

SO_GERICHTE VSBES.2020.146 vom 2. Dezember 2020

SO Obergericht, 2020-12-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.146_d20201202

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.146 du 2 décembre 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.146 del 2 dicembre 2020

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Der Einspracheentscheid der SUVA vom 4. Juni 2020 sei aufzuheben.

E. 2

2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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 genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 337 E.1, 118 V 289 E.1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 338 E.1, 118 V 289 E.1b, je mit Hinweisen).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2, 123 V 103 E. 3d, 139 E. 3c, 122 V 416 E 2a, 121 V 49 E. 3a mit Hinweisen).

2.3 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die 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 (RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

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 blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast ■ anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist ■ nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (statt vieler: Entscheide des Bundesgerichts vom 11. Juni 2007, U 290/06, E. 3.3, und vom 24. Oktober 2007, 8C_439/2007, E. 3.2, je mit Hinweisen).

3. Das Verwaltungsverfahren und das Verwaltungsgerichtsverfahren in Sozialversicherungssachen sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung bzw. der Richter von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 117 V 263 E. 3b und 282 E. 4a, 116 V 26 E. 3c, 115 V 142 E. 8a mit Hinweisen).

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweismwürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses 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 des Experten 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 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b, m.w.H.). Rechtsprechungsgemäss bildet der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 105 V 161 f. E. 2d). Seit

Einführung des Einspracheverfahrens ist der Sachverhalt bis zum Erlass des Einspracheentscheides mitzuberoücksichtigen, da der (materielle) Einspracheentscheid an die Stelle der angefochtenen Verfügung tritt und insoweit das Verwaltungsverfahren erst mit ihm abgeschlossen wird.

Auch Berichten und Stellungnahmen versicherungsinterner Fachpersonen kommt Beweiswert zu, wenn sie die allgemeinen Anforderungen erfüllen. Soll ein Versicherungsfall jedoch 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 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers stütze die Beschwerdegegnerin ihren Einstellungsentscheid auf die neurologisch-psychiatrische Beurteilung der Suva-Ärzte Dres. C. ___ und D. ___ vom 24. / 25. September 2019. Diese stützten ihre Beurteilung wiederum und erneut auf den Bericht von Dr. med. E. ___ vom 20. Februar 2018 ab, welcher von der falschen Prämisse ausgegangen sei, dass der Einsprecher vom Dezember 2016 bis Mai 2017 angeblich keine Kopfschmerzen gehabt habe und es deshalb unwahrscheinlich sei, dass die Kopfschmerzen in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 29. Oktober 2016 stünden. So habe med. pract. F. ___ in seinem Bericht vom 26. Juni 2018 festgehalten, der Beschwerdeführer sei seit dem 20. Februar 2017 in seiner Behandlung. Zudem sei er bereits zuvor einmal in Vertretung Anfang Jahr 2017 in seiner Behandlung wegen Schmerzmittelbezugs (Opiate) gewesen. Seitdem er den Beschwerdeführer kenne, spielten Kopfschmerzen eine zentrale Rolle. Wie dem Bericht der nunmehr behandelnden Psychiaterin, Frau Dr. med. G. ___, vom 31. Oktober 2019 zu entnehmen sei, habe der Beschwerdeführer auch ihr gegenüber von seinen von Anfang an bestehenden Kopfschmerzen berichtet. Weiter habe Dr. med. G. ___ ausgeführt, aus Sicht der Abläufe müsse davon ausgegangen werden, dass diese Kopfschmerzen als unfallkausal zu beurteilen seien, da sie gemäss Angaben des Beschwerdeführers bereits vor Abgabe der Schmerzmedikamente und vor der depressiven Symptomatik bestanden hätten. Des Weiteren lege Dr. med. H. ___ in seinem Bericht vom 3. Juli 2018 mit überzeugender Begründung dar, dass die psychiatrischen Diagnosen sehr wohl eine direkte Folge des brutalen Angriffs vom 29. Oktober 2016 darstellten. Vor dem Hintergrund der überzeugenden und schlüssigen Einschätzungen der behandelnden Ärzte sei der ohne persönliche Untersuchung des Einsprechers ergangene und von falschen Prämissen ausgehende Bericht der Suva-Ärzte Dres. C. ___ und D. ___ vom 24. September 2019 nicht geeignet, um den der Suva obliegenden Beweis des Wegfalls der Kausalität zu erbringen. Weiter gelte es festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin den vorliegenden komplexen Fall zu wenig abgeklärt und somit den ihr obliegenden Untersuchungsgrundsatz verletzt habe. In casu dränge sich eine multidisziplinäre Begutachtung mindestens mit den medizinischen Fachdisziplinen Neurologie, Neuro-Psychologie und Psychiatrie auf. Da die Beschwerdegegnerin von der unzutreffenden Prämisse ausgehe, dass keine organischen Unfallfolgen mehr vorlägen, habe sie die den adäquaten Kausalzusammenhang unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall (BGE 115 V 133) beurteilt. Selbst wenn der adäquate Kausalzusammenhang gemäss der sogenannten «Psychopraxis» zu prüfen wäre ■ was jedoch nicht zutrefte ■ wäre entgegen der Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zu bejahen. Die Beschwerdegegnerin sei

der Ansicht, dass das Ereignis vom 29. Oktober 2016 lediglich einen mittelschweren Unfall mit Tendenz zu den leichten Unfällen darstelle. Dem könne nicht gefolgt werden. Der vorliegende Sachverhalt sei nämlich durchaus vergleichbar mit dem Vorfall, welcher dem Bundesgerichtsurteil U 36/07 vom 8. Mai 2007 zugrunde liege. In jenem Fall sei der Geschädigte von drei Unbekannten mit Schlagstöcken zusammengeschlagen worden, wobei er sich u.a. einen Kieferbruch zugezogen habe. Jener Vorfall sei vom Bundesgericht als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen beurteilt worden. Es könne vorliegend kein Zweifel daran bestehen, dass der Vorfall vom 29. Oktober 2016 besonders eindrücklich gewesen sei. Die B.____ seien gegenüber dem Beschwerdeführer und seinen Begleitern in erheblicher Überzahl gewesen (ca. im Verhältnis 3:1), seien mit Schlagstöcken und Baseballschlägern bewaffnet gewesen, hätten den Beschwerdeführer und seine Begleiter umzingelt und seien überraschend und mit äusserster Brutalität vorgegangen. Der Beschwerdeführer sei gar von hinten niedergeschlagen worden. Die Geschädigten seien somit dem übermächtigen Gegner wehr- und chancenlos ausgeliefert gewesen. Die Situation sei damit durchaus mit dem Sachverhalt im bereits erwähnten Bundesgerichtsurteil vergleichbar, wo dieses Kriterium ebenfalls bejaht worden sei. Somit wäre der adäquate Kausalzusammenhang auch bei der Anwendung der sogenannten «Psychopraxis» zu bejahen. Ganz abgesehen davon seien vorliegend noch weitere Kriterien erfüllt. Beim erlittenen Schädelbruch handle es sich klarerweise um eine sehr schwere Verletzung. Die dadurch verursachten lang anhaltenden Kopfschmerzen seien offensichtlich besonders geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen sei beim Beschwerdeführer ebenfalls erfüllt. Wie weiter oben aufgezeigt, seien die Kopfschmerzen nicht psychisch bedingt, sondern direkt auf die beim brutalen Angriff erlittenen schweren Kopfverletzungen zurückzuführen. Zudem lägen beim Beschwerdeführer ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen vor. Dies aufgrund der iatrogen verursachten Schmerzmittelabhängigkeit (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_16/2009 vom 26. Juni 2009, E. 4.5). Damit seien vier der sieben Kriterien gemäss der «Psychopraxis» erfüllt, sodass der adäquate Kausalzusammenhang selbst dann zu bejahen wäre, wenn das Ereignis vom 29. Oktober 2016 der Beschwerdegegnerin folgend bei den mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Fällen einzuteilen wäre.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, das CT der HWS vom 29. Oktober 2016 habe keine frische Fraktur gezeigt. Das Schädel-CT vom 1. November 2016 habe keine intrakranielle Pathologie ergeben. Dr. med. E.____ habe keine neurologischen Unfallfolgen gefunden. Ein MRI des Schädels vom 9. Februar 2018 habe keine posttraumatischen Veränderungen gezeigt, insbesondere hätten sich keine Hinweise auf eine stattgehabte intrakranielle Blutung ergeben. Ein MRI der HWS vom 12. Februar 2018 habe keine traumatische Läsion gezeigt. Schliesslich seien Dres. med. C.____ und D.____ von der Suva Versicherungsmedizin zum Schluss gekommen, dass das leichte Schädelhirntrauma keine organischen Unfallfolgen hinterlassen habe. Entgegen der Ansicht des Rechtsvertreters bestehe kein Anlass, deren Beurteilung vom 24. September 2019 in Frage zu stellen. Entscheidend sei, dass der Unfall vom 29. Oktober 2016 keine organischen Unfallfolgen im Sinne struktureller Läsionen hinterlassen habe. Auch vermöge der Versicherte aus dem ins Recht gelegten Bericht von Dr. med. G.____ vom 31. Oktober 2019 nichts für sich zu gewinnen, werde doch darin ebenfalls kein organisches Korrelat zu den geklagten Kopfschmerzen nachgewiesen. Es sei deshalb davon auszugehen, dass der Unfall vom 29. Oktober 2016 keine organischen Unfallfolgen im Sinne struktureller Läsionen

