

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/39 vom 21. Juli 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-07-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2020_39

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/39 du 21 juillet 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/39 del 21 luglio 2021

Regeste

Art. 18 UVG. Art. 24 f. UVG. Im Zeitpunkt des Fallabschlusses lagen noch gewisse unfallkausale somatische Beschwerden vor. Die natürliche Kausalität der psychischen Beschwerde lässt sich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beurteilen. Da die Adäquanz der psychischen Beschwerde möglicherweise zu bejahen ist, ist die Streitsache zu weiteren medizinischen Abklärungen in Bezug auf die psychischen Beschwerden und neuer Verfügungen zurückzuweisen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Juli 2021, UV 2020/39).

Volltext

Entscheid vom 21. Juli 2021 Besetzung Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Katja Blättler Geschäftsnr. UV 2020/39 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas, Advokatur Glavas AG, Haus zur alten Dorfbank, 9313 Muolen, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ war bei der B.____ AG in der Giesserei tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten obligatorisch versichert. Am 26. November 2011 stieg er auf einen Schmelzofen, um einen klemmenden Gegenstand vom Ofendeckel zu entfernen. Dabei rutschte er aus, stürzte aus rund drei Metern Höhe zu Boden und zog sich verschiedene Verletzungen zu (Suva-act. 1, 22-4, 102-2). Die gleichentags erstbehandelnden Ärzte des Spitals C.____ diagnostizierten eine distale intraartikuläre Radiusfraktur links mit Abriss des Processus styloideus ulnae, eine Chauffeurfraktur ohne Dislokation des rechten Handgelenks, eine Kniekontusion links mit traumatisierter Patella bipartita mit mehrfacher lateraler, nicht dislozierter Patellalängsfraktur mit Knorpelrissen und einer Tendinopathie des medialen Retinaculum mit Verdacht auf Partialruptur unmittelbar am patellaren Ansatz und einem horizontal verlaufenden Riss des medialen Meniskuscorpus sowie eine Kontusion des rechten Vorderfusses und ein leichtes Supinationstrauma des oberen Sprunggelenks (OSG) rechts (Suva-act. 22-2 ff.). Am 27. November 2011 unterzog sich der Versicherte im Spital C.____ einer Plattenosteosynthese am distalen Radius links (Suva-act. 21-2 f.). Am 29. November 2011 erfolgte die Anlage von Unterarm-Scotchcasts beidseits. Die behandelnden Ärzte des Spitals C.____ attestierten dem Versicherten vom 26. November bis 8. Dezember 2011 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. 22-2 ff., vgl. Suva-act. 16). Die Suva kam für die Folgen des Unfalls auf (Suva-act. 2, 6). Nachdem ein ab 6. Februar 2012 mit einem Pensum von 50 % geplanter Arbeitsversuch aufgrund anterolateraler Knieschmerzen

links gleichentags gescheitert war, attestierte Dr. med. D.____, Allgemeine Medizin FMH, dem Versicherten ab 22. Februar 2012 wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. 35, 39, 43, 50-2). Ab 12. März 2012 bescheinigte Dr. D.____ dem Versicherten sodann eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Suva-act. 44, 49, 63, 66). Aufgrund des Verdachts auf eine lunotriquetrale (LT) Bandläsion am rechten Handgelenk (vgl. Suva-act. 77) unterzog sich der Versicherte am 29. August 2012 im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) einer diagnostischen Arthroskopie rechts (Suva-act. 84, 86). Dabei konnten die zuständigen Ärzte Dr. med. E.____, Oberarzt, und Prof. Dr. med. F.