

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/53 vom 8. August 2012

Sg Versicherungsgericht, 2012-08-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2011_53

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/53 du 8 août 2012

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/53 del 8 agosto 2012

Regeste

Art. 6 UVG. Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden (Kopfschmerzen, kognitive Einschränkungen, Psyche) dreieinhalb Jahre nach einem Schädelhirntrauma (Sturz vom Baugerüst) (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. August 2012, UV 2011/53).

Erwägungen

E. 1

1.1 Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen, welche sie für die Folgen des Unfalls vom 19. Juli 2007 ausgerichtet hatte, zu Recht auf den 1. März 2011 einstellte. Mit der mit dem angefochtenen Entscheid (UV-act. 213) bestätigten Verfügung vom 17. Februar 2011 verneinte die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf Versicherungsleistungen mit Hinweis auf die fehlende Adäquanz in genereller Weise und bezog auch jenen auf Rente und Integritätsentschädigung mit ein (UV-act. 201). Der angefochtene Entscheid hat somit die Frage des Anspruchs auf Rente und Integritätsentschädigung insofern zum Gegenstand, als mit ihm die Verfügung vom 17. Februar 2011 vollumfänglich bestätigt wurde. In die Beurteilung mit einzubeziehen ist der (medizinische) Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids (3. Juni 2011) entwickelte. Allfällige spätere gesundheitliche Veränderungen haben grundsätzlich ausser Betracht zu bleiben.

1.2 Gemäss ständiger Praxis des Bundesgerichts (bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) kann ein nach einem versicherten Unfall neu aufgetretenes Leiden nur dann als dessen Folge betrachtet werden, wenn und soweit es sicher oder doch zumindest überwiegend wahrscheinlich von jenem Unfall herrührt (natürliche Kausalität; BGE 115 V 133 sowie 117 V 359 und 134 V 109). Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung des Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1; BGE 119 V 338 E. 1 und 118 V 289 E. 1b je mit Hinweisen). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es der rechtsanwendenden Behörde, die Fragen nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beurteilen (BGE 123 III 110 E. 3a). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103

E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a). Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b).

E. 2

2.1 Im Austrittsbericht der Rehaklinik E. ___ vom 22. Januar 2008 hielten die dortigen Ärzte als Diagnosen eine traumatische Hirnverletzung, Kopfschmerzen, Schwindel und eine depressive Störung mittleren Grades fest. Zusätzlich zu den muskuloskeletal bedingten Einschränkungen bestehe eine mittelschwere Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert (UV-act. 34, 35). Am 7. April 2008 wurde das Arbeitsverhältnis des Beschwerdeführers gekündigt (UV-act. 42). Im Bericht vom 6. Mai 2008 bestätigte die Psychiaterin Dr. med. C. ___, dass der Beschwerdeführer bei ihr seit 23. Januar 2008 in Behandlung stehe. Sie diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (UV-act. 48). In einem ärztlichen Bericht vom 4. Juli 2008 verneinte Suva-Arzt Dr. med. F. ___ die Fahreignung des Beschwerdeführers aufgrund von Folgen der traumatischen Hirnverletzung (UV-act. 53). Im Austrittsbericht vom 6. August 2008 stellten die Ärzte der Klinik G. ___ die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma (UV-act. 69). Danach wurde die psychiatrische Behandlung bei Dr. H. ___ weitergeführt (UV-act. 70). Der Neurochirurg Dr. med. H. ___ bestätigte im November 2008 unter anderem die Diagnose eines organischen Psychosyndroms und hielt fest, dass der Beschwerdeführer in psychiatrischer Behandlung und Kontrolle bleiben sollte (UV-act. 83). Die Psychiaterin Dr. H. ___ bescheinigte im Bericht vom 15. Januar 2009 eine volle Arbeitsunfähigkeit (UV-act. 86). Anlässlich einer Besprechung mit dem Suva-Aussendienstmitarbeiter vom 1. April 2009 erklärte der Beschwerdeführer, er habe viel Kopfschmerzen und leide unter Schwindel (UV-act. 101). Im Bericht vom 3. Juni 2009 bestätigte der Hausarzt Dr. med. I. ___, Facharzt FMH Allgemeine Medizin, dass beim Beschwerdeführer keine Arbeitsfähigkeit bestehe (UV-act. 112). Am 22. September 2009 führte die Psychiaterin Dr. H. ___ unter anderem aus, mit dem Beschwerdeführer seien die psychosozialen Belastungen (Wohnsituation, Partnerschaft) ausdiskutiert worden. Er sei auch motiviert worden, die Ergotherapie weiter in Anspruch zu nehmen, um die kognitiven Fähigkeiten zu erhalten. Die Prognose sei schlecht. Die aktuellen kognitiven Fähigkeiten seien mit einer neuropsychologischen Testung zu eruieren (UV-act. 124).