hinterlassen habe. Insoweit sei die Leistungseinstellung nicht zu beanstanden. Im Folgenden sei zu untersuchen, wie es sich mit den psychischen bzw. organisch nicht nachweisbaren Beschwerden verhalte. Seien die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen wie im vorliegenden Fall zwar teilweise gegeben, träten diese aber im Vergleich zur vorliegenden ausgeprägten psychischen Problematik ganz in den Hintergrund, sei der adäquate Kausalzusammenhang praxismässig unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall (BGE 115 V 133) zu beurteilen. Das Ereignis vom 29. Oktober 2016 stelle nach der Rechtsprechung einen mittelschweren Unfall mit Tendenz zu den leichten Unfällen dar. Der Beschwerdeführer gehe dagegen von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen aus. Er berufe sich dabei auf das Urteil des Bundesgerichts U 36/07 vom 8. Mai 2007, könne daraus jedoch nichts zu seinen Gunsten ableiten, sei doch jener Sachverhalt mit dem vorliegenden nicht vergleichbar. Während im zitierten Fall das Opfer des tätlichen Angriffs nebst Kieferbruch Kontusionen am ganzen Körper aufgewiesen habe, habe der Beschwerdeführer «lediglich» ein leichtes Schädelhirntrauma. Nach Rechtsauffassung des Beschwerdeführers seien zudem vier Kriterien erfüllt. Dem sei klar zu widersprechen. Selbst wenn mit ihm das Kriterium «besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls» bejaht würde, wäre die Adäquanz zwischen den psychischen bzw. organisch nicht nachweisbaren Beschwerden und dem mittelschweren Unfall zu verneinen. Der Unfall habe sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen abgespielt, auch sei er nicht besonders eindrücklich gewesen. Was die vom Versicherten erlittenen Verletzungen betreffe, so seien diese weder ihrer Schwere noch ihrer besonderen Art nach erfahrungsgemäss geeignet, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen. Die ärztliche Behandlung der objektivierbaren unfallkausalen Verletzungen habe auch nicht ungewöhnlich lange gedauert. Wenn es zu einer Verzögerung im Heilungsprozess gekommen sei, so seien hauptsächlich psychische Gründe dafür verantwortlich. Intensive unfallbedingte körperliche Dauerschmerzen seien nicht nachgewiesen. Zwar mache der Versicherte solche geltend, diese seien somatisch jedoch nicht erklärbar. Ebenso liege keine ärztliche Fehlbehandlung vor, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte. Was die objektivierbaren Unfallfolgen anbelange, könne auch nicht von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen ausgegangen werden. Schliesslich seien weder ein hoher Grad noch eine lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Auch hier sei zu bemerken, dass die psychische Problematik Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit massgeblich beeinflusst habe. Entsprechend den vorstehenden Ausführungen ergebe sich, dass die vom Eidgenössischen Versicherungsgericht in BGE 115 V 133 verlangten Kriterien für den mittelschweren Bereich vorliegend nicht erfüllt seien, jedenfalls nicht in gehäufter oder ausgeprägter Weise. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den psychischen bzw. organisch nicht nachweisbaren Beschwerden des Versicherten und dem Unfallereignis vom 29. Oktober 2016 sei daher zu verneinen.

5. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 29. Oktober 2016 zu Recht per 31. Oktober 2019 eingestellt hat. Zur Beurteilung des vorliegenden Falles sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen relevant:

5.1 Im Bericht betreffend CT-Schädel vom 29. Oktober 2016 (Suva-Nr. 57) wurde zur Beurteilung festgehalten:

5.2 Im Bericht betreffend CT-Wirbelsäule vom 29. Oktober 2016 (Suva-Nr. 58) wurde zur Beurteilung festgehalten: «Keine frische Fraktur».

5.3 Im Bericht betreffend CT-Gehirnschädel vom 1. November 2016 (Suva-Nr. 59) wurde zur Beurteilung festgehalten, es zeige sich in der heutigen Untersuchung eine umschriebene Thrombose in einer Vene, die hoch frontal rechts zum Sinus sagittalis superior führt. Keine weiteren Thrombosen. Allenfalls gering gestaute umgebende Venen, aber keine Nachweise einer Stauungsblutung oder anderweitigen neu aufgetretenen Pathologie am Hirnparenchym selbst. Weiterhin kein sicherer Nachweis einer Blutung subarachnoidal bzw. subdural und identische Verhältnisse an der Fraktur.

5.4 Im Austrittsbericht des I.____ vom 7. November 2016 (Suva-Nr. 24), wo der Beschwerdeführer vom 29. Oktober bis 31. Oktober 2016 hospitalisiert gewesen war, wurde eine offene nicht dislozierte Kalottenfraktur fronto-sphenoidal links diagnostiziert. Weiter wurde ausgeführt, klinisch zeige sich ein Galeahämatom hochfrontal links bei Riss-Quetsch-Wunde. Neurologisch habe eine kurzzeitige Bewusstlosigkeit mit retrograder Amnesie bestanden. In traumatologischer Beurteilung hätten kritische interventionsbedürftige Sekundärkomplikationen ausgeschlossen werden können. Computertomographisch sei eine nicht dislozierte Kalottenfraktur fronto-sphenoidal links ohne sekundäre Hämorrhagie dokumentiert worden. Die Platzwunde sei mit einer Wundnaht versorgt worden, eine analgetische und prophylaktisch antibiotische Therapie installiert, sowie eine Tetanus Vaccination durchgeführt und der Beschwerdeführer zur neurologischen Überwachung stationär aufgenommen worden. Nach unauffälligem neurologischem Intervall habe der Beschwerdeführer in schmerzkompenziertem Allgemeinzustand mit Bedarfsmedikation Co-Amoxicillin über eine Dauer von 5 Tagen nach Hause entlassen werden können.

5.5 Im Austrittsbericht des I.____ vom 10. November 2016 (Suva-Nr. 32) wo der Beschwerdeführer vom 1. November bis

E. 4

November 2016 hospitalisiert gewesen war, wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe sich erneut notfallmässig mit progredienten Kopfschmerzen nach Sturz vom 29. Oktober 2016 und Zuzug eines offenen Schädelhirntraumas eingewiesen. Der Beschwerdeführer sei bis am Vortag noch stationär hospitalisiert gewesen. Bei der klinischen Inspektion habe sich ein neurologisch unauffälliger Patient mit einem Glasgow-Coma-Scale von 15 Punkten gezeigt. Im Rahmen weiterführender bildgebender Abklärung mittels CT-Schädel habe kein Hinweis auf eine neue intrakranielle Pathologie im Vergleich zum Vor-CT vom 29. Oktober 2016 gesehen werden können. Man habe den Beschwerdeführer stationär zur Schmerztherapie aufgenommen. Die konsiliarische Beurteilung seitens der Kollegen der Neurologie sei erfreulicherweise ebenfalls unauffällig gewesen. Unter der Therapie sei es im Verlauf zu einer allmählichen Besserung der Beschwerden gekommen. Der Beschwerdeführer habe am 4. November 2016 in deutlich gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können.

5.6 Im Bericht des J.____, [...]klinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie vom 15. November 2017 (Suva-Nr. 60) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Chronische posttraumatische cervicogene Kopfschmerzen rechts mehr als links

Der Beschwerdeführer berichte, seit dem Schädel-Hirntrauma im Oktober 2016 an occipitalen Kopfschmerzen rechts mehr als links zu leiden, welche nach frontal und in die HWS ausstrahlten. Die Schmerzen seien seit dem Unfall in der Intensität zunehmend, seit zwei Monaten bestehe zudem eine zunehmende Müdigkeit und Kraftlosigkeit und es sei Ende Oktober zu einem psychischen Zusammenbruch gekommen. Die Kopfschmerzen würden als aggressiv, dumpf und klemmend beschrieben, sie seien tagsüber in wechselnder Intensität vorhanden und würden durch körperliche Anstrengung verstärkt. Schmerzlindernd wirke Fentanyl TTS 50pg, aktuell appliziere er 37.5pg/h, was weniger wirksam sei. Daneben werde täglich eingenommen: Duloxetin 60mg, Dafalgan 4x500mg, Optifen 3x600mg, sowie Oxynorm-Tropfen 80 - 100mg pro Woche. Zur Beurteilung wurde ausgeführt, das schwere Schädel-Hirntrauma vom Oktober 2016 könnte gut zu einer hochzervikalen facettären Schmerz-Problematik geführt haben. Aktuell stehe für den Patienten allerdings die progrediente Erschöpfungssymptomatik mit Rückzugstendenz und depressiven Symptomen im Vordergrund des erlebten Leidens.