____, Chefarzt, den erwähnten Verdacht bestätigen und eine ausgeprägte LT-Instabilität feststellen (Suva-act. 85). Am 17. September 2012 wurde im KSSG eine Arthrodesse des LT-Gelenks mit Spongiosa vom distalen Radius rechts durchgeführt. Prof. F.____ attestierte dem Versicherten vom 17. September bis 1. Oktober 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. 90 f.). Am 26. September 2012 berichteten die zuständigen Ärzte des KSSG über antero-laterale Kniegelenksbeschwerden (Suva-act. 92). Nach Durchführung von zwei Infiltrationen (vgl. Suva-act. 93, 95, 98) und einer MRI-Untersuchung (vgl. Suva-act. 114) befanden sie am 19. November 2012, die Fraktur sei vollständig konsolidiert und verheilt. Es bestehe nach dem Trauma ein Knorpelriss retropatellär, der sicher auch für die Kniebeschwerden verantwortlich sein könnte. Sie hofften, dass die Beschwerden mit Physiotherapie und muskelaufbauenden Übungen reduziert werden könnten (Suva-act. 104). Prof. F.____ berichtete am 5. Februar 2013, es bestehe ein Verdacht auf ein Sulcus ulnaris Syndrom links mehr als rechts. Der Versicherte klagte weiterhin über starke Schmerzen sowie ein hartnäckig persistierendes Schnappphänomen ulnar. Es bleibe vorerst unklar, wo die Schmerzen herrührten (Suva-act. 128). Nach Durchführung weiterer Untersuchungen (vgl. Suva-act. 134, 142, 144) unterzog sich der Versicherte am 25. April 2013 im KSSG einer Osteotomie des Processus styloideus radii rechts und einer Denervierung des Nervus interosseus posterior. Prof. F.____ attestierte ihm vom 25. April bis 25. Mai 2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. 154 f.). Dr. med. G.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 21. Mai 2013, sie behandle den Versicherten seit 14. Januar 2013. Dieser leide unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F41.1) nach dem Arbeitsunfall vom 26. November 2011 und einer mittelgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.1). Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Versicherte für die angestammte Tätigkeit als Gipser (gemeint wohl: Giesser) zu 100 %, in einer adaptierten Tätigkeit zu 70 % arbeitsunfähig (Suva-act. 158). Dr. E.____ und Prof. F.____ berichteten am 1. Juli 2013, die Handgelenksdenervation habe die Schmerzen nur gelindert, der Versicherte sei mit dem Resultat noch nicht ganz zufrieden. Die Handwurzelinstabilität sei komplex, im Moment schienen radiocarpale Inkongruenzen in den Vordergrund zu treten (Suva-act. 166). Am 2. September 2013 hielten sie fest, eine MRI-Untersuchung habe etwas degenerative Veränderungen im Radiocarpal-Bereich, vor allem in der Fossa scaphoidea und nur wenig in der Fossa lunata, gezeigt. Der Versicherte habe einen Schnappfinger. Betreffend die Tendovaginitis stenisans zeige sich eine exquisite Druckdolenz über dem A1-Ringband des Mittelfingers mit deutlichem Krepitieren bei Flexion und Extension. Es sei eine erweiterte Teilarthrodese mit 4-Corner-Fusion geplant (Suva-act. 177). Im Sinne einer Zweitmeinung (vgl. Suva-act. 178) äusserte sich PD Dr. med. H.____, FMH Orthopädie und Handchirurgie, Bern, am 5. November 2013 zum geplanten operativen Eingriff (Suva-act. 190). Dr. med. I.____, Fachärztin für Chirurgie FMH, Kompetenzzentrum der Suva für Versicherungsmedizin, beurteilte am 19. Dezember 2013, es liege eine ausserordentlich komplexe Situation vor. Sie empfahl, den

