

## **GL\_GERICHTE GL-647 vom 19. Mai 2016**

GL Gerichte, 2016-05-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl\\_gerichte\\_GL-647](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl_gerichte_GL-647)

FR: GL\_GERICHTE GL-647 du 19 mai 2016

IT: GL\_GERICHTE GL-647 del 19 maggio 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

4.1 Der Beschwerdeführer bringt vor, der Unfall habe den unbestrittenen Gesundheitsschaden zumindest teilursächlich verursacht und es bestehe gemäss Gutachten des Instituts AB. \_\_\_\_\_ vom 26. August 2013 (recte: 20. August 2013) auch nach dem 1. Februar 2014 eine Unfallkausalität. Das versicherungsinterne Aktengutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie/Psychotherapie, vom 7. Dezember 2011 sei als Beweismittel nicht verwertbar. So habe kein persönlicher Kontakt bestanden, geschweige denn sei er persönlich untersucht worden. Sodann stimme das Gutachten nicht mit den Schlussfolgerungen des AB. \_\_\_\_\_-Gutachtens überein. Zwar sei einzugestehen, dass sich das AB. \_\_\_\_\_-Gutachten nicht zur Frage der Unfallkausalität geäussert habe. Jedoch sei es widersprüchlich, mit Bezug auf das Taggeld vom Vorliegen der Unfallkausalität auszugehen, sich hinsichtlich der Rente demgegenüber auf den gegenteiligen Standpunkt zu stellen. Weil die Unfallkausalität bereits 2011 von der Beschwerdegegnerin bestritten worden sei, diese aber danach weiterhin vorbehaltlos Leistungen erbracht und nicht zurückgefordert habe, habe sie nach Treu und Glauben zugestanden, dass seine Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich unfallbedingt sei. Dass aus dem Vorhandensein neuropsychologischer Befunde nicht automatisch auf eine Unfallkausalität geschlossen werden könne, bedeute im Umkehrschluss nicht, dass beim Vorhandensein neuropsychologischer Defizite keine Unfallkausalität gegeben sei. In Missachtung des Untersuchungsgrundsatzes habe die Beschwerdegegnerin keine neuropsychologische Untersuchung durchführen lassen. Es sei mit mehr als nur überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass vom Vorhandensein einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ und einer bipolaren affektive Störung auszugehen sei.

4.2 Die Beschwerdegegnerin stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass zum Zeitpunkt der polydisziplinären Begutachtung in somatischer und psychiatrischer Hinsicht keine unfallbedingten gesundheitlichen Einschränkungen mehr vorgelegen hätten. Die leichten neuropsychologischen Beeinträchtigungen seien als unfallfremd zu qualifizieren. Es liege keine unfallkausale psychiatrische Störung vor, welche als Ursache für die über den Zeitraum der diagnostizierten Anpassungsstörung hinaus beklagten kognitiven Defizite in Frage käme. Es sei von einer höchstens vorübergehenden Verschlimmerung unfallfremder Vorzustände, nicht aber von einer richtunggebenden oder gar dauernden Verschlimmerung (im Sinne einer Teilunfallkausalität) auszugehen. Das Aktengutachten von Dr. D. \_\_\_\_\_ sei sehr wohl beweistauglich, da die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergäben und diese Daten unbestritten seien; auch liege ein lückenloser Untersuchungsbefund vor. Das AB. \_\_\_\_\_-Gutachten könne zur Frage des im Terminierungszeitpunkt noch bestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs

der psychischen Beschwerden zum Unfall nichts beitragen. Ohnehin mangle es an der erforderlichen Adäquanz.

## **E. 5**

5.1 Unbestritten ist, dass die somatischen Unfallfolgen nur von relativ kurzer vorübergehender Dauer und spätestens im Zeitpunkt der Begutachtung vollständig ausgeheilt waren. Zwischen den Parteien hingegen strittig ist, ob per 1. Juni 2013 und über den 1. Februar 2014 hinaus ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der die Arbeitsunfähigkeit beeinträchtigenden psychischen und neuropsychologischen Beschwerden des Beschwerdeführers bestand bzw. besteht.

### **E. 5.2**

5.2.1 Nach dem Unfall vom 19. September 2008 wurde der Beschwerdeführer notfallmässig dem Spital E. \_\_\_\_\_ zugewiesen und bis am 20. September 2008 hospitalisiert. Dem Austrittsbericht sind die Diagnosen einer Commotio cerebri, einer Rückenkontusion sowie einer Dysästhesie des rechten Daumens zu entnehmen. Die Röntgenuntersuchung habe weder den Nachweis einer Fraktur der Lendenwirbelsäulen oder des Thorax, noch einen Pneumothorax oder einen intrathorakalen Erguss gezeigt. Die GCS habe einen Wert von 15 ergeben. Es persistierten leichte Kopfschmerzen.

5.2.2 Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, berichtete am 11. November 2008 über die telefonische Auskunft durch den behandelnden Hausarzt, Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH. Es bestünden fast zwei Monate nach dem Unfallereignis Konzentrationsschwierigkeiten und Gedächtnisstörungen ohne Zeichen einer Rückbildung. Eine organische Hirnschädigung im Sinne einer epi- oder subduralen Hämatombildung schliesse Dr. G. \_\_\_\_\_ weitestgehend aus und beurteile eine Magnetresonanztomographie (MRT) für nicht notwendig, könne jedoch eine diffuse Hirnschädigung nicht ausschliessen, die eine neuropsychologische, je nach Befund auch neurologische Abklärung notwendig mache.

5.2.3 Dem Bericht von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 13. November 2008 sind denn auch die Diagnosen Verdacht auf kognitive Defizite bei Status nach Motorradunfall mit Commotio sowie Status nach Dekompression L3/4 rechts (Oktober 2007) zu entnehmen. Sodann sind die früheren Diagnosen eines Status nach frühkindlicher Traumatisierung, Status nach Alkoholabusus bis Dezember 2005 und Status nach subdepressiver Verstimmung mit Erschöpfungsreaktion bei manisch depressiver Erkrankung im August 2007 ersichtlich. Der Beschwerdeführer klagt, dass er sich intellektuell neben den Schuhen fühle und dadurch emotional verunsichert sei; er sei vergesslich und habe Wortfindungsstörungen. Grobe neurologische Ausfälle seien nicht festzustellen. Vegetativ scheinere der Beschwerdeführer unauffällig.