2.2 In der psychiatrischen Beurteilung vom 25. Januar 2010 kam Suva-Arzt med. pract. J. ___,

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, unter anderem zum Schluss, als aktuelle psychiatrische Diagnosen seien ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma und eine mittelgradige depressive Episode anzunehmen. Im Einklang mit den Beurteilungen der bisherigen Untersuchungen stünden die psychiatrische Symptomatik und die vermutete Dysregulation im Umgang mit Schmerzen im Vordergrund. Es würden sich weitere Abklärungen (MRI des Neurokraniums, Neuropsychologie) und Behandlungen (Versuch einer teilstationären Behandlung in einer psychiatrischen Tagesklinik) empfehlen (UV-act. 129). Am 26. Januar 2010 bestätigte die Psychiaterin Dr. H.____ eine Verschlechterung der Antriebs- und Stimmungslage und ein allgemeines Desinteresse trotz regelmässigen Behandlungen (UV-act. 130). Suva-Arzt Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten schloss im Bericht vom 5. März 2010 aufgrund einer neurootologischen Kontrolluntersuchung eine organisch strukturelle Schädigung des Gleichgewichtsfunktionssystems mit hoher Wahrscheinlichkeit aus. Aus ORL-ärztlicher Sicht könne ihm die frühere Tätigkeit als Hilfeelektriker voll zugemutet werden. Ein unfallbedingter Integritätsschaden bestehe aus ORL-ärztlicher Sicht nicht (UV-act. 141). Im Austrittsbericht der G.____ vom 15. Juli 2010 wurde unter anderem festgehalten, es sei ein einvernehmlicher Abschluss der tagesklinischen Behandlung beschlossen worden; dies primär aufgrund der mangelnden Adhärenz des Beschwerdeführers an das Behandlungsprogramm. Der Versuch regelmässiger Teilnahme habe bei ihm zu sukzessiver Befindlichkeits- und Zustandsverschlechterung geführt. Er sei morgens jeweils erschienen und habe sich persönlich abgemeldet aufgrund chronischer Schmerzen. Dies sei als repetitives Misserfolgserlebnis interpretiert worden. Die ambulante psychotherapeutische Behandlung sei weiterzuführen (UV-act. 173). Die Ergotherapeutin L.____ berichtete am 10. Oktober 2010, dass der Beschwerdeführer Dauerkopfschmerzen und oft Schwindel habe, wodurch die Hirnleistung vermindert sei (UV-act. 184).

2.3 Eine interdisziplinäre Untersuchung (psychiatrisch und neurologisch) vom 30. September 2010 ergab gemäss Bericht von Suva-Arzt Dr. med. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. Oktober 2010 aus der Sicht seines Fachbereichs unter anderem, dass die kognitiven Ausfälle nicht konsistent, sondern abhängig von der jeweiligen Thematik seien. Unbeabsichtigt würden dem Beschwerdeführer normale Leistungen gelingen. Seine Klagen über Schwindel, Müdigkeit, innere Unruhe und Schlafstörung seien demnach in Anbetracht des ansonsten relativ blanden psychischen Befunds als Anzeichen einer leichten depressiven Episode zu werten. Es könne lediglich von einer leicht histrionisch gefärbten Verarbeitung vorhandener Kopfschmerzen gesprochen werden. Dieses Bild einer leichten, nicht behandlungsbedürftigen psychiatrischen Symptomatik werde vervollständigt durch die Objektivierung seiner Medikamenteneinnahme (Verweis auf entsprechende Darlegungen in der neurologischen Beurteilung). Angesichts der unzuverlässigen Medikamenteneinnahme werde auch die aktuelle psychiatrische Behandlung fragwürdig. Frau Dr. H.____ habe die unergiebigsten Gespräche mit dem Beschwerdeführer auf eine unfallbedingte hirnorganische Störung und schwere Depression mit Suizidalität bezogen. Zumindest zum jetzigen Zeitpunkt ergebe es keine ausreichende Basis für therapeutische Gespräche und eine psychiatrische Behandlung. Weder bestehe eine ausgeprägte depressive Symptomatik, für die er selber eine regelmässige antidepressive Medikation als notwendig akzeptiere, noch ein für ihn erwähnenswerter psychosozialer Konflikt, den er im therapeutischen Gespräch angehen möchte (UV-act. 192). Suva-Arzt Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, kam im Bericht vom 26. Oktober 2010 unter anderem zum Schluss, bei nunmehr fehlenden objektiven Befunden erhalte die Konsistenzprüfung der

Angaben des Beschwerdeführers eine wesentliche Bedeutung. In der aktuell durchgeführten Labordiagnostik könnten die Wirkstoffe Paracetamol und Risperidon im Serum nicht nachgewiesen werden; die Serumkonzentration von Venlafaxin habe deutlich unterhalb des therapeutischen Bereichs gelegen. Eine regelmässige Einnahme dieser Medikamente sei selbst unter Berücksichtigung einer pharmakokinetischen Ursache mit diesem Befund eher nicht vereinbar. Durch den Unfall vom 19. Juli 2007 habe sich der Beschwerdeführer eine Schädelfraktur und ein schmales Subduralhämatom rechts temporal zugezogen. Das Subduralhämatom sei regelrecht resorbiert worden und die Schädelfraktur sei ohne relevante Folgen abgeheilt. Eine traumatische Hirnverletzung habe sich der Beschwerdeführer durch den Unfall überwiegend wahrscheinlich nicht zugezogen. Unter Berücksichtigung des Beschwerdeverlaufs mit zunächst gut behandelbaren akuten posttraumatischen Kopfschmerzen, der sich erst im Verlauf entwickelnden nicht therapierbaren chronischen und invalidisierenden Kopfschmerzen, von fehlenden objektiven neurologischen Defiziten, der aktuellen Laborbefunde und der schwierigen psychosozialen Situation des Beschwerdeführers könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein chronischer posttraumatischer Kopfschmerz diagnostiziert werden. Unter Berücksichtigung der festgestellten Inkonsistenzen lägen ernstzunehmende Hinweise vor, dass die Kopfschmerzen in dem vom Beschwerdeführer geschilderten Ausmass nicht vorliegen würden. Die Behandlungsnotwendigkeit sei zweifelhaft. Eine Beeinträchtigung der Zumutbarkeit rein aufgrund von Unfallfolgen könne nicht festgestellt werden. Die Voraussetzungen für eine Integritätsentschädigung seien nicht erfüllt (UV-act. 193). Die Psychiaterin Dr. H. ___ berichtete am 14. Februar 2011, beim Beschwerdeführer lägen posttraumatische Kopfschmerzen vor. Die Hirnverletzung mit subduraler Blutung stehe in adäquatem Kausalzusammenhang mit dem Unfall. Die Kopfschmerzen seien nur ein Symptom eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma (UV-act. 200 Beilage 3).