behandelnden Handchirurgen des KSSG die Entscheidung über eine weitere Operation zu überlassen (Suva-act. 196). Nach weiteren Untersuchungen durch Dr. E. ___ und Prof. F. ___ (vgl. Suva-act. 219, 221, 229) unterzog sich der Versicherte am 4. April 2014 im KSSG einer 4-Corner-Fusion mit Scaphoidektomie und einer Spaltung des A1-Ringbandes Dig III Hand rechts (Suva-act. 233). Prof. F. ___ attestierte dem Versicherten vom 4. April bis 30. Mai 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. 231 f.). Am 10. Juli 2014 berichtete Prof. F. ___, der Versicherte klage über persistierende Schmerzen vor allem radial und ulnar im Handgelenk. Bei Verdacht auf ein radiocarpales Impingement am Processus styloideus radii sei eine Infiltration indiziert (Suva-act. 241). Am 28. August 2014 hielt er fest, es persistierten diffuse Schmerzen im rechten Handgelenk. Der Versicherte sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (Suva-act. 244). Nach einem Untersuchen am 15. September 2014 befand Prof. F. ___, es bestehe eine Subluxation des rechten Handgelenks, das radioskaphokapitale Band sei insuffizient (Suva-act. 252). Er führte deshalb am 24. September 2014 eine Handgelenks-Revision mit Rekonstruktion des radioskaphokapitalen Bandes mit Extensor carpi radialis brevis-Streifen durch (Suva-act. 258). Er attestierte dem Versicherten vom 25. September bis 31. Oktober 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. 260). Prof. F. ___ hielt sodann am 17. Dezember 2014 fest, die Handgelenksbeweglichkeit rechts sei weiterhin eingeschränkt. Auch kleinere Bewegungen verursachten Schmerzen und Schnappphänomene. Unter diesen Umständen sei der Versicherte nicht arbeitsfähig. Er glaube, um die Situation nun schmerzfrei zu einem Abschluss zu bekommen, bleibe nur noch eine Handgelenkseinstellung übrig (Suva-act. 270, vgl. Suva-act. 272). Am 4. Februar 2015 führte Prof. F. ___ die vorgeschlagene Handgelenksarthrodese rechts sowie eine Metallentfernung durch (Suva-act. 280, 283). Am 23. April 2015 berichtete Prof. F. ___, radiologisch zeige sich eine konsolidierte Arthrodese ohne Hinweis auf Lockerung oder Dislokation. Aufgrund der geklagten Beschwerden im Ulnokarpalgelenk nehme er eine Infiltration vor. Derzeit sei der Versicherte noch zu 100 % arbeitsunfähig, eine Teilarbeitsfähigkeit könne aber geplant werden (Suva-act. 291). Prof. F. ___ hielt am 22. Mai 2015 fest, er unterstütze den geplanten Arbeitsversuch sehr. Der Tätigkeit als Giesser in der Schmelzerei könne der Versicherte sicherlich nicht mehr nachgehen, für eine angepasste Tätigkeit sei aber eine Teilarbeitsfähigkeit vorhanden (Suva-act. 293). Ab 1. Juni 2015 unternahm der Versicherte bei der B. ___ AG einen Arbeitsversuch, welcher jedoch gleichentags scheiterte (Suva-act. 294 f., 297 f.). Suva-Kreisarzt Dr. med. J. ___, Facharzt für Chirurgie FMH, untersuchte den Versicherten am 16. Juni 2015 und beurteilte am 24. Juni 2015, es lägen noch Belastungsbeschwerden vor allem am rechten Handgelenk und weniger auch am linken Handgelenk und am linken Knie vor. Bezüglich des Handgelenks rechts sei die Frage des Endzustandes wahrscheinlich zu bejahen. Falls Prof. F. ___ anlässlich der nächsten Kontrolluntersuchung keine medizinischen Massnahmen mehr vorsehe, könne der Abschluss empfohlen werden. Am linken Knie sei die Situation soweit konsolidiert stabil, sodass keine weiteren medizinischen Massnahmen vorzusehen seien (Suva-act. 309). Prof. F. ___ befand am 29. Juni 2015, eine Metallentfernung sei frühestens im Frühjahr 2016 gestattet. Aufgrund der Schmerzen könne der Versicherte seiner alten Tätigkeit nicht nachgehen, er sei noch zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Prinzipiell dürfe das Handgelenk belastet und eingesetzt werden. Er bitte die Suva, dem Versicherten bei der Suche einer leichten Tätigkeit behilflich zu sein (Suva-act. 311). Nach einem weiteren gescheiterten Arbeitsversuch am 31. August 2015 (vgl. Suva-act. 315, 319) kündigte die B. ___ AG dem Versicherten mit Schreiben vom 22. September 2015 per 31. Dezember 2015 (Suva-act. 323). Dr. med.

