

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00224 vom 15. Januar 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-01-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00224

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00224 du 15 janvier 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00224 del 15 gennaio 2010

Erwägungen

E. 3

3.1. Im Bericht über den notfallmässigen Ersteingriff im B. ____, Dept. Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, vom 12. Dezember 2003 wird im Hinblick auf die vorliegend strittige Frage vermerkt, dass der Beschwerdeführer initial am Unfallort adäquat und ansprechbar gewesen sei, nach Einsetzen von Ketalar eine Apnoe eingetreten und die Intubation erfolgt sei. Bei Ankunft im Schockraum, intubiert/sediert beatmet, sei der Kreislauf stabil gewesen, im Verlauf zunehmend instabil mit geringer Noradrenalinbedürftigkeit. Bei den Abklärungen fand sich dann u.a. eine frontal, bis auf die Stirnmitte reichende 5x7 cm grosse Rissquetschwunde, sternförmig, mit ausgefranstem Wundbestandteilen. Das Gewebe sei stark gequetscht, und es bestehe ein Substanzdefekt von ca. einem 5-Franken-Durchmesser (Urk. 9/12). Die nachfolgenden Operationsberichte für die Dauer des Aufenthaltes auf der unfallchirurgischen Intensivstation betreffen die Verletzungen am Abdomen, Thorax und am linken Bein (vgl. Urk. 9/16 S. 1 f.). Am 13. Dezember 2003 erfolgte die Extubation. Laut Austrittsbericht vom 23. Februar 2004 (Urk. 9/16) war der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt adäquat und neurologisch unauffällig gewesen. Nachfolgend traten in Zusammenhang mit der abdominalen Verletzung diverse Komplikationen auf (vgl. Urk. 9/16: "Diagnosen im Verlauf"), so dass erst nach dem 20. Februar 2004 eine zunehmende Mobilisation des Beschwerdeführers und schliesslich die Entlassung in die Rehabilitation erfolgen konnte. Im Kurzbericht für die Einweisung in die klinisch-stationäre Behandlung/Rehabilitation vom 8. Januar 2004 werden hinsichtlich Kopfverletzungen lediglich die stabile HWK-7-Fraktur, ohne neurologische Ausfälle, und die grosse Skalpverletzung mit Defekt genannt (Urk. 9/4). Im Austrittsbericht wird diesbezüglich von einem Schädel-Hirn-Trauma mit grosser Skalpverletzung frontal links gesprochen (Urk. 9/16). Von einem mehrwöchigen, künstlichen Koma, wie vom Beschwerdeführer behauptet, liest sich im Austrittsbericht des B. ____, nichts. Ferner wurde er am 11. Januar 2004 durch die Polizei vernommen (Urk. 9/11 S. 7). In deren Unfallrapport vom 24. Dezember 2003 wird vermerkt, dass der Beschwerdeführer sich selber von den Sicherheitsgurten gelöst habe und die ganze Zeit ansprechbar gewesen sei (Urk. 9/11 S. 5).

3.2. In der Rehaklinik Z. ____ wurden am 22. und 24. März 2004 neuropsychologische Untersuchungen durchgeführt, weil der Beschwerdeführer selber über Vergesslichkeit klagte und diesbezüglich Beobachtungen gemacht werden konnten. Dabei stellte die Neuropsychologin lic. phil. N. ____ eine leichte Störung mit im Vordergrund stehender, reduzierter mentaler Dauerbelastbarkeit (erhöhte Ermüdbarkeit mit Konzentrationsabfall) hirnorganischer und zusätzlich schmerzbedingter Genese nach

Polytrauma mit traumatischer Hirnverletzung fest. Zusätzlich beobachtete sie eine leichte Affektlabilität (Urk. 9/33 S. 5). Im Austrittsbericht vom 25. Mai 2004 steht, man dürfe davon ausgehen, dass der Beschwerdeführer im Rahmen des Unfalles zumindest eine Comotio cerebri durchgemacht habe und jetzt an einer leichten neuropsychologischen Funktionsstörung leide. Während des Rehabilitationsaufenthaltes wurde versucht, die Schmerzmedikation von parenteral (mittels Injektionen) auf per oral umzustellen, was sich schwierig gestaltet haben soll. Gegen Ende sei es dann doch gelungen, die Schmerzmedikamente abzubauen. Anamnestisch wurde auch festgehalten, dass der Beschwerdeführer sich nicht an den Unfall erinnere und die Gedächtnislücke ca. eine Stunde vor dem Unfall beginne. Ferner habe er aktuell noch oft Kopfschmerzen und meine auch, mehr zu vergessen (Urk. 9/33 S. 4).