5.2.4 Am 17. und 19. November 2008 fand eine neuropsychologische Untersuchung an der Klinik H. \_\_\_\_\_ statt. Dr. phil. I. \_\_\_\_\_, Psychologischer Dienst, berichtete am 20. November 2008, es zeichneten sich Minderleistungen in den exekutiven Funktionen ab, wie leichte mittel- und langfristige Abrufstörungen im sprachlichen Bereich, Minderleistung im Planen und Handeln und eine leichte Störung im Arbeitsgedächtnis. Ferner seien visuelle Lern- und Gedächtniseinbussen und eine leicht verminderte Konzentrationsfähigkeit sowie bedeutsame Beeinträchtigungen im Sinne einer ausgeprägten Verlangsamung in der Daueraufmerksamkeit und Vigilanz festzustellen. Diese Beobachtungen seien zum einen als unmittelbare Folgeerscheinungen des Unfalls zu

werten, zumal der Beschwerdeführer bis zum Unfall voll einsatzfähig gewesen sein sollte; die erbrachten Leistungen genügten den Anforderungen an einen erfahrenen [ ] jedenfalls nicht. Zum anderen sei es naheliegend, von einem kumulierten Effekt (Motorradunfall im Jahr 2000 und langjährige Alkoholabhängigkeit) auszugehen.

5.2.5 Dr. F. \_\_\_\_\_ stellte sich am 5. Dezember 2008 auf den Standpunkt, dass die bekannten Vorzustände durch den Unfall höchstens vorübergehend verschlimmert worden seien. Es bestünden keine Angaben, die eine richtunggebende oder gar dauernde Verschlimmerung als teilunfallkausal auch nur mit Wahrscheinlichkeit ausweisen würden. Bewusstlosigkeit nach dem Unfall oder motorische Ausfälle seien nicht aktenkundig, es habe nur ein sehr leichtes Schädel-Hirntrauma bestanden.

5.2.6 Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Chefarzt Radiologie, des Spitals K. \_\_\_\_\_, berichtete am 6. Januar 2009 über das Magnetic Resonance Imaging (MRI) des Schädels. Es zeige sich ein altersgemässer intracranieller Status ohne Hinweis auf ein meningeales Hämatom sowie eine beidseitige sinusitis maxillaris.

5.2.7 Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Leitender Arzt, Facharzt für Neurologie FMH, der Klinik M. \_\_\_\_\_, berichtete am 2. Februar 2009, das Unfallereignis stelle eine Zäsur in der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers dar. Das MRI des Schädels (vgl. vorstehend E. II/5.2.6) mit im Wesentlichen unauffälliger Darstellung des Cerebrums schliesse eine organische Unfallfolge, beispielsweise im Sinne einer fronto-basalen Kontusion, keineswegs aus. Es müsse in einem multimodalen Setting therapiert werden. Inwiefern auch psychische Unfallfolgen bestünden, könne ebenfalls nur in einem stationären Rahmen beurteilt werden. Unfallfremde Faktoren könne er keine erkennen. Betreffend des Äthylabusus bestehe glaubhaft eine mehrjährige stabile Situation.

5.2.8 Vom 19. März bis 22. April 2009 weilte der Beschwerdeführer in der Klinik M. \_\_\_\_\_ zur stationären Rehabilitation. Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Leitender Arzt/Chefarzt Stv Neurologie, und Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Abteilungsärztin, diagnostizierten in ihrem Austrittsbericht vom 29. April 2009 einen Status nach Schädel-Hirn-Trauma nach Motorradunfall mit Verdacht auf frontobasale Kontusion und aktuell Schwindel mit Gleichgewichtsstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Aufmerksamkeitsstörungen sowie Anpassungsstörung. Psychisch sei der Beschwerdeführer instabil. Aus neuropsychologischer Sicht ergebe sich ein leicht bis mittelstark beeinträchtigtes Leistungsprofil zum Austrittszeitpunkt. Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand entlassen werden können. Eine weiterführende neuropsychologische Therapie sei sinnvoll. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar.

5.2.9 Vom 5. Oktober bis 23. Dezember 2009 absolvierte der Beschwerdeführer eine berufliche Eingliederungsmassnahme der Invalidenversicherung in der Einrichtungsstätte P. \_\_\_\_\_. Als Fazit der Massnahme hielten Q. \_\_\_\_\_, dipl. Sozialpädagoge HFS, Leiter [ ], und R. \_\_\_\_\_, Berufsanleiterin, Bereichsleiterin [ ], am 24. Februar 2010 fest, dass diese frühzeitig abgebrochen worden sei, da keine Verbesserung der Leistungsfähigkeit habe festgestellt werden können und der Beschwerdeführer keinen Sinn mehr darin gesehen habe. Er habe unter extremen persönlichen Stimmungsschwankungen gelitten und psychisch und emotional mit sich und seiner Umwelt gekämpft. In Gesprächen habe er die negativen Seiten seines Lebens betont und habe alles Positive vergessen. Er habe seine Fortschritte weder anerkennen noch akzeptieren können. Mit der negativen Sichtweise sei keine positive Entwicklung möglich gewesen, weder persönlich noch beruflich.

5.2.10 Dr. L. \_\_\_\_\_ berichtete am 8. Januar 2010 über das Telefonat mit Dr. med. S. \_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie, leitende Ärztin Psychiatrie, Spital K. \_\_\_\_\_. Es habe bereits vor dem Unfall vermutlich eine bipolare und/oder Persönlichkeitsproblematik bestanden, damals mit Einstellung auf Tegretol. Dennoch berichte auch der behandelnde Psychotherapeut Herr T. \_\_\_\_\_ von einer deutlichen Verschlechterung der Konzentration und Kognition im Anschluss an das Unfallereignis, so dass weiterhin von einer organischen Hirnschädigung auszugehen sei.