K.____, Facharzt FMH für Chirurgie und Handchirurgie, befand am 23. Oktober 2015, die Situation sei äusserst komplex. Es sei nicht sicher, ob die Schmerzen nach einer Metallentfernung besser würden. Allenfalls könnte eine Versteifung zwischen Handwurzel und Mittelhand und eine Verkürzungs- oder eine Umstellungsoperation im Bereich des Ellenköpfchens auch noch zusätzlich eine Verbesserung bringen. Die Arbeitsfähigkeit in seinem angestammten Beruf als Giesser sei mit dieser Hand nicht gegeben (Suva-act. 325). Am 1. Juli 2016 befand Prof. F.____, aufgrund der persistierenden Schmerzhaftigkeit und bei computertomographisch nachgewiesener fehlender Durchbauung (vgl. Suva-act. 342) werde nun die operative Revision mittels Beckenkammspongiosa-Plastik geplant (Suva-act. 345). Am 10. August 2016 führte Prof. F.____ die genannte Operation durch und attestierte dem Versicherten vom 10. bis 28. August 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. 348 f.). Prof. F.____ berichtete am 9. Februar 2017, es sei am linken Handgelenk zu einer deutlichen Synovialitis gekommen, er empfehle die Metallentfernung. Bezüglich des rechten Handgelenks berichte der Versicherte immer noch über Schmerzen. Radiologisch zeige sich eine weiterhin bestehende ausbleibende Heilung und eine ausbleibende knöcherne Konsolidierung. Distal seien Schrauben gebrochen. Sollten die Beschwerden rechts nicht zur Ruhe kommen, wäre nochmals eine Revision mit Plattenwechsel und Spongiosa-Plastik erforderlich. Derzeit sei der Versicherte weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (Suva-act. 360). Am 27. Februar 2017 führte Prof. F.____ eine Metallentfernung und eine Tenolyse am Handgelenk links durch (Suva-act. 364). Prof. F.____ hielt am 16. Mai 2017 fest, der Versicherte sei bezüglich des linken Handgelenks nun gut zufrieden. Rechts zeige sich immer noch eine Wackelbeweglichkeit und eine Schmerzhaftigkeit im Handgelenk. Um eine knöcherne Durchbauung zu erzielen, sei nun ein weiterer operativer Eingriff geplant (Suva-act. 372). Am 23. Mai 2017 führte Prof. F.____ eine Metallentfernung, eine Spongiosaplastik vom rechten Becken sowie eine Re-Verplattung mit Aptus Handgelenksarthodesen-Platte durch (Suva-act. 377). Er attestierte dem Versicherten vom 22. Mai bis 2. Juli 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. 376). Prof. F.____ berichtete am 15. August 2017, die Durchbauung am Handgelenk rechts sei zunehmend, dauere aber wahrscheinlich noch ein klein wenig länger. Der Verlauf sei derzeit sehr positiv, der Versicherte sei aber noch zu 100 % arbeitsunfähig (Suva-act. 380). Am 15. November 2017 hielt Prof. F.____ fest, beide Hände dürften im Wesentlichen eingesetzt werden (Suva-act. 384). Am 9. Januar 2018 befand Prof. F.____ sodann, aus seiner Sicht dürfe der Versicherte mit der rechten Hand alles machen. Eine Metallentfernung sei noch nicht indiziert, Hinweise auf eine Pseudarthroseentwicklung sehe er nicht. Der Versicherte sei aufgrund zahlreicher Beschwerden, derzeit auch einer Coxarthrose rechts und Kniegelenksarthrose, nicht mehr in der Lage, auch im Hinblick auf seine rechte Hand seiner alten Tätigkeit nachzugehen. Gegenwärtig sei er weiterhin arbeitsunfähig und eine "Invaliditätserklärung" sicherlich zu überlegen (Suva-act. 386). Prof. F.____ berichtete am 19. März 2019, aufgrund einer linksbetonten Nervus ulnaris-Schwäche sei eine elektrophysiologische Untersuchung geplant. Er sehe keine Indikation zur Metallentfernung. Er glaube, dass dadurch die Arbeitsfähigkeit, die derzeit noch 100 % (gemeint wohl: 0 %) betrage, nicht verbessert werde (Suva-act. 399). Die elektrophysiologische Untersuchung ergab einen grenzwertigen Befund, weshalb Prof. F.____ am 16. April 2019 ausführte, eine Dekompression des Nervus ulnaris sei erst bei zunehmender Schwäche und Kribbelparästhesien empfehlenswert (Suva-act. 401). Suva-Kreisarzt Dr. med. L.____, Facharzt für Chirurgie, speziell Unfallchirurgie, führte am 2. Juli 2019 eine Abschlussuntersuchung durch und beurteilte am 15. Juli 2019, es lägen