5.7 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, med. pract. F.____, diagnostizierte in seinem Bericht vom 24. November 2017 (Suva-Nr. 61) eine depressive Episode, v.a. posttraumatische Auslösung durch das Trauma vom 29. Oktober 2016. Der Beschwerdeführer klage über anhaltende Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule und des Kopfes. Er gebe immer wieder Schmerzattacken an, die ihn dazu brächten, sich mehr zurück zu ziehen. Er brauche dann die Möglichkeit sich hinzulegen, um sich wieder zu regenerieren. Diese Beschwerden hätten zugenommen. Der Beschwerdeführer habe sich erstmals bei ihm, med. pract. F.____, am 20. Februar 2017 gemeldet. Vorher sei er von Dr. med. K.____ als Hausarzt behandelt worden. Er habe damals eine Behandlung mit Duloxetin erhalten. Der Beschwerdeführer habe in der Zwischenzeit ausgeprägte wechselnde HWS- und Kopf-Beschwerden und wiederholte Behandlungen erhalten. Aktuell sei es zu einer Verschlechterung gekommen seit Anfang Oktober, dies insbesondere von der Stimmung und Müdigkeit her. Dies seit dem die Behandlung mit Fentanyl erfolge. Der Beschwerdeführer habe immer wieder Erschöpfung angegeben, so dass er, med. pract. F.____, auch mit dem behandelnden Arzt des J.____ eine mögliche psychosomatische Erklärung besprochen habe. Er habe den Beschwerdeführer wegen der zwischenzeitlichen mittelschweren Depression der Praxis Dr. H.____ (Psychiatrie) in [...] zugewiesen, seither befinde er sich in psychiatrischer Behandlung. Wegen der Müdigkeit sei der Beschwerdeführer nicht mehr in der Lage, zu arbeiten. Inwieweit der beschriebene Unfall ursächlich für die Beschwerden sei, sei schlecht einzuschätzen.

5.8 Im Bericht des J.____, [...]klinik für Neurologie, Psychosomatische Medizin, vom 7. Dezember 2017 (Suva-Nr. 98) wurde ausgeführt, aufgrund der geschilderten Beschwerden kämen der Beschwerdeführer sowie auch seine Ehefrau zunehmend an die Grenzen ihrer Coping-Strategien. Es fehlten Zukunftsperspektiven sowie ein Krankheitskonzept für die geschilderten Beschwerden. Obwohl Hinweise für ein klassisches posttraumatisches Belastungssyndrom fehlten, muteten die unwillkürlichen Bewegungen sowie das Zucken der Extremitäten wie dissoziative Bewegungsstörungen an, zum Ausschluss struktureller posttraumatischer Läsionen sei eine neurologische Beurteilung sinnvoll.

5.9 Im Bericht vom 14. Dezember 2017 (Suva-Nr. 75) diagnostiziert Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion, ICD-10 F43.21. Der Beschwerdeführer stehe seit dem 26. Oktober

2017 bei ihm, Dr. med. H.____, in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Er leide unter grosser Müdigkeit und Erschöpfung, ausgelöst durch seine andauernden Schmerzen an verschiedenen Körperteilen sowie die Ungewissheit über die Diagnose. Er möchte gerne bald wieder arbeiten, sei zurzeit aber noch nicht arbeitsfähig.

5.10 Im Bericht betreffend MRI Gehirnschädel vom 9. Februar 2018 (Suva-Nr. 103) wurde zur Beurteilung festgehalten: Einige kleine unspezifische gliöse Narben im Zentrum semiovale beidseits, frontal betont, am ehesten im Rahmen einer beginnenden vasculären Leukenzephalopathie, DD z.B. auch Migräneläsionen möglich. Abklärung der cardiogenen Risikofaktoren sei empfehlenswert. Keine eindeutig posttraumatischen Veränderungen, kein Hinweis für eine stattgehabte intrakranielle Blutung.

5.11 Im neurologischen Gutachten vom 20. Februar 2018 (Suva-Nr. 102) stellte Dr. med. E.____ folgende Diagnosen:

Beim Beschwerdeführer habe sich im Oktober 2016 ein Schädelhirntrauma zugetragen mit einem Bewusstseinsverlust von höchstens wenigen Minuten, er habe allerdings eine Schädelkalottenfraktur erlitten. Die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung sei im Prinzip normal, es bestehe keine eindeutige Anosmie, das Gangbild sei nur leicht verbreitert, der unsichere Strichgang könne durch Ablenkung verbessert werden, was auch dem Beschwerdeführer selber auffalle. Dieser Befund spreche für eine nicht organische Ausgestaltung des gestörten Strichganges. Die MRI-Untersuchungen des Kopfes und der HWS vom 9. Februar und vom 12. Februar 2018 seien gemäss vorliegenden Berichten altersentsprechend unauffällig ausgefallen ohne Hinweise für posttraumatische Veränderungen an den zwei untersuchten Körperregionen. Die aktuelle Schilderung der Kopfschmerzen erlaube keine klare diagnostische Zuordnung. Ein chronischer posttraumatischer Kopfschmerz könne gemäss den Diagnosekriterien der internationalen Kopfschmerzgesellschaft aus dem Jahr 2013 nicht diagnostiziert werden, weil der Beschwerdeführer bekanntlich in der Zeit vom Dezember 2016 bis ungefähr zum Mai 2017 diese Beschwerden nicht gehabt habe. Dementsprechend sei es aus neurologischer Sicht als unwahrscheinlich einzustufen, dass die Kopfschmerzen in einem kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 29. Oktober 2016 stünden. Aus neurologischer Sicht liessen sich aktuell keine traumatisch bedingten Schäden am zentralen oder peripheren Nervensystem feststellen. Dementsprechend liessen sich aktuell aus neurologischer Sicht beim Beschwerdeführer keine posttraumatischen Schäden zum Ereignis vom Oktober 2016 mehr feststellen. Auf Grund dieses Ereignisses vom Oktober 2016 sei der Beschwerdeführer aktuell aus neurologischer Sicht auch nicht mehr als arbeitsunfähig einzustufen.

5.12 Mit Stellungnahme vom 2. März 2018 (Suva-Nr. 105) führte Kreisarzt Dr. med. L.____, Facharzt für Chirurgie FMH, aus, die vom Versicherten beklagten Beschwerden seien gemäss Beurteilung des beurteilenden Neurologen am ehesten auf Medikamentenüberkonsum zurückzuführen oder psychogen bedingt. Aus neurologischer Sicht sei es unwahrscheinlich, dass die Kopfschmerzen in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 29. Oktober 2016 stünden, da der Versicherte vom Dezember 2016 bis zum Mai 2017 diese Beschwerden nicht gehabt habe. Somit seien die Kriterien für chronische posttraumatische Kopfschmerzen nicht erfüllt. Im MRI der HWS vom 12. Februar 2018 seien keine unfallbedingten strukturellen Veränderungen nachweisbar. Das MRI des Schädels vom 9. Februar 2018 zeige keine unfallbedingten intrakraniellen Veränderungen. Wenn die Beschwerden nicht unfallkausal zu beurteilen seien, so sei es auch nicht deren Therapie.

5.13 Mit Bericht vom 27. März 2018 (Suva-Nr. 137, S. 9) führte med. pract. F.____ aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 20. Februar 2017 in seiner Behandlung. Damals habe er bereits diese Kopfschmerzen geklagt, die unter Oxynorm und Physiotherapie nur mässig beherrschbar gewesen seien. Der Beschwerdeführer habe offenbar vom vorbehandelten Arzt Duloxetin erhalten gehabt. Reizstrombehandlungen und der Wechsel der Behandlung auf Targin habe einen mässig erträglichen Zustand gebracht. Im weiteren Verlauf habe der Beschwerdeführer zunehmende Zeichen einer starken Erschöpfung gezeigt. Er sei jedoch weiterhin arbeitsfähig gewesen. Diverse Massnahmen, Massagen, chiropraktische Therapie, hätten keine Besserung gebracht, deshalb sei im September 2017 eine Anmeldung im Schmerzzentrum des J.____ erfolgt. Wegen ungenügender Krankheitsverarbeitung sei eine Anmeldung beim Psychiater Herr Dr. med. H.____ in [...] erfolgt. Bei zunehmender Nebenwirkung von Targin sei ein Opioid-Switch auf Fentanyl erfolgt, der in Bezug auf die Kopfschmerzen eine deutliche Besserung erbracht, jedoch die Müdigkeit verschlechtert habe. Die allgemeine Situation habe sich im Oktober 2017 immer mehr zugespitzt. Zudem sei es offenbar zu einer Konfliktsituation am Arbeitsplatz gekommen, weil der Beschwerdeführer auf Grund seiner Müdigkeit gewisse Arbeiten nicht mehr habe erledigen können. Hier habe er letztendlich eine Art Zusammenbruch erlitten, der eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zur Folge gehabt habe.

