

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2023/40 vom 24. Januar 2024

Sg Versicherungsgericht, 2024-01-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2023_40

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2023/40 du 24 janvier 2024

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2023/40 del 24 gennaio 2024

Regeste

Art. 6 UVG. Art. 10 UVG. Art. 16 UVG. Spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung lagen überwiegend wahrscheinlich keine unfallkausalen somatischen Beschwerden mehr vor. Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs der organisch nicht objektivierbaren Beschwerden in Anwendung der Kriterien der sogenannten "Psycho-Praxis" (BGE 115 V 133). Die Leistungseinstellung ist nicht zu beanstanden. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Januar 2024, UV 2023/40).

Volltext

Entscheid vom 24. Januar 2024 Besetzung Präsidentin Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichterinnen Mirjam Angehrn und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Katja Blättler Geschäftsnr. UV 2023/40 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt MLaw Marcel Strehler, S-E-K Advokaten, Zürcherstrasse 96, 8500 Frauenfeld, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ war bei der B.____ AG als Maschinenführer tätig und dadurch obligatorisch bei der Schweizerischen Unfallversicherung (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 19. Mai 2021 auf dem Weg ins Lager auf der Treppe ausrutschte (Suva-act. III/2). Die erstbehandelnden Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend: KSSG), wo sich der Versicherte vom 19. bis 20. Mai 2021 stationär befand, diagnostizierten unter anderem ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT) Grad 1 mit Kontusion der Hals- und Lendenwirbelsäule (HWS und LWS) nach Treppensturz sowie eine Diskusprotrusion LWK5/SWK1 mit rezessaler Kompression S1 rechts und attestierten dem Versicherten vom 19. Mai bis 10. Juni 2021 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. III/9). Der behandelnde Hausarzt bescheinigte dem Versicherten darüber hinaus (bis 31. Juli 2021) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vgl. Suva-act. III/6, III/12). Die Suva bestätigte dem Versicherten mit Schreiben vom 27. Mai 2021, dass er für die Folgen des Berufsunfalls Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkostenleistungen) erhalte (Suva-act. III/5). Nachdem ein in der Radiologie C.____ am 19. Mai 2021 durchgeführtes CT des Neurocraniums ein kleinvolumiges subgaleales Hämatom frontal bis okzipital links hervorgebracht hatte (Suva-act. III/16), zeigte sich das MRI vom 12. Juli 2021 als altersentsprechend normal ohne Nachweis von Shearing Injuries (Suva-act. III/44). Gleichtags wurde der Versicherte im KSSG neurochirurgisch untersucht. Die zuständigen Ärzte beurteilten, aus neurochirurgischer Sicht gebe es derzeit keine Indikation für eine operative Therapie und die neurochirurgischen Kontrollen seien derzeit abgeschlossen

(Suva-act. III/21). Aufgrund von weiterhin bestehenden Beschwerden (Kopfschmerzen und Schwindel) erfolgte am 14. Juli 2021 im KSSG eine neuropsychologische Untersuchung. Die zuständige medizinische Fachperson beurteilte, aus rein neuropsychologischer Sicht stünden eine starke Belastbarkeitsminderung, Störungen im Antrieb und in der Affektivität sowie eine Kopfschmerzsymptomatik im Vordergrund. Insgesamt sei derzeit von einer mittelgradigen neuropsychologischen Störung auszugehen (Suva-act. III/22). Mit Schreiben vom 29. Juli 2021 kündigte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis des Versicherten auf den nächstmöglichen Termin, welcher vom "Unfallverlauf" abhängig sei (Suva-act. III/26). Nach einer ambulanten Untersuchung in der Klinik für Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie des KSSG am 12. August 2021 diagnostizierte Dr. D.____, Oberärztin, eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) und äusserte einen Verdacht auf eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10: F41.0). Der Versicherte litt nach wie vor unter starken Kopfschmerzen und Schwindel und berichtete zudem über Sehstörungen in Form von Doppelbildern. Dr. D.____ empfahl die Etablierung einer antidepressiv-schmerzmodulierenden sowie einer schlafanstossenden Medikation und eine neurologische Rehabilitation (Suva-act. III/29). Im Auftrag der Suva wurde der Versicherte am 15. Oktober 2021 durch Dr. med. E.____, Fachärztin für Neurologie, neurologisch abgeklärt. Sie hielt gleichentags als Diagnosen ein SHT Grad 1 am 19. Mai 2021 mit posttraumatischer Anpassungsstörung und Panikattacken sowie eine Kontusion der HWS und LWS im Rahmen des Sturzes mit derzeit lumbalen Rückenschmerzen mit pseudoradikulärer Ausstrahlung ins rechte Bein fest. Eine stationäre psychiatrische/psychosomatische Rehabilitation sei dringend indiziert (Suva-act. III/51). Dr. med. F.____, Facharzt für Chirurgie, Versicherungsmedizin der Suva, beurteilte am 19. Oktober 2021, der Unfall habe zu keinen zusätzlichen objektivierbaren strukturellen Läsionen geführt. Spätestens seit 15. Oktober 2021 spielten Unfallfolgen im Beschwerdebild überwiegend wahrscheinlich keine Rolle mehr. Es liege einzig eine psychische Gesundheitsstörung und Beschwerdeursache vor (Suva-act. III/54). Aufgrund von weiterhin bestehendem Schwindel (vgl. Suva-act. III/56) erfolgte am 23. November 2021 in der Hals-Nasen-Ohrenklinik (nachfolgend HNO-Klinik) des KSSG eine Vestibularisabklärung. Die untersuchenden Ärzte beurteilten, derzeit lasse sich keine Schwindelursache peripher-vestibulärer Genese nachweisen. Sie gingen am ehesten von einem multifaktoriellen Schwindel mit phobischer Komponente im Rahmen der Panikstörung aus (Suva-act. III/61). Dr. med. univ. G.____, Fachärztin für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie, Versicherungsmedizin der Suva, befand am 27. Januar 2022, nach einem SHT könnten aufgrund einer vorübergehenden Akkommodationsschwäche intermittierende Doppelbilder auftreten. Diese seien in der Regel nach einem Jahr spontan regredient (Suva-act. III/79). Vom 9. Februar bis 1. März 2022 befand sich der Versicherte stationär in der Klinik H.____. Während seines dortigen Aufenthalts stürzte der Versicherte am 28. Februar 2022 in der Dusche und zog sich dabei ein SHT Grad 1 sowie eine Kniekontusion rechts zu. Die behandelnden medizinischen Fachpersonen der Klinik H.____ hielten in ihrem Austrittsbericht vom 30. März 2022 als psychiatrische Diagnose eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) fest und attestierten dem Versicherten vom 9. Februar bis 15. März 2022 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. III/113; vgl. auch den Bericht des bezüglich des SHT und des rechten Knies behandelnden Spitals I.____ vom 3. März 2022 [Suva-act. II/7]). Vom 21. bis 28. März 2022 befand sich der Versicherte in tagesklinischer Behandlung in der Psychiatrie J.____. Der dort zuständige Oberarzt hielt in seinem Austrittsbericht vom 22. April 2022 als Diagnosen einen Verdacht