noch Funktionseinschränkungen am rechten und linken Handgelenk sowie Restbeschwerden im linken Kniegelenk vor. Es bestehe ein stabiler medizinischer Dauerzustand, der nicht durch weitere Behandlungsmassnahmen gebessert werden könne. Daher könne der administrative Fallabschluss erfolgen. Über den Behandlungsabschluss hinaus sei lediglich die Schmerzmedikation mit Dafalgan nach Bedarf dauerhaft zu übernehmen. Die angestammte Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar, eine angepasste Tätigkeit sei jedoch ganztags mit einem Pensum von 100 % möglich (Suva-act. 417). Den Integritätsschaden schätzte Dr. L.____ gleichentags auf 45 % (Suva-act. 418). Am 14. Oktober 2019 teilte die Suva dem Versicherten mit, sie stelle die Heilkosten- und Taggeldleistungen per 1. November 2019 ein. Für die Kosten der Schmerzmedikation mit Dafalgan nach Bedarf werde sie jedoch weiterhin aufkommen (Suva-act. 428). Dr. G.____ beurteilte am 23. Oktober 2019, aus rein psychiatrischer Sicht sei der Versicherte für seine angestammte Tätigkeit als Giesser zu 100 % arbeitsunfähig. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % (Suva-act. 433). Mit Verfügung vom 3. Dezember 2019 sprach die Suva dem Versicherten mit Wirkung ab 1. November 2019 eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 17 % und eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 45 % zu. Sie verneinte ihre Leistungspflicht hinsichtlich der psychogenen Störungen mangels Adäquanz (Suva-act. 438). Dagegen erhob der Versicherte am 6. Dezember 2019 Einsprache (Suva-act. 443, vgl. Begründung vom 20. Januar 2020; Suva-act. 450). Mit Entscheid vom 5. Mai 2020 wies die Suva die Einsprache ab (Suva-act. 455). Gegen den Einspracheentscheid vom 5. Mai 2020 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 6. Juni 2020 Beschwerde. Er beantragte darin, dieser sei aufzuheben und es sei ihm mindestens eine 50%ige Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung wegen der psychischen Unfallfolgen zu gewähren. Eventualiter sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Streitsache zwecks Neuabklärung an die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1). Die Beschwerdegegnerin beantragte am 17. August 2020 die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. G3). Mit Replik vom 22. September 2020 und Duplik vom 13. Oktober 2020 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest (act. G5, G7). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine höhere Invalidenrente und eine höhere Integritätsentschädigung als von der Beschwerdegegnerin bereits zugesprochen. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). 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). 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, Kommentar zum schweizerischen 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 des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht regelmässig auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (KOSS UVG-Nabold, N 53 und 59 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 und 58; BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2 sowie in BGE 135 V 465 nicht publizierte E. 2 des Urteils 8C_216/2009 vom 28. Oktober 2009, je mit Hinweisen). Bei physischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, BGE 127 V 103 E. 5b/bb; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung nach der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133, E. 6c/aa, vorzunehmen. 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. Um den Gesundheitszustand und insbesondere das Ausmass der Arbeitsfähigkeit beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen oder von beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, kann rechtsprechungsgemäss ebenfalls Beweiswert beigemessen werden (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.7; RKUV 1997 Nr. U 281 E. 1a S. 281 f.). Vorab ist festzuhalten, dass der von der

Beschwerdegegnerin per 1. November 2019 vorgenommene Fallabschluss (vgl. Suva-act. 428, 438) aktenmässig ausgewiesen (vgl. Suva-act. 417) und unbestritten ist. Entsprechend erfolgte in zeitlicher Hinsicht die Prüfung eines Rentenanspruchs per 1. November 2019 zu Recht (vgl. Art. 19 Abs. 2 UVG). Dasselbe gilt in Bezug auf den Zeitpunkt der Festlegung der Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 2 UVG). Im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 1. November 2019 lagen beim Beschwerdeführer unbestritten noch organisch objektivierbare Unfallfolgen vor. Kreisarzt Dr. L.____ hatte am 15. Juli 2019 festgehalten, es bestünden eine Funktionseinschränkung des rechten Handgelenks nach konsolidierter Handgelenksarthrose mit dadurch Minderbelastbarkeit des rechten Handgelenks, eine Funktionseinschränkung mit Minderbelastbarkeit des linken Handgelenks bei unfallkausaler mittelschwerer Handgelenksarthrose und Restbeschwerden im linken Kniegelenk (Suva-act. 417). Ausserdem litt der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Fallabschlusses unbestritten unter psychischen Beschwerden. Er war seit Januar 2013 in psychiatrischer Behandlung bei Dr. G.