5.14 Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Suva Versicherungsmedizin, führte in seinem Bericht vom 20. April 2018 (Suva-Nr. 118) aus, im Bericht von Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. Dezember 2017 werde die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) gestellt. Aufgrund dessen habe sich der Versicherte ab dem 26. Oktober 2017, also ca. 1 Jahr nach dem Unfallereignis vom 29. Oktober 2016, in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung begeben. Aufgrund des aktuellen Berichtes des Neurologen, Dr. med. E.____, vom 20. Februar 2018 würden die vom Versicherten geäusserten Beschwerden neurologisch als nicht unfallkausal zum Unfall vom 29. Oktober 2016 eingeschätzt. Die Anpassungsstörung, ein leichter depressiver Zustand, sei in zeitlicher Latenz von ca. 1 Jahr zum Unfall aufgetreten und damit nicht mit diesem korreliert. Es sei möglich, dass die genannte Anpassungsstörung als Mitreaktion zu den neurologischen Befunden aufgetreten sei, die vom Neurologen, Herrn Dr. med. E.____, und vom Kreisarzt, Herrn Dr. med. L.____, als nicht unfallkausal beurteilt worden seien. Aus diesen Gründen sei es aus versicherungsmedizinisch-psychiatrischer Sicht unwahrscheinlich, dass die genannte Anpassungsstörung als direkte Folge des Unfalls vom 29. Oktober 2016 aufgefasst werden könne. Allenfalls sei eine natürliche Teilkausalität zum Unfallereignis möglich. Er, Dr. med. C.____, empfehle der Administration, die Frage der Adäquanz zu prüfen.

5.15 In seiner ergänzenden Beurteilung vom 30. April 2018 (Suva-Nr. 121) hielt Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Suva Versicherungsmedizin, fest, allenfalls sei eine natürliche Teilkausalität zum Unfallereignis möglich, aber im vorgelegten Fall nicht überwiegend wahrscheinlich.

5.16 Mit Schreiben vom 26. Juni 2018 (Suva-Nr. 137, S. 8) hielt med. pract. F.____ fest, in Bezug auf das neurologische Gutachten von Dr. med. E.____ sei anzumerken, dass die dort gemachte Angabe, dass die Kopfschmerzen nicht ursächlich im Zusammenhang mit dem Schädelhirntrauma seien, weil keine Kopfschmerzen bestanden hätten, unrichtig sei. Der Beschwerdeführer sei seit dem 20. Februar 2017 in seiner Behandlung. Er sei bereits zuvor

einmal in Vertretung Anfang Jahr 2017 in seiner Behandlung wegen Schmerzmittelbezugs (Opiate) gewesen. Seitdem er, med. pract. F.____, den Beschwerdeführer kenne, spielten Kopfschmerzen eine zentrale Rolle. Wie Dr. med. E.____ zu der Auffassung komme, sei ihm, med. pract. F.____, nicht bekannt. Eine komplette Zurückweisung des Schädelhirntraumas als Schmerzursache scheine deshalb nicht korrekt.

5.17 Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte in seiner Stellungnahme vom 3. Juli 2018 (Suva-Nr. 137, S. 12) aus, durch den erlittenen, massiven Schlag auf den Kopf und durch die Entwicklung der Situation sei der Beschwerdeführer aus seiner Sicherheit und der Selbstverständlichkeit seines Weltbildes herausgerissen und schwerverletzt zurückgelassen worden. Ein Ereignis von wenigen Sekunden. Ein Vergehen seinerseits habe er dabei nicht ausmachen können, da für ihn das Tragen einer Rockerjacke mit aufgenieteten Symbolen, gleichgültig welcher Art, kein solches habe darstellen können. Durch das katastrophale Ereignis sei er unvermittelt in die latentkriminelle Sphäre jener Menschen eingedrungen, zu denen er vordergründig hobbymässig habe gehören wollen, ohne wirklich zu ihnen zählen zu müssen. Die erfolgte «Bestrafung» durch den Rocker, der ihn zusammengeschlagen habe, habe ihm die letztendliche Eitelkeit seines Hobbys und die Naivität seines Weltbildes schlagartig aufgezeigt. Dies müsse ihn und seine Welt fundamental, narzisstisch betrachtet, entwertet haben. So lange nun das Schädelhirntrauma neurologisch und chirurgisch gesehen noch akut gewesen sei, habe er damit umgehen können. Die seitherige Chronifikation des Schmerzes gehe auf eine Interaktion mit dem intrapsychischen Trauma zurück. Viele Monate nach dem Unfall sei der Beschwerdeführer nun erneut durch einen körperlichen Befund absorbiert, das heisse, er brauche sich solange mit dem psychischen Tiefenproblem nicht auseinander zu setzen. Solange er den Kopfschmerz ertragen müsse, sei er dispensiert davon, sich mit dem Zusammenbruch seines Weltbildes und der damit verbundenen souveränen Persönlichkeit auseinanderzusetzen. Fortan konzentriere sich bei ihm nun alles auf die Schmerzbekämpfung, die ihrerseits wieder zu einer Verstärkung des Schmerzes beigetragen haben könne, was pharmakologisch wahrscheinlich sei. Beim Beschwerdeführer liege eine Kombination aus verschiedenen, letztlich psychischen Problemen vor. Bis zum Unfallereignis sei er eine kompensierte, erfolgreiche und sicherlich narzisstisch überformte Persönlichkeit mit grosser Schaffenskraft gewesen. Durch das traumatische Ereignis sei dann die somatische Grundlage für die aktuellen Kopf- und Nackenschmerzen gelegt worden, die ihrerseits durch exzessiven Schmerzmittelkonsum und die unterlegte, narzisstische Grundproblematik befeuert und chronifiziert worden seien. Er, Dr. med. H.____, halte daher die vorliegende psychiatrische Problematik ■ und auch teilweise den Chronifizierungsprozess der Schmerzproblematik ■ für eine Folge des genannten Unfallereignisses. Dieses habe eine zumindest teilkasale Bedeutung für die aktuelle psychopathologische Gesamtsituation. Ohne dieses Ereignis wäre wohl nichts von dem aufgetreten, worunter der Beschwerdeführer heute leide, weder die Schmerzproblematik noch die zur Chronifikation beitragende, kryptische Entwertung seines (alten) Selbstbildes, noch der überbordende Schmerzmittelkonsum.

5.18 Im Austrittsbericht des J.____, [...]klinik für Neurologie, Psychosomatische Medizin, vom 7. August 2018 (Suva-Nr. 171, S. 1), wo der Beschwerdeführer vom 26. Juni bis 17. Juli 2018 hospitalisiert gewesen war, wurden im Wesentlichen folgende Diagnosen gestellt:

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen mit/bei:

Vd.a. Medikamentenübergebrauch (Dafalgan, Palexia, Oxynorm)

Der Beschwerdeführer leide seit einem Schädelhirntrauma im Oktober 2016 an einem progressiven diffusen Kopfschmerz und zunehmendem Erschöpfungszustand. Unmittelbar nach dem Unfall sei er nur mehrere Tage im Spital geblieben, jedoch nach Entlassung mit Übelkeit und Erbrechen rasch wieder hospitalisiert worden. Seit diesem zweiten Aufenthalt nehme er regelmässig Opiate ein. Mehrere Versuche diese zu reduzieren seien gescheitert, da der Kopfschmerz dann eskaliere. Mit dieser medikamentösen Unterstützung habe er versucht, weiter normal zu 100 % zu arbeiten. Die Belastbarkeit sei jedoch während des Jahres zunehmend geringer geworden. Die Schmerzen hätten nicht aufgehört, dazu seien eine vermehrte Konzentrationsstörung und Müdigkeit gekommen. Im September 2017 habe er Ferien genommen in der Hoffnung, sich zu erholen, was jedoch kaum geholfen habe. Während einer kurzen Zeit habe er noch versucht, 50 % zu arbeiten, seit Mitte Oktober 2017 sei er jedoch aufgrund der starken Erschöpfung zu 100 % krankgeschrieben.