5.2.11 Am 16. Mai 2010 nahm lic. phil. I T. \_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, zum allgemeinen und psychischen Gesundheitszustand vor dem Unfall Stellung. Gemäss Konsil habe der Beschwerdeführer schon immer unter Stimmungsschwankungen gelitten. 2007 seien die Diagnosen einer subdepressiven Verstimmung mit Erschöpfungszustand bei manisch-depressiver Erkrankung und Alkoholmissbrauch in der Vorgeschichte bis Dezember 2005 gestellt worden. Der Beschwerdeführer habe sich im Verlauf trotz leichteren psychischen Schwankungen, die als Reaktion auf belastende Ereignisse aufgetreten seien, erfolgreich in den Arbeitsprozess integrieren können und sei bis zum Unfall mehrheitlich psychisch stabil gewesen. Der Unfall habe zu neuropsychologischen Ausfällen geführt (auch anderthalb Jahre nach dem Unfall), die vor allem die Fähigkeit betreffen, sich eine Übersicht zu verschaffen, strukturiert und planvoll vorzugehen und gespeicherte Informationen rechtzeitig, im entsprechenden Kontext, abrufen zu können.

### **E. 5.3**

5.3.1 Die von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene Interdisziplinäre Medizinische Begutachtung durch das Zentrum U. \_\_\_\_\_ erfolgte vom 17. Mai bis 21. Mai 2010. Das Gutachten von Dr. med. V. \_\_\_\_\_, PD Dr. W. \_\_\_\_\_ und Dr. med. X. \_\_\_\_\_ wurde am 17. Februar 2011 erstattet. Die Gutachter stellten als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD-10: F.43.21) sowie einen Status nach Verkehrsunfall mit Sturz vom Motorrad am 19. September 2008 mit Schädelprellung/Comotio cerebri, Zahnverletzung, Thorax- und Rückenprellung, Ellenbogenkontusion rechts und mit leichter kognitiver Störung bei milder traumatischer Hirnverletzung (Differenzialdiagnose [DD] als Folge der langjährigen Alkoholabhängigkeit).

Anlässlich der Begutachtung wurde die kognitive Beeinträchtigung als im Vordergrund der aktuellen gesundheitlichen Störungen stehend befunden. Dieses Krankheitsbild stellt gemäss Gutachtern die Hauptursache der Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit als [ ] dar.

5.3.2 Die neuropsychologische Untersuchung zeige vor allem Leistungseinbussen im Bereich der Aufmerksamkeit, es liege eine leichte neuropsychologische Störung vor. Für die Beurteilung der Auswirkung der festgestellten kognitiven Störungen auf die Arbeitsfähigkeit wurde auf die psychiatrischen Einschätzungen verwiesen.

5.3.3 Die depressive Symptomatik habe sich als Folge des Unfalls selbst, wie auch aufgrund der Unfallfolgen entwickelt. Zu einer Dekompensation der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung sei es indes nicht gekommen. Nicht ganz auszuschliessen sei, dass sich möglicherweise vorbestehende leichtere kognitive Störungen im Zusammenhang mit der langjährigen Alkoholabhängigkeit, welche vom Beschwerdeführer als solche nicht wahrgenommen worden seien, durch den Unfall kumulativ verstärkt hätten. Zum

Begutachtungszeitpunkt liessen sich keine depressiven Symptome mehr erkennen, eine Depression könne lediglich gestützt auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers diagnostiziert werden. Der Status quo ante bzw. quo sine sei im Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik und auch der kognitiven Problematik noch nicht erreicht, wobei sich diese Aussage ausschliesslich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers stütze, nicht jedoch auf die erfolgten Untersuchungsbefunde, mit Ausnahme der neuropsychologischen Untersuchung.

In Folge der subjektiv geklagten, leichtgradigen depressiven Reaktion und der einzig in der neuropsychologischen Untersuchung nachweisbaren kognitiven Störungen, sei dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Bezüglich der kognitiven Störungen könne nicht genau abgeschätzt werden, wie hoch der Anteil in Zusammenhang mit dem ebenfalls in Betracht zu ziehenden langjährigen Alkoholabusus sei. In angepasster Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % aufgrund der Müdigkeit und der Depressivität. Es könne davon ausgegangen werden, dass sich die depressive Symptomatik innerhalb eines Jahres mit Hilfe der psychopharmakologischen Behandlung sowie Psychotherapie vollständig remittierte. Aufgrund der als lediglich leichtgradig zu beurteilenden *Commotio cerebri* könne sodann davon ausgegangen werden, dass sich auch die kognitiven Beschwerden vollständig remittierten. Dies dürfe jedoch nicht der Fall sein für den Anteil, der auf den Alkoholkonsum zurückzuführen sei. Eine dauernde erhebliche Schädigung der geistigen oder psychischen Integrität bestehe als Folge des Unfalls nicht.

5.3.4 Auch aus somatischer Sicht lasse sich nicht ausschliessen, dass der chronische Äthylabusus bereits vor dem inkriminierten Unfall zu einer kognitiven Beeinträchtigung geführt habe, die aber vom Beschwerdeführer nicht wahrgenommen worden sei. Die kognitiven Leistungsdefizite stünden überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall. Vor dem inkriminierten Unfall habe der Beschwerdeführer als [ ] zur vollen Zufriedenheit seiner Arbeitgeber gearbeitet. Die Ursache der Leistungsdefizite sei bei der Mild Traumatic Brain Injury (MTBI) zu suchen, die sich der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalles zugezogen habe. Aufgrund des langjährigen Äthylabusus des Beschwerdeführers könne jedoch der Beweisgrad "sicher" nicht angenommen werden. Bezüglich des fraglichen Vorzustandes infolge des langjährigen Äthylabusus sei der Status quo sine erreicht.

