

leidensbedingten Abzugs ermittelte die IV-Stelle eine 77%ige Invalidität (Urk. 9/I/43) und gewährte dem Versicherten mit Verfügung vom 11. Mai 2009 (Urk. 9/I/59) ab dem 1. September 2006 eine ganze Invalidenrente.

1.3???? Mit Verfügung vom 6. November 2009 teilte die SUVA dem Versicherten mit, dass vom medizinischen Endzustand der Unfälle vom 2. September und 9. November 2005 sowie vom 25. Dezember 2007 auszugehen sei, und stellte die Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen per 30. November 2009 ein. Einen Rentenanspruch verneinte sie, da die Bewegungs- und Belastungseinschränkung des linken oberen Sprunggelenks lediglich einen Invaliditätsgrad von 7 % bewirke, während die weiteren geklagten somatischen Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar seien und die psychogenen Störungen nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang zu den erlittenen Unfällen stünden. Für die Folgen des Unfalles vom 25. Dezember 2007 gewährte die SUVA dem Versicherten eine 5%ige Integritätsentschädigung in der Höhe von Fr. 5'340.-- (Urk. 9/I/66-67). Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur, am 30. November 2009 Einsprache erheben (Urk. 9/I/68).

1.4???? Im Rahmen des Einspracheverfahrens liess die SUVA den Versicherten durch die G. ___ internistisch, orthopädisch, rheumatologisch, neurologisch, otorhinolaryngologisch und psychiatrisch untersuchen (polydisziplinäres Gutachten vom 10. Januar 2012, Urk. 9/I/113, Urk. 9/I/114-118). Die G. ___ attestierte dem Versicherten in einer leidensangepassten Tätigkeit eine 40%ige Arbeitsfähigkeit und setzte den Integritätsschaden auf 70 % fest (Urk. 9/I/113 S. 58 und 71 je am Ende und S. 73 am Ende).

???????? Mit Einspracheentscheid vom 27. Juni 2012 (Urk. 2) erhobte die SUVA in teilweiser Gutheissung der Einsprache die dem Versicherten gewährte Integritätsentschädigung von 5 % auf 20 % (Fr. 21'360.--). Im Übrigen wies sie die Einsprache ab.

2.????? Gegen den Einspracheentscheid vom 27. Juni 2012 (Urk. 2) liess der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur, (Urk. 4/1-2), am 30. Juli 2012 Beschwerde erheben und folgende Anträge stellen:

1.? Der Einspracheentscheid vom 27. Juni 2012 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Unfallrente auf der Basis eines Erwerbsunfähigkeits-Grades von 60 % ab dem 1. Dezember 2009 zu zahlen.

E. 1.5

1.5.1?? Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

1.5.2?? Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

1.5.3?? F?r die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gew?hnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitssch?digung herbeizuf?hren, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu geh?ren auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung f?r psychische St?rungen anf?lliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnism?ssige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erh?htem Risiko geh?ren, weil sie aus versicherungsm?ssiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

???????? F?r die Bejahung des ad?quaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitssch?digungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall f?r die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunf?higkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht f?llt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). F?r die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzukn?pfen, wobei - ausgehend vom augenf?lligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unf?lle einerseits, schwere Unf?lle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

???????? Bei banalen Unf?llen wie z.B. bei geringf?gigem Anschlagen des Kopfes oder ?bertreten des Fusses und bei leichten Unf?llen wie z.B. einem gew?hnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der ad?quate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsst?rungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6a).

???????? Bei schweren Unf?llen ist der ad?quate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunf?higkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gew?hnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unf?lle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitssch?den zu bewirken (BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 E. 3b).

???????? Bei Unf?llen aus dem mittleren Bereich l?sst sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein ad?quater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schl?ssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umst?nde, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtw?rdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumst?nde oder besondere Eindr?cklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgem?sse Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszul?sen;
- ungew?hnlich lange Dauer der ?rztlichen Behandlung;
- k?rperliche Dauerschmerzen;

- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfall-bezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffällender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

1.5.4?? Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 2c). Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

????????? Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des ???????? Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;

- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/aa und 367 E. 6a).

1.5.5?? Dort, wo die zum typischen Beschwerdebild eines sogenannten Schleudertraumas der Halswirbelsäule oder einer vergleichbaren Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, nimmt die höchstrichterliche Rechtsprechung die Adäquanzbeurteilung im Sinne einer Ausnahme nicht nach den besonderen, für das Schleudertrauma aufgestellten Kriterien, sondern nach wie vor nach den Kriterien für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall vor, die allein auf dem Ausmass und den Auswirkungen der organisch nachweisbaren Unfallfolgen basieren (vgl. BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 99 E. 2a; RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437 ff.). Dieser Ausnahmetatbestand setzt nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung voraus, dass die psychische Problematik relativ kurze Zeit nach dem Unfall eine eindeutige Dominanz aufweist beziehungsweise - über einen längeren Zeitraum hin betrachtet - dass im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt die physischen Beschwerden gesamthaft nur eine untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind (vgl. RKUV 2002 Nr. U 465 S. 439 E. 3b; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 457/04 vom 23. März 2005, E. 3, und U 151/01 vom 14. Oktober 2004, E. 4.2, je mit Hinweisen).

????????? Sodann hat das höchste Gericht wiederholt darauf hingewiesen, dass die besondere Adäquanzbeurteilung, die nicht zwischen physischen und psychischen Komponenten eines Beschwerdebildes differenziert, den Fällen vorbehalten sei, wo sich die psychische Problematik als Teil des typischen organisch-psychischen Beschwerdebildes des sogenannten Schleudertraumas der Halswirbelsäule darstelle oder wo eine psychische Fehlentwicklung mit diesem organisch-psychischen Beschwerdebild eng verflochten sei. Von diesen Fällen unterscheidet die Rechtsprechung diejenigen Fälle, wo sich nach einem Unfall, losgelöst vom organisch-psychischen Beschwerdebild eines sogenannten Schleudertraumas oder einer vergleichbaren Verletzung, eine selbständige, sekundäre psychische Gesundheitsschädigung manifestiert oder wo eine derartige selbständige psychische Beeinträchtigung vorbestanden hat und sich durch einen Unfall verschlimmert. Die Unfalladäquanz solcher selbständiger Gesundheitsschädigungen beurteilt die Rechtsprechung ebenfalls nach den allgemeinen, für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien (vgl. RKUV 2001 Nr. U 412 S. 79 ff., 2000 Nr. U 397 S. 327 ff.; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 495/05 vom 7. Juni 2006,

E. 3.1, U 238/05 vom 31. Mai 2006, E. 4, und U 331/03, vom 30. August 2004, E. 3.1.2, je mit Hinweisen).

1.6???? Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wärdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

2.

2.1???? Strittig und zu prüfen in materieller Hinsicht ist zunächst, ob der Beschwerdeführer aufgrund der von ihm geltend gemachten Beschwerden eine Invalidenrente als Folge der Unfälle vom 2. September und 19. November 2005 sowie vom 25. Dezember 2007 beanspruchen kann.

2.2???? Die Beschwerdegegnerin stellte sich auf den Standpunkt, als Unfallfolgen weise der Beschwerdeführer ein okkultes dorsales Handgelenksganglion rechts, einen Status nach Metatarsale-II-Köpfchenfraktur rechts und eine Arthrose des Talonavikulargelenks des oberen und unteren Sprunggelenks bei partieller Talusnekrose links auf. Die übrigen somatischen und die psychischen Beschwerden seien zu den Unfällen nicht adäquat kausal (Urk. 2 S. 14 Ziff. I.5). Deshalb sei dem Versicherten aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht eine leidensangepasste Tätigkeit den ganzen Tag zumutbar (Urk. 8 S. 12-13 Ziff. 17.3 i.V.m. Urk. 9/I/117 und Urk. 9/II/24). Aus einem Einkommensvergleich ergebe sich eine Invalidität von 7,45 %, weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (Urk. 2 S. 19 Ziff. I.8.d und Urk. 8 S. 13-14 Ziff. 17.6-8).