5.19 Dr. med. G.____, M.____, [...], führte im Bericht vom 11. April 2019 (Suva-Nr. 221) aus, psychiatrisch leide der Beschwerdeführer seit längerer Zeit unter einer rezidivierenden mittelgradigen depressiven Störung und unter einer Low-Dose-Benzodiazepinabhängigkeit. Aufgrund des Verlaufes handle es sich bezüglich der Schmerzproblematik um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nach offenem Schädel-Hirn-Trauma. Der Beschwerdeführer sei trotz psychotherapeutischer Begleitung und zusätzlicher antidepressiver Therapie bis anhin nicht arbeitsfähig.

5.20 Mit Stellungnahme vom 28. Mai 2019 (Suva-Nr. 232) hielt Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie FMH, Suva Versicherungsmedizin, fest, in Zusammenschau könne neurologischerseits eine leichte traumatische Hirnverletzung bei kurzem Bewusstseinsverlust ohne ausweisbare Hirnschädigung und ohne bilddiagnostisch nachweisbare dauerhafte Hirnverletzungsfolgen und ohne zervikale Rückenmarksschädigung festgestellt werden. Eine substantielle Hirnverletzung liege somit neurologisch-versicherungsmedizinisch nicht vor. Eine unfallbedingte organische Grundlage überdauernder neuropsychologischer oder in diesem Fall auch noch zeitlich nicht kausal aufgetretener psychiatrischer Gesundheitsbeeinträchtigungen könne daher vorliegend nicht angenommen werden. Auch eine neuropsychologische Diagnostik sei in dieser Situation unfallbedingt nicht indiziert. Ohne Nachweis einer substantiellen Hirnverletzung lägen nach Ablauf von sechs Monaten in der Regel keine Verletzungsfolgen mehr vor. Bei wieder erlangter voller Arbeitsfähigkeit nach Unfallereignis 29. Oktober 2016 bis ca. Mai 2017 seien invalidisierende posttraumatische Kopfschmerzen nach dem Unfallereignis vom 29. Oktober 2016 nicht überwiegend wahrscheinlich. Bis zu diesem Zeitpunkt wäre ein Fallabschluss bereits empfehlenswert gewesen (spätestens sechs Monate nach Unfallereignis aus neurologischer Sicht). Unfallkausal sei keine weitere Diagnostik oder Therapie nach leichter traumatischer Hirnverletzung mit Ereignis vom 29. Oktober 2016 über sechs Monate hinaus nach diesem Ereignis geschuldet.

5.21 Im Austrittsbericht der Rehaklinik N.____ vom 13. September 2019 (Suva-Nr. 263) wurde festgehalten, im Verlauf habe eine Aufhellung der Stimmungslage und Verbesserung des Antriebs und der Motivation sowie der Schwingungsfähigkeit erreicht werden können. Die zuvor bestehende Schmerzsymptomatik sei durch die Aktivierung und wirksame medikamentöse Therapie gut verbessert worden. Der Beschwerdeführer berichte, dass er von den hier durchgeführten Massnahmen sehr gut habe profitieren können. Insbesondere das Ausschleichen von Temesta und Oxynorm habe ihm sehr viel gebracht und er fühle sich nun mehr körperlich in einem fitteren Zustand.

5.22 In der neurologisch-psychiatrischen Beurteilung vom 24. und 25. September 2019 (Suva-Nr. 265) führten Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, beide von der Suva Versicherungsmedizin, aus, die vom Versicherten beklagten Beschwerden seien gemäss Beurteilung des Neurologen Herrn Dr. med. E.____ am ehesten auf einen Medikamentenüberkonsum zurückzuführen oder psychogen bedingt. Aus neurologischer Sicht sei im Bericht von Herrn Dr. med. E.____ vom 20. Februar 2018 bereits beurteilt worden, dass es unwahrscheinlich sei, dass die Kopfschmerzen in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 29. Oktober 2016 stünden, da der Versicherte vom Dezember 2016 bis zum Mai 2017 diese Beschwerden nicht gehabt habe. Somit sei neurologischerseits beurteilt worden, dass u. a. die Kriterien für chronische posttraumatische Kopfschmerzen nicht erfüllt gewesen seien. Im Befund des MRI der HWS vom 12. Februar 2018 seien überdies keine unfallbedingten strukturellen Veränderungen nachweisbar gewesen. Das MRI des Schädels vom 9. Februar 2018 zeige keine unfallbedingten intrakraniellen Veränderungen. Der Kreisarzt Dr. med. L.____ sei daher nachvollziehbar zum Ergebnis gekommen, dass etwaige Behandlungsmassnahmen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 29. Oktober 2016 zurückzuführen seien. Es sei unter anderem auch kreisärztlich nachvollziehbar eingeschätzt worden, dass die Beschwerden und eine etwaige Therapie als nicht unfallkausal zu beurteilen seien. Der Unterzeichnende sei daher in seinem Bericht vom 30. April 2018 zum Ergebnis gekommen, dass die damals genannte Diagnose einer Anpassungsstörung als Mitreaktion zu den neurologischen Befunden aufgetreten sei, die vom Neurologen Herrn Dr. med. E.____ und vom Kreisarzt Herrn Dr. med. L.____ als nicht unfallkausal beurteilt seien. Es sei aus diesen Gründen bereits am 30. April 2018 unwahrscheinlich gewesen, dass die vom damaligen Psychiater Herrn Dr. med. H.____ im Bericht vom 14. Dezember 2017 genannte Diagnose einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) als direkte Folge des Unfalls vom 29. Oktober 2016 habe aufgefasst werden können. Die Zusammenschau aus neurologischer Sicht, die durch Herrn PD Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, in seinem Bericht vom 28. Mai 2019 dargelegt worden sei, sei aus versicherungsmedizinisch-psychiatrischer Sicht nachvollziehbar bzw. sachlich richtig: Herr PD Dr. med. D.____ habe beurteilt, dass keine strukturelle Hirnverletzung vorliege und somit neurologisch-versicherungsmedizinisch keine unfallbedingte organische Grundlage gegeben sei, die eine überdauernde neuropsychologische Einschränkung und in diesem Fall auch noch eine zeitlich nicht in Zusammenhang aufgetretene psychiatrische Gesundheitsbeeinträchtigung begründen könne. Ohne Nachweis einer substantiellen Hirnverletzung lägen nach Ablauf von sechs Monaten in der Regel keine Verletzungsfolgen mehr vor. Bei Wiedererlangen der vollen Arbeitsfähigkeit nach dem Unfallereignis vom 29. Oktober 2016 bis zirka Mai 2017 seien auch die invalidisierenden posttraumatischen Kopfschmerzen nach dem Unfallereignis vom 29. Oktober 2016 nicht mehr überwiegend wahrscheinlich. Herr PD Dr. med. D.____ habe zudem richtig beurteilt, dass zu diesem Zeitpunkt bereits ein Fallabschluss empfehlenswert gewesen sei. Der Neurologe PD Dr. med. D.____ komme überdies richtig zum Ergebnis, dass unfallkausal keine weitere Diagnostik oder Therapie nach leichter traumatischer Hirnverletzung mit dem Ereignis vom 29. Oktober 2016 geschuldet sei. Aus dem bereits Dargelegten ergebe sich, dass die von den O.____ neu aufgeführte psychiatrische Gesundheitsstörung einer somatoformen Schmerzstörung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 29. Oktober 2016 zurückzuführen sei ■ im Gegenteil sei dies unwahrscheinlich. Die zwingende Voraussetzung für die Annahme eines kausalen Zusammenhangs einer

somatoformen Störung sei, dass die Symptomatik unmittelbar nach dem Unfall begonnen habe. Diese Eingangsvoraussetzung liege hier nicht vor. Beim Versicherten seien zudem kongruierende Erkrankungen in Form von unfallunabhängigen Suchtmittelabhängigkeiten von Opiaten und Benzodiazepinen zu nennen. Das Unfallereignis habe zudem keine Verletzungen von subjektiv besonders bedeutungsvollen Körperorganen wie Herz, Gehirn und Genitalien zur Folge gehabt, die als traumatische Ereignisse überhaupt eine Konversion in eine Schmerzverarbeitungsstörung erklären könnten. Konklusiv sei hier zu beurteilen, dass die bestehende psychische Problematik nicht als Teil für das für solche Verletzungen typische Beschwerdebild anzusehen sei. Es sei von einem eigenständigen unfallfremden psychischen Leiden auszugehen, das von einer etwaigen Unfallursache klar zu trennen sei. Insofern sei die hier angegebene psychische Gesundheitsstörung nicht als Unfallfolge zu beurteilen. Somit entfielen aus rein unfallversicherungsmedizinischer Sicht die Beantwortungen zu Fragen nach medizinischen Massnahmen, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustands mit Wiedererlangung einer Arbeitsfähigkeit erwartbar machten. Für die Beurteilung sei keine persönliche Untersuchung des Versicherten notwendig. Auch eine externe psychiatrische Begutachtung dränge sich nicht auf.