E. 3

3.1 Unbestritten ist, dass die im Nachgang zum Unfallereignis vom 19. Juli 2007 beim Beschwerdeführer aufgetretenen gesundheitlichen Probleme (insbesondere Kopfschmerzen und psychische/neuro-psychologische Probleme) in kausalem Zusammenhang zum erlittenen Schädelhirntrauma standen. Die Beschwerdegegnerin erbrachte entsprechende Taggeld- und Heilungskostenleistungen während gut dreieinhalb Jahren. Streitig und zu prüfen ist, ob beim Beschwerdeführer auch für die Zeit danach, d.h. ab dem 1. März 2011, noch von organisch-strukturell objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen auszugehen ist. Von solchen kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden können (vgl. BGE 134 V 109 E. 9, 117 V 359 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008, mit vielen Hinweisen, sowie vom 7. Februar 2008, U 13/07, E. 3.2 und 3.3). Die Diagnose einer milden traumatischen Hirnverletzung erfolgt aufgrund bestimmter Symptome nach kranialen Traumen und bedeutet nicht schon, dass eine objektiv nachweisbare Funktionsstörung vorliegt. Hierzu bedarf es einer feststellbaren intrakraniellen Läsion oder eines messbaren Defektzustands in Form neurologischer Ausfälle (Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 29. März 2006, U 197/04, E. 3.1 mit Hinweisen auf die medizinische Literatur). Als Kriterien für das Vorliegen einer leichten traumatischen Hirnverletzung (MTBI) werden das

Bestehen eines Bewusstseinsverlusts von maximal 30 Minuten Dauer, eines Glasgow Coma Score (GCS) von nicht unter 13 bei Einlieferung ins Krankenhaus und eines Gedächtnisverlusts von maximal 60 Minuten (sog. posttraumatische Amnesie) bzw. einer Gedächtnisstörung von maximal 30 Minuten genannt. Seltene, aber typische Komplikationen nach MTBI sind z.B. intrakranielle Blutungen; hierbei kann es sich um intrazerebrale Blutungen oder um subdurale oder epidurale Blutungen handeln. Die Kombination von Beschwerden, welche nach einer MTBI auftreten können (Kopfschmerz, Benommenheit, Schwindel, Erbrechen, Koordinationsstörung der Beine, kognitive Beeinträchtigungen, Schlafstörungen), kann als "organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma" (F07.2) bezeichnet werden. Kopfschmerzen werden dabei als posttraumatisch angesehen, wenn sie innerhalb von sieben Tagen nach einer MTBI erstmalig aufgetreten sind. Hierbei entwickelten Patienten nicht selten im Rahmen einer Analgetikatherapie der ursprünglich posttraumatischen Kopfschmerzen zusätzlich einen Kopfschmerz, der auf Analgetika-Übergebrauch zurückzuführen ist. Auch kann die Entwicklung einer Depression oder eine schwierige psychosoziale Situation ganz wesentlich zum dauerhaften Schmerzerleben beitragen. Die Diagnose "organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma" kann für die Beschreibung des akuten Beschwerdeverlaufs nach MTBI gebraucht werden, sollte aber nicht für die Charakterisierung des Langzeitverlaufs verwendet werden (vgl. S. Johannes/R. Schaumann-von Stosch, Grundlegende Aspekte der leichten traumatischen Hirnverletzung, Medizinische Mitteilungen der SUVA Nr. 78 [2007], 74-77).

3.2 Ärztlicherseits wurde beim Beschwerdeführer eine durch den Unfall vom 19. Juli 2007 bedingte Bewusstlosigkeit verneint, jedoch eine ca. zehnmünütige Amnesie für das Ereignis, ein GCS von 15, eine Kalottenfraktur, ein Hämosinus rechts sowie ein isoliertes Schädelhirn-Trauma und damit eine leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI; UV-act. 6, 10) im erwähnten Sinn bestätigt. Aufgrund eines CCT vom 24. Juli 2007 wurden eine Demarkation der rechts temporal gelegenen subduralen Blutung, eine unveränderte Darstellung der rechtsseitigen Kalottenfraktur und eine fast vollständige Rückbildung des Galeahämatoms und des Hämosinus rechts bestätigt. Weitere Abklärungen im Kantonsspital St. Gallen unmittelbar nach dem Unfall vom 19. Juli 2007 ergaben keine Hinweise auf eine Fraktur im Beckenbereich oder auf Wirbelkörperfrakturen im Bereich der HWS und der BWS. Ein Röntgen der LWS ergab den Verdacht auf Fissur im Bereich LWK4 ohne Vorliegen von Instabilitätskriterien. Ein CT der LWS zeigte ausgeprägte degenerative Veränderungen; frische Frakturen waren nicht fassbar (UV-act. 12, 13). Eine neurologische Untersuchung vom 12. September 2007 ergab einen unauffälligen klinisch-neurologischen Befund. Im CT Neurocranium vom 7. September 2007 war eine beginnende ossäre Konsolidation der vorbestehenden Kalottenimpaktionsfraktur mit einem im Übrigen altersentsprechend normalen cranio-cerebralen Computertomogramm, insbesondere ohne Nachweis einer intracraniellen Blutung oder posttraumatischer Substanzdefekte festgestellt worden. Es wurden die Diagnosen eines posttraumatischen Kopfschmerzes und einer posttraumatischen Schwindelsymptomatik gestellt sowie der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung geäußert. Vorbestehend sei das chronische lumbovertebrale Schmerzsyndrom (UV-act. 14, 17). Aufgrund einer neuropsychologischen Untersuchung im Kantonsspital St. Gallen vom 8. Oktober 2007 wurden unspezifische kognitive Funktionsstörungen vermerkt, welche teilweise als nicht authentisch zu beurteilen seien. Im Vordergrund stehe eine schmerz- und psychisch-bedingte Einschränkung der Belastbarkeit. Motivation und Antrieb seien tief und schwankend. Es dränge sich eine Rehabilitation mit