2.3???? Dagegen macht der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, es sei entsprechend dem von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Gutachten der G.____ vom 10. Januar 2012 (Urk. 9/I/113) davon auszugehen, dass bei Berücksichtigung der nur unfallbedingt organisch nachweisbaren Beschwerden eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Bei Gewährung eines 15%igen leidensbedingten Abzugs sei ihm eine Invalidenrente von rund 60 % zuzusprechen (Urk. 1 S. 6 Ziff. 3 und Urk. 12 i.V.m. Urk. 9/I/113 S. 71 Ziff. 16.1).

E. 2

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung von 70 % zu zahlen, abzüglich der im Einspracheentscheid vom 4. Juli [richtig wohl: 27. Juni] 2012 anerkannten Integritätsentschädigung von 20 % bzw. Fr. 21'360.--.

E. 3

3.1.1 Nach dem ersten, am 2. September 2005 erfolgten Unfall, bei welchem der vordere Wagen des Taxifahrers in das Taxi des Versicherten gefahren war (Urk. 9/III/2, Urk. 9/III/14), wurde eine Distorsion der HWS diagnostiziert. Der Versicherte habe bis zwei Stunden nach dem Unfall an Kopf- und Nackenschmerzen, nach vier Stunden an Schwindel und nach sieben Stunden an Nausea und Erbrechen gelitten (Urk. 9/III/7, Urk. 9/III/14). Ein drei Tage nach dem Unfall erfolgter Arbeitsversuch sei beim Heben eines Koffers gescheitert (Urk. 9/III/15 S. 2 Ziff. 5).

Ein am 26. Oktober 2005 erfolgtes MRI ergab einen normalen Befund der HWS ohne Nachweis einer Raumforderung auf die C6-Wurzel und eine leichte kyphotische Fehllage der oberen HWS als Nebenbefund (Urk. 9/III/13).

E. 3.2

3.2.1 Nach dem zweiten, am 19. November 2005 erfolgten Auffahrunfall, bei welchem ein anderes Fahrzeug bei geringer Geschwindigkeit von hinten in dasjenige des Beschwerdeführers gefahren war (Urk. 9/II/15 S. 1-2), wurde erneut ein Distorsionstrauma der HWS diagnostiziert. Der Versicherte sei nicht mit dem Kopf angeschlagen. Initial habe er an Schwindel und Übelkeit gelitten, wobei keine Bewusstlosigkeit eingetreten sei. Bei der am gleichen Tag erfolgten Untersuchung habe er an starken Schmerzen im Bereich der HWS gelitten, nach occipital und in die Schultern ausstrahlend. Die Bewegung in der HWS sei schmerzhaft, aber in vollem Umfang möglich gewesen und es hätten keine Übelkeit und kein Schwindel bestanden (Urk. 9/II/6).

Ein am 22. November 2005 erfolgtes MRI ergab keine Befundveränderung im Vergleich zur Voruntersuchung. Es hätten insbesondere keine Hinweise auf eine Fraktur und kein Nachweis einer Kompression der neuralen Strukturen bestanden (Urk. 9/II/3).

3.2.2 Im Austrittsbericht der B. ___ vom 11. Januar 2006, wo sich der Versicherte vom 13. bis 28. Dezember 2005 in stationärer Behandlung auf-gelassen hatte, wurde eine Distorsion der HWS mit vegetativer Dystonie nach den am 2. September und am 19. November 2005 erfolgten Unfällen diagnostiziert (Urk. 9/III/34 S. 1). Der Versicherte habe über eine Zunahme der vegetativen Beschwerden und kognitiven Einschränkungen geklagt, welche jeweils bereits verursacht durch den ersten Unfall vorbestanden hätten. Als Hauptproblematik seien Nackenschmerzen, eine Cephalaea und linksseitige Armbeschwerden geklagt worden. Klinisch habe sich im Vergleich der Vorbefunde nach dem ersten Unfall zu jenen nach dem zweiten Unfall eine deutlich verstärkte Einschränkung der Beweglichkeit der HWS gezeigt. Es hätten keine Hinweise für eine Gedächtnisschwäche oder eine milde traumatische Hirnverletzung (MTBI) und keine neurologischen Auffälle bestanden. Ohne Physiotherapie und unter alleinigem ambulanten Therapiekonzept sei keine Veränderung des Zustandes zu erwarten. Vor dem Hintergrund des jungen Alters des Versicherten, der wiederholten Traumatisierung der HWS und der Therapieresistenz unter bereits ausgeschöpften ambulanten Massnahmen sei eine stationäre Rehabilitation mit den Zielsetzungen Wohnen zu Hause, gesteigerte sozio-kulturelle Teilnahme, psychiatrische Evaluation, Erarbeitung einer Tagesstruktur und Ausschleichen der Opioiden sinnvoll (Urk. 9/III/34 S. 2).

3.2.3 Im Austrittsbericht der nachfolgenden, vom 16. Januar bis zum 22. Februar 2006 in der B. ___ erfolgten stationären Behandlung vom 2. März 2006 wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 9/III/41 S. 1):

A.?? Autounfall vom 19. November 2005: Heckauffahrkollision (fremd verschuldet)

1.?? Distorsion der HWS

-?? MRI der HWS vom 21. November 2005: leichte kyphotische Fehlstellung des oberen Niveaus, sonst unauffällig

-?? Funktionsaufnahmen der HWS am 17. Januar 2006: global stark eingeschränkte Beweglichkeit (schmerzbedingt), C1/2 und C2/3 praktisch nicht bewegt, nur geringe Beweglichkeit der mittleren und unteren HWS.

2.?? Exazerbation eines vorbestehenden zervikookzipitalen Syndroms.

B.?? Autounfall vom 2. September 2005: seitliche Kollision frontal links (fremd verschuldet):

3.?? Distorsion der HWS

-?? MRI der HWS vom 26. Oktober 2005: leichte kyphotische Fehllhaltung des oberen HWS, sonst Normalbefund.

-?? persistierendes zervikookzipitales Syndrom.

C.?? Unfallfremd:

1.?? Allergie auf Ponstan

2.?? Dyspeptische Beschwerden, Status nach Gastritis.

??????? Im psychosomatischen Konsilium vom 7. Februar 2006 wurden eine Labilisierung der Affekte, eine Verunsicherung und Stimmungsschwankungen im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.23) diagnostiziert. Der Versicherte habe auf der Verhaltensebene mit einem maladaptativen Umgang mit der Beschwerdeproblematik reagiert, wobei in den Therapien durchaus auch Ansätze zu einer gewissen Beharrlichkeit und eine Motivation, an einer Verbesserung seines Zustandes zu arbeiten, erkennbar gewesen seien (Urk. 9/III/41 S. 2).

3.2.4?? Im Bericht der C.____ vom 13. November 2007, wo der Versicherte vom 18. Oktober bis zum 13. November 2007 hospitalisiert war, wurde darüber berichtet, dass der Versicherte psychisch ängstlich und depressiv gewirkt und über zunehmende Verzweiflung, sozialen Rückzug, depressive Stimmung, ausgeprägte Antriebslosigkeit und Schlafprobleme geklagt habe. Zentraler Punkt, auch für den weiteren Verlauf der Erkrankung, sei die Reintegration in den Arbeitsprozess. Empfohlen wurde eine sehr langsame, stufenweise Wiedereingliederung in den Berufsalltag mit der Möglichkeit, wechselbelastend (teils sitzend, teils stehend) zu arbeiten. Die erzielten Fortschritte sollten weiter stabilisiert und gefestigt werden. Der Versicherte habe bei entsprechender Unterstützung Ressourcen, wieder in den Berufsleben integriert zu werden, zu Beginn mit verminderter körperlicher Belastung (Urk. 9/III/136 S. 1-3).