auf eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst, ICD-10: F41.0), einen Verdacht auf eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und als Differentialdiagnose eine Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10: F41.2), fest (Suva-act. III/128). Am 26. April 2022 stürzte der Versicherte auf der nassen Strasse (Suva-act. I/3). Er befand sich vom 26. bis 27. April 2022 stationär im Spital K.____. Die dort zuständigen medizinischen Fachpersonen diagnostizierten unter anderem eine leichte traumatische Hirnverletzung (LTHV) Grad 2 nach Stolpersturz (Suva-act. I/1, I/20). Die Suva bestätigte dem Versicherten mit Schreiben vom 9. Juni 2022, dass er für die Folgen des Nichtberufsunfalls vom 26. April 2022 Versicherungsleistungen erhalte (Suva-act. I/11). Dr. E.____ beurteilte am 26. September 2022, es scheine eine schwere Anpassungsstörung vorzuliegen, in deren Rahmen auch die körperlichen Symptome zu interpretieren seien (Suva-act. III/146). Dr. med. L.____, Facharzt für Neurologie, Versicherungsmedizin der Suva, beurteilte am 21. November 2022, es sei von einem schweren psychosomatischen Krankheitsbild auszugehen. Der Versicherte habe sich bei den Stürzen vom 19. Mai 2021 und 28. Februar 2022 keine strukturellen Unfallfolgen zugezogen, welche einer weiteren Diagnostik oder Behandlung bedürften (Suva-act. II/14). Tags darauf befand Dr. L.____, auch falls beim Unfall vom 26. April 2022 tatsächlich eine LTHV stattgefunden habe, seien die Unfallfolgen nun abgeklungen. Die noch vorliegenden Beschwerden seien unfallfremd (Suva-act. I/40). Mit Verfügungen vom 29. November 2022 stellte die Suva ihre bisherigen Versicherungsleistungen betreffend die Unfälle vom 19. Mai 2021 sowie vom 28. Februar und 26. April 2022 bei organisch nicht ausreichend erklärbaren Beschwerden und mangels Adäquanz der im Vordergrund stehenden psychischen Störung per 15. Dezember 2022 ein. Die Suva verneinte mangels adäquater Unfallfolgen auch einen Anspruch auf weitere Geldleistungen in Form einer Invalidenrente und/oder einer Integritätsentschädigung (Suva-act. III/161, II/24, I/56). Die Assura, die Krankenversicherung des Versicherten, erhob am 6. Dezember 2022 dagegen Einsprache (Suva-act. II/27), zog diese jedoch am 8. Dezember 2022 wieder zurück (Suva-act. III/170). Der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt MLaw M. Strehler, Frauenfeld, liess am 16. Januar 2023 ebenfalls Einsprache erheben und diverse Stellungnahmen von behandelnden medizinischen Fachpersonen einreichen (Suva-act. III/174 ff.). Mit Entscheid vom 15. Mai 2023 wies die Suva die Einsprache des Versicherten ab (Suva-act. III/185). Dagegen erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt Strehler, am 19. Juni 2023 Beschwerde und beantragte, die Verfügungen vom 29. November 2022 seien aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen, insbesondere Heilungskosten sowie Taggeldleistungen, auch über den 15. Dezember 2022 hinaus zu erbringen. Eventualiter sei ihm mit Wirkung ab dem 15. Dezember 2022 basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100 % eine Rente auszurichten. Es sei ihm eine Integritätsentschädigung nach Massgabe der Ergebnisse von noch vorzunehmenden medizinischen Abklärungen auszurichten; alles unter Entschädigungsfolgen. Weiter beantragte er, das Verfahren sei bis zum Vorliegen des von der Krankentaggeldversicherung Groupe Mutuel beim Universitätsspital Basel (asim) in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachtens zu sistieren (act. G1). Die Beschwerdegegnerin beantragte am 28. Juni 2023 die Abweisung des Sistierungsgesuchs (act. G3). Mit Schreiben vom 30. Juni 2023 wies die Verfahrensleitung das Gesuch um Sistierung des Verfahrens ab (act. G4). Mit Eingabe vom 5. Juli 2023 liess der Beschwerdeführer das Gutachten des asim vom 19. Juni 2023 einreichen (act. G5, G5.1). Die Beschwerdegegnerin beantragte am 30. August 2023 die Abweisung der Beschwerde (act. G7). Der Beschwerdeführer liess am 12. September 2023 auf die Einreichung einer

Replik verzichten und an seinen Ausführungen in der Beschwerde festhalten (act. G9). Erwägungen Vorerst ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer zwar die Aufhebung der Verfügungen vom 29. November 2022 beantragen liess (act. G1). Es ist jedoch davon auszugehen, dass er die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 15. Mai 2023 (Suva-act. III/185), welchem die Verfügungen vom 29. November 2022 (Suva-act. III/161, II/24, I/56) zugrunde liegen, beantragen wollte (vgl. dazu Art. 56 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend primär zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf vorübergehende Leistungen (Heilbehandlung und Taggelder) gegenüber der Beschwerdegegnerin über den 15. Dezember 2022 hinaus. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) sind einzustellen und der Anspruch auf eine Invalidenrente zu prüfen, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind und von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG).

Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 E. 3.1 f.; André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 66 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers endet, wenn der Unfall nicht mehr eine natürliche und adäquate Ursache der fortdauernden Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58). Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des Bundesgerichts vom 25. April 2017, 8C_766/2016, E. 2.2). Allerdings greift die vorgenannte Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55; BGE 117 V 264 E. 3b mit

Hinweis; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 1). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfall ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 21. August 2015, 8C_331/2015, E. 2.2.3.1, KOSS UVG-Nabold Rz 53 zu Art. 53, BSK UVG-Hofer Rz 66 zu Art. 6). Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Bei Unfällen mit klar ausgewiesenen organischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres sowohl bezüglich vorübergehender als auch dauerhafter Gesundheitsschäden zu bejahen (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) nachweisbar, ist betreffend Dauerschäden (Invalidität und Integritätsschaden) eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein SHT (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 1. Juni 2016, 8C_12/2016, E. 7.1 mit Hinweisen; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa (sogenannte "Psycho-Praxis") zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen dagegen, dass eine versicherte Person eine der erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar (teilweise) vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a), andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien (sogenannte "Schleudertrauma-Praxis"). Vorerst ist zu prüfen, ob zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 15. Dezember 2022 noch organisch objektivierbare Unfallfolgen vorhanden waren, welche die fortdauernd geklagten Beschwerden verursachen konnten. Bezüglich des vom Beschwerdeführer am 28. Februar 2022 erlittenen Sturzes konnte eine ossäre Verletzung des rechten Knies mittels konventionell radiologischer Bildgebung ausgeschlossen werden (Suva-act. II/7-4). Der Beschwerdeführer erlitt hingegen eine Kniekontusion rechts (Suva-act. II/7). Am 26. April 2022 stürzte der Beschwerdeführer ebenfalls auf das Knie rechts (Suva-act. I/3, I/20). Eine MRT des rechten Kniegelenks vom 1. Juni 2022 zeigte jedoch keine neue traumatische Knieverletzung (Suva-act. I/22). Die Kniebeschwerden wurden unter anderem mit einer Infiltration behandelt (vgl. Suva-act. II/5). Anlässlich einer Kontrolle bei Dr. med. M.____, Orthopädie N.____, vom 7. November 2022 klagte der Beschwerdeführer noch über gewisse

Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenks. Er habe nach der Infiltration eine Beschwerdebesserung gehabt, welche sich nun wieder etwas verschlechtert habe. Dr. M. ___ hielt fest, theoretisch könnte die Infiltration im Bereich des rechten Kniegelenks wiederholt werden. Der Beschwerdeführer wolle derzeit zuwarten und werde sich melden, falls er die Infiltration wünsche (Suva-act. III/149). Spätere medizinische Berichte bezüglich der Kniebeschwerden sind nicht aktenkundig und der Beschwerdeführer liess in seinen Rechtsschriften auch keine diesbezüglichen Beschwerden mehr geltend machen. Es ist folglich davon auszugehen, dass spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 15. Dezember 2022 keine (organisch objektivierbaren) Kniebeschwerden mehr bestanden. Die nach dem Unfall vom 19. Mai 2021 erstbehandelnden Ärzte des KSSG hatten in ihrem Austrittsbericht vom 21. Mai 2021 als Diagnosen unter anderem eine Kontusion der HWS und LWS sowie eine Diskusprotrusion LWK5/SWK1 festgehalten (Suva-act. III/9). Bezüglich letzterer ist nicht von einer Unfallfolge im Sinne eines neuen unfallbedingten strukturellen Gesundheitsschadens auszugehen. Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien/-protrusionen degenerativ entstehen. Ein Unfall im Rechtssinne kann nur ausnahmsweise als eigentliche Ursache in Betracht fallen. Voraussetzung dafür ist in der Regel, dass das fragliche Ereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie/-protrusion (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 193, E. 2a mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 f.). Diese Voraussetzungen sind vorliegend unbestritten nicht erfüllt. Damit ist höchstens von einer vorübergehenden Verschlimmerung einer vorbestehenden Diskusprotrusion auszugehen. Entsprechend spricht auch Dr. L. ___ in seiner Beurteilung vom 21. November 2022 von einer Bandscheibendegeneration LWK5/SWK1 (Suva-act. II/14). Bezüglich der Rückenbeschwerden war der Beschwerdeführer mit Analgetika, Physiotherapie und einer Infiltration behandelt worden. Die behandelnden Ärzte des KSSG berichteten am 23. Juli 2021, die Infiltration sei kaum wirksam gewesen. Als letzte Option bleibe die mikrochirurgische Sequestrektomie/Dekompression. Der Beschwerdeführer sei einer Operation gegenüber jedoch sehr abgeneigt. Er werde sich dies weiter überlegen und gegebenenfalls mit dem Hausarzt besprechen (Suva-act. III/140-11 f.). Der Beschwerdeführer entschied sich in der Folge – soweit aktenkundig – gegen die Operation (vgl. Suva-act. III/149) und auch andere spezifische Behandlungen von Rückenbeschwerden sind nach dem Sommer 2021 nicht bekannt. Dies steht im Einklang mit der medizinischen Erfahrungstatsache, wonach im Allgemeinen Prellungen, Verstauchungen oder Zerrungen der Wirbelsäule ohne strukturelle Läsionen in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr, abheilen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2020, 8C_552/2020, E. 3.2, 3. September 2020, 8C_319/2020, 8C_346/2020, E. 6.6, und 26. August 2019, 8C_408/2019, E. 3.3; vgl. dazu auch BSK UVG-Hofer, N 72 zu Art. 6; KOSS UVG-Nabold, N 57 zu Art. 6). Zudem ist darauf hinzuweisen, dass Dr. E. ___ bereits am 15. Oktober 2021 beurteilte, die beklagten Rückenschmerzen vor allem lumbal zum Teil mit Ausstrahlung ins rechte Bein hätten derzeit keinen klaren Dermatombezug und es fehlten auch sensomotorische Ausfälle, so dass die im Vorfeld festgestellte Diskusprotrusion LWK5/SWK1 diesbezüglich nur eine untergeordnete Rolle spielen dürfte und anzunehmen sei, dass diese Beschwerden mit der Anpassungsstörung in Zusammenhang stünden (Suva-act. III/51). Folglich ist davon