integrativer Schmerzbehandlung und psychiatrischer Betreuung auf (UV-act. 14). Die Ärzte der Rehaklinik E.____ bestätigten hierauf am 22. Januar 2008 die traumatische Hirnverletzung. Die neurootologische Untersuchung ergab, dass eine Laterobasisverletzung weder klinisch noch radiologisch bestätigt werden könne. Der Befund spreche für eine chronische Otitis media links mit entsprechender Schalleitungskomponente. Aktuelle Unfallfolgen würden hier nicht vorliegen. Bezüglich des Gehörs bestünden keine Unfallfolgen. Die Befunde würden am ehesten für eine zentrale Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems leichten bis mittleren Grads sprechen, obwohl sich eine periphere vestibuläre Funktionsstörung aufgrund der aktuell erhobenen Befunde nicht abschliessend ausschliessen lasse. Diese Befunde seien mit den Folgen des erlittenen Schädelhirn-Traumas durchaus vereinbar. Es sei mittelfristig eine günstige Prognose gegeben. Eine abschliessende Beurteilung aus neurootologischer Sicht sei nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach dem Unfall vorzunehmen. Gemäss der neuropsychologischen Beurteilung vom 9. Januar 2008 stand die depressive Problematik im Vordergrund. Sie verhindere eine kontinuierliche Zuwendung und Leistungsbereitschaft. Die Diagnose einer hirnorganisch mitbedingten Wesensveränderung liege etwas entfernter (UV-act. 34). Der Neurochirurg Dr. H.____ hielt - wie zuvor die Ärzte der Rehaklinik E.____ - im November 2008 dafür, dass das Ausmass des organischen Psychosyndroms in der Regel zwei Jahre nach dem Unfall als definitiv betrachtet werden könne und zu diesem Zeitpunkt zu beurteilen sei (UV-act. 83). Dazu ist festzuhalten, dass die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma ein Trauma voraussetzt, welches gewöhnlich schwer genug ist, um eine Bewusstlosigkeit herbeizuführen (vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 5. A., S. 84f). Ob diese Voraussetzung - wie die Beschwerdegegnerin in Frage stellen lässt (act. G 3. S. 3) - in Bezug auf das Ereignis vom 19. Juli 2007 bei einem GCS von 15 gegeben ist, braucht nicht abschliessend untersucht zu werden. Denn ausschlaggebend erscheint, dass die MRT-Abklärung des Schädels gemäss Bericht vom 5. März 2010 - und damit gut zweieinhalb Jahre nach dem Unfall - neben einer Neurogliazyste links und einer Schleimhautschwellung im Mastoidbereich links eine regelrechte Darstellung der intrazerebralen Strukturen mit Verneinung von Blutungsresiduen, Kontusionsherden und Hydrocephalus ergab (UV-act. 138). ORL-Arzt Dr. K.____ schloss im Bericht vom 5. März 2010 aufgrund einer neurootologischen Kontrolluntersuchung eine organisch strukturelle Schädigung des Gleichgewichtsfunktionssystems mit hoher Wahrscheinlichkeit aus. Die schwache Reaktionsantwort in der thermischen Erregbarkeitsprüfung sei auf die Einnahme von Antidepressiva, die der Beschwerdeführer erst zwei Tage zuvor abgesetzt habe, zurückzuführen (UV-act. 141). Der Neurologe Dr. D.____ kam im Bericht vom 26. Oktober 2010 unter anderem zum Schluss, das (unfallbedingte) Subdurallhämatom sei regelrecht resorbiert worden und die Schädelfraktur sei ohne relevante Folgen abgeheilt. Eine (bleibende) traumatische Hirnverletzung habe sich der Beschwerdeführer durch den Unfall überwiegend wahrscheinlich nicht zugezogen. Weder die neurologischen Befunde noch die Befunde der Bildgebung könnten eine unfallbedingte überdauernde Verletzung des Zentralnervensystems nachweisen. Eine organische Grundlage für die vom Beschwerdeführer beklagten Schwindelbeschwerden, Gedächtnisstörungen und für ein psychiatrisches Beschwerdebild liege nicht vor (UV-act. 193).