E. 3.3

3.3.1?? Am 25. Dezember 2007 kollidierte der Versicherte in D.____ als Lenker eines Kleinbusses mit einem entgegenkommenden Schulbus (Urk. 9/I/1) und zog sich dabei eine Talusluxationsfraktur links, eine Fraktur des Metatarsalekphens II rechts sowie Basisfrakturen der Metacarpale III und IV an der rechten Hand zu; zudem wurden ein Schleudertrauma und eine Commotio cerebri diagnostiziert (Urk. 9/I/8 i.V.m. Urk. 9/I/32

und Urk. 9/I/12). Anlässlich der Erstbehandlung, die in E.____ erfolgt war, wurde am 25. Dezember 2007 eine Computertomographie der HWS durchgeführt, woraus sich eine beginnende Osteochondrose C3/4 und C4/5, jedoch keine Hinweise auf eine Fraktur ergaben (Urk. 9/I/36 S. 20 am Anfang). Am 24. April 2008 wurde im F.____ eine Schraubenosteosynthese des linken Talus durchgeführt (Urk. 9/I/19).

3.3.2?? Am 29. April und 17. Juni 2008 wurde der Versicherte durch die G.____ internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch untersucht (G.____-Gutachten vom 14. August 2008, Urk. 9/I/36 S. 1). Aufgrund der interdisziplinären Beurteilung wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 9/I/36 S. 33):

1.?? chronisches zervikospondylogenes und zervikozepales Schmerzsyndrom (ICD-10: M53.0), bestehend seit September 2005

2.?? nicht voll konsolidierte, osteosynthetisch versorgte mehrfragmentäre Talusfraktur links nach Personenwagenunfall im Dezember 2007 (ICD-10: S92.1), bestehend seit Dezember 2007

3.?? undifferenzierte Somatisierungsstörung (mit Leitsymptom Schmerz) (ICD-10: F45.1), bestehend seit Februar 2006

4.?? Dysthymie (ICD-10: F34.1), bestehend seit 2006.

????????

???????? Beim Versicherten bestanden sowohl im somatischen als auch im psychischen Bereich Gesundheitsstörungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. An erster Stelle standen aus interdisziplinärer Sicht die chronischen Schmerzsyndrome im HWS-Kopf-Bereich und Nacken-Schultergürtelbereich, wobei sich die posttraumatischen Einflüsse nach wiederholten Distorsionen der HWS im Jahr 2005 und die Einflüsse der sich in den letzten zwei Jahren manifestierten Somatisierungsstörung nur schwer auseinanderhalten liessen (Urk. 9/I/36 S. 33).

???????? Der festgestellte Gesundheitszustand und die bestehenden Behinderungen könnten sich im weiteren Krankheits- und Behandlungsverlauf noch verändern, und es sei noch nicht sicher vorzusagen, welche dauerhaften Beeinträchtigungen an der verletzten linken unteren Extremität bestehen bleiben würden. Sowohl physikalisch-medizinisch als auch psychiatrisch sei eine erneute medizinische Rehabilitationsmassnahme, tagesklinisch oder vollstationär, zur Aktivierung, Rekonditionierung und zum Belastungsaufbau indiziert und zumutbar. Nach Durchführung dieser Massnahme sollte aufgrund der psychischen Erkrankungen und der psychopathologischen Befunde nur noch eine geringe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultieren. Die Beeinflussbarkeit der muskuloskelettalen Befunde sei weniger gut voraussagbar; da ein protrahierter Verlauf anhand der bisherigen Erfahrungen möglich sei, sollte eine Reevaluation nach spätestens 2 Jahren stattfinden (Urk. 9/I/36 S. 34).

???????? Für die Tätigkeit als Berufschaffeur (Taxifahrer) bestehe beim Versicherten aufgrund der noch nicht abgeheilten Talusfraktur eine zu reevaluierende 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe aufgrund der körperlichen Befunde eine 75%ige Arbeitsunfähigkeit. Die psychopathologischen Befunde begründeten ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit in etwa demselben Umfang, welche durch aktivierende, rekonditionierende, physikalisch-medizinische, ergotherapeutische und soziotherapeutische Massnahmen gebessert werden könne. Aufgrund der psychischen Erkrankungen bestehe

eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit von maximal 20 % (Urk. 9/I/36 S. 36).

3.3.3?? Ende 2011 wurde der Versicherte im Auftrag der SUVA erneut durch die G.____ internistisch, orthop?disch, rheumatologisch, neurologisch, otorhinolaryngologisch und psychiatrisch untersucht (G.____-Gutachten vom 10. Januar 2012, Urk. 9/I/113 i.V.m. Urk. 9/I/114-118), und es wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 9/I/113 S. 44-48 i.V.m. Urk. 9/I/114-118):

A.?? in rheumatologischer Hinsicht:

- ?? zervikospondylogenes Syndrom mechanisch degenerativer Genese mit/bei geringgradiger Osteochondrose C3/4 und medio-bilateraler Diskusprotrusion C3/4
- ?? lumbospondylogenes Syndrom mechanisch degenerativer Genese mit/bei einer leichten Osteochondrose und bilateraler extra-foraminaler Protrusion der Bandscheiben L2/3 und L4/5, leichten Spondylarthrosen L4 bis S1 beidseits
- ?? Talusfraktur links im Dezember 2007 mit posttraumatischer Talus-nekrose
- ?? Arthrose des oberen und unteren Sprunggelenkes bei Senk-/ Spreizf?ssen beidseits;

B.?? in neurologischer Hinsicht:

- ?? chronisches Schmerzsyndrom mit Nacken-, R?cken- und Bein-schmerzen, ohne Anhaltspunkte f?r eine L?sion des zentralen oder peripheren Nervensystems;

C.?? in orthop?discher Hinsicht (lediglich betreffend die L?sionen im Bereich der F?sse und der rechten Hand):

- ?? posttraumatische Arthrose des oberen und unteren Sprunggelenks links bei Status nach Talusluxationsfraktur links am 25. Dezember 2007 in D.____
- ?? Status nach offener Reposition und Schraubenosteosynthese der Talusluxationsfraktur links vom 26. Dezember 2007 (Orthop?dische Klinik E.____ in D.____)
- ?? Metatarsale-K?pfechenfraktur II rechts vom 25. Dezember 2007 unter konservativer Therapie
- ?? Senk-/Spreizfuss rechts mit MTP-I-Arthrose bei Hallux valgus
- ?? Spreizfuss links
- ?? flexible Hammerzehe Dig. II beidseits
- ?? Status nach ultraschallgesteuerter Kortisoninfiltration eines okkulten dorsalen Handgelenksganglion rechts vom 18. Januar 2010 (fecit Dr. S. H.____, Handchirurgie I.____);

D.?? in otorhinolaryngologischer Hinsicht:

- ?? Tinnitus auris beidseits (ICD-10: H93.1)
- ?? chronische Tubenbel?ftungsst?rung beidseits (ICD-10: H65.2);

E.?? in psychiatrischer Hinsicht:

- ?? anhaltende mittelgradige depressive St?rung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11)
- ?? anhaltende somatoforme Schmerzst?rung (ICD-10: F45.4)
- ?? Pers?nlichkeits?nderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10: F62.80).

Bei Status nach drei erlittenen Distorsionen der HWS, wobei das im Jahr 2007 erlittene HWS-Schleudertrauma für die aktuellen Beschwerden massgeblich sein dürfte, hätten sich anlässlich der rheumatologischen Begutachtung mittel-gradige schmerzhafte Einschränkungen der Inklination und Reklination sowie leichte bis mittelgradige schmerzhafte Einschränkungen der Seitenneigung und der Rotation nach beiden Seiten gezeigt. Diese Befunde seien vereinbar mit einem zervikospondylogenen Syndrom, einerseits bedingt durch die erlittenen Schleudertraumata, andererseits auf dem Boden degenerativer Veränderungen bei radiologisch dokumentierter geringgradiger Osteochondrose C3/C4 und medio-bilateraler Diskusprotrusion C3/C4.