____. Diese diagnostizierte eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F41.1) und eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.1; Suva-act. 158, vgl. auch Suva-act. 210, 433). In ihrem Bericht vom 23. Oktober 2019 befand Dr. G.____, der Beschwerdeführer habe deutliche Konzentrationsschwierigkeiten, Alpträume und Flashbacks. Er habe ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten bezüglich des Ortes des Geschehens (Arbeitsplatz) nach dem Unfall entwickelt und die Kontakte mit anderen Menschen im Allgemeinen reduziert. Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Giesser zu 100 % arbeitsunfähig. Für eine seiner Behinderung angepasste Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % (Suva-act. 433). Dr. G.____ äusserte sich nicht konkret zur natürlichen Kausalität der psychischen Beeinträchtigungen. Abgesehen von zwei weiteren Berichten und einigen Arbeitsunfähigkeitsattesten von Dr. G.____ (vgl. Suva-act. 145, 156, 158, 170, 186, 210, 328) liegen keine in psychiatrischer Hinsicht relevanten ärztlichen Beurteilungen im Recht. Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den geltend gemachten Beschwerden und dem Unfall vom 26. November 2011 kann deshalb nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beurteilt werden. Ausgehend von der neueren bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. Februar 2021, 8C_289/2020, E. 6.1) kann im vorliegenden Fall die ungeklärte Tatbestandsfrage in Bezug auf die natürliche Kausalität der zur Diskussion stehenden psychischen Beschwerden nicht mit der Begründung offengelassen werden, der Kausalzusammenhang könne ohnehin nicht als adäquat qualifiziert werden. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, lässt sich die adäquate Kausalität jedenfalls nicht leichthin verneinen. 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. 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 besonderes 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 (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2009, 8C_487/2009 E. 5 mit Hinweis). Vorliegend stieg der Beschwerdeführer am 26. November 2011 bei der Arbeit in der Giesserei der B. ___ AG auf einen Schmelzofen, um einen klemmenden Gegenstand vom Ofendeckel zu entfernen. Dabei rutschte er aus und stürzte aus rund drei Metern Höhe zu Boden. Der Beschwerdeführer konnte danach noch selbständig gehen, klagte jedoch bei Eintreffen der aufgebotenen Kantonspolizei St. Gallen über Schmerzen in den Beinen und der Hand (Suva-act. 1, 22-4, 102-2 f.). In den Akten findet sich abweichend davon auch die Angabe einer Sturzhöhe von 2.2 Metern (vgl. Suva-act. 102-2 f.). Unabhängig davon ist aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs von einem mittelschweren Ereignis im engeren Bereich auszugehen. Bei mittelschweren Ereignissen im engeren Sinn müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs mindestens drei 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, Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2009, 8C_487/2009, E. 5). 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). Im vorliegenden Fall scheinen keine Hinweise auf besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls zu bestehen. Der Beschwerdeführer erlitt eine distale intraartikuläre Radiusfraktur links mit Abriss des Processus styloideus ulnae, eine Chauffeurfraktur ohne Dislokation des rechten Handgelenks, eine Kniekontusion links mit traumatisierter Patella bipartita mit mehrfacher lateraler, nicht dislozierter Patellalängsfraktur mit Knorpelrissen, eine Tendinopathie des medialen Retinaculum mit Verdacht auf Partialruptur unmittelbar am patellaren Ansatz und einem horizontal verlaufenden Riss des medialen Meniscuscorpus sowie eine Kontusion des rechten Vorderfusses und ein leichtes Supinationstrauma des OSG rechts (Suva-act. 22-2 ff.). Diese Verletzungen können per se weder als besonders schwer, noch als Verletzungen besonderer Art eingestuft werden. 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). Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals C.____ führten am 27. November 2011 eine Plattenosteosynthese am distalen Radius links durch (Suva-act. 21-2 f.). Am 29. November 2011 erfolgte die Anlage von Unterarm-Scotchcasts beidseits. Die Verletzung des Kniegelenks links wurde konservativ behandelt (vgl. Suva-act. 22-3). Aufgrund des Verdachts auf eine LT-Bandläsion unterzog sich der Beschwerdeführer am 29. August 2012 im KSSG einer diagnostischen Arthroskopie rechts (Suva-act. 84, 86). Nachdem sich der Verdacht bestätigt hatte (vgl. Suva-act. 85), führte Dr. E.