5.4 Am 9. Juni 2011 erging die versicherungsmedizinische Stellungnahme zum Gutachten durch Dr. med. Y. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, FA Vertrauensarzt SGV. Auffallend sei eine deutliche Diskrepanz zwischen subjektiven Beschwerden und objektiven Befunden. Er erachte das Gutachten als umfassend, überwiegend schlüssig und nachvollziehbar, obwohl ihm Widersprüche bezüglich natürlicher Kausalität innerhalb der psychiatrischen und neurologischen Teilgutachten aufgefallen seien. So führten die Gutachter die neurokognitiven Defizite weiterhin auf eine MTBI zurück, obwohl in der MRI-Untersuchung keine objektivierbare hirntraumatische Läsion nachgewiesen worden sei. Es sei diskutabel, ob die neurokognitiven Defizite tatsächlich noch überwiegend wahrscheinlich auf eine *Commotio cerebri* zurückzuführen seien, denn in der Regel heilten diese innert Wochen ab. Spätestens ein Jahr nach dem Unfall müsse die Unfallkausalität jedenfalls hinterfragt werden. Sodann werde eine Arbeitsunfähigkeit attestiert, obwohl der Status quo sine bezüglich neurokognitiver Defizite gemäss den Gutachtern erreicht sei bzw. bezüglich Anpassungsstörung in einem Jahr ab Begutachtungszeitpunkt erreicht sein werde.

Bei den neurokognitiven Defiziten müsse die psychiatrische Ätiologie als Ursache berücksichtigt werden, im Sinne einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion. Es bestehe die Möglichkeit, dass ein latenter Vorzustand (wie Äthyl) bestanden habe, welcher durch den Unfall mit vorübergehender Verschlechterung vom Beschwerdeführer wahrgenommen werde und im Rahmen seiner Anpassungsstörung und instabilen Persönlichkeit viel relevanter ins Gewicht falle. Im Ergebnis teile er die Einschätzung der Gutachter, wonach spätestens Ende 2011 die natürliche Kausalität nicht mehr gegeben sei.

5.5 Am 11. Oktober 2011 nahm auch der behandelnde Psychotherapeut T. \_\_\_\_\_ zum Gutachten Stellung. Auch drei Jahre nach dem Unfall seien Beeinträchtigungen zu beobachten, obwohl keine Depression mehr vorliege. Betreffend Einfluss der Alkoholabhängigkeit auf das heutige Zustandsbild sei aufgrund der vaskulären Veränderungen im MRI nicht auszuschliessen, dass vorbestehende kognitive Defizite vorhanden gewesen seien. Dieser Zustand sei bis zum Unfall gut kompensiert worden, was die offenbar jahrzehntelangen zufriedenstellenden, an die Zuverlässigkeit hohe Erwartung stellenden Tätigkeiten des Beschwerdeführers gezeigt hätten. Zusammen mit den Unfallfolgen sei eine kritische Schwelle überschritten worden, bei der die Defizite klinisch manifest geworden seien. Entgegen der Behauptung von Dr. Y. \_\_\_\_\_ schliesse eine negative Bildgebung die Möglichkeit kognitiver Defizite nicht aus. Insbesondere subtile Defizite müssten sich im klinischen Eindruck nicht manifestieren. Deshalb werde explizit geraten, ein neuropsychologisches Zusatzgutachten zu erstellen. Sodann fehle es im Gutachten an einer Gesamtdarstellung und Würdigung der Entwicklung der kognitiven Defizite, die alle Untersuchungen miteinbeziehe und im Detail Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit und den weiteren Verlauf ziehe. Obwohl als hervorstechendste Schwierigkeiten die Handlungsplanung und mentale Flexibilität genannt würden, seien diese im Rahmen der neuropsychologischen Testuntersuchung nicht in ausreichendem Masse untersucht worden. Im Übrigen verfüge der Neuropsychologe über keinen Fachtitel und habe auch keine entsprechende Ausbildung genossen. Ausserdem überlasse er die Beurteilung der Befunde einem fachfremden Gutachter. Nach Abklingen der depressiven Reaktion dürfe davon ausgegangen werden, dass die verbleibenden Schwierigkeiten bzw. kognitiven Ausfälle mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen seien. Der Unfall habe teilkausal zum heutigen Zustandsbild, das vor allem durch kognitive Defizite bestimmt werde, geführt. Alle Gutachter würden denn auch bestätigen, dass die kognitiven Ausfälle auf den Unfall zurückzuführen seien. Nur sei die Prognose falsch gewesen, dass die neuropsychologischen Defizite vollständig remittieren würden; sie seien nur teilweise remittiert. Die Befunde der verschiedenen neuropsychologischen Testuntersuchungen seien durch einen zertifizierten Neuropsychologen sichten und gewichten zu lassen und die kognitiven Defizite sollten nochmals mithilfe von spezifischen Testverfahren objektiviert werden.

5.6 Am 7. Dezember 2011 erging eine versicherungspsychiatrische Stellungnahme durch Dr. D. \_\_\_\_\_. Er stellte fest, dass im U. \_\_\_\_\_-Gutachten fremdanamnestic Angaben fehlten, die angesichts der in diagnostischer Hinsicht doch bestehenden unterschiedlichen Einschätzungen zur Klärung notwendig gewesen wären. So zeigten die im Jahr 2007 erhobenen Befunde ein deutlich differentes Zustandsbild über die psychische Verfassung des Beschwerdeführers gegenüber den anamnestic Angaben anlässlich der U. \_\_\_\_\_ Begutachtung, wo wiedergegeben worden sei, dass der Beschwerdeführer angegeben habe, er sei früher nie depressiv gewesen. Vielmehr habe er schon immer unter