Im psychosomatischen Konsilium, visiert von lic. phil. O.____, Klinische Psychologin, und Dr. med. P.____, Leitender Arzt, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, wird eine psychopathologische Störung ausgeschlossen. Im Klinikalltag komme es öfters zu Unregelmässigkeit im Einhalten von Terminen und zu Streitereien im Zusammenhang mit Bevormundungsgefühlen. Eigenwillig und auf seinem Weg erreiche der Beschwerdeführer in der Rehabilitation jedoch gute Resultate (Urk. 9/33A).

Dem schloss sich der behandelnde Chirurg Dr. A.____, der die Fahrtauglichkeit aus ärztlicher Sicht zu beurteilen hatte, ohne Weiteres an. Ein posttraumatisches psychoorganisches Syndrom könne er nicht vermuten (Bericht vom 26. Juli 2004, Urk. 9/40).

Was die Kopfschmerzen anbelangt, so werden diese im weiteren Verlauf anlässlich eines Telefonats mit der Beschwerdegegnerin am 17. Juli 2004 erneut geklagt (Urk. 9/37), weshalb denn auch ein Kieferorthopäde beigezogen wurde (Urk. 9/41). In den Verlaufsberichten des B.____ vom 4. Oktober 2004 (Urk. 9/48) und 5. Mai 2006 (Urk. 9/103) wird vermerkt, dass keine Schmerzmittel mehr eingenommen würden. Nach Beginn der beruflichen Massnahmen in der beruflichen Eingliederungsstätte G.____ werden dann behindernde Kopfschmerzen aktenkundig. So berichtete die ärztliche Psychotherapeutin Dr. F.____ am 23. Februar 2007 (Urk. 9/133), dass der Beschwerdeführer als Hauptfolgen des Unfalles Kopfschmerzen und eine Bewegungseinschränkung sowie Schmerzen im Bereich beider Beine schildere. Er habe sich an die Dauerschmerzen offensichtlich gut adaptiert und könne die Schmerzwahrnehmung im Alltag meist unterdrücken, was seiner Leistungsfähigkeit zugute komme. Doch stelle diese Schmerzunterdrückung eine Art Dauerstress dar, die dazu führe, dass Zusatzbelastungen manchmal schlecht toleriert werden könnten. Der Berufsberater Q.____, Leiter Ausbildung G.____, führte im Integrationsplan vom 28. März 2007 (Urk. 13/47) aus, dass die psychische Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers der Doppelbelastung einer Anstellung in der Privatwirtschaft und gleichzeitigem Besuch einer Informatikfachschule zur Aneignung der Theoriekenntnisse nicht gewachsen seien. Die zeitweise starken Kopfschmerzen würden die Lern- und Merkfähigkeit einschränken oder sogar blockieren. Aus diesem Grund befürwortete Q.____ eine Umschulungsphase in geschütztem Rahmen. Anlässlich der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 10. April 2007 klagte der Beschwerdeführer über noch häufige Kopfschmerzen (Urk. 9/142). An der Besprechung im G.____ vom 14. September 2007 konkretisierte er, dass diese vor allem bei grösseren und lauten Veranstaltungen auftreten würden (Urk. 9/149). Aus Sicht der

Ausbildner Informatik im G.____ bestand der Beschwerdeführer die SIZ Modulprüfung zum Assistenten unter anderem deshalb nicht, weil ihm die mangelnde praktische Übung gefehlt habe, verursacht durch Absenzen (Urk. 13/52). Als Gründe für die Abwesenheiten (52 Tage im Jahr 2007) wurden aufgeführt: vorwiegend Kopfschmerzen, Nacken- Rückenbeschwerden und Müdigkeit (ca. 39 Tage), Grippe, Nichtbetriebsunfall sowie häufige Teilabsenzen durch Therapiebesuche (Urk. 13/53/1-9).