3.3 Aufgrund dieser Aktenlage kann beim Beschwerdeführer ein durch den Unfall vom 19. Juli 2007 bedingter und am 1. März 2011 nach wie vor bestehender bzw. nicht ausgeheilter hirnorganischer (struktureller) Schaden nicht als überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen gelten. Etwas anderes lässt sich auch

dem verkehrsmedizinischen Gutachten vom 15. März 2012 (act. G 13.1 Beilage) nicht entnehmen. Ebenfalls ist ein klar fassbares organisch/somatisches Korrelat des Kopfschmerzes - auch durch den Bericht des neurologischen Zentrums Gossau vom 20. September 2011, wo im Ergebnis ein Status nach Schädelhirntrauma und/oder einer psychiatrischen Erkrankung bestätigt wurde (act. G 8.1/19) - nicht ausgewiesen (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts vom 25. Juli 2007, U 328/06, E. 7.2, und vom 9. April 2009, 8C_889/2008, E. 3.3.2.2). Im Weiteren gibt es zwar Fälle, in denen bei sonst unauffälligen Untersuchungsbefunden neuropsychologische Abklärungen Hirnleistungsstörungen aufzeigen können und der neuropsychologische Befund der einzig verlässliche Parameter ist (BGE 117 V 378 E. 3d). Sodann kann der neuropsychologischen Diagnostik bei eindeutigem, nicht diffusem Befund - im Rahmen einer neurologischen Gesamtwürdigung - nach der Rechtsprechung auch bei der Kausalitätsbeurteilung ein Aussagewert zukommen (BGE 119 V 343 E. 3c). Hingegen vermag es die Neuropsychologie nicht, selbständig die Beurteilung der Genese abschliessend vorzunehmen (RKUV 2000, 316 E. 3). Nach B.P. Radanov (Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, SZS 1996, S. 471 ff) sind psychologische Probleme (und die eingenommenen Medikamente) geeignet, die kognitiven Leistungen negativ zu beeinflussen (S. 477). Psychologische Probleme bzw. die Interrelation psychologischer und kognitiver Funktionen könnten die reduzierte Leistungsfähigkeit mit erklären (S. 475). Aufgrund der in E. 3.2 dargelegten medizinischen Akten (vgl. insbesondere UV-act. 14, 34, 192) sowie des Berichts des neurologischen Zentrums Gossau vom 20. September 2011 (act. G 8.1/19 S. 5) und des verkehrsmedizinischen Gutachtens vom 15. März 2012 (act. G 13.1 Beilage) ist von einer Beeinflussung/Überlagerung der kognitiven Funktionen beim Beschwerdeführer durch den psychischen Befund auszugehen, womit die neuropsychologischen Einschränkungen eine vielschichtige Ursache aufweisen. Damit können auch neuropsychologische Unfall-Restfolgen im Sinn eines selbständigen, klar abgrenzbaren Befunds nicht als nachgewiesen gelten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. April 2007, U 321/06, E. 4.1). Dass der Suva-Psychiater med. pract. J. ___ im Bericht vom 25. Januar 2010 erneut die Vornahme von neuropsychologischen Abklärungen vorschlug, ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass dieser Arzt die somatische Situation damals (d.h. vor Erstellung von UV-act. 138 und 141) als nicht restlos geklärt erachtete. Er hielt jedoch ausdrücklich fest, dass eine erneute neuropsychologische Untersuchung keine neuen Erkenntnisse bezüglich Organizität bringen und auch kaum Relevanz für die Therapieplanung haben werde (UV-act. 129). Bereits in der Beurteilung vom 7. November 2008 hatte Suva-Psychiater Dr. med. N. ___ festgehalten, eine weitere neuropsychologische Untersuchung sei nicht sinnvoll. Er begründete dies nachvollziehbar mit Hinweis auf die bislang unbefriedigenden Behandlungsergebnisse und die von Dr. H. ___ dargelegte psychiatrische Situation (UV-act. 80). Letztere blieb zwischenzeitlich soweit ersichtlich unverändert (vgl. Berichte Dr. H. ___ vom 3. Februar und 4. Oktober 2011; act. G 8.1/21 und 24). Hieraus liesse sich somit die Notwendigkeit einer erneuten neuropsychologischen Abklärung nicht begründen. Was die unterschiedliche diagnostische Einordnung des psychischen Gesundheitsschadens durch Dr. H. ___ und Dr. M. ___ betrifft (vgl. dazu Kritik im Bericht von Dr. H. ___ vom 3. Februar 2011; act. G 8.1/24), ist festzuhalten, dass die psychiatrische Diagnosestellung allein - bei unbestritten vorliegenden psychischen Einschränkungen - die hier streitigen Fragen nicht zu entscheiden vermag und daher nicht abschliessend geklärt zu werden braucht. Auch den Berichten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern

sie - wie vorliegend die Berichte der Suva-Fachärzte Dres. N.____ und D.____ - als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Oktober 2008, 8C_510/2007, E. 7.5.4). Zusätzliche (neue) Aspekte ergeben sich auch aus den Berichten des neurologischen Zentrums Gossau vom 20. September 2011 und von Dr. C.____ vom 4. Oktober 2011 (act. G 8.1/19 und 21) nicht. Der Umstand, dass dem Beschwerdeführer in einem Bericht vom 4. Juli 2008 die Fahreignung aufgrund von Feststellungen anlässlich des Aufenthalts in der Rehaklinik E.____ von Anfang 2008 abgesprochen (UV-act. 53) und dies gestützt auf eine verkehrsmedizinische Begutachtung am 28. März 2012 bestätigt wurde (act. G 13.1), vermag die auf den 1. März 2011 angenommene Abheilung der organisch-somatischen Unfallfolgen nicht in Frage zu stellen, zumal eine Fahreignung auch aus psychischen/neuropsychologischen Gründen nicht mehr gegeben sein kann. Für weitere medizinische (organisch/somatische) Abklärungen bzw. für die Anordnung eines gerichtlichen Gutachtens fehlt es an einem konkreten Anlass. Kopfschmerzen, neuropsychologische Einschränkungen wie auch diejenigen psychischer Art (vgl. dazu unter anderem act. G 8.1/19) können hingegen Teil des typischen Beschwerdebilds nach Schädelhirn-Trauma bilden (dazu nachstehend).

