien (vgl. UV-act. I 15). Vorliegend ist deshalb im Vergleich zum Vergleichsfall von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen auszugehen.

6.2.5 Gemäss der Rechtsprechung müssen bei mittelschweren Unfällen weitere Kriterien in die Beurteilung einbezogen werden. Die wichtigsten Kriterien sind: besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere

Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; körperliche Dauerschmerzen; ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Die Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz (vgl. BGE 115 V 133, E. 6c). Das Kriterium der besonderen Eindrücklichkeit bzw. der besonders dramatischen Begleitumstände dürfte bezüglich des Unfalls vom 6. November 2006 angesichts der Ausführungen in Erwägung 6.2.4 erfüllt sein. Im gleichen Sinn bezeichnete Dr. V. ___ den Unfall vom 6. November 2006 als ein besonders schweres, eindruckliches Ereignis, verbunden mit grosser Belastung und Angst (UV-act. I. 193-7). Ein weiterer Hinweis für eine besondere Eindrücklichkeit bzw. besonders dramatische Begleitumstände des Unfalls vom 6. November 2006 ist auch in der sowohl von Dr. V. ___ (UV-act. I. 193-6) als auch von Psychiater W. ___ (UV-act. I. 223) und vom Psychiatrischen Zentrum (UV-act. I. 235) gestellten Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung zu sehen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Adäquanz der psychischen Problematik zum Unfall vom 6. November 2006 bejaht werden könnte.

E. 7

7.1 Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die unfallbedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers bezüglich der Folgen des Unfalls vom 6. November 2006 aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht abschliessend beurteilen lässt, weshalb sich der medizinische Sachverhalt als unvollständig erweist. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird in Ergänzung der aufliegenden Akten sowie unter Berücksichtigung der kritisierten Punkte abzuklären haben, welche unfallbedingten psychischen Beeinträchtigungen (noch) vorliegen und wie weit diese die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers einzuschränken vermögen. Danach wird sie erneut über den Anspruch des Beschwerdeführers zu entscheiden haben. In diesem Sinne ist die Beschwerde in Aufhebung des Einspracheentscheids vom 30. Dezember 2015 gutzuheissen. 7.2 In Bezug auf die Übernahme der Kosten für die Handgelenksoperationen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 30. Dezember 2015 abzuweisen. 7.3 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). 7.4 Eine Parteientschädigung kann dem Beschwerdeführer trotz teilweisen Obsiegens nicht zugesprochen werden, da er im vorliegenden Verfahren nicht anwaltlich vertreten war, sondern seine Sache selbst geführt hat und ausserordentliche Umtriebe nicht ausgewiesen sind. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 30. Dezember 2015 hinsichtlich der Leistungseinstellung per 31. Dezember 2014, was den Unfall vom 6. November 2006 betrifft, aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen,

neu über den Anspruch des Beschwerdeführers entscheide. 2. In Bezug auf die Kostenübernahme für die Handgelenksoperationen wird die Beschwerde abgewiesen. 3. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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