Stimmungsschwankungen gelitten, wie Dr. med. Z. \_\_\_\_\_, Leitende Ärztin am Spital K. \_\_\_\_\_, berichtet habe; es seien auch häufig depressive Phasen über Monate gefolgt, wo er sich bedrückt gefühlt und unter Schlafstörungen und starker Tagesmüdigkeit gelitten habe. Im August 2007 habe sich die Müdigkeit derart intensiviert, dass er sowohl bei der Arbeit als auch auf der Autobahn am Steuer seines Autos eingenickt sei. Diese Informationen seien für die Beurteilung der in Betracht zu ziehenden psychiatrischen Ätiologie der kognitive Defizite gewichtig. Es sei in Übereinstimmung mit Dr. Y. \_\_\_\_\_ (vgl. vorne E. II/5.4) festzustellen, dass die psychiatrische unfallfremde Ätiologie als Ursache für die neurokognitiven Defizite zu wenig berücksichtigt worden sei. Die damalige Diagnose der bipolaren affektiven Störung müsse auch für den Beschwerdeführer nachvollziehbar gewesen sein, habe er doch das Medikament Tegretol eingenommen. Sodann fehle eine kritische Diskussion, inwieweit die diversen Medikamente sowie die behandelte bipolare Störung auf die kognitive Verfassung Einfluss nehmen könnten. Bei den beklagten Beschwerden (Vergesslichkeit; verminderte Konzentrations- und Leistungsfähigkeit; Müdigkeit; schnellere Ermüdbarkeit, verminderte Energie; angespannte, bei Müdigkeit auch niedergeschlagene und traurige Stimmung; Gefühle der Minderwertigkeit und Wertlosigkeit und selten auftretende, kurz dauernde, impulsartige Suizidgedanken) handle es sich um unspezifische psychopathologische Symptome, welche bei einer Reihe von unterschiedlichen psychiatrischen Befindlichkeitsstörungen/Erkrankungen auftreten könnten. Der Diagnose einer depressiven Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD-10: F. 43.21) könne aufgrund des dokumentierten Verlaufs grundsätzlich zugestimmt werden. Allerdings werde von den Gutachtern nicht berücksichtigt, dass es sich um leichtere depressive Zustände handle, welche spätestens nach zwei Jahren den Schwellenwert einer psychopathologischen Beeinträchtigung mit Krankheitswert unterschreiten würden. Auch aus dem Bericht des Psychologen T. \_\_\_\_\_ im Oktober 2011 (vgl. vorne E. II/5.5), dürfe abgeleitet werden, dass die depressive psychopathologische Symptomatik im Rahmen der damals diagnostizierten Anpassungsstörung den Schwellenwert einer psychiatrischen Erkrankung unterschritten habe. Zum Zeitpunkt der Begutachtung sei trotz gewisser Unterlassungen in der Befunderhebung und Würdigung der Befunde deshalb schlüssig belegt, dass keine psychiatrischen Störungen oder Beeinträchtigungen mit Krankheitswert mehr vorgelegen hätten, welche als unfallkausal einzuschätzen wären. Mögliche mit einer Persönlichkeitsstörung einhergehende psychische Beschwerden seien als unfallfremd, da vorbestehend, zu gewichten. Eine unfallkausale psychiatrische Störung, welche ursächlich für die beklagten kognitiven Defizite über den erwähnten Zeitraum der diagnostizierten Anpassungsstörung hinaus in Frage komme, liege nicht vor. Hingegen hätten aufgrund der dokumentierten Befunde psychiatrisch relevante unfallfremde Störungen gefunden werden können, die das Vorliegen von kognitiven Störungen plausibel erklären könnten. Eine erneute neuropsychologische Begutachtung brächte keine weitere wesentliche Klärung.

## **E. 6**

6.1 Der Beschwerdegegnerin ist beizupflichten, dass das von der Invalidenversicherung eingeholte AB. \_\_\_\_\_-Gutachten zu Klärung der Kausalität nicht aufschlussreich ist, was auch der Beschwerdeführer sinngemäss anerkennt. Unabhängig davon, dass die Voraussetzungen für eine Rente in der Invaliden- und Unfallversicherung trotz des grundsätzlich gleichen Invaliditätsbegriffs ohnehin verschieden sind und keine Bindung an die Invaliditätsschätzung des anderen Sozialversicherungsträgers besteht (vgl. dazu BGE 133 V 549 E. 6.2), die Invalidenversicherung insbesondere nicht bloss die natürlich und

adäquat kausalen gesundheitlichen und erwerblichen Unfallfolgen berücksichtigt, lassen die AB.\_\_\_\_\_ -Gutachter die Frage der Kausalität explizit offen.

6.2 Aus dem Umstand, dass die Beschwerdegegnerin die seit November 2011 gewährten Leistungen nicht zurückfordert, lässt sich nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers ableiten. Jedenfalls kann davon nicht auf die Anerkennung einer per 1. Juni 2013 bestehenden bzw. über den Februar 2014 hinausgehenden Unfallkausalität geschlossen werden. Massgebend ist einzig, dass die Beschwerdegegnerin eine solche ausdrücklich bestreitet.

6.3 Aus dem Gutachten geht schlüssig hervor, dass die kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen im Vordergrund der aktuellen gesundheitlichen Störungen stehen.