Zusätzlich leide der Versicherte an einem lumbospondylogenen Schmerz-syndrom bei leichter Osteochondrose und bilateraler extra-foraminaler Protrusion der Bandscheiben L2/L3 und L4/L5 sowie leichten Spondylarthrosen L4 bis S1 beidseits. Hinweise für eine Radikulopathie oder Myelonaffektion hätten sich weder anamnestisch noch während der neurologischen Begutachtung gefunden.

Der Vergleich zwischen den objektiven Befunden der ersten rheumatologischen Beurteilung vom 17. Juni 2008 und der aktuellen Situation zeige eine eindeutige Verminderung der Anzahl schmerzhafter Punkte sowohl am Schulter- als auch am Becken-/Knie. Die Weichteildruckdolenzen seien nicht mehr auf oberflächlichsten Druck auslösbar, wie im rheumatologischen Teilgutachten vom Juni 2008 beschrieben. Dies bedeute, dass gegenüber 2008 eine Verbesserung des generalisierten Weichteilschmerzsyndroms eingetreten sei.

???????

Aus rheumatologischer Sicht könne dem Versicherten in einer dem Leiden bestens angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 8 Stunden pro Tag bei einer Leistungseinbusse von 50 % oder eine Arbeitsfähigkeit von 4 Stunden pro Tag ohne zusätzliche Leistungseinschränkung zugemutet werden. Für die früher praktizierte Tätigkeit als Taxichauffeur bestehe hingegen eine bleibende 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/I/113 S. 51-52).

In orthopädischer Hinsicht wurde unter Berücksichtigung der unfallrelevanten Diagnosen am linken Fuss- und Sprunggelenk für das Lenken eines Fahrzeugs mit Automatikgetriebe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert, da der linke Fuss dafür nicht erforderlich sei. Allerdings müsse der Versicherte als Taxichauffeur auch Gewichte heben und in diesem Bereich sei er insofern eingeschränkt, als er nur 10 kg tragen könne. Bei alleiniger Betrachtung des linken Fusses bestehe somit für den Beruf als Taxichauffeur eine zeitlich 100%ige Arbeitsfähigkeit mit herabgesetzter Leistungsfähigkeit (Urk. 9/I/113 S. 46-47).

Für die Beurteilung der leidensangepassten Tätigkeit sei zu berücksichtigen, dass der Versicherte langfristig keine mittleren oder langen Gehstrecken zurücklegen könne. Das Treppensteigen und das Stehen auf Leitern seien ihm ebenfalls nicht möglich. Das Heben von Lasten sei auf 10 kg limitiert. Für rein sitzende Tätigkeiten und Tätigkeiten mit kurzfristigem Stehen und kürzesten Gehstrecken sei der Versicherte aus orthopädischer Sicht in zeitlichem und leistungsmässigem Umfang 100 % arbeitsfähig (Urk. 9/I/113 S. 52-55).

???????? Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung habe sich gezeigt, dass der Versicherte nach dem zweiten erlittenen HWS-Distorsionsstrauma im November 2005 neben Schmerzen und verschiedenen anderen unspezifischen körperlichen Beschwerden erstmals eine depressive Verstimmung erlitten habe, welche primär als Anpassungsstörung und im Verlauf als Dysthymie eingeschätzt worden sei. Nach dem im Dezember 2007 erlittenen schweren Autounfall sei es zu einer Progredienz der depressiven Symptome gekommen. Zudem seien Symptome einer Persönlichkeitsänderung bei chronischen Schmerzen aufgetreten. Die bisher eher undifferenzierte somatoforme Schmerzstörung habe sich somit zu einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung entwickelt.

???????? Die anlässlich der psychiatrischen Begutachtung durch die G. ___ im Jahr 2008 gestellte Diagnose des Zustandes einer Anpassungsstörung mit Übergang in eine Dysthymie, bestehend von September 2005 bis ins Jahr 2008, könne nachvollzogen werden. Dies gelte auch für die undifferenzierte Somatisierungsstörung, da damals das Bild einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung noch nicht eindeutig ausgeprägt gewesen sei respektive die entsprechende Symptomatik gemäss Angaben von Dr. med. von J. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, „bunt“ und „wenig spezifisch“ gewesen sei. Die eindeutige Symptomatik einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung habe sich im Verlauf nach dem dritten Unfall im Dezember 2007 auf dem Boden der psychischen Belastung und der damit zusammenhängenden emotionalen Konflikte durch die ersten beiden Unfälle entwickelt, etwa ab dem Jahr 2008 mit immer eindeutiger werdender Symptomatik.

???????? Für die angestammte Tätigkeit als Taxichauffeur bestehe keine Arbeitsfähigkeit. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei der Versicherte einem Arbeitgeber aus psychiatrischer Sicht hingegen nur noch knapp zumutbar, weshalb eine 40%ige Arbeitsfähigkeit angenommen werden könne. Aufgrund der deutlich ausgeprägten psychischen Komorbidität sei die somatoforme Schmerzstörung als nicht überwindbar anzusehen. Die Prognose müsse aufgrund der Chronifizierung respektive der Progredienz sämtlicher psychiatrischer Diagnosen als eher schlecht beurteilt werden.

???????? Aus interdisziplinärer Sicht würden sich die prozentualen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht kumulieren, sondern seien lediglich fachspezifisch zu interpretieren. Aus diesem Grund sei die im rheumatologischen Teilgutachten angegebene 50%ige Leistungseinschränkung in der aus psychiatrischer Sicht gewerteten 60%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit enthalten und berücksichtigt (Urk. 9/I/113 S. 56-58).

E. 4

4.1???? Die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms im Nacken- und Rückenbereich ist grundsätzlich nicht in Frage zu stellen, und es ist somit auch nicht anzuzweifeln, dass die Schmerzen, von denen der Beschwerdeführer berichtet, wenigstens teilweise in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit den erlittenen Unfällen stehen. Da diese Beschwerden zum Beschwerdekomples eines Traumas der HWS gehören, stellt sich im Hinblick auf die zitierte Rechtsprechung des Bundesgerichts die weitere Frage nach der Adäquanz der Beschwerden und der dadurch bewirkten Arbeitsunfähigkeit zu den Unfällen.

4.2???? Sowohl anlässlich der nach den Unfällen erfolgten MRI und CT als auch zu einem späteren Zeitpunkt konnten keine organischen Verletzungen der HWS festgestellt werden, die dem beschriebenen Beschwerdebild zugrunde liegen (Urk. 9/III/13, Urk. 9/II/3 und Urk. 9/I/36 S. 20 am Anfang).

???????? Damit kann die Unfallad?quanz des zur Diskussion stehenden Beschwerdebildes nicht von vornherein bejaht werden, sondern f?r deren Beurteilung sind die besonderen Kriterien heranzuziehen, wie sie die Rechtsprechung f?r die Folgen von Distorsionsverletzungen der HWS und Sch?del-Hirn-Traumen ohne organisch nachweisbare Befunde aufgestellt hat. Ob die Kriterien massgebend sind, welche die Rechtsprechung eigens f?r die Ad?quanzbeurteilung nach Distorsionsverletzungen der HWS und Sch?del-Hirn-Traumen entwickelt hat, oder die allgemeinen Kriterien f?r die Ad?quanzbeurteilung von psychischen Fehlentwicklungen nach einem Unfall, h?ngt vom Stellenwert der psychischen Problematik im Krankheitsverlauf und im Rahmen der Gesamtheit der Beschwerden ab.