____ am 17. September 2012 eine Arthrodesse des LT-Gelenks mit Spongiosa vom distalen Radius rechts durch (Suva-act. 90 f.). Am 25. April 2013 erfolgte sodann im KSSG eine Osteotomie des Processus styloideus radii rechts und eine Denervierung des Nervus interosseus posterior (Suva-act. 154 f.). Ein knappes Jahr später, am 4. April 2014, unterzog sich der Beschwerdeführer im KSSG einer 4-Corner-Fusion mit Scaphoidektomie und einer Spaltung des A1-Ringbandes Dig III der Hand rechts (Suva-act. 233). Am 24. September 2014 erfolgte eine Handgelenks-Revision mit Rekonstruktion des radioscaphokapitalen Bandes mit Extensor carpi radialis brevis-Streifen (Suva-act. 258). Am 4. Februar 2015 führte Prof. F.____ eine Metallentfernung sowie eine Handgelenksarthrodesse rechts durch (Suva-act. 280, 283). Am 10. August 2016, mithin rund eineinhalb Jahre nach dem letzten operativen Eingriff, nahm Prof. F.____ eine Pseudarthrosenausräumung am Handgelenk rechts, eine Beckenkamm-Interposition und eine Schmerzkatheter-Einlage vor (Suva-act. 348). Bezüglich des Handgelenks links unterzog sich der Beschwerdeführer am 27. Februar 2017 einer Metallentfernung und einer Tenolyse (Suva-act. 264, vgl. Suva-act. 360). Am 23. Mai 2017 führte Prof. F.____ schliesslich eine Metallentfernung, eine Spongiosaplastik vom rechten Becken sowie eine Re-Verplattung mit Aptus Handgelenksarthrodesen-Platte rechts durch (Suva-act. 377). Zwischen den operativen Eingriffen fanden diverse Abklärungen

und Konsultationen bei den behandelnden Ärzten statt (vgl. u.a. Suva-act. 77, 85, 93, 95, 98, 104, 114, 128, 134, 142, 144, 166, 177, 190, 219, 221, 229, 241, 244, 252, 270, 291, 293, 311, 332, 345, 360, 372, 380, 384, 386, 399, 401). Ausserdem erhielt der Beschwerdeführer zeitweise Physio- und Ergotherapie (vgl. Suva-act. 27, 30, 37, 47, 55, 58, 67, 96, 117, 213, 242, 262, 266, 278, 305). Insgesamt hatte sich der Beschwerdeführer innerhalb von rund sieben Jahren zehn Operationen zu unterziehen. Im Februar 2015 erfolgte schliesslich der Entscheid, eine Versteifung des rechten Handgelenks - ein nicht wieder rückgängig zu machender Eingriff - durchzuführen (Suva-act. 280, 283). Es erscheint damit zumindest nicht abwegig, das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung zu bejahen. Der Beschwerdeführer beklagte wiederholt Schmerzen, wobei das rechte Handgelenk im Vordergrund stand. Die Erfüllung des Kriteriums der Dauerschmerzen ist folglich in Betracht zu ziehen. Allerdings ist auch zu berücksichtigen, dass es im Zuge der ärztlichen Behandlung immer wieder zu Besserungen der Beschwerden und zum Rückgang der teilweise nur belastungsabhängigen Schmerzen kam. So berichtete Dr. E. ___ unter anderem am 12. April 2013 über eine deutliche Schmerzreduktion nach mehreren Infiltrationen (Suva-act. 146-1, vgl. Suva-act. 148). Auch nach der Denervierung des Nervus interosseus posterior am 25. April 2013, der Handgelenksarthrodese rechts vom 4. Februar 2015 und der Spongiosaplastik mit Re-Verplattung am 23. Mai 2017 (Suva-act. 377) kam es jeweils zu einer Reduktion der Schmerzen (Suva-act. 157, 166 f., 279, 379 f.). Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, ergeben sich weder aus den Akten noch werden solche von den Parteien geltend gemacht. 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). Die beiden Teilaspekte des Kriteriums des schwierigen Heilverlaufs und der erheblichen Komplikationen müssen nicht kumulativ erfüllt sein (BGE 117 V 359 E. 7b S. 368 f., Urteil des Bundesgerichts vom 31. März 2009, 8C_987/2008, E. 6.6), vorliegend erscheint aber die Bejahung mindestens eines der beiden als möglich. Nach einer anfänglichen Besserung der Beschwerden am rechten Handgelenk stellten die behandelnden Ärzte am 29. August 2012 eine ausgeprägte LT-Instabilität fest (Suva-act. 85). Am 5. Februar 2013 berichtete Prof. F. ___ sodann über einen Verdacht auf ein Sulcus ulnaris-Syndrom, welcher sich in der Folge bestätigte und einen weiteren operativen Eingriff am 25. April 2013 nach sich zog (Suva-act. 128, 134, 142, 144, 154 f.). Die behandelnden Ärzte Dr. E. ___ und Prof. F. ___ sowie auch PD Dr. H. ___ und Dr. I. ___ bezeichneten die Situation bezüglich des Handgelenks rechts im Herbst 2013 als ausserordentlich komplex (Suva-act. 166, 190, 196). Die behandelnden Ärzte des KSSG entschieden sich schlussendlich zu einer 4-Corner-Fusion mit Scaphoidektomie und einer Spaltung des A1-Ringbandes Dig III Hand