E. 4

4.1 Ist ein Schleudertrauma der HWS oder eine äquivalente Verletzung (unter anderem Status nach leichter traumatischer Hirnverletzung) diagnostiziert und liegt - bezogen auf diese Diagnose - kein fassbarer organischer (unfallbedingter) Befund vor, muss für die Bejahung der natürlichen Kausalität ein typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. gegeben sein (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 E. 9). Nach Lage der Akten traten in der Zeit nach dem Unfall vom 19. Juli 2007 beim Beschwerdeführer Kopfschmerzen auf. Im Weiteren wurden als Beschwerdesymptome Übelkeit und Schwindel sowie eine psychisch/kognitiv bedingte Einschränkung der Belastbarkeit vermerkt (UV-act. 12, 14, 15, 34). Insgesamt lag ein typisches Beschwerdebild nach leichtem Schädelhirntrauma vor. Die Beschwerdegegnerin ging im Resultat von einem unfallkausalen Beschwerdebild aus, indem sie ihre Leistungspflicht anerkannte und Leistungen bis Ende Februar 2011 erbrachte.

4.2 Auch bei Vorliegen einer schleudertraumaähnlichen Verletzung (Schädelhirntrauma) steht der Nachweis offen, dass es sich bei den nach einem Unfall aufgetretenen psychischen Störungen nicht um eine unfallkausale psychische Beeinträchtigung handelt (RKUV 2001, 79) oder dass eine ausgeprägte psychische Problematik ganz im Vordergrund steht (RKUV 1999, 407 E. 3b). Sodann ist - wie in den vorerwähnten Fällen - dort, wo keine mit dem Schädelhirntrauma in engem Zusammenhang stehende psychische Problematik, sondern eine selbständige sekundäre Gesundheitsschädigung vorliegt, die Adäquanzbeurteilung auch dann nach BGE 115 V 133 vorzunehmen, wenn das psychische Beschwerdebild die körperlichen Beschwerden nicht eindeutig in den Hintergrund gedrängt hat (Urteil des EVG vom 23. Mai 2006, U 5/06, E. 3.2.2 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008, E. 7.2, mit welchem der st. gallische Entscheid vom 20. Dezember 2007, UV 2007/24, bestätigt wurde). Rund zwei Monate nach dem Unfall wurde in einem neuropsychologischen Bericht des Kantonsspitals St. Gallen - bei unauffälligem

neurologischem Status, ohne Nachweis posttraumatischer Substanzdefekte sowie unspezifischen, teilweise als nicht authentisch beurteilten kognitiven Störungen - eine im Vordergrund stehende schmerz- und psychisch bedingte Einschränkung der Belastbarkeit vermerkt (UV-act. 14, 17). Dies bestätigte sich anlässlich des Aufenthalts des Beschwerdeführers in der Rehaklinik E.____ im Dezember 2007/Januar 2008 (UV-act. 34, 35) sowie in den Berichten von Dr. H.____ vom Mai und September 2008 (UV-act. 48, 70), der Klinik G.____ vom August 2008 (UV-act. 69) und in der Beurteilung von Suva-Psychiater Dr. med. N.____ vom 7. November 2008 (UV-act. 80). In einem Bericht vom 22. September 2009 verwies Dr. H.____ auf Partnerschaftsprobleme und Schwierigkeiten bei der Wohnsituation (UV-act. 124). Med. pract. J.____ bestätigte sodann im Januar 2010 eine im Vordergrund stehende psychiatrische Symptomatik (UV-act. 129). Ein somatisch/hirnorganischer Hintergrund der Beschwerden liess sich wie erwähnt anlässlich der erneuten Abklärungen vom März und Oktober 2010 (UV-act. 138, 141, 193) nicht verifizieren. Die Arbeitsfähigkeitseinschränkung hatten die Ärzte der Rehaklinik E.____ und Dr. H.____ ausschliesslich mit dem (teilweise unfallkausalen) psychiatrischen Befund begründet (UV-act. 34, 86). Bei der geschilderten Aktenlage ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass jedenfalls seit der Beurteilung in der Rehaklinik E.____ Anfang 2009 eine psychische Problematik ganz im Vordergrund stand und allfällige somatische Aspekte überdeckte. Hieran vermag der Umstand, dass das Unfallereignis unter Umständen auch nach dem 1. März 2011 als natürlich kausaler Teil-Faktor für das Weiterbestehen der Symptomatik angesehen werden muss, nichts zu ändern. Die ärztliche Anerkennung der (natürlichen) Unfall-Teilkausalität des psychischen Beschwerdebilds sagt für sich allein nichts über die Art der Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs aus und ermöglicht auch nicht den Verzicht auf eine gesonderte Adäquanzprüfung. Unter den dargelegten Umständen ist die Beurteilung praxisgemäss unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall vorzunehmen (BGE 123 V 98 E. 2a mit Hinweisen). Hiervon geht auch der Beschwerdeführer aus (act. G 1 S. 7). Die Rechtsprechung, wonach bei der Prüfung der adäquaten Kausalität zwischen psychisch und physisch bedingten Beschwerden nicht unterschieden wird (RKUV 1999, 407 E. 3b), kommt dabei nicht zur Anwendung.