4.3???? Dass nach den im Jahr 2005 erlittenen Unf?llen auch psychische St?rungen aufgetreten waren, steht fest. Bereits im Rahmen der vom 16. Januar bis zum 22. Februar 2006 in der B.____ erfolgten station?ren Behandlung wurden eine Labilisierung der Affekte, eine Verunsicherung und Stimmungsschwankungen im Rahmen einer Anpassungsst?rung (ICD-10: F43.23) diagnostiziert und festgehalten, der Versicherte habe auf der Verhaltensebene mit einem maladaptativen Umgang mit der Beschwerdeproblematik reagiert (Urk. 9/III/41 S. 2). Im Bericht der C.____, wo der Versicherte vom 18. Oktober bis zum 13. November 2007 hospitalisiert war, wurde dar?ber berichtet, dass er psychisch ?ngstlich und depressiv gewirkt und ?ber zunehmende Verzweiflung, sozialen R?ckzug, depressive Stimmung, ausgepr?gte Antriebslosigkeit und Schlafprobleme geklagt habe (Urk. 9/III/136 S. 1-3).

???????? Der behandelnde Dr. med. K.____, Facharzt f?r Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Arztbericht vom 28. April 2008 (Urk. 9/I/23) in psychischer Hinsicht eine Anpassungsst?rung mit gemischter St?rung von Gef?hlen und Sozialverhalten (ICD-10: F43.25) nach wiederholten Autounf?llen und einen Status nach einer psychotischen Episode im Juli 2007 (ICD-10: F23.01). Dem Bericht von Dr. K.____ ist zu entnehmen, dass eine langdauernde psychische St?rung vorliege, die aufgrund der Unf?lle entstanden sei. Der Versicherte habe nach den ersten zwei HWS-Distorsionstraumata mit vor?bergehend auftretenden psychotischen Symptomen reagiert. Trotz der durchgef?hrten ambulanten und station?ren Behandlung habe sich der Zustand chronifiziert und einen invalidisierenden Verlauf genommen. Nach dem dritten Unfall sei es zu einer weiteren Verschlechterung des psychischen Zustandes gekommen. Bei den vorhandenen Beschwerden handle es sich um ein seelisches Leiden mit Krankheitswert, das seit dem ersten Unfall eine 100%ige Arbeitsunf?higkeit verursacht habe (Urk. 9/I/23 S. 3).

???????? Im Gutachten der G.____ vom 10. Januar 2012 wurde sodann festgehalten, die psychischen St?rungen st?nden sicher ganz klar im Vordergrund, insbesondere wenn die anhaltende somatoforme Schmerzst?rung als reine psychische St?rung betrachtet werde. Auf der psychischen Seite sei im zeitlichen Verlauf nach dem traumatischen dritten Unfall vom 25. Dezember 2007 zu einer (weiteren) Progredienz der depressiven Symptome respektive zum Beginn einer Pers?nlichkeits?nderung bei chronischen Schmerzen gekommen. Zudem sei die somatoforme Schmerzst?rung im Verlauf deutlicher und klarer zum Vorschein gekommen (Urk. 9/I/113 S. 65-66).

???????? Die oben erw?hnten Aussagen, die vom Beschwerdef?hrer selber nicht angezweifelt wurden, zeigen, dass sich die psychische Problematik bereits ab dem Jahr 2006 von der Symptomatik eines Traumas der HWS entfernte und in Richtung einer verselbst?ndigten psychischen St?rung entwickelte. Hatte damit die psychische Problematik

schon in der ersten Zeit nach den im Jahr 2005 erlittenen Auffahrunfällen und insbesondere nach der am 25. Dezember 2007 erfolgten Frontalkollision eine vorherrschende Rolle im Krankheitsgeschehen gespielt und sich in ihrer Ausprägung zudem bald vom typischen Beschwerdebild einer Verletzung der HWS losgelöst und verselbständigt, so hat die Adquanzbeurteilung nicht nach den spezifischen Kriterien für die betreffenden Verletzungen, sondern nach den Kriterien für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall zu erfolgen.

E. 4.4

4.4.1?? Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (BGE 134 V 109 E. 10.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_915/2008 vom 11. September 2009 E. 5.1 und 8C_536/2007 vom 11. Juni 2008 E. 6.1; vgl. SVR 2008 UV Nr. 8 E. 5.3.1). Als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Unfällen wurden beispielsweise folgende Ereignisse qualifiziert:

- Kollision eines Lastwagens mit einem Personenwagen auf der Autobahn, worauf dieser zuerst mit der rechten, anschliessend mit der linken Tunnelwand kollidierte und die Windschutzscheibe durch heftigen Kopfanprall barst (Urteil des Bundesgerichts 8C_257/2008 vom 4. September 2008);

- Unfall, bei dem die versicherte Person mit einem Personenwagen auf der Überholspur der Autobahn fuhr und bei einer Geschwindigkeit von etwa 130 km/h plötzlich ins Schleudern geriet, die Normalspur und den Pannestreifen überquerte und mit der Böschung kollidierte, wobei sich das Fahrzeug überschlug, auf die Überholspur zurückgeschleudert wurde sowie auf den Rändern stehend zum Stillstand kam, beim Überschlagen der Beifahrer aus dem Dachfenster auf die Böschung geschleudert wurde und die versicherte Person das Fahrzeug nicht mehr eigenständig verlassen konnte (Urteil des Bundesgerichts 8C_799/2008 vom 11. Februar 2009).

Als mittelschwer, aber nicht im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen liegend - mithin als mittelschwer im engeren Sinne - wurden etwa Unfälle qualifiziert, bei welchen das Fahrzeug mit der versicherten Person:

- bei einem Überholmanöver mit zirka 100 km/h abrupt abgebremst wurde, dabei ins Schleudern geriet, gegen einen Strassenwall prallte, sich überschlug und auf der Fahrerseite zu liegen kam (Urteil des Bundesgerichts 8C_169/2007 vom 5. Februar 2008);

- einen Lastwagen beim Überholen touchierte und sich überschlug (Urteil des Bundesgerichts 8C_743/2007 vom 14. Januar 2008);

- von der Strasse abkam und sich überschlug (Urteil des Bundesgerichts U 213/06 vom 29. Oktober 2007);

- auf der Autobahn in einer Kurve ins Schleudern geriet, sich überschlug und auf dem Dach liegend zum Stillstand kam (Urteil des Bundesgerichts U 258/06 vom 15. März 2007);

- sich bei einer Geschwindigkeit von zirka 90 km/h auf einer Autobahn über eine Mittelleitplanke hinweg überschlug - wobei die versicherte Person hinausgeschleudert wurde - und mit Totalschaden auf der Gegenfahrbahn auf dem Dach zu liegen kam (Urteil des Bundesgerichts U 492/06 vom 16. Mai 2007).

