

NW_GERICHTE 30775 vom 6. September 2022

NW Gerichte, 2022-09-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_30775

FR: NW_GERICHTE 30775 du 6 septembre 2022

IT: NW_GERICHTE 30775 del 6 settembre 2022

Regeste

Unfallversicherung (SV 22 11)

Erwägungen

E. 1

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 14. Februar 2022 ist in Anwendung des UVG er- gangen. Gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 ATSG kann gegen Einspracheentscheide des Unfallversicherers beim zuständigen kantonalen Versicherungsge- richt Beschwerde erhoben werden. Der Verfügungsadressat hat Wohnsitz im Kanton Nidwal- den, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts Nidwalden gegeben ist. Sach- lich zuständig ist die Sozialversicherungsabteilung, die in Dreierbesetzung entscheidet (Art. 39 GerG i.V.m. Art. 33 Ziff. 2 GerG [NG 261.1]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat des an- gefochtenen Entscheids berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen gerichtlicher Überprüfung (Art. 59 ATSG). Auf die im Weiteren form- und fristgerecht (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

E. 2.1

Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit vo- raus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Der Unfallversicherer haftet jedoch für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum ver- sicherten Ereignis steht (BGE 147 V 161 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es

4■25

genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Wor- ten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen («conditio sine qua non»; u.a. BGE 142 V 435 E. 1). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1; 129 V 177 E. 3.1).

E. 2.2

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Dabei hat der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen; entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (u.a. Urteile Bundesgericht 8C_523/2018 vom 5. November 2018 E. 3.2; U 290/06 vom 11. Juni 2007 E. 3.3).

5■25

E. 2.3.1

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; 125 V 456 E. 5a). Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b).

E. 2.3.2

Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2, 134 V 111 E. 2.1). Liegen keine organisch (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden vor, hat eine besondere

Adäquanzprüfung zu erfolgen. Dabei ist rechtsprechungsgemäss wie folgt zu differenzieren (BGE 127 V 103 E. 5b/bb mit Hinweisen): Hat die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, einen äquivalenten Verletzungsmechanismus oder ein Schädel-Hirntrauma, dessen Folgen sich mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (BGE 117 V 382 E. 4b), erlitten, und liegt in der Folge das für diese Verletzung typische bunte Beschwerdebild vor (diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw., BGE 119 V 338 E. 1), so ist die Adäquanz nach Massgabe der in BGE 117 V 359 ff. entwickelten und mit BGE 134 V 109 ff. modifizierten Grundsätze zu prüfen (sog. Schleudertrauma-Praxis). Liegt kein Unfall mit einem Schleudertrauma oder einer adäquanzrechtlich äquivalenten Verletzung vor oder fehlt es nach einer solchen Verletzung an dem hierfür typischen bunten Beschwerdebild, so hat die Adäquanzbeurteilung der Folgeschäden des Unfalls nach den in BGE 115 V 133 ff. (sog. Psycho-Praxis) entwickelten Kriterien zu erfolgen. Der Unterschied besteht darin, dass bei Unfällen mit einem Schleudertrauma der HWS oder einer äquivalenten

6■25

Verletzung auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Unfallfolgen verzichtet wird (BGE 134 V 117 E. 6.2.1, 117 V 367 E. 6a in fine), während bei den übrigen Unfällen für die Beurteilung der Adäquanz psychischer Fehlentwicklungen lediglich das Unfallereignis als solches und die dabei erlittenen körperlichen Gesundheitsschäden sowie deren objektive Folgen massgebend sind (BGE 115 V 140 E. 6c/aa).

E. 2.4

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3, 124 V 90 E. 4b). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2; 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 5.1).

E. 2.5

Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4).

7■25

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und 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, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2, 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a). Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (u.a. BGE 142 V 58 E. 5.1, 135 V 465 E. 4.4). Auch Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen ist – unter den genannten allgemeinen Voraussetzungen – Beweiswert zuzuerkennen. Jedoch ist zu betonen, dass diesen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.w.H.)

E. 3

September 2020 vollumfänglich. Sie erwog, die umfangreichen fachärztlichen Abklärungen und insbesondere die überzeugenden und beweiskräftigen Ausführungen von Dres. med. E. __ und F. __ in der psychiatrisch-neurologischen Beurteilung vom 7. Juli 2020 ergebe, dass der Versicherte sich durch den Unfall vom 3. März 2017 zwar überwiegend wahrscheinlich eine substantielle Hirnverletzung mit residuellen Hirnläsionen links frontobasal, im Gyrus frontalis medius links, temporo-polar links mit und kortikal temporo-parietal links zugezogen habe. In klinisch neurologischer Hinsicht würden sich aber keine objektivierbaren Unfallfolgen feststellen lassen. Die vom Versicherten beklagten Beschwerden seien nicht durch ein

8■25

Erkrankungsbild aus dem neurologischen und dem psychiatrischen Fachgebiet erklärbar, welches in einem natürlich kausalen oder teilkasualen Zusammenhang zum Unfall vom 3. März 2017 stehe. Es bestehe eine sichere Aggravation von funktionellen Einschränkungen

und der Beschwerdepräsentation beim Versicherten. In unfallversicherungsmedizinischer Hinsicht bestehe keine Behandlungsnotwendigkeit und es sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der angestammten Tätigkeit beziehungsweise in bildungsangepassten Verweiltätigkeiten auszugehen. Zudem bestehe kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. An diesem Ergebnis ändere auch der einspracheweise erhobene Einwand beziehungsweise der einspracheweise eingereichte Bericht vom 8. Dezember 2020 über die Untersuchung im interdisziplinären Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen des Spitals Zc. durch Prof. Dr. med. G. nichts. Dieser enthalte keine neuen medizinischen Erkenntnisse im Hinblick auf objektivierbare Folgen des Unfalls. Mangels natürlichen Kausalzusammenhangs der geklagten Beschwerden des Versicherten und dem Unfall vom 3. März 2017 bestehe keine Leistungspflicht der SUVA. Damit ent falle auch die Adäquanzprüfung, wobei die adäquate Kausalität mit Blick auf die Kriterien gemäss BGE 115 V 133 aber – so die SUVA – ohnehin ebenfalls zu verneinen wäre.

E. 3.1

Die SUVA bestätigte in ihrem Einspracheentscheid (SUVA-act. 273) die Verfügung vom

E. 3.2

Der Beschwerdeführer stellt sich im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass bei ihm bleibende, natürliche und adäquat kausale Unfallfolgen bestehen würden, weshalb er Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung habe.