5.23 Mit Schreiben vom 31. Oktober 2019 (Suva-Nr. 285, S. 8) führte Dr. med. G.____, M.____, [...], aus, aus dem Erstgespräche vom 22. November 2018 mit dem Beschwerdeführer gehe hervor, dass er nach dem Schädel-Hirntrauma vom 29. Oktober 2016 mit nicht dislozierter Kalottenfraktur und chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen bei posttraumatischen zervikogenen Kopfschmerzen während eines Monats nicht gearbeitet habe. Gemäss Schilderungen des Beschwerdeführers habe er anschliessend zu 100 % gearbeitet und wegen starken Hinterkopfschmerzen opiathaltige Medikamente erhalten. Entgegen der Beurteilung von Neurologe Dr. med. E.____, der die Kopfschmerzen auf Medikamentenüberkonsum zurückgeführt oder psychogen beurteilt habe, müsse eingewendet werden, dass der Beschwerdeführer vor der Abgabe der opiathaltigen Medikamente bereits über starke Kopfschmerzen geklagt habe. Aus Sicht der Abläufe müsse demnach davon ausgegangen werden, dass diese Kopfschmerzen als unfallkausal zu beurteilen seien, da sie gemäss Angaben des Beschwerdeführers bereits vor Abgabe der Schmerzmedikamente und vor der depressiven Symptomatik bestanden hätten.

6. Die Beschwerdegegnerin stützt ihren Entscheid in somatischer Hinsicht im Wesentlichen auf das neurologische Gutachten von Dr. med. E.____ vom 20. Februar 2018 (Suva-Nr. 102) sowie die Beurteilung der Suva-Versicherungsmedizin ab, weshalb deren Beweiswert zu prüfen ist.

6.1 Das neurologische Gutachten von Dr. med. E.____ vom 20. Februar 2018 ist nachvollziehbar begründet und die Schlussfolgerungen des Gutachters vermögen zu überzeugen: Beim Beschwerdeführer habe sich im Oktober 2016 ein Schädelhirntrauma zugetragen mit einem Bewusstseinsverlust von höchstens wenigen Minuten, er habe allerdings eine Schädelkalottenfraktur erlitten. Die persönliche Anamnese des Beschwerdeführers sei sonst neurologisch unauffällig gewesen, insbesondere relevante Kopfschmerzen hätten vor diesem Unfallereignis nicht bestanden. Etwas bemerkenswert sei ein gewisser Widerspruch in der Beurteilung der CT-Bilder des Kopfes, die Radiologen berichteten im Befund vom 1. November 2016 im CT des Kopfes über eine Venenthrombose hochfrontal rechts, im Austrittsbericht der Chirurgischen Klinik vom

10. November 2016 werde dieser Befund aber nicht erwähnt, das CT werde als unverändert beschrieben. Der Beschwerdeführer sei im Rahmen der zweiten Hospitalisation vom 1. bis zum 4. November 2016 offenbar auch neurologisch am I.____ untersucht worden. Damals sei er auf die Medikation mit Targin sowie diverse weitere Analgetika bei Bedarf eingestellt worden. Bereits im November (oder Dezember, die diesbezüglichen Angaben seien etwas unklar) 2016 habe er die Arbeit dann wiederum zu 100 % aufgenommen. Während dieser Zeit habe er ständig Targin fix eingenommen und die Reservemedikation offenbar ebenfalls benützt, ab dem Mai 2017 sei es dann aus unklaren Gründen zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation mit Erschöpfung und gehäuften Kopfschmerzen gekommen. Die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung sei im Prinzip normal, es bestehe keine eindeutige Anosmie, das Gangbild sei nur leicht verbreitert, der unsichere Strichgang könne durch Ablenkung verbessert werden, was auch dem Beschwerdeführer selber auffalle. Dieser Befund spreche für eine nicht organische Ausgestaltung des gestörten Strichganges. Die MRI-Untersuchungen des Kopfes und der HWS vom 9. Februar und vom 12. Februar 2018 seien gemäss vorliegenden Berichten altersentsprechend unauffällig ausgefallen ohne Hinweise für posttraumatische Veränderungen an den zwei untersuchten Körperregionen. Beim Beschwerdeführer habe sich im Oktober 2016 eine Commotio cerebri zugetragen auf Grund einer Schlägerei, bei der der Beschwerdeführer allerdings auch eine Kalottenfraktur erlitten habe, weitere therapeutische Massnahmen seien nach diesem Ereignis nicht erforderlich gewesen. In der Folge habe der Beschwerdeführer im November oder Dezember 2016 rasch wieder seine Bürotätigkeit zu 100 % aufnehmen können. Aus unklaren Gründen sei es dann ab Mai 2017 zu einer progredienten Verschlechterung seines Gesundheitszustandes gekommen, so dass er ab Oktober 2017 wiederum zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden sei. Diese Arbeitsunfähigkeit werde im Wesentlichen begründet mit verschiedenen diffusen Beschwerden wie Erschöpfung, Konzentrationsstörungen, Übelkeit, Muskelzuckungen, Schweissausbrüchen sowie Palpitationen. Des Weiteren berichte der Beschwerdeführer über gehäuften Kopfschmerzen jede Woche, vor dem Ereignis vom Oktober 2016 habe er nur selten Spannungskopfschmerzen gehabt. Die aktuelle Schilderung der Kopfschmerzen erlaube keine klare diagnostische Zuordnung, ein sekundärer oder gefährlicher Kopfschmerz könne auf Grund der jetzigen neurologischen Untersuchung und der MRI-Untersuchung des Kopfes ausgeschlossen werden. Ein gewisser Medikamentenüberkonsumkopfschmerz dürfte eine Rolle spielen, der Beschwerdeführer konsumiere mehrmals in der Woche Optifen, Dafalgan und Oxynorm-Tropfen zusammen gegen die Kopfschmerzen. Einen weiteren unterhaltenden Faktor für die Kopfschmerzen dürfte die psychische Problematik darstellen. Ein zervikogener Kopfschmerz sei rein anamnestisch unwahrscheinlich, nachdem der Beschwerdeführer zervikale Beschwerden verneine. Ein chronischer posttraumatischer Kopfschmerz könne gemäss den Diagnosekriterien der internationalen Kopfschmerzgesellschaft aus dem Jahr 2013 nicht diagnostiziert werden, weil der Beschwerdeführer bekanntlich in der Zeit vom Dezember 2016 bis ungefähr zum Mai 2017 diese Beschwerden nicht gehabt habe. Für die Diagnose von chronischen posttraumatischen Kopfschmerzen müssten die Beschwerden aber während mindestens drei Monaten nach dem Unfallereignis anhalten, was beim Beschwerdeführer nicht zutrefte. Dementsprechend sei es aus neurologischer Sicht als unwahrscheinlich einzustufen, dass die Kopfschmerzen in einem kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 29. Oktober 2016 stünden. Aus neurologischer Sicht liessen sich aktuell keine traumatisch bedingten Schäden am zentralen oder peripheren Nervensystem feststellen. Anamnestisch, klinisch, bildgebend und

elektroenzephalographisch beständen zur Zeit keine Hinweise für eine höhergradige Traumatisierung des Gehirnes im Sinne einer Contusio cerebri. Dementsprechend liessen sich aktuell aus neurologischer Sicht beim Beschwerdeführer keine posttraumatischen Schäden zum Ereignis vom Oktober 2016 mehr feststellen, auf Grund dieses Ereignisses vom Oktober 2016 sei der Beschwerdeführer aktuell aus neurologischer Sicht auch nicht mehr als arbeitsunfähig einzustufen.

Gestützt auf das beweismässige Gutachten von Dr. med. E.____ vom 20. Februar 2018 ist demnach davon auszugehen, dass im Gutachtenszeitpunkt keine unfallkausalen neurologisch begründbaren Beschwerden mehr vorlagen. Im Lichte der beweismässigen gutachterlichen Ausführungen von Dr. med. E.____ vermag sodann auch die Beurteilung von Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie FMH, Suva Versicherungsmedizin, vom 28. Mai 2019 (Suva-Nr. 232) zu überzeugen, wonach in Zusammenschau neurologischerseits eine leichte traumatische Hirnverletzung bei kurzem Bewusstseinsverlust ohne ausweisbare Hirnschädigung und ohne bilddiagnostisch nachweisbare dauerhafte Hirnverletzungsfolgen und ohne zervikale Rückenmarksschädigung festgestellt werden könne. Eine substantielle Hirnverletzung liege somit neurologisch-versicherungsmedizinisch nicht vor. Eine unfallbedingte organische Grundlage überdauernder neuropsychologischer oder in diesem Fall auch noch zeitlich nicht kausal aufgetretener psychiatrischer Gesundheitsbeeinträchtigungen könne daher vorliegend nicht angenommen werden. Ohne Nachweis einer substantiellen Hirnverletzung lägen nach Ablauf von sechs Monaten in der Regel keine Verletzungsfolgen mehr vor.