Auch beim Fahrer eines Personenwagens, der mit einer Fahrgeschwindigkeit von 110 km/h die Kontrolle über das Fahrzeug verloren hatte, auf den Fahrstreifen für den Gegenverkehr, dann auf das linksseitige Strassenbankett und schliesslich in den Strassengraben abgekommen war, wobei er sich mehrere Male überschlagen hatte, wurde ein mittelschwerer Unfall angenommen (Urteil des Bundesgerichts 8C_595/2009 vom 17. November 2009), wie auch bei einer Frontalkollision zweier Personenwagen, wobei die Geschwindigkeit des unfallverursachenden Personenwagens 30 - 40 km/h betrug und diejenige des beteiligten Fahrzeugs auf etwa 70 - 80 km/h geschätzt wurde (Urteil des Bundesgerichts 8C_80/2009 vom 5. Juni 2009), und bei der Kollision eines Personenwagens bei einer Fahrgeschwindigkeit von zirka 80 km/h mit einem Drahtgitterzaun abseits der Strasse, mit seitlichem Überschlag und Stillstand auf dem Dach liegend im angrenzenden Wiesland (Urteil des Bundesgerichts 8C_609/2007 vom 22. August 2008), oder bei einem Fahrzeug, welches mit einer Geschwindigkeit von zirka 90 km/h frontal in einen stehenden Personenwagen prallte (Urteil des Bundesgerichts 8C_786/2009 vom 4. Januar 2010), sowie bei einer Frontalkollision, bei der das unfallverursachende Fahrzeug ungebremst mit etwa 100 km/h in einen mit zirka 80 km/h fahrenden, noch ein Abbrems- und Ausweichmanöver einleitenden Personenwagen stiess (Urteil des Bundesgerichts 8C_1021/2009 vom 3. November 2010). Gleichermassen wurde etwa auch ein Ereignis als mittelschwer im eigentlichen Sinne eingestuft, bei dem ein von der versicherten Person gelenkter Lieferwagen auf der Autobahn bei einer Geschwindigkeit von 100 - 120 km/h bei starkem Regen ausser Kontrolle geriet und, nachdem er auf die Mittel- und Seitenplanke geprallt war, seitlich liegend auf dem rechten Pannestreifen zum Stillstand kam, wodurch ein Totalschaden entstand (Urteil des Bundesgerichts 8C_933/2009 vom 28. April 2010).

Einfache Auffahrunfälle auf ein haltendes Fahrzeug ohne irgendwelche spektakuläre Begleitumstände werden zwar in aller Regel als mittelschwere Unfälle qualifiziert, als solche aber im Bereich der leichteren Unfälle eingereiht (SVR 2007 UV Nr. 26 E. 5.2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.1.2, mit Hinweisen; aus jüngster Zeit: Urteil des Bundesgerichts 8C_714/2009 vom 14. April 2010 E. 6.2). In einzelnen Fällen wurde ein leichter Fall angenommen, so insbesondere bei einer niedrigen kollisionsbedingten Geschwindigkeitsveränderung (Delta-v unter 10 km/h; RKUV 2003 Nr. U 489 S. 360 E. 4.2).

4.4.2?? Aufgrund der in den Polizeiakten (Urk. 9/III/9 und Urk. 9/II/8) und unfall-analytischen Unterlagen (Urk. 9/III/66 und 9/III/15) enthaltenen Angaben sind die ersten zwei, am 2. September und 19. November 2005 erlittenen Unfälle eigentlich als leichte, höchstens aber als mittelschwere Ereignisse im Grenzbereich zu leichten Unfällen anzusiedeln. Es handelte sich um unspektakuläre Auffahrunfälle, wobei das auffahrende Fahrzeug des Unfall-gegners keine weit grössere Masse aufwies als dasjenige des Beschwerdeführers.

???????? Unter Berücksichtigung der oben zitierten Rechtsprechung, der Unfallanalyse der Arbeitsgruppe für Unfallmechanik vom 25. Januar 2011 (Urk. 9/I/82) - wonach von einer Geschwindigkeitsänderung bei frontalem Aufprall innerhalb von 20 bis 30 km/h auszugehen ist - und der vorhandenen Unfallbilder (Urk. 9/I/6) ist auch der dritte, am 25. Dezember 2007 erlittene Unfall höchstens als einen mittelschweren, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegenden Unfall zu qualifizieren.

E. 4.5

4.5.1?? F?r die Bejahung des ad?quaten Kausalzusammenhangs bei den drei erlittenen Unf?llen, welche h?chstens als mittelschwere Unf?lle im Grenzbereich zu den leichten Unf?llen zu qualifizieren sind, bedarf es des Nachweises eines der massgebenden unfallbezogenen Ad?quanzkriterien in besonders ausgepr?gter oder auffallender Weise oder aber von mindestens vier in der einfachen Form (Urteile des Bundesgerichts 8C_785/2009 vom 16. Juni 2010, E. 7.2 sowie 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010, E. 4.5).

4.5.2?? Nach der h?chstrichterlichen Rechtsprechung hat die Ad?quanzpr?fung, falls im Anschluss an zwei oder mehrere Unf?lle eine psychische Fehlentwicklung eintritt, grunds?tzlich f?r jeden Unfall gesondert gem?ss der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen zu erfolgen, was prinzipiell entsprechend auch bei einer Mehrzahl von Unf?llen mit Schleudertrauma der HWS oder gleich-gestellter Verletzung gilt. In diesem Rahmen ist es jedoch nicht generell ausgeschlossen, die wiederholte Betroffenheit desselben K?rperteils bei der Ad?quanzpr?fung zu ber?cksichtigen. Letzteres ist insbesondere dann denkbar, wenn die Auswirkungen der verschiedenen Ereignisse auf gewisse Beschwerden und/oder die Arbeitsf?higkeit nicht voneinander abgegrenzt werden k?nnen (Urteil des Bundesgerichts 8C_689/2009 vom 16. Februar 2010, E. 4.1 mit Hinweisen).

4.5.3?? Unbestrittenermassen ereigneten sich die drei Unf?lle weder unter besonders dramatischen Begleitumst?nden noch waren sie von besonderer Eindr?cklichkeit. Auch steht nach Lage der Akten zu Recht ausser Frage, dass die Kriterien der ?rztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmerte, und der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen - eine solche kann praxisgem?ss nicht bereits aus der Diagnose einer HWS-Distorsion oder einer anderen, ad?quanzrechtlich gleich zu behandelnden Verletzung abgeleitet werden (BGE 134 V 109 E. 10.2.2) und l?sst sich auch aufgrund der beim Unfall vom 25. Dezember 2007 erlittenen Frakturen in beiden F?ssen und in der rechten Hand nicht bejahen - nicht gegeben sind.

4.5.4?? Anders verh?lt es sich im Zusammenhang mit den Kriterien der ungew?hnlich langen Dauer der ?rztlichen Behandlung, der k?rperlichen Dauerschmerzen sowie des schwierigen Heilungsverlaufs bzw. der erheblichen Komplikationen.

???????? Im G.____-Gutachten vom 14. August 2008 wurde festgehalten, dass die osteosynthetisch versorgte mehrfragment?re Talusfraktur links nicht voll konsolidiert sei und nicht sicher vorausgesagt werden k?nne, welche dauerhaften Beeintr?chtigungen an der verletzten linken unteren Extremit?t bestehen bleiben w?rden (Urk. 9/I/33 S. 33-34).

???????? Im orthop?dischen Teilgutachten der G.____ vom 16. November 2011 wurde sodann darauf hingewiesen, dass der Beschwerdef?hrer einerseits an einer posttraumatischen Arthrose des oberen und unteren Sprunggelenkes sowie des Talonavikulargelenkes und andererseits an einer partiellen Talusnekrose leide, welche auf den Unfall vom 25. Dezember 2007 zur?ckzuf?hren seien. Empfohlen wurde eine Arthrodeese des oberen und unteren Sprunggelenkes sowie des Talonavikulargelenkes, wobei aufgrund eines erheblichen Ber?hrungsschmerzes des gesamten Fusses, insbesondere im Schuhwerk, der Erfolg dieser Operation zur?ckhaltend beurteilt wurde. Angesichts der Ber?hrungsempfindlichkeit, Funktionslosigkeit und der exazerbierenden Schmerzhaftigkeit des linken Fusses unter Belastung wurde sogar auf die M?glichkeit der Unterschenkelamputation und prothetischen Versorgung als therapeutische Massnahme

hingewiesen (Urk. 9/I/117 S. 9-10).