E. 4

Glasauge links Der Versicherte sei am 3. März 2017 nach einem unbeobachteten Arbeitsunfall notfallmässig mit der Ambulanz ins Spital eingeliefert worden. Er sei beim Gipsen rückwärts vom Gerüst auf den Kopf gefallen, vermutlich 2-3 Meter hoch. Der Versicherte könne sich nicht an den Sturz erinnern, er sei zirka 2-3 Minuten bewusstlos gewesen. Nach Wundversorgung, diversen Untersuchungen – radiologischen Berichte sind bei den Akten (SUVA-act. 5-7) – wurde der Versicherte in einem kardiopulmonal stabilen Zustand und ohne neurologische Ausfälle am

E. 4.1

Nach dem Unfallereignis vom 3. März 2017 wurde der Versicherte umgehend notfallmässig mit der Ambulanz ins Spital D. verbracht (SUVA-act. 1 S. 7 f.). Im Kurzaustrittsbericht vom 17. März 2017 berichtet das Spital D. (SUVA-act. 13) als Diagnosen:

9■25

1. Unbeobachteter Sturz aus 2-3 Meter mit mittelschweres SHT m/b – Comotio labyrinthi mit kombinierter leichtgradiger Schwerhörigkeit sowie posttraumatische BPLS – Undislozierte Kalottenfrakturen links tempoparietal und rechts parietooccipital – Darunter schmale EDH/SDH mit kleinem Pneumokranium – Wenig subarachnoidales Blut links parietoinsulär – Kleine Kontusionsblutungen beidseits frontal, links betont CT 03.03.17 18h22: – Progrediente subdurale Blutauflagerung auf Tentorium. Ganz gering progredientes SDH parietal, maximale Dicke 2mm. Zunehmend subarachnoidale Blutungen präpontonin bis nach intraspinal auslaufend. Subarachnoidale Blutungsauflagerungen links parietoinsulär weitgehend unverändert. Stationäre Ventrikelweite. 2. RQW rechter Unterschenkel 3. Chronische Schulterbeschwerden rechts

E. 4.2

Vom 17. März bis zum 12. Mai 2017 hielt sich der Versicherte in der Klinik H. __ auf. Im Austrittsbericht (SUVA-act. 38) halten die Klinikärzte fest, dass beim Austritt noch Kopfschmerzen frontal und occipital, Schwindel, Visusstörung rechts DD zentral bedingt, Hörminderung bds. (links>rechts) und Tinnitus, Schmerzen in rechter Schulter und rechtem Unterschenkel, Phobien sowie ein Gefühl der Beinschwäche bestehen würden. Aus neuropsychologischer Sicht bestünden leichte kognitive Defizite und reduzierte psychophysische Belastbarkeit bei stattgehabter traumatischer Hirnverletzung (ICD-10: F07.8) sowie bei Hinweisen auf eine nicht authentische Leistungspräsentation vorliegen. Aus psychologischer Sicht hätten sich keine Anzeichen auf das Vorliegen einer affektiven Störung in Form einer Anpassungsreaktion auf das Unfallereignis ergeben, noch lägen diagnostische Hinweise für eine dissoziative Bewegungsstörung vor. Aktuell bestehe keine psychopathologische Störung.

10■25

Gut zwei Monate nach Arbeitsunfall mit traumatischer Hirnverletzung sei das tatsächliche Ausmass der kognitiven Defizite aufgrund der nicht ganz authentischen Darbietung nicht abschliessend bewertbar. Man gehe davon aus, dass leichte kognitive Defizite und eine reduzierte psychophysische Belastbarkeit bei stattgehabter traumatischer Hirnverletzung vorliegen könnten. Aus neuropsychologischer Sicht sei die Funktionsfähigkeit im Alltag gegeben, einfache kognitive Aufgaben wären zumutbar. Unfallfremd seien die Beschwerden im Bereich der rechten Schulter. Aktuell liege keine psychische Störung mit Krankheitswert vor, welche eine arbeitsrelevante Leistungsverminderung begründen könnte. Zurzeit sei der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit als Gipser aufgrund des Schwindels vollständig arbeitsunfähig. Berichtet wird dabei unter anderem, dass sich der Versicherte beim Eintritt als sehr leidender und klagsamer Patient gezeigt habe. Das Ausmass der Beschwerden habe während des Aufenthalts stark variiert und sei zum Teil nicht hinreichend medizinisch nachvollziehbar gewesen. Der Reha-Verlauf habe sich gesamthaft als schwierig gestaltet, der Versicherte sei stark auf seine Schmerzen fixiert geblieben und habe über ein buntes Beschwerdebild wie Schwindel, Kopfschmerzen, Schmerzen in der rechten Schulter, Herzrasen sowie erhöhte Sturzneigung geklagt. Das vorhandene Leistungspotential habe einer Selbstlimitierung unterlegen. Es bestünden aufgrund der Symptomvalidierung Hinweise auf eine nicht authentische Leistungspräsentation. Eine Verdeutlichungstendenz bei der Beschwerdeschilderung, beim Bewegungsverhalten und der kognitiven Leistung sei augenfällig. Während des Aufenthalts wurde am 12. April 2017 ein MRI des Gehirns inklusive Schädelklotte durchgeführt. Radiologe PD Dr. med. I. __ berichtete der Reha-Klinik diesbezüglich (SUVA-act. 117) wie folgt: – Kortikale Defekte mit gliotischen Veränderungen frontobasal links > rechts sowie temporopolar links im Sinne von postkontusionellen Veränderungen. – Schleimhautschwellung in den Ethmoidalzellen sowie Flüssigkeitsobliteration von einzelnen Mastoidalzellen links. In Zusammenschau mit der leicht vermehrten pachymeningealen Kontrastmittelanreicherung kann ein Liquorverlustsyndrom nicht ausgeschlossen werden. Dagegen spricht jedoch, dass der Sinus sphenoidal keine Flüssigkeit aufweist und die Obliteration der Mastoidalzellen nur relativ gering ist. – Ansonsten keine Hinweise auf die Ätiologie der Kopfschmerzen und des Schwindels.

E. 4.3

Die Otoneurologinnen Dres. med. J.____ und K.____ halten in ihrem Sprechstundenbericht vom 17. August 2017 fest (SUVA-act. 59), dass sich aufgrund der Untersuchungen keine Hinweise für eine peripher vestibuläre Ursache der Schwindelbeschwerden gezeigt hätten. Der bereits mehrmalig reponierte BPLS (=benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel) habe in der Untersuchung heute nicht mehr nachgewiesen werden können. Es sei von einer multifaktoriellen

11■25

Ursache der Schwindelbeschwerden ausgehen, mit zentraler und phobischer Komponente. Empfohlen sei eine neurologische und neuropsychologische Beurteilung. Aufgrund der Einäugigkeit seien zusätzlich die Kompensationsmechanismen eingeschränkt. Bei der Hörminde- rung könne es sich um eine funktionelle Hörstörung handeln, eine zentrale Komponente sei ebenfalls möglich.