4.3 Der Psychiater Dr. N.____ hielt im Bericht vom 7. November 2008 fest, nachdem die Passivität des Beschwerdeführers in der Behandlung in Littenheit ein Behandlungshindernis gewesen sei, indem er kaum etwas vorgebracht habe, wofür er sich habe einsetzen wollen, sei zu befürchten, dass eine Behandlung weiterhin nicht gelingen könne, wenn der Beschwerdeführer nicht selbst ein realisierbares Ziel vorgebe (UV-act. 80). Der Hausarzt Dr. I.____ bestätigte am 14. Dezember 2009, dass unter physikalischer Therapie sowie Psychotherapie keine Besserung eingetreten sei (UV-act. 126). Der Psychiater med. pract. J.____ äusserte am 25. Januar 2010 die Auffassung, dass bei aktuell mangelnder Motivation bzw. erfolglosem Behandlungsverlauf sich eine Neurorehabilitation, eine stationäre Rehabilitation in E.____ und ein beruflicher Wiedereingliederungsversuch erübrigen würden (UV-act. 129). Weitere Behandlungsversuche in der Klinik G.____, wie sie von Med. pract. J.____ vorgeschlagen worden waren (UV-act. 129 S. 7), wurden Mitte 2010 ohne Ergebnis abgebrochen (UV-act. 173; vgl. auch UV-act. 192). Gestützt auf diese Aktenlage ist davon auszugehen, dass seit 2010 keine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit mit Aussicht auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands mehr vorlag und die Therapien (bei unsicherem Behandlungserfolg) im Wesentlichen zur Aufrechterhaltung des Gesundheitszustands bzw. zur Schmerzlinderung vorgeschlagen wurden. Eine andere Schlussfolgerung lässt sich auch

dem verkehrsmedizinischen Gutachten vom 15. März 2012 nicht entnehmen (vgl. act. G 13.1 Beilage S. 9). Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG bedingt lediglich, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C_467/2008, E. 5.2.2.2.). Es genügt für eine weiterdauernde Übernahme der Behandlungskosten nicht, dass eine Therapie lediglich eine unbedeutende Besserung erhoffen lässt oder dass für eine namhafte Besserung nur eine weit entfernte Möglichkeit besteht (A. Maurer, Unfallversicherungsrecht, 2. A., Bern 1989, 274). Von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands kann auch dann nicht gesprochen werden, wenn eine therapeutische Massnahme mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur die sich aus einem stationären Gesundheitsschaden ergebenden Beschwerden für eine begrenzte Zeit zu lindern vermag (RKUV 2005, 388). Für die Bejahung eines medizinischen Endzustands wird keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (vgl. Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 145). Die Beschwerdegegnerin nahm somit auf das verfügte Einstelldatum zu Recht den Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG - als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung (BGE 134 V 109) - an, wie auch der Beschwerdeführer nicht in Abrede stellt.

E. 5

5.1 Nach Lage der Akten stürzte der Beschwerdeführer am 19. Juli 2007 von einem Baugerüst vom zweiten Obergeschoss eines sich im Bau befindlichen Hauses ca. drei Meter in die Tiefe auf den Balkonboden im ersten Obergeschoss (UV-act. 1, 11, 30; act. G 8.1/27), wodurch er sich ein Schädelhirntrauma zuzog. Eine Bewusstlosigkeit wurde verneint; jedoch ist eine ca. zehnmütige Amnesie für das Ereignis vermerkt (UV-act. 6, 10). Nach Abheilung der somatischen Unfallfolgen (Kalottenfraktur, Rückbildung des Galeahämatoms und des Hämatosinus; UV-act. 12) verblieben im Wesentlichen Kopfschmerzen, Schwindel, kognitive Störungen und psychische Beschwerden (vgl. UV-act. 34). Der in Frage stehende Unfall kann nicht als ausserordentlich schweres, lebensbedrohliches Geschehen im Sinn der Praxis (dargestellt in RKUV 1995 Nr. U 215 S. 91) eingestuft werden (vgl. auch Urteil des EVG vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.3). Allein der vom Beschwerdeführer geltend gemachte Umstand, dass in den Akten zum Teil von einer schweren Gehirnverletzung die Rede ist (vgl. act. G 1 S. 7 mit Hinweisen), macht das Ereignis noch nicht zu einem schweren Unfall im Sinn der Praxis, zumal die konkreten Gegebenheiten klar für eine MTBI, d.h. für eine leichte traumatische Hirnverletzung sprechen (vgl. vorstehende E. 3.2). Zu prüfen ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Massgebend sind der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften, nicht jedoch Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Derartigen dem eigentlichen Unfallgeschehen nicht zuzuordnenden Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen. Dies gilt etwa für die - ein eigenes Kriterium bildenden - Verletzungen, welche sich die versicherte Person zuzieht, aber auch für - unter dem Gesichtspunkt der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls zu prüfende - äussere Umstände (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. Februar 2009, 8C_799/2008, E. 3.2.1). Die Unterscheidung