Ein ähnliches Bild ergibt sich aus dem Bericht der I. ___ vom 22. Oktober 2012 (Urk. 13/2), in welcher sich der Versicherte in Behandlung befindet. Es bestehe ein hinkendes, verlangsamtes Gangbild an einem Gehstock und der linke Fuss könne schmerzbedingt nicht abgerollt werden. Die Schmerzausstrahlung reiche bis zum Knie bzw. zur Glutealregion. Zudem bestehe eine Allodynie, die keinem peripheren Nerv sicher zugeordnet werden könne. Die stärksten Schmerzen gingen vor allem von den Weichteilen aus, weshalb ein dringender Verdacht auf das Bestehen eines CRPS I mit Allodynie/Hyperästhesie medialseits am Fuss bzw. Sprunggelenk bestehe. Trotz nachweisbarer Pseudarthrose im Bereich des Taluskopfes medialseits verbiete sich ein operatives Vorgehen, da zu befürchten sei, dass sich der Schmerzzustand ausweite (Urk. 13/2 S. 2).

Nachdem der Versicherte mehr als 5 Jahre nach der am 25. Dezember 2007 am linken Fuss erlittenen Verletzung immer noch in ärztlicher Behandlung ist, an einer Talusnekrose, starken Schmerzen und möglicherweise an einem CRPS I leidet, sind die Kriterien der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung, der körperlichen Dauerschmerzen sowie des schwierigen Heilungsverlaufs bzw. der erheblichen Komplikationen als erfüllt anzusehen. Angesichts der besonders langen Dauer der Behandlung, der aufgetretenen Schmerzen und der erheblichen Schwere der eingetretenen Komplikationen, die sogar eine Amputation des Unterschenkels notwendig machen könnten, sind diese Kriterien deutlich über das übliche Mass und somit in ausgeprägter und auffallender Weise erfüllt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts 8C_571/2011 vom 23. Dezember 2011, E. 6.2.4).

Als erfüllt, wenn auch nicht in ausgeprägter oder auffallender Weise, ist sodann das Kriterium des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit anzusehen. Der Versicherte war infolge der erlittenen Unfälle über einen Zeitraum von mehreren Jahren aufgrund der somatischen Beschwerden zunächst zu 75 % (vgl. Gutachten der G. ___ vom 14. August 2008, Urk. 9/I/36 S. 36 Ziff. 3.8) und anschliessend bis heute zu 50 % arbeitsunfähig und den Beruf als Taxichauffeur kann er definitiv nicht mehr ausüben (vgl. Gutachten der G. ___ vom 10. Januar 2012, Urk. 9/I/113 S. 70 Ziff. 15.2 und S. 71 Ziff. 16.1).

Somit sind von den sieben Adäquanzkriterien drei in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise und eines in einfacher Form erfüllt. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen den Unfällen und den Restbeschwerden aus den erlittenen Traumata sowie den psychischen Beschwerden, wie sie im Zeitpunkt der Abweisung des strittigen Rentenanspruchs fortbestanden, zu Unrecht verneint.

E. 5

5.1.1 Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im

Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger-dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352).

5.2???? In psychiatrischer Hinsicht attestierte die G.____ dem Versicherten aufgrund der anhaltenden mittelgradigen depressiven Stimmung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und der Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10: F62.80) eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/I/113 S. 71 Ziff. 16.2). Hinsichtlich des nicht als Unfallfolge qualifizierten lumbospondylogenen Schmerzsyndroms hielten sie fest, dass sich diese Beeinträchtigung kaum auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, da der Beschwerdeführer keine körperlich schweren Tätigkeiten verrichtet habe (Urk. 9/I/113 S. 62 Ziff. 4.2 und S. 64 Ziff. 6).

???????? Die begutachtenden Psychiater stellten fest, dass die vorhandene Schmerzstörung aufgrund der durch die anhaltende mittelgradige Depression und die Persönlichkeitsänderung bei chronischen Schmerzen verursachten, deutlich ausgeprägten psychischen Komorbidität nicht überwindbar sei. Zudem wiesen die Gutachter darauf hin, dass die Prognose aufgrund der Chronifizierung resp. Progredienz sämtlicher psychiatrischen Diagnosen als schlecht zu beurteilen sei. Aufgrund der im Gutachten beschriebenen Beschwerden erscheint die Beurteilung der G.____, wonach die vorhandene somatoforme Schmerzstörung zu einer invalidisierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe, als überzeugend. Da das Kriterium der Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer erfüllt ist, erbringt sich die Prüfung der weiteren Faktoren (sog. First-Kriterien).

5.3???? Im Ergebnis ist somit festzuhalten, dass der Versicherte entsprechend der von der G.____ vorgenommenen Beurteilung nur noch zu 40 % in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeitsfähig ist. Die im rheumatologischen Teilgutachten (Urk. 9/I/115 S. 7-8) attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit ist gemäss der interdisziplinären Beurteilung in der aus psychiatrischer Sicht gewerteten Leistungseinschränkung von 60 % enthalten und berücksichtigt (Urk. 9/I/113 S. 58 am Ende). Nachdem sich die Symptomatik der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gemäss den gutachterlichen Angaben im Verlauf nach dem dritten Unfall und somit bereits ab 2008 entwickelt hat (Urk. 9/I/113 S. 65 Ziff. 7.1), ist dem Beschwerdeführer ab dem 1. Dezember 2009 (Zeitpunkt der Leistungseinstellung gemäss der angefochtenen Verfügung, Urk. 2) eine Invalidenrente der Unfallversicherung zuzusprechen.

E. 6

6.1???? Das Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 58'991.-- ist nachvollziehbar belegt (Urk. 9/I/65) und wird vom Beschwerdeführer nicht bestritten (Urk. 1 S. 6).

6.2???? Für die Festsetzung des Invalideneinkommens sind nach der Rechtsprechung entweder die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder die Löhne gemäss den Dokumentationen von Arbeitsplätzen (DAP) heranzuziehen. Das Abstellen auf DAP-Löhne setzt voraus, dass zusätzlich zur Auflage von mindestens fünf DAP-Biometern Angaben gemacht werden über die Gesamtzahl der aufgrund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und den Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der entsprechenden Gruppe (BGE 129 V 472 E. 4.2.2).

6.3???? Die SUVA legte der Festsetzung des Invalideneinkommens des Beschwerde-führers fünf DAP-Biometer zu Grunde. Bei den angeführten Arbeitsplätzen (Urk. 9/I/61) handelt es sich um Tätigkeiten, welche dem Beschwerdeführer gestützt auf die medizinische Einschätzung zumutbar sind, da sie die qualitativen Anforderungen an die Leidensanpassung erfüllen.

??????? Die SUVA machte Angaben über die Gesamtzahl der aufgrund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und den Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der entsprechenden Gruppe. Der von der SUVA errechnete Betrag von Fr. 54'849.-- entspricht dabei dem Durchschnitt der Löhne gemäss den fünf ausgewählten DAP-Biometern und liegt im Rahmen der Durchschnittslöhne der entsprechenden Gruppe. Die SUVA ist somit zu Recht bei der Ermittlung des Invalideneinkommens von einem hypothetischen Verdienst in der Höhe von Fr. 54'849.-- ausgegangen. Bei einem 40%igen Arbeitspensum beträgt das Invalideneinkommen des Versicherten Fr. 21'939.60 (40 % von Fr. 54'849.--).

6.4???? Im Gutachten der G.____ vom 10. Januar 2012 wurden die bestehenden Einschränkungen in vollem Umfang berücksichtigt. Unter Beachtung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 129 V 472 E. 4.2.3), wonach bei der Festsetzung des Invalideneinkommens mittels DAP-Profilen ein leidens-bedingter Abzug grundsätzlich nicht zulässig ist, rechtfertigt sich keine weitere Reduktion des Invalideneinkommens.

6.5???? Aus einem Vergleich des Invalideneinkommens von Fr. 21'939.60 mit dem Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 58'991.-- ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 63 %, weshalb der Versicherte Anspruch auf eine entsprechende Invalidenrente der Unfallversicherung hat.