Am Beweiswert des Gutachtens vermögen sodann auch die vom Beschwerdeführer diesbezüglich vorgebrachten Rügen nicht zu ändern. So vermag die Schlussfolgerung von Dr. med. E.____, wonach ein chronischer posttraumatischer Kopfschmerz gemäss den Diagnosekriterien der internationalen Kopfschmerzgesellschaft aus dem Jahr 2013 nicht diagnostiziert werden könne, weil der Beschwerdeführer in der Zeit vom Dezember 2016 bis ungefähr zum Mai 2017 diese Beschwerden nicht gehabt habe, entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers durchaus zu überzeugen. So liegen in den Akten keine echtzeitlichen Berichte vor, welche die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Kopfschmerzen im Zeitraum von Januar bis August 2017 belegen würden: Im Austrittsbericht des I.____ vom 10. November 2016 (Suva-Nr. 32) wo der Beschwerdeführer vom 1. November bis 4. November 2016 hospitalisiert war, wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe sich erneut notfallmässig mit progredienten Kopfschmerzen nach Sturz vom 29. Oktober 2016 und Zuzug eines offenen Schädelhirntraumas eingewiesen. In der polizeilichen Einvernahme vom 15. Dezember 2016 (Suva-Nr. 66) gab der Beschwerdeführer an, noch heute leide er teilweise an Kopfschmerzen. Sodann wurde erst wieder im Bericht der Chiropraktin des Beschwerdeführers, Frau P.____, vom 15. September 2017 (Suva-Nr. 64) ausgeführt, der Beschwerdeführer leide seit einem Trauma an suboccipitalen Kopfschmerzen. Bisher habe die medizinische Massage am meisten Linderung gebracht. Weiter wurde im Bericht der Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie vom 15. November 2017 (Suva-Nr. 60) ausgeführt, der Beschwerdeführer berichte, seit dem Schädel-Hirntrauma im Oktober 2016 an occipitalen Kopfschmerzen rechts mehr als links zu leiden, welche nach frontal und in die HWS ausstrahlten. Die Schmerzen seien seit dem Unfall in der Intensität zunehmend. Mit Bericht vom 27. März 2018 (Suva-Nr. 137, S. 9) führte med. pract. F.____ aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 20. Februar 2017 in seiner Behandlung. Damals habe er bereits diese Kopfschmerzen geklagt, die unter

Oxynorm und Physiotherapie nur mässig beherrschbar gewesen seien. Im Schreiben vom 26. Juni 2018 (Suva-Nr. 137, S. 8) führte med. pract. F.____ aus, seit dem er, med. pract. F.____, den Beschwerdeführer kenne, spielten Kopfschmerzen eine zentrale Rolle. Des Weiteren wurde im Austrittsbericht des J.____, [...]klinik für Neurologie, Psychosomatische Medizin, vom 7. August 2018 (Suva-Nr. 171, S. 1) ausgeführt, der Beschwerdeführer leide seit einem Schädelhirntrauma im Oktober 2016 an einem progressiven diffusen Kopfschmerz. Seit diesem zweiten Aufenthalt (gemeint ist der Aufenthalt im I.____ vom 1 - 4. November 2016) nehme er regelmässig Opiate ein. Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass zwar in verschiedenen Arztberichten geltend gemacht wurde, der Beschwerdeführer habe seit dem Unfall ununterbrochen unter Kopfschmerzen gelitten. Es liegen aber im Zeitraum Januar 2017 bis August 2017 keine echtzeitlichen Arztberichte vor, die dies belegen würden. Demzufolge erscheint die von Dr. med. E.____ vorgenannte Schlussfolgerung, wonach kein posttraumatischer Kopfschmerz vorliegen könne, durchaus einleuchtend. Selbst wenn durch echtzeitliche Arztberichte ein posttraumatischer Kopfschmerz zu bejahen wäre, müsste aber aufgrund der Verneinung der Adäquanz eine diesbezügliche Unfallkausalität dennoch verneint werden, wie in E. II. 7. hiernach darzulegen sein wird. So kann nur dann auf eine Adäquanzprüfung verzichtet werden, wenn die geltend gemachten Beschwerden somatisch objektivierbar sind. Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251, 134 V 109 E. 7 ff. S. 118 ff., vgl. auch BGE 117 V 359 E. 5 S. 361 ff.). Die vom Beschwerdeführer immer noch geltend gemachten Kopfschmerzen sind aber ■ wie aus den unter E. II. 5 hiervor aufgeführten medizinischen Akten ersichtlich ■ nicht durch apparativ/bildgebende Abklärungen bestätigt worden. Hierzu kann überdies ergänzend auf die korrekten Ausführungen der Beschwerdegegnerin verwiesen werden, wonach das CT der HWS vom 29. Oktober 2016 keine frische Fraktur gezeigt habe, das Schädel-CT vom 1. November 2016 keine intrakranielle Pathologie ergeben habe und ein MRI des Schädels vom 9. Februar 2018 keine posttraumatischen Veränderungen gezeigt habe, insbesondere hätten sich keine Hinweise auf eine stattgehabte intrakranielle Blutung gezeigt. Ein MRI der HWS vom 12. Februar 2018 habe ebenfalls keine traumatische Läsion gezeigt. Somit ist aufgrund eines nicht mehr feststellbaren strukturellen Korrelats wie erwähnt eine Adäquanzprüfung vorzunehmen (E. II. 7 hiernach).

6.2 Die Frage, ob die beim Beschwerdeführer diagnostizierten psychischen Beschwerden natürlich kausal zum Unfallereignis vom 29. Oktober 2016 sind, kann schliesslich ebenfalls offengelassen werden, da wie vorgehend dargelegt, die Adäquanz einer Unfallkausalität von psychischen / nicht strukturell objektivierbaren Beschwerden zu verneinen ist, wie nachfolgend in E. II. 7 aufzuzeigen ist. Denn nach der Rechtsprechung ist es zulässig, eine Leistungspflicht des Unfallversicherers zu verneinen und die Frage, ob ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen / strukturell nicht objektivierbaren Beschwerden besteht, offenzulassen mit der Begründung, ein allfälliger natürlicher Kausalzusammenhang wäre nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend nachgewiesen (BGE 135 V 465 E. 5.1 S. 472).

E. 7

7.1 Treten nach einem Unfall psychische und/oder organisch nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden auf, und kann weder das Vorliegen des für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typischen, bunten Beschwerdebildes noch eine solche Verletzung bejaht werden, so ist die adäquate Kausalität gemäss der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen zu prüfen (BGE 115 V 133, 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen). Eine analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis ist vorliegend nicht gerechtfertigt. Im Austrittsbericht des I.____ vom 10. November 2016 (Suva-Nr. 32), wo der Beschwerdeführer vom 1. November bis 4. November 2016 hospitalisiert war, wurde ausgeführt, bei der klinischen Inspektion habe sich ein neurologisch unauffälliger Patient mit einem Glasgow-Coma-Scale von 15 Punkten gezeigt. Zwar hat der Beschwerdeführer eine Kalottenfraktur erlitten und in nachfolgenden Arztberichten wird teilweise von einem kurzen Bewusstseinsverlust berichtet (u.a. im Gutachten von Dr. med. E.____ vom 20. Februar 2018). Insgesamt ist aufgrund der medizinischen Akten aber höchstens von einer leichten Comotio cerebri mit leichter Bewusstseinsstörung auszugehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_236/2016 vom 11. April 2016 E. 5.2.2; vgl. z.B. flexikon.doccheck.com/de/Glasgow_Coma_Scale), weshalb sich die analoge Rechtsprechung der Schleudertraumarechtsprechung nicht rechtfertigt. Vielmehr ist die adäquate Kausalität gemäss der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen zu prüfen (BGE 115 V 133, 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen).

7.2 Bei der Adäquanzprüfung ist zunächst vom Unfallereignis auszugehen. Dieses ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 f.). Bei leichten Unfällen ist die Adäquanz in der Regel ohne weiteres zu verneinen, bei schweren wird sie bejaht. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfallereignisses allein schlüssig beantworten, sondern es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Diese Kriterien sind (BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Bei einem im engeren Sinn mittelschweren Unfall ist die Adäquanz zu bejahen, wenn drei dieser Kriterien erfüllt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_398/2012 vom 6. November 2012 E. 6, SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7 E. 5.2). Handelt es sich um einen Unfall, der als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfall einstuft, müssen vier Kriterien erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_295/2013 vom 25. September 2013 E. 3.3 mit Hinweis). Bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen ist

die Adäquanz zu bejahen, wenn ein Kriterium erfüllt ist; nicht notwendigerweise in besonders ausgeprägter Weise. Im gesamten mittleren Bereich kann jedoch ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist (BGE 115 V 133 E. 6c/bb S. 140 f.).