E. 4.4

Am 25. März 2018 fand sich der Versicherte zur Verlaufskontrolle bei HNO-Ärztin Dr. med. J.____, Spital L.____, ein. Diese berichtet am 27. März 2018 (SUVA-act. 99) als aktuelle Diagno- sen: 1. Persistierender Schwindel mit/bei – St. n. Schädel-Hirn-Trauma am 03.03.2017 mit Subduralhämatom, subarachnoidale Blutung Kalot- tenfraktur bei St. n. Sturz aus 2-3m Höhe – initial BPLS des posterioren Bogenganges – Einäugigkeit bei Diagnose 4 – keine Hinweise für peripher vestibuläre Störung bei symmetrischer Kalorik und normalem Video-KIT – DD multifaktoriell – aktuell: Anpassung mit depressiver Reaktion sowie somatoforme Störung oder andere Persön- lichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund von Krankheit/Schädigung oder Funktionsstö- rung des Gehirns 2. Beidseits hochgradige Schwerhörigkeit mit störendem Pfeiftinnitus bds. – a.e. funktionelle Hörstörung /DD zentral bedingt – hirnstammaudiometrisch bds. Hörschwelle zwischen 30 und 40dB SPL 3. Kognitive Verlangsamung 4. St. n. E nukleation Auge links als 7-jähriger, aktuell mit Prothese versorgt 5. Keratokonjunktivitis sicca mit Blepharitis Bereits bei der letzten Konsultation sei eine pathologische Krankheitsverarbeitung mit kogniti- ver Verlangsamung, depressiver Reaktion sowie ausgeprägter Schwankschwindel mit soma- toformer/phobischer Komponente aufgefallen. Auch bei der heutigen Nachkontrolle habe der Versicherte eine sehr schlechte Lebensqualität berichtet; ein selbstständiges Organisieren des Lebens sei kaum mehr möglich. Dr. med. J.____ hatte für die psychiatrische Komponente vorgängig ein Konsilium bei der Psy- chiatrie L.____ eingeholt. Psychiaterin Dr. med. M.____ hielt in ihrem Bericht vom 14. März 2018 fest (SUVA-act. 107), dass es sich am ehesten um eine Anpassungsstörung im Rahmen der Grunderkrankung handle. Zusätzlich könne es sich um Aggravation der vorbestehenden Symptomatik (Schwindel und Kopfschmerzen) handeln, welchen den Versicherten im Alltag schwer beeinträchtigten würde. Differentialdiagnostisch sei ebenso an eine organisch verur- sachte psychopathologische Beeinträchtigung zu denken.

12■25

E. 4.5

Der Versicherte fand sich am 28. Mai 2018 zur ambulanten Sprechstunde und verhaltensneu- rologischen/neuropsychologischen Untersuchung im Neurozentrum des Spitals L.____ ein. Die Ärzte hielten im Nachgang fest (SUVA-act. 111, 114), dass der Versicherte aufgrund einer verminderten Belastbarkeit und assoziierten Kopfschmerzen nur reduziert neuropsychologisch untersuchbar gewesen sei. Angesichts eines auffälligen Werts

in einem Symptomvalidierungs- verfahren – welcher womöglich stark affektiv überlagert sei – seien die genannten Befunde im Rahmen der verkürzt durchgeführten neuropsychologischen Verlaufsuntersuchung nur eingeschränkt aussagekräftig.

E. 4.6

SUVA-Kreisarzt Dr. med. F. __ kommt in seiner psychiatrischen Aktenbeurteilung vom 2. August 2018 (SUVA-act. 124) zum Schluss, der Versicherte habe am 3. März 2017 nach einem Sturzunfall ein Schädelhirntrauma mit hirnorganischen Schädigungen erlitten. Die Analyse der vorgelegten dokumentierten Akten lasse wesentlich den Schluss zu, dass im vorgelegten Fall überwiegend wahrscheinlich langfristige Auswirkungen von Schädelhirntraumafolgen auf Persönlichkeit, Erleben und Verhalten objektiviert seien. Dabei beträfen die neuropsychiatrischen Einschränkungen die Eigenschaften der Leistungsfähigkeit, Konzentration des Gedächtnisses, der Affektivität, des Antriebs als auch Psychomotorik und sozialkommunikative Fähigkeiten. Es sei gemäss jetzigem Erkenntnisstand davon auszugehen, dass diese neuropsychiatrischen Schädelhirntraumafolgen als organische Symptome der durch das Trauma verursachten Hirnschädigungen aufzufassen seien und nicht als sekundäre Symptombildung auf Grundlage der erlittenen Einschränkungen und Behinderungen beziehungsweise im Sinne eines dysfunktionalen Copings. Beim Versicherten seien die ICD-10-Kriterien zur Diagnostik eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma (ICD-10 F07.2) mit u.a. Kopfschmerzen, Schwindel, Erschöpfbarkeit, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, Störungen des Leistungsvermögens, Gedächtnisstörungen, Stressintoleranz und Depressivität objektiviert worden. In diesem Sinne seien die festgestellten psychischen Einschränkungen überwiegend wahrscheinlich dem Symptomenkomplex des hirnorganischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma zuzumessen. Aus rein unfallversicherungsmedizinisch-psychiatrischer Sicht sei damit von einem chronischen Dauerzustand auszugehen, sodass weitere therapeutische Massnahmen in einem psychiatrisch-psychosomatischen-stationären Behandlungssetting nicht überwiegend wahrscheinlich eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwarten liessen. Versicherte mit organischen Hirnläsionen bei denen die Persönlichkeitsveränderungen (als Schädelhirntraumafolgestörung) einen limitierenden Faktor bildeten, gehörten in aller

13■25

Regel nicht in eine Psychiatrische-Psychosomatische Klinik, sondern in die Neurorehabilitation. Letztlich sei also eventuell eine (teil-)stationäre neurorehabilitative Behandlung in einer dafür ausgerichteten Fachklinik unter Einsatz von u.a. verhaltensneurologischen Massnahmen geeignet, das Belastbarkeitsprofil des Versicherten relevant zu verbessern.