auszugehen, dass spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 15. Dezember 2022 bezüglich der Rückenbeschwerden keine organisch objektivierbare Unfallfolge mehr bestand. Dafür spricht auch die Beurteilung des rheumatologischen Teilgutachters des asim vom 19. Juni 2023. Dieser befand, aus rheumatologischer Sicht imponierten klinisch diffuse myotendinotische Verspannungen auch im Bereich der HWS und der LWS im Rahmen einer muskulären Dysbalance der Muskulatur des axialen Skeletts ohne entsprechendes organisches Korrelat. Es handle sich eher um die Folge einer psychosomatischen Fehlentwicklung nach dem erlittenen Polytrauma vom 19. Mai 2021. Er hielt eine Restitutio ad integrum bezüglich des Status nach HWS und LWS Kontusion fest und diagnostizierte ein chronisches myotendinotisches zerviko- und thorakolumbales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.5, M54.15) (act. G5.1, S. 10 f. des rheumatologischen Teilgutachtens; vgl. im Übrigen auch die Urteile des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008, E. 6 mit vielen Hinweisen, und vom 7. Februar 2008, U 13/07, E. 3.2 f.). Der Beschwerdeführer hatte beim Unfall vom 19. Mai 2021 ausserdem ein SHT Grad 1 erlitten. Das gleichentags erstellte CT ergab ein kleinvolumiges subgaleales Hämatom frontal bis okzipital links ohne weitere Traumafolge (Suva-act. III/9). Ein am 12. Juli 2021 durchgeführtes MRI des Neurocraniums war jedoch altersentsprechend normal ohne Nachweis von Shearing Injuries (Suva-act. III/44). Dr. F.____ hielt am 19. Oktober 2021 folgerichtig fest, dass keine strukturell objektivierbaren Folgen des Unfalls vom 19. Mai 2021 mehr vorliegen würden (Suva-act. III/54; vgl. auch die Beurteilung von Dr. L.____ vom 21. November 2022 [Suva-act. II/14]). Am 28. Februar 2022 zog sich der Beschwerdeführer erneut ein SHT Grad 1 zu (Suva-act. II/7). Eine gleichentags durchgeführte CT des Neurocraniums und der Wirbelsäule ergab keinen Nachweis von akuten Traumafolgen (Suva-act. II/8). Die behandelnden Ärztinnen des Spitals I.____ hielten in ihrem Untersuchungsbericht vom 3. März 2022 fest, es hätten sich keine Hinweise auf eine intrakranielle Blutung oder eine Verletzung des Viszerocraniums ergeben (Suva-act. II/7). Dr. L.____ beurteilte am 21. November 2022 überzeugend, der Unfall vom 28. Februar 2022 habe zu keinen strukturell objektivierbaren Folgen geführt. Die Folgen des Unfalls seien nach wenigen Tagen bis maximal drei Wochen abgeheilt gewesen (Suva-act. II/14). Bezüglich der im konkreten Fall vorliegenden Unfalldiagnose eines leichten Schädelhirntraumas wird von Seiten der medizinischen Forschung (Gerhard Jenzer, Klinische Aspekte bei HWS-Belastungen durch Kopfanprall oder Beschleunigungsmechanismus; Grenzbereich zum leichten Schädel-Hirn-Trauma, SZS 40/1996, S. 462 ff. und insbesondere S. 467) festgehalten, dass der typische posttraumatische Verlauf nach einer Commotio cerebri bzw. einem leichten Schädelhirntrauma einer Erholung innert sechs bis zwölf Wochen entspreche. Auch diese Zeitspanne wäre bei der Beurteilung durch Dr. L.____ längst abgelaufen gewesen. Beim Sturz vom 26. April 2022 kam es sodann zu einer LTHV Grad 2 (Suva-act. I/1, I/20; bzgl. des Schweregrades vgl. nachfolgend E. 3.1). Gemäss Angaben des Spitals K.____, wo der Beschwerdeführer nach dem Unfall für 24 Stunden überwacht worden war, wurde eine CT des Craniums und der HWS erstellt (Suva-act. I/20). Deren Ergebnis ist zwar nicht aktenkundig, es ist jedoch davon auszugehen, dass allfällige Auffälligkeiten festgehalten worden wären oder zu einer anderen Diagnose als einer LTHV geführt hätten. Dr. L.____ interpretierte die Angaben des Spitals K.____ sodann auch als eine unauffällige CT und beurteilte plausibel, es lägen keine strukturell objektivierbaren Folgen des Unfalls vom 26. April 2022 vor (Suva-act. I/40). Mangels ausreichend vorliegender Dokumentation des Unfalls vom 26. April 2022 bezüglich der anscheinenden Erstbehandlung im Spital K.____ (Suva-act. I/1) stellte Dr. L.____ in seiner Beurteilung vom 22. November 2022 die

Diagnose einer LTHV offenbar in Frage. Er hielt jedoch fest, auch unter der Prämisse, dass tatsächlich eine LTHV stattgefunden habe, seien die Folgen ein halbes Jahr nach dem Unfall vom 26. April 2022 abgeklungen. Die noch vorliegenden Beschwerden seien unfallfremd (Suva-act. I/40). Bezüglich des geltend gemachten Schwindels ist festzuhalten, dass für diesen keine organisch objektivierbare Ursache vorliegt. Die abklärenden Ärzte der HNO-Klinik des KSSG befanden am 30. November 2021, beim Beschwerdeführer lasse sich derzeit keine Schwindelursache peripher-vestibulärer Genese nachweisen. Sie gingen am ehesten von einem multifaktoriellen Schwindel mit phobischer Komponente im Rahmen der Panikstörung aus (Suva-act. III/61). Dr. E. ___ beurteilte am 26. September 2022 ebenfalls, es scheine eine schwere Anpassungsstörung vorzuliegen, in deren Rahmen auch die körperlichen Symptome zu interpretieren seien. Der Schwindel habe eine stark phobische Komponente, Anhaltspunkte für eine neurologische oder vestibuläre Ursache derselben ergäben sich aufgrund der Anamnese und der derzeitigen klinischen Befunde nicht (Suva-act. III/146; vgl. auch die frühere Beurteilung von Dr. E. ___ in Suva-act. III/51). Dr. med. O. ___, Oberarzt mbF, Augenklinik des KSSG, untersuchte den Beschwerdeführer am 17. Dezember 2021 aufgrund der geklagten intermittierend vorhandenen Doppelbilder. Er beurteilte gleichentags, aus ophthalmologischer Sicht habe sich kein morphologisches oder funktionelles Korrelat für dieselben ergeben. Differenzialdiagnostisch könne es sich um Doppelbilder bei Akkommodations-Konvergenzspasmus nach SHT oder um zerebral bedingte Doppelbilder nach SHT handeln (Suva-act. III/68). Dr. G. ___ befand am 27. Januar 2022 ebenfalls, nach einem SHT könnten aufgrund einer vorübergehenden Akkommodationsschwäche intermittierende Doppelbilder auftreten. Diese seien in der Regel nach einem Jahr spontan regredient (Suva-act. III/79). Demnach hatten die Doppelbilder überwiegend wahrscheinlich spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 15. Dezember 2022 keine organisch objektivierbare Ursache mehr. Insgesamt sind die geklagten Beschwerden entsprechend der genannten überzeugenden medizinischen Beurteilungen spätestens seit dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung vom 15. Dezember 2022 nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch einen klar ausgewiesenen organischen Unfallschaden erklärbar. Weiter bleibt zu prüfen, ob der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch unter natürlich und adäquat kausalen organisch nicht objektivierbaren Unfallfolgen litt. Der Beschwerdeführer macht geltend, die Adäquanz sei gemäss der Schleudertrauma-Praxis zu prüfen, während die Beschwerdegegnerin eine analoge Anwendung derselben verneint (act. G1, G7). Vorerst ist festzuhalten, dass gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung bei einem SHT die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis nur dann gerechtfertigt ist, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen einer Commotio cerebri (SHT Grad 1) und einer Contusio cerebri (SHT Grad 2) liegt. Leichte Hirnerschütterungen reichen hingegen hierfür nicht aus (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. August 2014, 8C_358/2014, E. 2.4.1, vgl. auch Urteile des EVG vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2.1, und 6. Mai 2003, U 6/03). Die Schwere eines SHT wird üblicherweise nach dem Punktwert in der Glasgow Coma Scale (nachfolgend: GCS) eingeteilt. In dieser Skala erhält ein Patient für bestimmte Reaktionen wie Augenöffnen, Reaktion auf Schmerzreize und sprachliche Äusserungen eine Anzahl von Punkten, welche addiert werden. Der schlechteste Wert beträgt 3, der beste 15. Von einer Commotio cerebri bzw. einem SHT Grad 1 spricht man bei einem GCS-Wert von 14-15. Auch bei einer solchen kann initial eine kurzzeitige, nicht länger als 15 Minuten dauernde, Bewusstlosigkeit einsetzen (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 269. Aufl.