rechts, welche sie am 4. April 2014 durchführten (Suva-act. 233). Die Beschwerden persistierten jedoch auch im weiteren Verlauf, so dass es am 24. September 2014 und 4. Februar 2015 zu weiteren Operationen am rechten Handgelenk kam (Suva-act. 258, 280, 283). Bei weiterhin fehlender Durchbauung der Chauffeurfraktur (Suva-act. 342) führte Prof. F. ___ am 10. August 2016 eine Beckenspongiosa-Plastik durch (Suva-act. 348 f.). In der Folge blieben die Heilung und die knöchernen Konsolidierung weiter aus und zudem stellte Prof. F. ___ distal gebrochene Schrauben fest (Suva-act. 360, 372), weshalb er am 23. Mai 2017 schliesslich einen erneuten operativen Eingriff durchführte (Suva-act. 377). Die

behandelnden Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer ab dem Unfalldatum vom 26. November 2011 (mit einem kurzen Unterbruch einer 50%igen Teilarbeitsfähigkeit vom 6. bis 21. Februar 2012; vgl. Suva-act. 39) bis zum 11. März 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. 39, 43). Vom 12. März bis 11. Juli 2012 attestierte ihm Dr. D. ___ eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Suva-act. 48 f., 63, 66, 71). Seither wurde dem Versicherten von den behandelnden Ärzten durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (vgl. Suva-act. 72, 90 f., 154 f., 231 f., 244, 260, 291). Prof. F. ___ hielt am 22. Mai 2015 fest, er unterstütze den geplanten Arbeitsversuch sehr. Der Beschwerdeführer könne seiner Tätigkeit als Giesser sicherlich nicht mehr nachgehen, für eine angepasste Tätigkeit sei aber eine Teilarbeitsfähigkeit vorhanden (Suva-act. 293). Der ab 1. Juni 2015 geplante Arbeitsversuch scheiterte gleichentags (Suva-act. 294 f., 297 f.). Kreisarzt Dr. J. ___ ging am 24. Juni 2015 (sinngemäss) von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit aus (vgl. Suva-act. 309). Prof. F. ___ befand am 29. Juni 2015 zwar, der Beschwerdeführer könne seiner alten Tätigkeit nicht mehr nachgehen. Prinzipiell dürfe das Handgelenk jedoch belastet und eingesetzt werden, weshalb er die Beschwerdegegnerin bitte, dem Beschwerdeführer bei der Suche einer leichten Tätigkeit behilflich zu sein (Suva-act. 311). Prof. F. ___ attestierte dem Beschwerdeführer darauf weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, äusserte sich jedoch nicht zu einer solchen in einer adaptierten Tätigkeit (vgl. Suva-act. 332, 348 f., 360, 376, 380, 399). Abhängig davon, wann von einer Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ausgegangen wird, wäre das Kriterium der langdauernden Arbeitsunfähigkeit allenfalls auch zu bejahen.

Zusammengefasst besteht zumindest die realistische Möglichkeit, dass drei oder mehr der genannten Kriterien in ausreichendem Masse erfüllt sind. Damit wäre der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 26. November 2011 und den psychischen Beschwerden zu bejahen. Allenfalls könnte gar davon ausgegangen werden, dass eines der Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, was ebenfalls zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs führen würde. Da sich, wie bereits erwähnt (vgl. E. 2.2), die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang gestützt auf die vorhandenen medizinischen Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beurteilen lässt, erweist sich der Sachverhalt insgesamt als noch nicht spruchreif. Die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die notwendigen Abklärungen durchführt. Sie wird insbesondere eine verwaltungsexterne Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers inklusive einer Arbeitsfähigkeitsschätzung und einer Beurteilung des Integritätsschadens einholen müssen. Anschliessend wird sie erneut über den Rentenanspruch und den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung verfügen müssen. Diese Vorgehensweise steht auch im Einklang mit der neueren bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. Februar 2021, 8C_289/2020, E. 6.1). Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 5. Mai 2020 dahingehend gutzuheissen, dass die Sache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen und neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. 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). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. 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.--. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 5. Mai 2020 im Sinne der Erwägungen insofern teilweise gutgeheissen, als die Sache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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