In neuropsychologischer Hinsicht diagnostizierten die U.\_\_\_\_\_ -Gutachter einen Status nach Verkehrsunfall mit leichten kognitiven Störungen bei milder traumatischer Hirnverletzung. Differenzialdiagnostisch erwogen die Gutachter einen Status nach langjähriger Alkoholabhängigkeit. Die leichten kognitiven Störungen waren nur in der neuropsychologischen Untersuchung nachweisbar. Es ist nachvollziehbar, dass gemäss Gutachtern nicht genau abgeschätzt werden kann, wie hoch der Ursachenanteil des langjährigen Alkoholabusus an den leichten kognitiven Störung ist. So vermag eine neuropsychologische Untersuchung ■ wie die Beschwerdegegnerin richtig erkennt ■ nach derzeitigem Wissensstand die Beurteilung der Kausalität eines Beschwerdebildes nicht selbständig und abschliessend vorzunehmen (BGE 119 V 335 E. 2b/bb; BGer-Urteil 8C\_110/2010 vom 18. März 2010 E. 3.4.2, mit Hinweisen). Die entsprechenden Untersuchungsergebnisse sind im Rahmen einer gesamthaften Beweiswürdigung nur insoweit bedeutsam, als sie überprüf- und nachvollziehbar sind. Die neuropsychologische Abklärung hat wohl den Nachweis gewisser Defizite erbracht. Daraus allein lässt sich aber noch nichts über die Unfallkausalität ableiten. Der neuropsychologische Gutachter lic. phil. AA.\_\_\_\_\_, scheint seinen Bericht ohne Kenntnis der vollständigen Akten erstattet zu haben, womit seine Schlussfolgerung den Anforderungen an eine Expertise im Sinne der Rechtsprechung (vgl. vorne E. II/3.1) nicht zu genügen vermag. So liess er die vorbelastete Psyche ausser Acht, insbesondere dass der Beschwerdeführer bereits früher einmal depressiv gewesen war, an einer bipolaren affektiven Störung gelitten und konstant Tegretol und andere Medikamente eingenommen hatte, und äusserte sich nicht dazu, wie sie dieses Testergebnis beeinflusst haben könnte. Es leuchtet ein, dass die beklagten Beschwerden bei einer Reihe von unterschiedlichen psychiatrischen Befindlichkeitsstörungen oder Erkrankungen auftreten können, beispielsweise bei der diagnostizierten depressiven Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD-10: F. 43.21). Wegen den Überlagerungen mit den psychischen Diagnosen, welche bezüglich Genese der leichten kognitiven Störung zu wenig Berücksichtigung fand, erweisen sich die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung nicht im nötigen Umfang als überprüf- und nachvollziehbar. Für die Bejahung einer Kausalität reicht dies jedenfalls nicht aus. Der neuropsychologische Bericht bildet daher vorliegend keine schlüssige Grundlage für die Kausalitätsbeurteilung.

6.4 Da abgesehen von der neuropsychologischen Untersuchungen die Untersuchungsbefunde unauffällig waren und keine Anhaltspunkte für traumatische Verletzungen bestanden, wie auch sämtliche sonstigen im Recht liegenden Berichte zeigten, stützten sich die Gutachter auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zur Beurteilung, ob der status quo ante oder quo sine erreicht sei. Blosser Klagen über diffuse

Beschwerden genügen jedoch keineswegs für den Beweis der Unfallkausalität.

6.5 Diesen mag auch die Einschätzung des behandelnden Psychotherapeuten T. \_\_\_\_\_ nicht zu erbringen. Obwohl zutreffen mag, dass sich insbesondere subtile Defizite im klinischen Eindruck nicht manifestieren lassen, ist jedoch insbesondere von dem von ihm geforderte neuropsychologische Zusatzgutachten abzusehen, da ein solches ■ wie aufgezeigt ■ für die Beurteilung der Kausalität nicht abschliessend Aufschluss brächte. Dies bestätigten auch Dr. Y. \_\_\_\_\_ und Dr. D. \_\_\_\_\_.

6.6 Auch das mehrfach vorgebrachte Argument, dass die uneingeschränkte Leistungsfähigkeit vor dem Unfall ein Beweis für die vernachlässigbare Rolle des Alkoholabusus bei den feststellbaren Leistungseinbussen seit dem Unfall sei und dass der Beschwerdeführer mit den Beschwerden vor dem Unfall nicht hätte arbeiten können, ist nicht ausreichend. Diese Schlussfolgerungen basieren auf keiner überzeugenden Begründung, vielmehr wird aus der Gesundheits- und Leistungssituation vor dem Unfall auf die Kausalität der Beschwerden nach dem Unfall geschlossen. Dies genügt jedoch dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht, sondern kommt einem unzulässigen "post hoc ergo propter hoc"-Schluss gleich (vgl. BGer-Urteil 8C\_626/2009 vom 9. November 2009 E. 3.2). Dies gilt umso mehr, als hier nicht die unmittelbare Kausalität nach dem Unfall, sondern der kausale Zusammenhang zu den nach rund fünf bzw. sechs Jahren bestehenden neuropsychologischen Restbeschwerden zu beurteilen ist.

6.7 Da der behandelnde Psychiater T. \_\_\_\_\_ im Oktober 2011 schlüssig begründete, dass die depressive Reaktion abgeklungen sei, erweist sich die gutachterliche Prognose bezüglich Status quo sine der damals gestellten psychiatrischen Diagnosen als nachvollziehbar. Seither ist zwar gemäss AB. \_\_\_\_\_-Gutachten eine Verschlechterung der psychiatrischen Diagnosen einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10 F.60.3) sowie einer bipolaren affektiven Störung, gegenwärtig hypomanische Episode (ICD-10 F.31.0) ausgewiesen, jedoch äusserte sich das AB. \_\_\_\_\_-Gutachten nicht zur Unfallkausalität.

6.8 Aus den dargelegten Gründen ergibt sich, dass die natürliche Kausalität wohl nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben war. Wie es sich hinsichtlich der natürlichen Kausalität verhält, kann letztlich aber offen gelassen werden, da die Leistungspflicht per 1. Juni 2013 bzw. ab 1. Februar 2014 ohnehin mangels Adäquanz zu verneinen ist.

## **E. 7**

7.1 Die medizinischen Beurteilungen stimmen dahingehend überein, dass den vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden kein objektivierbares organisches Substrat im Sinne von strukturellen Läsionen zuzuordnen ist und per 1. Juni 2013 sowie auch im Zeitpunkt des Fallabschlusses auch sonst keine organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen mehr vorlagen. Die noch geklagten Beschwerden sind am ehesten im Rahmen der Anpassungsstörung zu werten. Somit besteht die Ausgangslage, dass beim Unfall eine Schädel-Hirn-Trauma stattgefunden hat, aber die im Entscheidzeitpunkt noch geklagten Beschwerden nicht mit einer strukturellen Läsion erklärt werden können, so dass über das Bestehen eines rechtsgenügenden Kausalzusammenhangs praxisgemäss die Adäquanz zu prüfen ist (vgl. vorne E. II/2.4).