2023, S. 334 und 638). Vorliegend wurde nach dem Unfall vom 19. Mai 2021 ein SHT Grad 1 diagnostiziert und während des nachfolgenden stationären Spitalaufenthalts ein steter GCS-Wert von 15 dokumentiert (Suva-act. III/9). Der Beschwerdeführer gab gegenüber der Beschwerdegegnerin am 26. August 2021 an, er sei nach dem Sturz vom 19. Mai 2021 bewusstlos gewesen (Suva-act. III/27). Diese Angabe lässt sich den ärztlichen Berichten nicht entnehmen und es ist davon auszugehen, dass eine allfällige Bewusstlosigkeit nur kurz dauerte. Nach dem Unfall vom 28. Februar 2022 wurde im Spital I.____ ebenfalls ein SHT Grad 1 diagnostiziert und anamnestisch nur eine kurze Episode von Bewusstlosigkeit (wenige Sekunden) festgehalten (Suva-act. II/7). Die nach dem Unfall vom 26. April 2022 erstbehandelnden Ärzte des Spitals K.____ diagnostizierten eine "LTHV Grad 2" und berichteten, der Beschwerdeführer habe einen Bewusstseinsverlust von ca. 20 Sekunden angegeben (Suva-act. I/20). Eine LTHV (leichte traumatische Hirnverletzung) entspricht vom Schweregrad her einem leichten SHT bzw. einer Commotio cerebri (vgl. https://www.kssg.ch/system/files/media_document/2020-05/Merkblatt_Leichte_Traumatische_Hirnverletzung_%2024082018_SRM%201008388.pdf.ch, abgerufen am 22. Januar 2024). Die vorliegend vom Spital K.____ erwähnte Einstufung als "Grad 2" widerspricht in gewisser Weise der Definition einer LTHV als leicht und ist insofern nicht nachvollziehbar, als keine Hinweise auf eine schwerere Ausprägung des Traumas bestehen. Der von den Erstbehandelnden festgehaltene Bewusstseinsverlust von 20 Sekunden (Suva-act. I/20) spricht für ein SHT Grad 1 (Commotio Cerebri). Dr. L.____ stellte am 22. November 2022 sodann – wie erwähnt (E. 2.3) – offenbar gar in Frage, ob es beim Unfall vom 26. April 2022 überhaupt zu einer LTHV gekommen war (Suva-act. I/40). Es ist folglich auch beim Unfall vom 26. April 2022 maximal von einer Verletzung entsprechend einem SHT Grad 1 auszugehen. Der Schweregrad der vorliegenden SHT spricht damit gegen das Vorliegen einer schleudertraumaähnlichen Verletzung. Demnach ist der adäquate Kausalzusammenhang rechtsprechungsgemäss grundsätzlich nicht nach den Regeln der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 209 E. 10 mit Hinweisen), sondern nach denjenigen der Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) zu beurteilen. Die Gutachter des asim hielten als Diagnose zwar zudem einen Status nach HWS Distorsion QTF I-II am 19. Mai 2021 fest (act. G5.1, S. 9 der interdisziplinären Gesamtbeurteilung; vgl. auch S. 10 des neurologischen Teilgutachtens), wobei es sich grundsätzlich um eine schleudertraumaähnliche Verletzung handeln könnte. Selbst wenn davon ausgegangen würde, dass der Beschwerdeführer eine solche erlitten hat, hätte jedoch – wie nachfolgend ausgeführt – aufgrund der im Vordergrund stehenden psychischen Problematik die Adäquanzprüfung nach den Regeln der Psycho-Praxis zu erfolgen (vgl. E. 3.2). Nach dem Unfall vom 19. Mai 2021 befand sich der Beschwerdeführer bis am folgenden Tag stationär im KSSG. Die dort zuständigen Ärzte hielten in ihrem Austrittsbericht vom 21. Mai 2021 fest, der Beschwerdeführer habe nach Überwachung auf der neurochirurgischen Normalstation am 20. Mai 2021 in kardiopulmonal stabilem Zustand, ohne fokale neurologische Defizite nach Hause entlassen werden können. Die initialen Kopf- und Nackenschmerzen seien regredient gewesen (Suva-act. III/9). Am 23. Juni 2021, mithin rund einen Monat nach dem Unfall, fand eine Kontrolle im KSSG statt. Die behandelnden Ärzte berichteten unter anderem, der Beschwerdeführer habe über eine Drehschwindel-Symptomatik berichtet. Zudem habe er noch bioccipital bis bifrontal auftretende Kopfschmerzen angegeben. Intermittierend verspüre er noch ein- bis zweimal wöchentlich eine Übelkeit ohne Erbrechen. Beim Lesen oder beim Blick in die Ferne bemerke er intermittierend Doppelbilder, welche teilweise selbstlimitierend seien. Sie