E. 4.7

Der Neurologe Dr. med. E. __ folgert in seiner kreisärztlichen Aktenbeurteilung vom 11. September 2018 (SUVA-act. 129), der Versicherte habe aus neurologischer Sicht, durch den Unfall vom 3. März 2017 überwiegend wahrscheinlich eine substanzielle Hirnverletzung mit heute noch nachweisbaren Residuen links frontobasal, im Gyrus frontalis medius links, temporopolar links und kortikal temporoparietal links zugezogen. Das Ausmass der substanzialen Hirnverletzung sei zwar erheblich, könne aber nicht als besonders ausgeprägt bezeichnet werden. Das Ausmass einer allfälligen unfallbedingten kognitiven Leistungsminderung sei aufgrund auffälliger Befundergebnisse der

Symptomvalidierung bis heute nicht konklusiv beurteilbar. Das psychiatrische Fachgebiet betreffend ergäbe sich aus der medizinischen Dokumentation eine ausgeprägte Affektsymptomatik mit Hinweisen auf Suizidgedanken und psychosoziale Faktoren (der aus Italien stammende Versicherte mit eingeschränkten Deutschkenntnissen sei geschieden, lebe allein). Die somatischen Fachgebiete betreffende Abklärungen zeige Gesundheitsbeeinträchtigungen, die als funktionell zu bezeichnen seien, d.h. nicht überwiegend wahrscheinlich auf eine organische Ursache zurückgeführt werden können. Ohne einen abschliessenden neuropsychologischen Untersuchungsbefund könne aus neurologischer Perspektive nicht abschliessend zur zumutbaren Leistungsfähigkeit Stellung genommen werden.

E. 4.8

Am 25. September 2019 wurde der Versicherte im Neurozentrum des Spitals N. __ ambulant untersucht. Der Neurologe Dr. med. O. __ berichtete am 26. Oktober 2018 (Übersetzung: SUVA-act. 142) als Hauptdiagnose: 1. Zustand nach Arbeitsunfall (03.03.2017) – Schädeltrauma mit Fraktur der Kalotte temporo-parietal links nicht disloziert und rechts parieto-okzipital; – Leichtes epidurales Hämatom /subdurale Hämorrhagie, mit kleinem Pneumoencephalus; – Diskrete Subarachnoidalblutung parietal-insulär li – Kleine hämorrhagische Kontusionen frontal beidseitig, insbesondere links; – "Commotio labyrinthi" in Kombination mit geringgradiger Hypoakusis

14■25

Sekundäre Diagnosen seien die chronischen Schmerzen im Schultergürtel rechts sowie der Zustand nach Enukleation linkes Auge in der Kindheit (im Zusammenhang mit einem Unfall; rechtes Auge in gutem Zustand; allergische Konjunktivitis).

E. 4.9

Die Klinik P. __ war gemäss Bericht vom 20. November 2018 (SUVA-act. 159) nach einem ambulanten Untersuch Ende Oktober nicht in der Lage, eine neuropsychologische Diagnose zu stellen. Der Versicherte habe sich schwingungsfähig und weitschweifend im Gespräch gezeigt. Seinen Leidendrucks habe er über die gesamte Untersuchung hinweg verbalisiert. Er sei aufgrund einer verminderten Belastbarkeit und assoziierten Kopfschmerzen nur reduziert neuropsychologisch untersuchbar. Angesichts eines auffälligen Werts in einem Symptomvalidierungsverfahrens, welcher womöglich stark affektiv überlagert sei, seien die neuropsychologischen Befunde nur eingeschränkt aussagekräftig. Aufgrund der erneut eingeschränkten Validität der Testbefunde könne bezüglich Schweregrad möglicher kognitiver Leistungsminierungen im Rahmen des erlittenen Schädel-Hirn-Traumas vom 3. März 2018 weiterhin nicht konklusiv Stellung genommen werden.

E. 4.10

Anfang 2019 (7. bis 25. Januar) war der Versicherte in der Klinik Q. __, stationär hospitalisiert. Diesbezüglich berichtet die Klinik am 20. Februar 2019 (Übersetzung: SUVA-act. 171), dass die körperliche Untersuchung bei Austritt ein im Vergleich zum Eintritt im Wesentlichen unveränderter Befund gezeigt habe. Auf funktioneller Ebene sei der Versicherte in der Lage, sich in einer geschützten und seinen Alltag abbildenden Umgebung fortzubewegen, ansonsten sei die Funktionalität unverändert. Er sei bereits vor seinem Aufenthalt vollständig arbeitsunfähig gewesen, was bis zu einer eventuellen Gesamtbeurteilung der SUVA zu bestätigen sei.

E. 4.11.1

Im Rahmen des parallellaufenden IV-Verfahrens erstellte die unabhängige Gutachterstelle R.___ zuhanden der IV-Stelle Nidwalden das polydisziplinäre Gutachten vom 26. März 2019 (SUVA-act. 178). Der fallführende Psychiater Dr. S.___ sowie die Dres. med. T.___ (Allgemeine Innere Medizin), U.___ (Rheumatologie), V.___ (Neurologie), W.___ (HNO) und die Neuropsychologen Dipl. Psych. X.___ sowie MSc Y.___ halten im Rahmen ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung als relevante Diagnosen fest (S. 11):