7.3 Die Unfallschwere beurteilt sich nach dem augenfälligen Geschehensablauf und den sich dabei entwickelnden Kräften (Urteil des Bundesgerichts U 2/07 vom 19. November 2007 E. 5.3.1, SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26; 8C_435/2011 vom 13. Februar 2012 E. 4.2, SVR 2012 UV Nr. 23 S. 83). Bezüglich des vorliegenden Unfallereignisses ist von folgendem Geschehensablauf ■ soweit aktenmässig rekonstruierbar ■ auszugehen (Suva-Nr. 66, S. 15 f): Der Beschwerdeführer begab sich zusammen mit drei Kollegen in «Motorradfahrer/Rockerkleidung» zwecks Besuch eines Konzerts in den [...] Pub in [...]. Gegen 22:00 Uhr seien ein paar B.____ zu ihnen gekommen und hätten gesagt, dass sie nach draussen kommen sollten. Draussen hätten ca. 15 B.____ gestanden. Einer habe gesagt, dass sie, wenn sie in ihr Gebiet kämen, die Ledergilets ausziehen müssten, ansonsten «chlepfen» es. Ein Kollege des Beschwerdeführers habe gesagt, dass sie ja gar nichts machen würden. Hierauf habe der B.____, welcher die Ansage gemacht habe, dem Kollegen unvermittelt einen Faustschlag gegen den Kopf versetzt, worauf dieser 1 - 2 Schritte zurückgegangen sei, um wohl einem weiteren Faustschlag auszuweichen. Plötzlich habe der Beschwerdeführer einen Schlag gegen den Kopf erhalten und sei sogleich zu Boden gegangen und ca. 30 Sekunden bewusstlos gewesen. Das hätten jedenfalls seine Kollegen später so berichtet. Der Beschwerdeführer habe dann bemerkt, dass er sein Ledergilet nicht mehr angehabt habe. Die B.____ hätten begonnen, die persönlichen Sachen des Beschwerdeführers und seiner Kollegen aus den Ledergilets zu nehmen. Von einem Kollegen des Beschwerdeführers sei ein Ausweis verlangt worden. Der B.____ habe dann dem Kollegen gesagt, dass sie nun wüssten, wer er sei, falls er zur Polizei gehen sollte. Der Beschwerdeführer habe stark geblutet und bemerkt, dass er seine Brille nicht mehr gehabt habe. Seine Kollegen hätten die Brille dann gefunden, welche stark beschädigt gewesen sei. Seine Kollegen hätten ihn dann ins I.____ gefahren, wo er im Notfall behandelt worden sei. Sie hätten den Vorfall nicht sofort der Polizei gemeldet, weil sie geschockt gewesen seien und auch Angst um ihre Familien gehabt hätten.

Bei der Qualifikation der Unfallschwere nicht zu berücksichtigen sind entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin die durch das Ereignis verursachten Verletzungen. Wie ein Blick auf vergleichbare Fälle zeigt, hat die Rechtsprechung tätliche Auseinandersetzungen in der Regel dem eigentlich mittleren Bereich zugeordnet (vgl. etwa Urteile 8C_281/2010 vom 28. September 2010 E. 4.1, 8C_476/2010 vom 7. September 2010 E. 4, 8C_1062/2009 vom 31. August 2010 E. 4.2.1, 8C_1032/2009 vom 11. Mai 2010 E. 4; SVR 2007 UV Nr. 29 S. 99, U 98/06 E. 3.2, U 105/05 vom 14. Juni 2005 E. 2.3, U 37/94 vom 21. August 1997 E. 5a; RKUV 1996 Nr. U 256 S. 215, U 215/94 E. 6b/bb); vereinzelt wurde ein mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen angenommen (Urteile 8C_340/2007 vom 12. Juni 2008 E. 5.3 und U 503/06 vom 7. November 2007 E. 6) oder ein mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den schweren Unfällen (Urteile 8C_519/2008 vom 28. Januar 2009 E. 5.2.1, 5.2.2; U 382/06 vom 6. Mai 2008 E. 4.2 und 4.3; RKUV 2001 Nr. U 440 S. 350, U 9/00 E. 6a). Vorliegend ist ebenfalls von einem Unfall im eigentlich mittleren Bereich auszugehen, ohne dass diesbezüglich beweismässige Weiterungen erforderlich wären. Im Vergleich mit den angeführten Präjudizien lässt sich eine andere Kategorisierung nicht rechtfertigen. Auch die Umstände,

dass eine Kräfteungleichheit vorlag und der Beschwerdeführer gemäss Einvernahmeprotokoll wohl mit einer Schlagwaffe niedergeschlagen wurde, lassen den Vorfall nicht in einem anderen Licht erscheinen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_681/2010 vom 3. November 2010). Auch kann, anders als in dem vom Beschwerdeführer als Vergleich herangezogenen Urteil des Bundesgerichts U 36/07 vom 8. Mai 2007, nicht davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer während des tätlichen Angriffs um sein Leben oder das seiner Kollegen fürchtete. Zudem war die versicherte Person im vorgenannten bundesgerichtlichen Fall bereits vorher Drohungen und Erpressungen ausgesetzt gewesen und wurde in der Nacht von drei Fremden zusammengeschlagen. Aufgrund dieses Zusammenhangs ging das Bundesgericht im genannten Fall davon aus, die versicherte Person habe, obwohl ihr Leben nie wirklich in Gefahr gewesen sei, sicherlich die Entschlossenheit seiner Angreifer gekannt und habe ernsthaft um ihr Leben oder zumindest um einen signifikanten und dauerhaften Verlust ihrer körperlichen Unversehrtheit fürchten müssen. Auch wenn der Beschwerdeführer aufgrund der obengenannten Drohungen eines B.____-Mitglieds gegen seinen Kollegen, sie wüssten nun wer er sei, anfänglich um das Wohl seiner Angehörigen gefürchtet hat, kann der vorliegende Fall nicht mit dem Fall U 36/07 verglichen werden, weshalb im Resultat von einem mittelschweren Ereignis im engeren Sinne auszugehen ist. Bei mittelschweren Unfällen im engeren Sinn ist die Adäquanz, wie vorgehend ausgeführt, zu bejahen, wenn drei dieser Kriterien oder eines der Kriterien in ausgeprägter Weise erfüllt sind.

7.4 Dem vorliegenden Unfallereignis ist eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abzusprechen. Auch objektiv betrachtet erscheinen die Begleitumstände verhältnismässig eindrücklich, weshalb dieses Kriterium zu bejahen ist, jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise, da nicht von geradezu dramatischen Begleitumständen gesprochen werden kann.

Nicht erfüllt ist dagegen das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen. So erlitt der Beschwerdeführer eine nicht dislozierte Kalottenfraktur, welche strukturell folgenlos abheilte.

Nicht erfüllt sind sodann die Kriterien der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung und der Dauerschmerzen. So ist zwar aus den Akten ein langer Behandlungsverlauf ersichtlich, jedoch war die Behandlung nur verhältnismässig kurze Zeit auf strukturell objektivierbare Beschwerden gerichtet und auch die geltend gemachten Schmerzen konnten nur anfänglich einem objektivierbaren Korrelat zugeordnet werden, weshalb diese Kriterien nicht bejaht werden können.

Von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, kann ebenfalls nicht gesprochen werden.

Zur Bejahung des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs mit erheblichen Komplikationen bedarf es besonderer Gründe, die die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.8 mit Hinweis). Solche sind vorliegend nicht ersichtlich. Die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien genügen nicht zur Bejahung dieses Kriteriums. Gleiches gilt für den Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnten (Urteil des Bundesgerichts 8C_987/2008 vom 31. März 2009 E. 6.6). Das Kriterium ist somit zu verneinen.

Zum Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer zwar ab Herbst 2017 lange arbeitsunfähig war, die Arbeitsunfähigkeit aber nur anfangs und für kurze Zeit nachweislich auf physisch objektivierbare Beschwerden zurückgeführt werden konnte, weshalb auch dieses Kriterium zu verneinen ist.

Somit ist eines der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien erfüllt, jedoch nicht in ausgeprägter Weise. Damit ist die Unfalladäquanz der geltend gemachten nicht objektivierbaren / psychischen Beschwerden zu verneinen.

8. Gestützt auf die obigen Erwägungen ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre weitergehende Leistungspflicht mit Verfügung vom 7. Oktober 2019 und Einspracheentscheid vom 4. Juni 2020 per 31. Oktober 2019 verneint hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 9

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf Zusprechung einer Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

9.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Isch

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_39/2021 vom 6. Juli 2021 bestätigt.

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