beurteilten, sie sähen die beschriebene Beschwerdesymptomatik am ehesten im Rahmen des post-concussion Syndroms nach dem SHT vom 19. Mai 2021. Aufgrund der generellen Antriebsminderung und der dysthymen Verstimmung sowie der kognitiven Defizite werde ein psychosomatisches Gespräch sowie eine neuropsychologische Beurteilung im Verlauf empfohlen (Suva-act. III/139-1 ff.). Daraus ergibt sich, dass ein Monat nach dem SHT zwar gewisse Beschwerden vorhanden waren, jedoch bereits damals eine gewisse psychische Komponente bestand. Anlässlich einer neuropsychologischen Untersuchung vom 14. Juli 2021 machte der Beschwerdeführer weiterhin gewisse Beschwerden (u.a. Kopfschmerzen, Schwindel, Müdigkeit) geltend. Die untersuchende Fachpsychologin für Neuropsychologie beurteilte, aktuell stünden die Auffälligkeiten in der Antriebs-, Affekt- und Selbstregulation im Vordergrund. Es zeigten sich eine deutlich reduzierte psychophysische Belastbarkeit und erhöhte Müdigkeit sowie ein ängstliches und depressives Zustandsbild mit somatischem Syndrom. Die Art des Störungsbildes sei grundsätzlich mit den zu erwartenden Minderleistungen nach dem erlittenen SHT mit Contré-Coup Verletzungen rechts vereinbar. Beim Beschwerdeführer sei jedoch aufgrund der Schwere der Symptome mit deutlicher Beeinträchtigung im basalen Alltag bei gleichzeitig fehlender bildgebender Bestätigung von Verletzungen des Gehirns eine multifaktorielle Ätiologie mit einer Anpassungsproblematik anzunehmen. Die kognitiven Störungen, die Angst und Depression sowie die verminderte Belastbarkeit seien so ausgeprägt, dass die Alltagsaktivitäten und die Teilhabe stark eingeschränkt seien (Suva-act. III/22). Nach einer ambulanten Untersuchung vom 12. August 2021 diagnostizierte Dr. D.____ eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) und äusserte einen Verdacht auf eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10: F41.0 [Suva-act. III/29]). Dr. E.____ beurteilte sodann am 15. Oktober 2021, die diagnostizierte Anpassungsstörung erkläre den derzeitigen Beschwerdekomples sehr gut. Das SHT selbst spiele hingegen derzeit wahrscheinlich nur noch eine untergeordnete Rolle (Suva-act. III/51). Folglich standen spätestens in diesem Zeitpunkt die psychischen Beschwerden im Vordergrund. Damit übereinstimmend beurteilte Dr. F.____ am 19. Oktober 2021, spätestens ab dem Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. E.____ sei keine unfallkausale Behandlung mehr begründbar. Es sei ein somatischer Zustand erreicht, wie dieser auch ohne das Unfallereignis vom 19. Mai 2021 vorgelegen hätte (Suva-act. III/54). Nach dem während des Aufenthalts in der Klinik H.____ erlittenen Unfall vom 28. Februar 2022 wurde der Beschwerdeführer gleichentags im Spital I.____ untersucht. Die zuständigen Ärztinnen hielten in ihrem Bericht vom 3. März 2022 anamnestisch fest, der Beschwerdeführer leide seit dem Unfall an zunehmender Übelkeit, Kopfschmerzen und Doppelbildern. Mit analgetischer Behandlung habe eine deutliche Beschwerdeverbesserung des Beschwerdeführers auf der Notaufnahme erreicht werden können. Er werde in die Klinik H.____, wo er sich derzeit stationär befinde, zurückverlegt (Suva-act. II/7). In der Folge stand die Behandlung der psychischen Beschwerden weiter im Vordergrund (vgl. Suva-act. III/113, III/128). Nach dem Unfall vom 26. April 2022 gab der Beschwerdeführer gemäss Bericht des (vom 26. bis 27. April 2022) erstbehandelnden Spitals K.____ vom 10. Juli 2022 an, seit dem Unfall vom 19. Mai 2021 unter einer chronischen Cephalgie und Schwindel zu leiden (Suva-act. I/1, I/19 f.). Dr. E.____ befand am 26. September 2022, obwohl sich in der Zwischenzeit zwei neue Stürze ereignet hätten, habe sich an ihrer Gesamteinschätzung der Situation vom 15. Oktober 2021 (vgl. Suva-act. III/51) nichts geändert. Es scheine eine schwere Anpassungsstörung vorzuliegen, in deren Rahmen auch die körperlichen Symptome zu interpretieren seien. Zu einem wesentlichen SHT scheine es auch infolge der erneuten Ereignisse vom 28. Februar und 26. April 2022 nicht gekommen