15■25

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: – Sturz vom Gerüst am 03.03.2017, nach Aktenlage aus 2-3 m Höhe, mit – traumatischer Hirnverletzung, retrograder Amnesie, undislozierter Kalottenfraktur links temporoparietal und rechts parietookzipital, darunter schmale epidurale und subdurale Hämatome mit kleinem Pneumocranium, wenig subarachnoidales Blut links parietoinsulär, kleine Kontusionsblutungen bds frontal linksbetont – Status nach Commotio labyrinthi mit kombinierter leichtgradiger Schwerhörigkeit sowie posttraumatische PPLS – linksbetonte, pantonale, hochtonbetonte, mittelgradige Innenohrschwerhörigkeit beidseits mit nichtkompensiertem Tinnitus und Verdacht auf pathologisches Recruitment – Mässiggradige Omarthrose rechts, Impingement-Syndrom, Subscapularis, Infraspinatus und Bizeps-Tendinose – Dissoziative Störung der Bewegung und Empfindung – Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: – Vorwiegend myotendinogen bedingte Hüftschmerzen links bei beginnender Coxarthrose – Mässiggradige degenerative HWS-Veränderungen, v.a. C4-6 – Augenprothese links – Konjunktivitis rechts Die Befunde/Diagnosen würden sich funktionell wie folgt auswirken: Die Schulterveränderungen rechts hätten Einschränkungen der Schulterbeweglichkeit und bei repetitiven Halte- oder Überkopfarbeiten zur Folge. Aufgrund der dissoziativen Störung bestünden schwere funktionelle Auswirkungen: Es bestehe eine Gangstörung, welche Arbeiten auf Gerüsten und so weiter, auf unebenem Gelände, aber auch alle Tätigkeiten mit vorwiegend Gehen und Stehen oder Arbeiten mit Zwangshaltungen des Kopfes ausschliessen würde. Darüber hinaus kognitive Einschränkungen mit verminderter Konzentrationsfähigkeit, Einschränkungen in Flexibilität und Umstellfähigkeit, Einschränkungen der Durchhaltefähigkeit aber auch Einschränkungen in Planung und Strukturierung von Aufgaben. Aufgrund des posttraumatischen Kopfschmerzes bestehe insgesamt ebenfalls eine Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit des Versicherten, aufgrund der Hörstörung und des Tinnitus bds. sei eine Tätigkeit mit hohem Anspruch an das Hörvermögen ebenfalls nicht möglich. Die Befunde im HNO-Bereich würden die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nur in sehr spezifischen Tätigkeiten einschränken, wirkten sich aber auf die angestammte Tätigkeit nicht aus (S. 11 f.). In der bisherigen Tätigkeit als Gipser sei der Versicherte nicht mehr einsetzbar, dies seit dem Unfall vom 3. März 2017. Aufgrund der somatisch-organisch fassbaren Befunde bestehe beim Versicherten eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit in einer Tätigkeit ohne Notwendigkeit auf Gerüsten zu arbeiten oder andere gefährliche Arbeiten auszuführen sowie ohne repetitive Halte- oder Überkopfarbeiten mit dem rechten Arm. Der Versicherte habe zwar vor dem Unfall schon Schulterschmerzen rechts gehabt; mit diesen habe er aber noch gearbeitet. Aufgrund der in der Zwischenzeit radiologisch

16■25

dokumentieren Verschlechterung von einer beginnenden zu einer mässiggradigen Arthrose seien repetitive Halte- oder Überkopfarbeiten mit der rechten Hand zu vermeiden (S. 13). Die einzelnen Teilarbeitsunfähigkeiten würden sich überlappen (S. 14). Die Gutachter hielten in der Konsensbeurteilung indes auch fest, dass von Seiten Bewegungs- apparat unter anderem Diskrepanzen zwischen den dokumentierten Angaben und den Angaben des Versicherten bezüglich des zeitlichen Auftretens von Schmerzen sowie des Ansprechens auf die diagnostisch-therapeutischen Hüftinfiltrationen links bestünden. Erhebliche Inkonsistenzen hätten sich – mit Verweis auf die Ausführungen im Teilgutachten – auch im psychiatriischen Bereich gezeigt. Sie würden auch neuropsychologisch bestätigt wo wiederum kein valides Profil habe erhoben werden können. Es sei offensichtlich, dass Inkonsistenzen bestünden, die diesbezügliche Schwierigkeit in der Abgrenzung dissoziativ/psychogen vs. bewusstseinsnahe Schilderung/Aggravation sei schwierig. Aufgrund der Befunde müsse aber von einem teilweise bewusstseinsnahen Verhalten ausgegangen werden (Konsistenzprüfung; S. 13). Gleichzeitig wurde dem Versicherten, was Massnahmen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit betrifft, angelastet, dass er sowohl medizinischen wie beruflichen Massnahmen negativ gegenüberstehe. Medizinisch-theoretisch wären psychotherapeutische Massnahmen zur Behandlung der dissoziativen Störung indiziert; der bisherige Therapieverlauf habe sich allerdings als frustrierend erwiesen, eine diesbezügliche Motivation und Introspektionsfähigkeit bestünde nicht. Berufliche Massnahmen seien nicht indiziert, der aktuell 63-jährige Versicherte erachte sich selbst als vollinvalid (S. 14 f.).

E. 4.11.2

Hier weiter interessierend wird in der fachspezifischen Beurteilung des neurologischen Teilgutachtens unter anderem die Diagnose von chronischen posttraumatischen Kopfschmerzen (ICD-10: G44.3), zum Teil mit migräniformen Anteilen gestellt; diese sei mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 60-62). Die Beurteilung der Kopfschmerzen würden auf Angaben des Versicherten beruhen und dürften sehr wahrscheinlich posttraumatischer Natur sein, so der Neurologe weiter (S. 62). Aus neurologischer Sicht sei insgesamt von einer verminderten Leistungsfähigkeit von 30% auszugehen (S. 63).

E. 4.12

In seiner neurologischen Aktenbeurteilung vom 16. Juli 2019 hält Kreisarzt Dr. med. E. __, 17██25

Facharzt für Neurologie, fest (SUVA-act. 194), dass durch weitere therapeutische Massnahmen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erreicht werden könne. Abgestützt auf die zur Verfügung stehenden dokumentierten Befunde der neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungen könnten die Beschwerden des Versicherten und insbesondere das Ausmass der vom Versicherten beklagten Beschwerden in Form von Kopfschmerzen und kognitiven Beeinträchtigungen nicht beurteilt werden. Versicherungsmedizinische Schlussfolgerungen im Hinblick auf Schätzung des Integritätsschadens und der zumutbaren Leistungsfähigkeit seien aus somatischer Perspektive nicht möglich.

E. 4.13

Das Dossier wurde sodann dem versicherungsmedizinisch-psychiatrischen Dienst der SUVA zur Beurteilung vorgelegt. Kreisarzt Dr. med. F. __ hält in seiner Stellungnahme vom

18. Juli 2019 (SUVA-act. 197) fest, wenn derzeit aus somatischer-neurologischer Sicht keine Beantwortung der Fallschlussfragen auf Grundlage der dokumentierten und neuropsychologischen Befunde gelinge, könne auch der versicherungsmedizinisch-psychiatrische Dienst keine Beantwortung der Fallschlussfragen durchführen. Grund sei unter anderem, dass bei einer Schädelhirntraumafolge die hirnorganischen Grundlagen beurteilt werden müssen, um u.a. die Frage zu klären, ob hirmorphologische Korrelate die geklagten neuropsychiatrischen Symptome erklären könnten. Auch er, der Versicherungspsychiater, sei auf die Schlüssigkeit der neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse angewiesen, welche aber von Kreisarzt Dr. med. E. ___ gerade angezweifelt würden. Eine weitere medizinische Sachaufklärung sei angezeigt.