7.2 Für den Zeitpunkt der Adäquanzprüfung entscheidend ist nicht, ob bezogen auf die gesamte gesundheitliche Situation noch therapeutisches Potential anzunehmen ist, sondern

ob mit Bezug auf die unfallkausalen Beschwerden ein medizinischer Endzustand erreicht ist. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass überhaupt, und vorliegend über sieben Jahre nach den Unfallereignissen, eine Adäquanzprüfung stattfindet, dies umso mehr, als sich aus ihr ergibt, dass sich die ins Feld geführte Arbeitsunfähigkeit gerade nicht auf unfallkausale Beeinträchtigungen beziehen. Würde nicht so verfahren, so bestünde eine fortgesetzte Leistungspflicht des Unfallversicherers bis zum Erreichen des medizinischen Endzustands in jeglicher Hinsicht, also auch bezogen auf Beeinträchtigungen, bei denen die Adäquanzprüfung, wäre sie erfolgt, ergeben hätte, dass sie gar nicht unfallkausal sind (vgl. SozVersGer ZH-Urteil UV.2009.00442 vom 17. Mai 2011 E. 4.3, [www.sozialversicherungsgericht.zh.ch](http://www.sozialversicherungsgericht.zh.ch)).

7.3 Die für ein Schleudertrauma entwickelte Adäquanzprüfung nach erlittenem Schädel-Hirn-Trauma (BGE 134 V 109) ist vorliegend von vornherein nicht anwendbar, da das Schädel-Hirn-Trauma durchgehend als *Commotio cerebri* und nie als im Grenzbereich zu einer *Contusio* liegende *Commotio cerebri* diagnostiziert wurde und mit einem GCS Wert von 15 nicht den Schweregrad aufgewiesen hat, der praxisgemäss dafür erforderlich wäre (vgl. vorne E. II/2.4). Die ärztlichen Unterlagen zeigen zudem auf, dass im Anschluss an das Unfallereignis vom 19. September 2008 bis zum Fallabschluss bzw. Erlass des Einspracheentscheids eine psychische Gesundheitsschädigung einsetzte. So wurde bereits am 29. April 2009 der Verdacht auf eine Anpassungsstörung genannt und eine solche lag auch noch vor, als organische körperliche Beschwerden ausgeschlossen werden konnten. Es ist nach dem Gesagten nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die adäquate Kausalität nach der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) ■ folglich unter Ausschluss psychischer Aspekte ■ geprüft hat. Dabei ist an das Unfallereignis anzuknüpfen und kann ■ anders als bei "Schleudertrauma-Praxis" für die Adäquanzprüfung bei typischen Folgen eines HWS-Schleudertraumas oder eines Schädel-Hirn-Traumas ■ auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten nicht verzichtet werden (vgl. BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6).

7.4 Die von der Beschwerdegegnerin zitierte Kasuistik zu mittleren Unfällen im engeren Sinn betrifft mehrheitlich Fälle von Zusammenstössen zwischen Personenwagen, die nicht ohne Weiteres einschlägig für Motorradkollisionen sind, insbesondere wegen des Schutzes des Fahrers des Personenwagens durch Rückhaltesysteme wie Sicherheitsgurten und Airbags und der Knautschzone am Personenwagen, welche einen Teil der Kollisionsenergie absorbiert (BGer-Urteil 8C\_621/2011 vom 31. Januar 2012 E. 3.4.3). Das Bundesgericht beurteilte folgende Zusammenstösse zwischen einem Motorrad und einem Personenwagen jeweils als mittelschweres Unfallereignis im engeren Sinn (BGer-Urteil 8C\_621/2011 vom 31. Januar 2012 E. 3.4.3): Motorradsturz der Versicherten als Mitfahrerin in einer Kurve auf regennasser Fahrbahn bei einer Geschwindigkeit von ca. 50 km/h (BGer-Urteil 8C\_902/2010 vom 6. April 2011 E. 5.1); der Versicherte stiess auf einer Dorfstrasse mit seinem Motorrad, auf dessen Hintersitz die Freundin sass, in die linksseitige Front eines von der Gegenfahrbahn abbiegenden Personenwagens (BGer-Urteil 8C\_726/2007 vom 16. Mai 2008 E. 4.3.1 und 4.3.2.1); der Versicherte kollidierte mit seinem Motorrad auf einer Hauptstrasse ausserorts mit einer Geschwindigkeit von ca. 60-70 km/h frontal in den hinteren seitlichen Teil eines vortrittsbelasteten, die Fahrbahn im Rahmen eines Linksabbiegemanövers überquerenden Personenwagens (BGer-Urteil U 78/07 vom 17. März 2008 E. 5.1 f.); der mit dem Motorrad an einer stockenden Autokolonne vorbeifahrende Versicherte prallte mit einer Geschwindigkeit von ca. 50 km/h ungebremst

in einen plötzlich nach links ausscherenden Personenwagen (BGer-Urteil U 115/05 vom 14. September 2005 E. 2.4.1, mit weiterem Beispiel); der Versicherte stiess mit einem vortrittsbelasteten Personenwagen zusammen und wurde über dessen Front geschleudert (BGer-Urteil U 415/00 vom 8. Februar 2001 Sachverhalt A. und E. 3a); der Versicherte kollidierte als Motorradfahrer mit einem Personenwagen, wurde über dessen Kühlerhaube geschleudert und prallte auf der anderen Seite des Fahrzeugs auf der Strasse auf (BGer-Urteil U 3/92 vom 22. Dezember 1993 E. 3b, publ. in RKUV 1995 Nr. U 221, S. 111); der Versicherte prallte mit dem Motorrad bei einem Überholmanöver seitlich mit einem ebenfalls zum Überholen ausscherenden Personenwagen zusammen und wurde über eine Böschung geschleudert (BGE 117 V 359 E. 7a f.).