zu sein (Suva-act. III/146; vgl. auch die Beurteilung von Dr. L. ___ vom 22. November 2022 [Suva-act. I/40]). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer bereits einen Monat nach dem ersten Unfall vom 19. Mai 2021 psychische Beschwerden bestanden, welche sich in der Folge intensivierten und deutlich im Vordergrund standen. Damit übereinstimmend hielten die Gutachter des asim in ihrem Gutachten vom 19. Juni 2023 lediglich psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest und befanden, es lägen keine Unfallfolgen mehr vor (act. G5.1, S. 8 der interdisziplinären Gesamtbeurteilung). Sowohl der neuropsychologische Teilgutachter als auch die neurologische Teilgutachterin des asim hielten fest, die psychiatrische Problematik sei derzeit führend bzw. im Vordergrund (act. G5.1, S. 8 des neuropsychologischen und S. 10 des neurologischen Teilgutachtens). Nachfolgend hat die Adäquanztprüfung der im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 15. Dezember 2022 noch geklagten gesundheitlichen Beschwerden daher anhand der Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) zu erfolgen. Der behandelnde Hausarzt Dr. P. ___, Praktischer Arzt, die Physiotherapeutin Q. ___, und die behandelnden medizinischen Fachpersonen der Psychiatrie J. ___ stellten in ihren Stellungnahmen vom Dezember 2022 die vorhandenen Beschwerden in einen kausalen Zusammenhang zu den Unfällen. Diesbezüglich ist jedoch festzuhalten, dass diese ihre Ansicht lediglich damit begründen, dass der Beschwerdeführer vor den Unfällen keine psychischen Beschwerden gehabt habe (Suva-act. III/175 ff.). Die sinngemäss vorgebrachte Formel "post hoc ergo propter hoc" ist jedoch nach ständiger Rechtsprechung für sich allein nicht ergiebig (vgl. SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007], S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb). Zudem ist festzuhalten, dass lediglich das Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge mittels der Angaben medizinischer Fachpersonen geführt wird (KOSS UVG-Nabold Rz 53 zu Art. 53, BSK UVG-Hofer Rz 66 zu Art. 6), der kumulativ zu erfüllende adäquate Kausalzusammenhang jedoch vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30). Dies ist nachfolgend zu klären. Bei der Beurteilung des adäquaten 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. Dabei 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 besonders bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Diese Würdigung führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs, ohne dass nach weiteren Ursachen geforscht werden muss, die eine psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit begünstigt haben könnten (SVR 1999 UV Nr. 10 S. 32). Hat die versicherte Person mehr als einen Unfall erlitten, ist die Adäquanz prinzipiell für jeden Unfall gesondert zu beurteilen. In diesem Rahmen ist es nach der Rechtsprechung jedoch nicht generell ausgeschlossen, die wiederholte Betroffenheit desselben Körperteils bei der Adäquanzprüfung zu berücksichtigen. Letzteres ist insbesondere dann denkbar, wenn die Auswirkungen der verschiedenen Ereignisse auf gewisse Beschwerden und/oder auf Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit nicht voneinander abgegrenzt werden können (Urteil des EVG vom 25. Januar 2008, U 56/07, E. 5.2 mit Hinweisen). Vorliegend trug der Beschwerdeführer am 19. Mai 2021 Werkzeug in beiden Händen, als er auf dem Weg ins Lager seiner Arbeitgeberin auf der Treppe ausrutschte und rückwärts stürzte (Suva-act. III/2, III/27). Am 28. Februar 2022 rutschte der Beschwerdeführer in der Dusche aus und schlug den Kopf am Heizkörper an sowie mit dem rechten Knie am Boden auf (Suva-act. II/1, II/7). Am 26. April 2022 überquerte der Beschwerdeführer eine nasse Strasse, rutschte bei einem Bordstein aus und stürzte. Dabei schlug er sich den Kopf und das rechte Knie an (Suva-act. I/3). Diese Ereignisse sind maximal als mittelschwere Unfälle im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu qualifizieren. Bei solchen Unfällen müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs mindestens vier der relevanten Kriterien oder ein einzelnes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein. Bei der Prüfung dieser Kriterien sind psychische Aspekte ausser Acht zu lassen (BGE 115 V 140 E. 6c/aa; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2009, 8C_487/2009 E. 5 mit Hinweis). Bei der Beurteilung des Kriteriums der dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls sind objektive Massstäbe anzuwenden. Nicht was in der einzelnen betroffenen Person beim Unfall psychisch vorgeht, soll entscheidend sein, sondern die objektive Eignung solcher Begleitumstände, bei ihr psychische Vorgänge auszulösen (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc). Zu beachten ist auch, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, die noch nicht für die Bejahung dieses Adäquanzkriteriums ausreichen kann (vgl. SVR 2009 UV Nr. 41 S. 142). Vorliegend bestehen keine Hinweise auf dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit der Unfälle im Sinne der Rechtsprechung. Der Beschwerdeführer erlitt beim Unfall vom 19. Mai 2021 ein SHT Grad 1 mit Kontusion der

HWS und LWS sowie allenfalls eine vorübergehende Verschlimmerung einer Diskusprotrusion LWK5/SWK1 mit rezessaler Kompression S1 rechts (Suva-act. III/9). Beim Unfall vom 28. Februar 2022 kam es zu einem SHT Grad 1 und einer Kniekontusion rechts (Suva-act. II/7) und beim Unfall vom 26. April 2022 zu einer LTHV Grad 2 (Suva-act. I/1, I/20). Die Kontusionen sowie die allfällige vorübergehende Verschlimmerung der Diskusprotrusion können unbestritten weder als besonders schwer noch als Verletzungen besonderer Art eingestuft werden. Auch sind derartige Verletzungen in der Regel nicht geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Bezüglich der SHT bzw. der LTHV kam es – wie bereits ausgeführt (E. 2.2 f.) – zu keinen strukturellen Verletzungen. Dementsprechend ist das Kriterium einer besonders schweren Verletzung oder einer Verletzung besonderer Art auch bezogen darauf zu verneinen. Soweit der Beschwerdeführer vorbringen lässt, das Kriterium sei gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung in Anbetracht der Häufung der Beschwerden und ihrer schwerwiegenden Auswirkungen erfüllt, ist darauf hinzuweisen, dass dem angeführten Bundesgerichtsentscheid BGE 117 V 369 ein anderer Sachverhalt zugrunde lag. Im Gegensatz zum vorliegenden Fall hatte das Bundesgericht einen Unfall mit SHT zu beurteilen, bei welchem es zu einer neuropsychologisch nachgewiesenen hirnorganischen (bifronto-temporalen) Funktionsstörung mit entsprechenden Beschwerden gekommen war (BGE 117 V 369, E. 5.b). Die Erwägungen des Bundesgerichts können damit nicht ohne Weiteres auf den vorliegenden Fall übertragen 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 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). Nach dem Unfall vom 19. Mai 2021 wurde der Beschwerdeführer bis am folgenden Tag stationär im KSSG überwacht. Während des Aufenthalts wurde ein CT Polyblessé und ein MRI der LWS/HWS erstellt. Der Beschwerdeführer wurde analgetisch behandelt und es erfolgte ein ambulantes Aufgebot für eine periradikuläre Therapie (PRT) S1 rechts (Suva-act. III/9, III/14 ff.). Darauf erfolgten Kontrollen beim Hausarzt, welcher den Beschwerdeführer analgetisch behandelte und ihm Arbeitsunfähigkeitsatteste ausstellte (Suva-act. III/6, III/12). Nach Durchführung eines MRI des Neurocraniums am 12. Juli 2021 (Suva-act. III/44), fand gleichentags eine neurochirurgische Untersuchung im KSSG statt (Suva-act. III/21). Am 14. Juli 2021 wurde der Beschwerdeführer im KSSG neuropsychologisch untersucht (Suva-act. III/22). Die ab August 2021 erfolgten psychiatrischen Abklärungen und Behandlungen (vgl. Suva-act. III/29) können vorliegend nicht berücksichtigt werden. Dies gilt auch für den stationären Aufenthalt in der Klinik H.____ vom 9. Februar bis 1. März 2022, welcher primär der Behandlung der psychischen Beschwerden diente (vgl. Suva-act. III/113). Während des dortigen Aufenthalts erlitt der Beschwerdeführer am 28. Februar 2022 einen weiteren Unfall. Diesbezüglich erfolgte gleichentags lediglich eine ambulante Untersuchung im Spital I.____. Die dort zuständigen Ärztinnen liessen ein CT erstellen und verschrieben dem Beschwerdeführer Schmerzmittel sowie eine Salbe zur lokalen Behandlung der Kniekontusion (Suva-act. II/7). Die tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie J.____ vom