E. 4.14

MSc Za. ___ und Dr. phil. Dipl. Psych. Zb. ___ berichten der Suva in ihrem neuropsychologischen Untersuchungsbericht vom 18. Juni 2020 (SUVA-act. 238), der gestützt auf einen persönlichen Untersuch des Versicherten und einer ausführlichen Würdigung der Akten- und Befundlage, die neuropsychologische Diagnose einer sicheren Aggravation einer neurokognitiven Störung nach den Kriterien von Slick et al. (1999). Bei gegebenem äusseren Anreiz, Belegen für absichtliches Täuschungsverhalten in der Psychometrie, übertriebener Beschwerdedarstellung, zahlreichen Inkonsistenzen zwischen Testverhalten und Alltagsbewältigung und aus neuropsychologisch/psychotherapeutischer Sicht fehlenden entwicklungsbedingten, neurologischen oder psychiatrischen Störungen, die das gezeigte Täuschungsverhalten vollumfänglich besser erklären können, seien die entsprechenden Kriterien erfüllt (S. 23). Auch die Kriterien

18■25

einer Aggravation kognitiver und somatischer Beschwerden (malingering with mixed presentation) nach Sherman et al. (2020) bei St. n. SHT am 3. März 2017 könnten in Anbetracht der Inkonsistenzen zwischen den somatischen Befunden unter Beobachtung und in Situationen, wo sich der Versicherte unbeobachtet glaubt, zwischen verschiedenen somatischen Befunden untereinander u.a.m., erfüllt sein (S. 23 f.). Es wird unter anderem erwähnt, dass die Arbeitsfähigkeitseinschätzung respektive der Schluss des R. ___ (vorne E. 4.11) auf erhebliche Einschränkungen der (kognitiven) Funktionsfähigkeit bei Nachweis von invaliden Befunden, insbesondere von solchen, die eine absichtliche Vortäuschung kognitiver Defizite belegen, fachlich falsch und durch nichts zu begründen sei. Es würde jegliche Datenbasis fehlen, aufgrund derer man eine Aussage zu tatsächlich bestehenden Einschränkungen treffen könnte; dies betreffe sowohl das Ausmass als auch die Frage, ob überhaupt authentische Einbussen bestünden (S. 22). Zusammenfassend lasse sich eine Einschränkung der Funktions- und Arbeitsfähigkeit im neuropsychologischen Fachgebiet aufgrund des sicheren, intentionalen Täuschungsverhaltens nicht nachweisen, selbst wenn eine solche im Rahmen der erlittenen Hirnverletzung bestehen sollte. In der Folge könne auch kein allfälliger Integritätsschaden beziffert werden (S. 24).

E. 4.15

Gestützt auf den neuropsychologischen Bericht vom 18. Juni 2020 (vorne E. 4.14) nahmen Psychiater Dr. med. F. ___ und Neurologe Dr. med. E. ___ am 7. Juli 2020 eine neuerliche kreisärztliche Beurteilung vor (SUVA-act. 241). Gemäss der zur Verfügung stehenden Bilddokumentation (Röntgenbilder) habe der Versicherte durch den Unfall vom 3. März

2017 überwiegend wahrscheinlich eine substanzielle Hirnverletzung mit residuellen Hirnläsionen links fronto-basal, im Gyrus frontalis medius links, temporo-polar links und kortikal temporo-parietal links zugezogen habe. In einer Gesamtschau habe die versicherungsmedizinische Sachaufklärung ergeben, dass klinisch neurologisch keine objektivierbaren Unfallfolgen festzustellen seien. Es seien keine objektivierbaren Befunde im Hinblick auf eine vom Versicherten geäußerte Schwindelsymptomatik respektive Gangunsicherheit festzustellen. Es liessen sich mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine natürlich (teil-)unfallkausale neurologische oder psychiatrische Gesundheitsstörung (mit Einfluss auf die berufliche Leistungsfähigkeit) objektivieren, mit der Konsequenz, dass aus rein unfallversicherungsmedizinischer Sicht keine Behandlungsnotwendigkeit bestehe. Mangels objektivierbarer Störung und aufgrund einer sicheren Aggravation von funktionellen Leistungseinschränkungen, sei ein unfallbedingter Integritätsschaden mangels Dauerhaftigkeit nicht geschuldet.

19■25

E. 4.16

Prof. Dr. med. G. __, Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen des Spitals Zc. __, berichtete am 8. Dezember 2020 (SUVA-act. 264) die Hauptdiagnosen: 1. Verdacht auf postkommotionelles Syndrom bei Dg. 3 mögliche vestibuläre Migräne, am ehesten mit funktioneller Überlagerung, konstante, holozephal, drückende Kopfschmerzen, Schwankschwindel, Zunahme der Intensität bei schnellen Kopfbewegungen und nach Aufstehen am Morgen, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit Klinik: kein eindeutiges fokalneurologisches Defizit, kein Nachweis von vestibulärem Defizit, Lagerungsmanöver ohne Nystagmus/Schwindel, vestibuläre Batterie: keine eindeutige vestibuläre Defizite, Kalorik und Video-KIT 2017: unauffällig 2. Unbeobachteter Arbeitsunfall vom 03.03.2017 Mittelschweres Schädelhirntrauma mit retrograder Amnesie, undislozierte Kalottenfraktur links temporo-parietal und rechts parietookzipital, schmaler EDH/SDH mit kleinem Pneumokranium, kleine Subarachnoidalblutung links parietoinsulär, kleine Kontusionsblutung beidseits frontal, Commotio labyrinthi mit kombinierter leichtgradiger Schwerhörigkeit sowie posttraumatische BPLS 3. Glasauge links Status nach Augenenuklation links mit 7 Jahren 4. Depressive Stimmungslage Der Versicherte habe über eine leichte Besserung von Nackenschmerzen berichtet. In der klinischen Untersuchung habe kein fokales neurologisches oder vestibuläres Defizit festgestellt werden können. Eine initiale fragliche Ataxie in der Koordinationsprüfung zeige sich nach Ablenkung des Patienten nicht mehr. Im Romberg-Stehversuch zeige der Versicherte bei offenen Augen ungerichtete Falltendenz mit unphysiologischen lateralen Körperbewegungen und anschließenden prompten auffangenden Beinbewegungen. Auch beim Sitzen zeige der Versicherte Zuckungen im Rumpf und beiden Armen, die Bewegungen würden sistieren jeweils wenn der Versicherte spreche oder bei externen Ablenkungen. Die apparative Zusatzdiagnostik habe kein sicheres vestibuläres Defizit nachweisen können. Die berichtete Wesensveränderungen und Konzentrationsstörungen nach dem Unfall könnten im Rahmen der stattgehabten Kontusionsblutungen beurteilt werden. Die Symptomatik werde am ehesten im Rahmen eines post-commotionellen Syndroms mit einer schweren funktionellen Überlagerung beurteilt.