## E. 7.5

7.5.1 Gemäss Rapport der Kantonspolizei [ ] vom 13. Oktober 2008 war der Beschwerdeführer mit seinem Motorrad innerorts bei einer Geschwindigkeitsbeschränkung von 60 km/h bei Niederschlag unterwegs, als der Fahrer eines Personenwagens ■ während er sich nach einem Stopp bei einer Tankstelle wieder in den Verkehr einfügen wollte ■ ihn übersehend seinen Vortritt missachtete und ihm den Weg abschnitt. In der Folge kam es zu einer Kollision, wobei beim Personenwagen das Heck rechts und beim Motorrad die Front beschädigt wurde (gemäss Fotodokumentation leicht). Im Kollisionsbereich befanden sich Glassplitter auf der Fahrbahn. Das Motorrad kam auf dem Trottoir mit Front in Fahrtrichtung zu liegen. Laut Angaben des Beschwerdeführers gegenüber der Kantonspolizei [ ] habe er die Kollision trotz einer Vollbremsung nicht mehr verhindern können. Es ist folglich nicht von einer ungebremsten Kollision auszugehen. Den polizeilichen Akten sind keine Angaben zur Kollisionsgeschwindigkeit des Motorrades beim Zusammenprall mit dem Personenwagen zu entnehmen. Der Beschwerdeführer ist gemäss eigenen Angaben bedingt durch die Witterungsverhältnisse weniger als die erlaubten 60 km/h gefahren. Er hat sich durch die Kollision eine leichte Commotio cerebri, eine Rückenkontusion sowie eine Dysästhesie des rechten Daumens ohne Fraktur nachweis in LWS und Thorax zugezogen, was die Einwirkung der Kollisionskräfte auf seinen Körper nicht als erheblich erscheinen lässt. Dabei ist der Grenzbereich zu den schweren Ereignissen, wie dies beispielsweise in BGer-Urteil 8C\_484/2007 vom 3. September 2008 der Fall war, bei weitem nicht erreicht. Im Lichte der aufgeführten Rechtsprechung und aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften ist das Ereignis vom 19. September 2008 höchstens als mittelschwer im engeren Sinne einzustufen. Dementsprechend ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zu bejahen, wenn drei der folgenden Kriterien (oder eines der Kriterien ausgeprägt) erfüllt sind (vgl. 8C\_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5): besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere die erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; körperliche Dauerschmerzen; ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 133 E. 6c/aa).

7.5.2 Über die mit einem derartigen Unfall generell verbundene Eindrücklichkeit hinaus könnte allenfalls ins Gewicht fallen, dass dem auf einer Hauptstrasse fahrenden Beschwerdeführer bei Regen völlig unverhofft durch einen nicht vortrittsberechtigten Personenwagen der Weg abgeschnitten wurde, wobei er das Bevorstehen einer Kollision

wahrnahm, aber keine Chance hatte, sie zu vermeiden. Letztlich kann aber ■ wie sich aus dem Nachfolgenden ergibt ■ offen bleiben, ob das Kriterium der besonderen Eindrücklichkeit erfüllt ist. Jedenfalls ist es nicht derart ausgeprägt erfüllt, dass es für sich allein genommen die Adäquanz zu begründen vermöchte.

7.5.3 Für eine besondere Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, bestehen keine Anhaltspunkte. Zwar kann eine Commotio cerebri grundsätzlich zu psychischen Fehlentwicklungen führen, dies setzt in der Regel jedoch ein schweres Trauma voraus, wofür im vorliegenden Fall die Anhaltspunkte fehlen (vgl. SozVersGer ZH-Urteil UV.2004.00030 vom 20. September 2005 E. 6.2, [www.sozialversicherungs-gericht.zh.ch](http://www.sozialversicherungs-gericht.zh.ch)). Das erlittene Schädel-Hirntrauma ist medizinisch lediglich als leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI) beurteilt worden, und bei den Beschwerden ist nicht ersichtlich, welche Besonderheit damit ■ über das Erlittenhaben eines Schädel-Hirn-Traumas hinaus ■ belegt sein könnte.

7.5.4 Sodann verheilten die organisch ausgewiesenen Unfallfolgen komplikationslos und die Dauer der ärztlichen Behandlung liegt im Rahmen dessen, was bei einem Schädel-Hirn-Trauma angenommen werden muss. Anzeichen für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, oder einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sind sodann nicht ersichtlich.

7.5.5 Das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit wird erst bei relativ langer Dauer als gegeben erachtet (z.B. bei einer vollen Arbeitsunfähigkeit während fast drei Jahren, BGer-Urteil 8C\_116/2009 vom 26. Juni 2009 E. 4.6). Es ist unbestritten, dass aus somatischer Sicht bereits kurz nach dem Unfall keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestand. In einer Tätigkeit, bei welcher die kognitive Funktionsstörung nicht relevant ist, wäre der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht arbeitsfähig.

7.6 Die Prüfung der massgebenden Kriterien führt somit zum Schluss, dass höchstens ein Kriterium, dieses jedoch nicht in ausgeprägter Weise erfüllt ist. Damit hat die Beschwerdegegnerin den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den im Sinne der Rechtsprechung organisch nicht hinreichend nachweisbaren, noch bestehenden Beschwerden zu Recht verneint. Folglich erweist sich der angefochtene Entscheid, mit dem die Beschwerdegegnerin eine weitergehende Leistungspflicht verneint hat, als rechtens.

Mangels Kausalität sind auch die Voraussetzungen für die Zusprechung einer Integritätsentschädigung nicht erfüllt. Abgesehen davon wird weder geltend gemacht noch bestehen Anhaltspunkte dafür, dass das Unfallereignis von einer solchen Schwere war, dass es zu einer dauerhaften und damit lebenslangen (vgl. Art. 36 Abs. 1 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 [UVV]) Beeinträchtigung der Integrität des Beschwerdeführers führen könnte.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

III.

Die Gerichtskosten sind von Gesetzes wegen auf die Staatskasse zu nehmen (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG). Bei diesem Verfahrensausgang ist der Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m.

Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

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