21. bis 28. März 2022 (Suva-act. III/128) ist für die Beurteilung der Adäquanz nicht relevant. Nach dem Unfall vom 26. April 2022 wurde der Beschwerdeführer sodann für 24 Stunden im Spital K.____ überwacht und analgetisch behandelt (Suva-act. I/20). Im Mai und Juni 2022 erfolgten Untersuchungen bezüglich der Beschwerden am Knie rechts sowie eine Infiltration im Bereich der LWS (Suva-act. II/3, III/130). Die behandelnden Ärzte des KSSG schlugen am 13. Juli 2021 als letzte Option eine mikrochirurgische Sequestrektomie/Dekompression zur Linderung der Beschwerden an der HWS vor, was der Beschwerdeführer jedoch ablehnte (Suva-act. III/140-11 f.). Am 7. November 2022 fand aktenkundig die letzte Kontrolle bezüglich der Kniebeschwerden statt (Suva-act. III/149). Somit erfolgten in somatischer Hinsicht – abgesehen von den Behandlungen unmittelbar nach den drei Unfällen – im Wesentlichen lediglich Kontroll- und Abklärungsuntersuchungen (Suva-act. III/51, III/61, III/68). Daneben befand sich der Beschwerdeführer in physiotherapeutischer Behandlung (Suva-act. III/73, 77, 80, 84, 95, 95, 127, 129, 137, 143 f., 148, 152, 171, 176, 179). Aufgrund der wenig intensiven Behandlungsmassnahmen und der mehrheitlich nur aus Kontroll- und Abklärungsuntersuchungen bestehenden ärztlichen Konsultationen, ist das Kriterium der langen Dauer der ärztlichen Behandlung insgesamt zu verneinen. Der Beschwerdeführer klagte seit dem Unfall vom 19. Mai 2021 praktisch durchgehend über Kopf- und initial auch über Nackenschmerzen (Suva-act. III/9, III/29, III/139-1 ff.). Zudem berichteten die zuständigen Ärzte des KSSG am 23. Juli 2021, unverändert zu Ende Juni 2021 bestünden teils Rückenschmerzen im Bereich der HWS (Suva-act. III/21). Spätestens seit dem Bericht von Dr. E.____ vom 19. Oktober 2021 standen jedoch die psychischen Beschwerden, welche auch mindestens teilweise die Schmerzproblematik erklärten, im Vordergrund (Suva-act. III/51, vgl. auch E. 3.3.2). Auch nach den Unfällen vom 22. Februar und 26. April 2022 klagte der Beschwerdeführer gegenüber den erstbehandelnden Ärzten über Kopfschmerzen (Suva-act. II/7, I/19). Von Mai bis November 2022 sind sodann Behandlungen und Abklärungen bezüglich der Knie- und Rückenschmerzen aktenkundig (Suva-act. II/3, III/130, III/140-11 f., III/149). Das Kriterium der Dauerschmerzen ist insofern zu verneinen, als die hauptsächlich beklagten Kopf- und Nackenschmerzen mindestens teilweise psychisch bedingt waren. Es liegen keine Hinweise für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, vor. Die Dauer der ärztlichen Behandlung und die geklagten Beschwerden deuten alleine nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf hin. Das entsprechende Kriterium erfordert besondere Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt und verzögert haben (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 7. Februar 2008, U 590/06, E. 4.3.2, und vom 10. Juli 2008, 8C_61/2008, E. 7.6). Vorliegend liegen keine Hinweise auf einen in somatischer Hinsicht schwierigen Heilungsverlauf vor. Soweit der Beschwerdeführer vorbringen lässt, das Kriterium sei erfüllt, weil es im Laufe der Heilbehandlung infolge von Schwindel zu zwei weiteren Unfallereignissen gekommen sei (act. G1), ist dies vorliegend nicht entscheidend. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass keine organische Ursache für den Schwindel vorliegt (vgl. Suva-act. III/51, III/146). Zudem führten die Unfallereignisse vom 22. Februar und 26. April 2022 zu keiner wesentlichen Verschlechterung des damals vorliegenden Gesundheitszustandes oder Verzögerung des Heilverlaufs in somatischer Hinsicht. Das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs ist damit zu verneinen. Die behandelnden Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer vom 19. Mai 2021 bis zum 10. Januar 2023 durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. III/6, III/9, III/12, III/25, III/38, III/55, III/60, III/66, III/74, III/86, III/93, III/116, III/131, III/138, III/141, III/145, III/147,

III/162). Die meisten dieser Arbeitsunfähigkeitsatteste stammen von Hausarzt Dr. P.____, welcher die Atteste nicht begründete und sich auch nicht zu einer allfälligen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit äusserte. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Arbeitsunfähigkeit bereits wenige Monate nach dem Unfall vom 19. Mai 2021 mindestens teilweise und im weiteren Verlauf (abgesehen von vorübergehenden kurzzeitigen Phasen der Rekonvaleszenz nach den Unfällen vom 28. Februar und 26. April 2022) ausschliesslich durch die psychischen Beschwerden begründet war. Das Kriterium der langen Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist damit zu verneinen. Da somit keines der zu berücksichtigenden Kriterien erfüllt ist, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den Unfällen vom 19. Mai 2021, 28. Februar 2022 sowie 26. April 2022 und den geklagten organisch nicht objektivierbaren Beschwerden zu verneinen. Zusammengefasst lagen damit spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 15. Dezember 2022 keine unfallkausalen Beschwerden mehr vor, weshalb die Leistungseinstellung nicht zu beanstanden ist. Allfällige Ansprüche auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung fallen mangels unfallkausaler Beschwerden ausser Betracht, weshalb sich eine weitergehende Prüfung sowie diesbezügliche Abklärungen erübrigen. Im Sinne der Erwägungen ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. Mai 2023 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. Gerichtskosten sind mangels gesetzlicher Grundlage im UVG keine zu erheben (vgl. dazu Art. 61 lit. f bis ATSG). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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