E. 4.17

Im Hinblick auf den Bericht von Prof. Dr. med. G. __ kam Kreisarzt Dr. med. E. __ am 5. Februar 2022 (SUVA-act. 270) zum Schluss, dass dieser keine neuen medizinischen Erkenntnisse im Hinblick auf objektivierbare Folgen des Unfalls vom 3. März 2017 aufführe. Weder in der neu- rologischen Untersuchung noch in der apparativen Zusatzdiagnostik hätten objektivierbare

20 ■ 25

Befunde hinweisend auf Unfallfolgen auf neurologischem Fachgebiet festgestellt werden können. An der psychiatrisch-neurologischen Beurteilung vom 7. Juli 2020 sei festzuhalten.

5.

Zu klären ist, ob gestützt auf die (dargelegte) Aktenlage ein arbeitsfähigkeitsmindernder, unfallkausaler Gesundheitsschaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Unstrittig ist zunächst, dass der Beschwerdeführer diverse vorbestehende, unfallfremde Beschwerden beklagt. Namentlich bekannt sind ophthalmologische (altersbedingte Glaskörperabhebung [SUVA-act. 90], Eukleation linkes Auge in der Kindheit [SUVA-act. 142] und Schulterprobleme (rechtsseitig beginnende Omarthrose/AC-Gelenksarthrose sowie gelenks- seitige Partialruptur und Ansatzendinose der Subscapularissehne [SUVA-act. 72]). Ebenso- wenig zu diskutieren ist die Frage eines Unfallereignisses. Auch wenn sich in diesem Verfah- ren diesbezüglich – aufgrund der teilweise inkohärenten Angaben des Versicherten – gewisse Diskrepanzen betreffend die genauen Umstände ergeben haben, hat sich ein solches am 3. März 2017 zweifelsohne ereignet, als der Versicherte bei der Arbeit von einem Gerüst stürzte. Die SUVA anerkannte einerseits, dass der Versicherte sich durch den Unfall vom 3. März 2017 ursprünglich überwiegend wahrscheinlich eine substantielle Hirnverletzung mit residuellen Hirnläsionen links frontobasal, im Gyrus frontalis medius links, temporo-polar links mit und kortikal temporo-parietal links zugezogen hatte. Andererseits schloss sie aber, dass sich mitt- lerdings in klinisch neurologischer Hinsicht keine objektivierbaren Unfallfolgen feststellen lies- sen. Die vom Versicherten beklagten Beschwerden könnten nicht durch ein Erkrankungsbild aus dem neurologischen und dem psychiatrischen Fachgebiet erklärt werden, das in einem natürlich kausalen oder teilkausalen Zusammenhang zum Unfall vom 3. März 2017 stehe. Es bestehe eine sichere Aggravation von funktionellen Einschränkungen und der Beschwerde- präsentation beim Versicherten. Dementsprechend sei unfallversicherungsmedizinisch von ei- ner vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (zum Ganzen: vorne E. 3.1). Ihre Schlussfolgerungen stützte die SUVA wesentlich auf die psychiatrisch-neurologische Beurteilung vom 7. Juli 2020 der Dres. med. F. __ und E. __ (SUVA-act. 241), welche ihrerseits auf die neuropsychologische Untersuchung von MSc Za. __ und Dr. phil. Dipl. Psych. Zb. __ (SUVA-act. 238) abstellten. Die Würdigung der SUVA ist mit Blick auf die Aktenlage grundsätzlich nachvollziehbar. Der Versi- cherte und dessen geklagte Beschwerden wurden im Laufe des Verfahrens diverse Male per- sönlich untersucht. Bereits in der unmittelbar auf den Unfall folgenden Rehabilitation in der Klinik H. __ bemerkten die dortigen Ärzte einen sehr leidenden, klagsamen, selbstlimitierenden

21 ■ 25

Patienten mit buntem Beschwerdebild und Hinweise auf nicht authentische Leistungspräsen- tation sowie augenfälliger Verdeutlichungstendenz, was eine Beurteilung des tatsächlichen Ausmasses der Defizite verunmögliche (SUVA-act. 38). Diese

Feststellungen ziehen sich gleichsam, teilweise in unterschiedlicher Ausprägung und Varianten, als roter Faden durch das gesamte vorgelegte versicherungsmedizinische Dossier (s. bspw. SUVA-act. 107, 111, 114, 129, 159, 178). Eine Zuordnung zu organischen Korrelaten respektive eine Ursächlichkeitsergründung der geklagten Beschwerde erwies sich verschiedentlich als nicht möglich (s. bspw. SUVA-act. 59, 117) beziehungsweise waren die Untersuchungsbefunde aufgrund der übertriebenen Beschwerdepräsentation nicht valid (s. bspw. SUVA-act. 111, 114, 129, 159, 178). Gestützt auf diese Erkenntnisse stellten MSc Za. ___ und Dr. phil. Dipl. Psych. Zb. ___ (SUVA-act. 238) in ihrem Bericht mit nachvollziehbarer, vertretbarer Begründung die neuropsychologische Diagnose einer sicheren Aggravation einer neurokognitiven Störung nach den Kriterien von Slick et al. (1999), beziehungsweise einer Aggravation kognitiver und somatischer Beschwerden (malingering with mixed presentation) nach Sherman et al. (2020) bei St. n. SHT am 3. März 2017. Wie erwähnt könnten diesem Standpunkt (respektive der darauf abgestützten kreisärztlichen Beurteilung und damit auch dem angefochtenen Einspracheentscheid) mit Blick auf die (inkonsistenten) Befunde im Grundsatz beigespflichtet und das Fehlen objektivierbarer Unfallfolgen bejaht werden, zumal besagter Begutachtung der Neuropsychologen Za. ___ und Zb. ___ nicht nur die vollständigen Akten und eine Auseinandersetzung mit den früheren Berichten, sondern zusätzlich ein persönlicher Untersuchungs zugrunde lag und damit von einem beweismässigen Bericht auszugehen ist (s. zu den Kriterien vorne E. 2.5). Gleichwohl ist daran zu erinnern, dass mit dem R. ___-Gutachten vom 26. März 2019 ein Gutachten bei den Akten liegt (SUVA-act. 178), welches von der Invalidenversicherung bei unabhängigen, zufällig ausgewählten Sachverständigen (Art. 44 ATSG; Art. 72bis IVV [SR 831.201]) eingeholt wurde. Diesem versicherungsexternen Gutachten kommt – wenn es auch nicht mit einem unfallversicherungsrechtlichen, sondern gesamtheitlicheren Fokus erstellt wurde – grundsätzlicher voller Beweiswert zu (s. bspw. Urteil des Bundesgerichts 8C_461/2021 vom 3. März 2022 E. 4.1). Dem Gutachten Za. ___/ Zb. ___ respektive den kreisärztlichen Beurteilungen kommt, wenn auch grundsätzlich überzeugend, praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherer in Auftrag gegebenen Gutachten zu. Die R. ___-Gutachter haben ihrerseits diverse Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, unter anderem auch im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 3. März 2017. In der Konsensbeurteilung schliessen diese auf kognitive Einschränkungen mit verminderter Konzentrationsfähigkeit aufgrund des