E. 7

7.1???? Was die Integritätsentschädigung angeht, sind nach Ansicht der SUVA der Zustand und die Funktionseinschränkung im Bereich des linken Fusses aufgrund der von Dr. L.____ durchgeführten kreisärztlichen Untersuchung vom 25. August 2009 (Urk. 9/II/24) und des orthopädischen Teilgutachtens der G.____ vom 16. November 2011 (Urk. 9/I/117) einer Versteifung gleichzusetzen und somit in Anwendung der SUVA-Tabellen mit 20 % zu bewerten. Der Anspruch auf einen diesen Wert übersteigenden Integritätsentschädigung sei nicht rechtsgenüglich ausgewiesen (Urk. 2 S. 19-21 Ziff. III.10-11 und Urk. 8 S. 14 Ziff. 18.1).

???????? Dagegen wendet der Versicherte ein, es seien ihm entsprechend dem Gutachten der G.____, wonach in somatischer Hinsicht ein 40%iger und in psychischer Hinsicht ein 30%iger Integrit?tschaden bestehe, eine 70%ige Integrit?tsentsch?digung zuzusprechen (Urk. 1 S. 6-7 Ziff. 3-4 und Urk. 12 S. 7 Ziff. 6 i.V.m. Urk. 9/I/113 S. 72-73 Ziff. 17.1-2).

7.2???? Gem?ss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entsch?digung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung ?ber die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integrit?tschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich w?hrend des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die k?rperliche oder geistige Integrit?t, unabh?ngig von der Erwerbsf?higkeit, augenf?llig oder stark beeintr?chtigt wird. Gem?ss Abs. 2 gelten f?r die Bemessung der Integrit?tsentsch?digung die Richtlinien des Anhanges 3. Fallen mehrere k?rperliche oder geistige Integrit?tsch?den aus einem oder mehreren Unf?llen zusammen, so wird die Integrit?tsentsch?digung nach der gesamten Beeintr?chtigung festgesetzt (Abs. 3).

???????? Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien f?r die Bemessung der Integrit?tsch?den aufgestellt und in einer als gesetzm?ssig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Sch?den prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). F?r die darin genannten Integrit?tsch?den entspricht die Entsch?digung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des H?chstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entsch?digung f?r spezielle oder nicht aufgef?hrte Integrit?tsch?den wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integrit?tsch?den, die gem?ss der Skala 5 Prozent nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entsch?digung (Ziff. 1 Abs. 3). Die v?llige Gebrauchsunf?higkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunf?higkeit wird der Integrit?tschaden entsprechend geringer, wobei die Entsch?digung jedoch ganz entf?llt, wenn der Integrit?tschaden weniger als 5 Prozent des H?chstbetrages des versicherten Verdienstes erg?be (Ziff. 2).

????????

???????? Die Medizinische Abteilung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) hat in Weiterentwicklung der bundesr?tlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtss?tze dar und sind f?r die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integrit?tschadens f?r den ?Regelfall? gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben erm?glicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gew?hrleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a).

E. 7.3

7.3.1?? In Bezug auf die beantragte 30%ige Integrit?tsentsch?digung aufgrund des psychischen Integrit?tschadens ist festzuhalten, dass dieser durch die Unf?lle ad?quat kausal verursacht wurde, weshalb grunds?tzlich eine Leistungspflicht der SUVA besteht. Im Gutachten der G.____ wurde jedoch darauf hingewiesen, dass erst 5 bis 6 Jahre nach dem Unfall definitiv zur Dauerhaftigkeit eines posttraumatischen psychischen Schadens Stellung genommen werden k?nne und dass es der SUVA ?berlassen sei zu beurteilen, ob die den

psychischen Integrit?tschaden bereits zum jetzigen Zeitpunkt oder erst 1 bis 2 Jahre nach der Ende 2011 erfolgten Begutachtung festlegen wolle (Urk. 9/I/113 S. 72-73, Urk. 1 S. 7, Urk. 12 S. 7). In diesem Zusammenhang ist die Sache somit an die SUVA zur?ckzuweisen, damit sie zu gegebener Zeit ?ber die H?he der aufgrund der psychischen Problematik geschuldeten Integrit?tsentsch?digung befinde.

7.3.2?? Was den Integrit?tschaden aufgrund der somatisch objektivierbaren unfallkausalen Sch?digungen betrifft, ist festzustellen, dass hinsichtlich des verbleibenden Ganglions an der rechten Hand zwar ein Restschaden besteht, der jedoch unbestrittenermassen keine Integrit?tsentsch?digung auszul?sen vermag.

Beim Tinnitus ist gem?ss dem otorhinolaryngologischen Teilgutachten vom 6. Dezember 2011 eine Unfallkausalit?t zwar m?glich, aber nicht ?berwiegend wahrscheinlich (Urk. ?9/I/118 S. 3 Abs. 1). Deshalb entf?llt eine Integrit?tsentsch?digung dafr.

Ebenfalls keine zus?tzliche Integrit?tsentsch?digung ist f?r das lumbo-spondylogene Syndrom zuzusprechen; denn dieses ist, soweit es auf den Unfall zur?ckzuf?hren und nicht degenerativen Ursprungs ist, Teil der somatoformen Schmerzst?rung, welche mit der Integrit?tsentsch?digung f?r die psychischen Unfallfolgen abgedeckt wird.

???????? Hinsichtlich der Folgen f?r den linken Fuss ist auf das G. ___-Gutachten abzustellen (Urk. 9/I/113 S. 72). F?r die gegenw?rtige erhebliche Funktions-einschr?nkung wird dabei ein Schaden von 20 % festgestellt; das ist nicht zu beanstanden. Sollte sich die gesundheitliche Situation wegen des Verdachts auf ein CRPS I oder der allenfalls notwendigen Amputation ?ndern, wird allenfalls eine Revision der Integrit?tsentsch?digung vorzunehmen sein.

8.?????? Nach ? 34 Abs. 1 des Gesetzes ?ber das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende beschwerdef?hrende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne R?cksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (? 34 Abs. 3 GSVGer).

???????? Die R?ckweisung der Sache an den Versicherungstr?ger zur Vornahme weiterer Abkl?rungen kommt einem Obsiegen gleich (Z?nd C./Pfiffner Rauber B. [Hrsg.], Kommentar zum Gesetz ?ber das Sozialversicherungsgericht des Kantons Z?rich, 2. Aufl., Z?rich 2009, N. 6 zu ? 34).

???????? Bei teilweisem Obsiegen ist ein Anspruch auf eine Prozessentsch?digung zu bejahen, wobei bei einem Teilerfolg, gemessen am Ergebnis der Anfechtung des vorinstanzlichen Entscheides, grunds?tzlich Anspruch auf eine reduzierte Prozessentsch?digung besteht. Da der Beschwerdef?hrer - abgesehen von der 5%igen Integrit?tsentsch?digung wegen des Tinnitus - obsiegt, rechtfertigt sich eine K?rzung der Prozessentsch?digung nicht.

???????? Dem Beschwerdef?hrer steht somit eine Parteientsch?digung zu, welche aufgrund der Komplexit?t des Falles auf Fr. 4'200.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen ist.

Das Gericht erkennt:

1.???????? Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass der angefochtene Entscheid vom 27. Juni 2012 aufgehoben und die Sache mit der Feststellung,

dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Dezember 2009 bei einem Invaliditätsgrad von 63 % Anspruch auf eine Rente der Unfallversicherung sowie Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von 20 % aufgrund der somatischen Beschwerden hat, an die SUVA zurückgewiesen wird, damit diese - nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen - über die Integritätsentschädigung im Zusammenhang mit den psychischen Unfallfolgen befinde.

Im übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

Das Verfahren ist kostenlos.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 4'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- Bundesamt für Gesundheit

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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