zwischen mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen und solchen im mittleren Bereich ist insofern von Bedeutung, als bei Unfällen im mittelschweren Bereich nach der Praxis mehrere Zusatzkriterien erfüllt sein müssen, um die Adäquanz bejahen zu können, wobei die Zahl um so geringer sein kann, je näher das Ereignis bei den schweren Unfällen liegt (vgl. dazu BGE 115 V 133 E. 6c/bb). Dem vom Beschwerdeführer zitierten Urteil vom 23. April 2007, U 502/06, liegt ein Sachverhalt zugrunde, der sich mit dem vorliegenden Unfallereignis nicht vergleichen lässt. Die dortige Versicherte wurde bei hoher Geschwindigkeit aus einem sich mehrfach überschlagenen Auto hinaus auf die Gegenfahrbahn geschleudert und erlitt dadurch gravierende Verletzungen (vgl. Urteil, a.a.O., E. 3.2.2). Es scheint konkret gerechtfertigt, von einem mittelschweren Unfall im eigentlichen Sinn, d.h. nicht im Grenzbereich zu den schweren oder den leichten Ereignissen, auszugehen (vgl. dazu Urteil des EVG vom 12. August 2004, U 191/04, E. 5.1; RKUV 1998 Nr. U 307 S. 449 E. 3a). Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs wäre somit zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise vorliegt oder die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (BGE 117 V 359 E. 6b). Von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindringlichkeit des Unfalls vom 19. Juli 2007 kann nicht gesprochen werden. Wenn der Beschwerdeführer eine zehninminütige Amnesie (Erinnerungslücke) für das Ereignis bestätigte (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts vom 1. Juni 2011, 8C_100/2011, E. 3.5.1), so dürfte es sich bei der nunmehr geltend gemachten Todesangst während des Sturzes (act. G 1 S. 9) um eine im Nachhinein aufgetretene Empfindung handeln. Nachträgliche subjektive Angstgefühle allein vermögen dieses Kriterium jedoch nicht zu erfüllen. Der unfallbedingte somatisch-körperliche Gesundheitsschaden war nicht unerheblich. Hingegen sind eine besondere Schwere der für Schädel-Hirn-Traumen typischen Beschwerden oder besondere Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflusst haben könnten, nicht ersichtlich. Solche Gegebenheiten sind auch durch das allgemeine Vorbringen, wonach ein offenes Schädelhirn-Trauma allgemein als schwere Verletzung gelte, die ohne Weiteres den Tod oder schwere bleibende Schädigungen nach sich ziehen könne (act. G 1 S. 9), nicht zureichend dargetan.

E. 5.2

Von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung kann bezüglich der somatischen Verletzungen nicht gesprochen werden. Die sicht- und bildgebend nachweisbaren Verletzungen heilten innert weniger Monate ab (vgl. UV-act. 14, 17 und 193 S. 15f). Die späteren ärztlichen Bemühungen führten im Wesentlichen zur Feststellung von psychischen Befunden und unfallfremden gesundheitlichen und sozialen Problemen (UV-act. 34). Medizinische Abklärungsmassnahmen und ärztliche Kontrollen stellen keine ärztliche Behandlung dar und haben daher in diesem Zusammenhang ausser Betracht zu bleiben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. August 2009, 8C_249/2009, E. 8.4). Sodann lagen - aus somatischer Sicht - weder ein schwieriger Heilungsverlauf noch erhebliche Komplikationen oder eine die Unfallfolgen erheblich verschlechternde ärztliche Behandlung vor. Hierzu bedürfte es besonderer Gründe, welche die Genesung (unfallbedingt) beeinträchtigt oder verzögert haben (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Januar 2008, U 56/07, E. 6.6). Solche Umstände sind konkret nicht gegeben und insbesondere auch aus dem Bericht vom Dr. I. ___ vom 23. September 2011 (act. G 8.1/29) nicht ersichtlich. Aus der ärztlichen Behandlung und den erheblichen Beschwerden, welche im Rahmen der spezifischen Adäquanzkriterien zu berücksichtigen sind, darf nicht auf

einen schwierigen Heilungsverlauf und/oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien etwa genügen ebenso wenig zur Bejahung dieses Kriteriums wie der Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdebesserung noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnten (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2010, 8C_321/2010, E. 5.2.3). Soweit aus den ärztlichen Berichten ab 2009 eine Arbeitsunfähigkeit hervorgeht, ergingen diese Einschätzungen im Wesentlichen unter Berücksichtigung der psychischen Beschwerden (UV-act. 86, 112; act. G 8.1/23), die vorliegend ausser Acht bleiben müssen. Nachdem das Schmerzempfinden (insbesondere Kopfschmerzen) erheblich durch die psychischen Gegebenheiten beeinflusst war, kann das Kriterium von körperlichen Dauerschmerzen - in geringer Ausprägung - unter der Annahme bejaht werden, dass es sich bei den Kopfschmerzen des Beschwerdeführers (vgl. act. G 1.1/18 und G 8.1/19) auch ohne eindeutige organische Ursache um körperliche Schmerzen handelt (vgl. das Beschwerdeführer zitierte Urteil des Bundesgerichts vom 23. April 2007, U 502/06, E. 3.3.2). Unter diesen Umständen muss der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen Beschwerden - bei Erfüllung eines einzelnen Adäquanzkriteriums - verneint werden

E. 6

Der ORL-Arzt Dr. K.____ und der Neurologe Dr. D.____ verneinten sowohl eine somatisch-organisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers als auch einen Integritätsschaden (vgl. UV-act. 141, 193). Anderslautende ärztliche Einschätzungen werden vom Beschwerdeführer weder geltend gemacht noch finden sich solche in den Akten. Aus dem Umstand des gesundheitsbedingten Führerausweisentzugs lässt sich für sich allein entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (act. G 13 S. 2) noch keine Arbeitsunfähigkeit ableiten. Bei Fehlen einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus somatischer Sicht - die psychische (nicht organische) Einschränkung fällt wie dargelegt als nicht unfallkausal ausser Betracht - sowie eines unfallbedingten Integritätsschadens kann zum vornherein kein Unfallrentenanspruch im Sinn von Art. 18 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 7 und 16 ATSG oder eine Integritätsentschädigung im Sinn von Art. 24 UVG zur Diskussion stehen.

E. 7

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 3. Juni 2011 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.