22 ■ 25

posttraumatischen Kopfschmerzes (s. vorne E. 4.11.1), wobei diese Feststellung auf der neurologischen Teilbegutachtung von Dr. med. V. ___ fusst. Dieser hatte arbeitsfähigkeitsbeeinträchtigende, chronische posttraumatische Kopfschmerzen (ICD-10: G44.3), zum Teil mit migräniformen Anteilen festgehalten (s. vorne E. 4.11.2). Mit anderen Worten liegt eine umfassende polydisziplinäre Begutachtung vor, die auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet. Die Gutachter schlussfolgern begründet, dass unter anderem posttraumatische, das heisst unfallbedingte funktionelle Einschränkungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehen. Das Gutachten widerspricht den kreisärztlichen Schlussfolgerungen damit insofern, als dass nicht auf eine volle, sondern reduzierte Arbeitsfähigkeit geschlossen wird und die diesbezüglichen

Funktionseinschränkungen – zumindest teilweise – als unfallbedingt betrachtet werden. Aufgrund dieser voll beweiswertigen Einschätzung (BGE 137 V 210 E. 6.2.2, 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a) ist das Gericht nach der Rechtsprechung gehalten, mindestens geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Kreisärzte respektive der von der SUVA beauftragten Gutachter (Za. ___/ Zb. ___) zu hegen. In der kreisärztlichen Beurteilung vom 7. Juli 2020 (SUVA-act. 241) findet denn auch keine eigentliche Auseinandersetzung mit dem vorerläuterten Widerspruch zwischen dem R. ___-Gutachten (SUVA-act. 178) und dem Gutachten Za. ___/ Zb. ___ (SUVA-act. 238) statt. Im Ergebnis ist die SUVA anzuhalten, diesbezüglich ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.w.H.).

23■25

E. 6

Demzufolge ist in Gutheissung der Beschwerde der angefochtene Einspracheentscheid vom 14. Februar 2022 aufzuheben. Die Sache wird zur Vornahme der erforderlichen Abklärungen sowie neuen Entscheidung an die SUVA zurückzuweisen.

E. 7

Das kantonale Beschwerdeverfahren in unfallversicherungsrechtlichen Streitigkeiten ist kostenlos (Art. 61 lit. fbis ATSG, Art. 18 Abs. 1 Prozesskostengesetz [PKoG; NG 261.2]). Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, welche vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG). Die Höhe der Parteientschädigung für das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht richtet sich in den Schranken des Bundesrechts nach kantonalem Recht. Den kantonalen Gerichten kommt bei der Bemessung ein weiter Ermessensspielraum zu. Als bundesrechtliche Vorgaben zu berücksichtigen sind immerhin nebst dem Mass des Obsiegens die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses (SUSANNE BOLLINGER, in: Frésard-Fellay/Klett/Leuzinger-Naef [Hrsg.], BSK-ATSG, 1. A, 2019, N 84 zu Art. 61 ATSG m.w.H.). Stellt die ganz oder teilweise obsiegende Partei einen entsprechenden Antrag oder ist dies gesetzlich vorgesehen, ist ihr eine angemessene Entschädigung zulasten der unterliegenden Partei zuzuerkennen (Art. 14 Abs. 1 SRG). Im Verfahren vor dem Verwaltungsgericht als Versicherungsgericht beträgt das ordentliche Honorar Fr. 400.– bis Fr. 6'000.– (Art. 47 Abs. 3 PKoG). Hinzukommen die Auslagen inklusive der Mehrwertsteuer (s. Art. 52 ff. PKoG). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers macht mit Kostennote vom 24. Mai 2022 Parteikosten von Fr. 4'540.20 (Honorar Fr. 4'097.50 [16.39 Std. à Fr. 250.–]; Auslagen Fr. 118.10; MwSt. Fr. 324.60) geltend. In materiell-rechtlicher Hinsicht ging es in vorliegendem Beschwerdeverfahren einzig darum, ob objektivierbare, kausale Unfallfolgen bestehen oder nicht beziehungsweise Zweifel an der (gegenteiligen) kreisärztlichen Einschätzung bestehen. Die tatsächlichen und rechtlichen Fragen können nicht als besonders schwierig oder komplex bezeichnet werden. Es wurde denn auch nur ein Schriftenwechsel durchgeführt. Zu zusätzlichen Beweisabnahmen oder einer Parteiverhandlung ist es nicht gekommen. Ein Honorar von beinahe Fr. 4'100.– erscheint unter diesen Umständen, mit Blick auf die Kriterien von Art. 61 lit. g ATSG und im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen massiv zu hoch (s. etwa auch das Urteil

24■25

des Bundesgerichts 9C_757/2014 vom 23. Dezember 2014 E. 3.2 und E. 3.3), mitunter unan- gemessen. Das Honorar wird mit Blick auf die Bedeutung der Streitsache sowie die Schwie- rigkeit des Prozesses ermessensweise im mittleren-unteren Bereich des Honorarrahmens auf Fr. 2'000.– festzusetzen, was beim vom Rechtsvertreter geltend gemachten Stundenansatz von Fr. 250.– einem angemessenen Zeitaufwand von rund 8 Stunden entspricht. Die Partei- entschädigung beläuft sich demnach auf Fr. 2'281.20 (Honorar Fr. 2'000.–; Auslagen Fr. 118.10; MwSt. Fr. 163.10). Die unterliegende SUVA wird verpflichtet, den Beschwerdefüh- rer intern und direkt mit diesem Betrag zu entschädigen.

25■25

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