3.5 Gestützt auf diese Akten, insbesondere den Polizeirapport vom 12. Dezember 2003 und die Berichte über die Erstversorgung im B.____ (vgl. Erw. 3.1), schloss der Neurologe und Psychiater Dr. K.____, Abteilung Versicherungsmedizin, in seiner Beurteilung vom 25. August 2008 (Urk. 9/170), dass sich weder am Unfallort, noch für den Zeitraum des Transportes in das B.____, noch während der Erstversorgung dort Hinweise auf Kreislaufinstabilitäten oder Atemprobleme ergaben, welche eine stattgehabte erhebliche Hypoxämie (Minderversorgung des Blutes mit Sauerstoff) annehmen liessen. Aus den gesamten Unterlagen gehe somit nicht hervor, dass der Beschwerdeführer zu irgendeinem Zeitpunkt eine erhebliche Minderversorgung des Gehirns mit Sauerstoff (cerebrale Hypoxie) erlitten habe. Der Beschwerdeführer gebe retrospektiv an, dass er eine Erinnerungslücke für den Unfall habe, er nehme aber an, dass der Selbstunfall durch ein Ausweichmanöver verursacht sein müsse. Die Befragungsprotokolle und Arztberichte liessen eine Amnesie für insgesamt weniger als 30 Minuten Dauer, um den Unfallzeitpunkt herum, einschätzen. Der Beschwerdeführer habe wahrscheinlich ein Kopftrauma erlitten, weil in der Stirnregion eine grosse Rissquetschwunde durch den Unfall entstanden sei, nebst einer stabilen Fraktur des 7. Halswirbelkörpers, der keine neurologischen Ausfälle verursacht habe. Eine relevante intrakranielle Verletzung sei im B.____ am Unfalltag mittels eines Computertomogrammes des Kopfes ausgeschlossen worden. Seine eigene Mitbeurteilung der ihm vorliegenden Aufnahmen würden das Fehlen von Zeichen intrakranieller Verletzungen bestätigen. Die Rissquetschwunde im Stirnbereich (extrakraniell, frontal linksbetont) sei zu erkennen, im benachbarten Schädellinnern (intrakraniell) und in der gegenüberliegenden Region ("Contre-coup"-Region) fänden sich keine Zeichen für eine Hirnschädigung. Nach den Kriterien der Europäischen Neurologischen Gesellschaft (EFNS) könne aufgrund der vorliegenden klinischen Angaben eine leichte traumatische Hirnverletzung ("mild traumatic brain injury", MTBI) der Kategorie 2 mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden. Diese Einstufung des klinischen Schweregrades sei gerechtfertigt durch die Annahme eines Bewusstseinsverlustes von weniger als 30 Minuten Dauer und einer posttraumatischen Amnesie von sicher weniger als einer Stunde Dauer, verbunden mit den Risikofaktoren für eine Hirnbeteiligung im Rahmen des Kopftraumas in Form von zwei Verletzungen (HWS und Haut im Stirnbereich) oberhalb des Niveaus der Schlässelbeine. Am Unfallort seien keine Auffälligkeiten beschrieben worden, welche eine Reduktion des Scores der Glasgow Coma Scale (GCS) unter den höchstmöglichen Wert 15 rechtfertigen würden. Nach der älteren Klassifikation bezüglich Kopftraumata könne die Kopfverletzung, aufgrund der Angabe des Versicherten einer kurzen Erinnerungslücke bezüglich des Hergangs des Unfalles, als eine leichte Commotio cerebri eingestuft werden. Nach Beendigung der Sedierung und Beatmung am 13. Dezember 2003 sei das Fehlen von neurologischen Ausfällen ausdrücklich dokumentiert. Auch im weiteren Verlauf der Behandlung im B.____ bis zum 23. Februar 2004 seien keine Vorkommnisse dokumentiert, die eine sekundäre Schädigung des Gehirns oder des Nervensystems wahrscheinlich machen würden.

Im Allgemeinen würden Verunfallte mit einer MTBI der klinischen Kategorie 2 oder einer leichten Commotio cerebri über leichte unspezifische Beschwerden für einen Zeitraum von einigen Tagen bis höchstens einer Woche klagen. Vorliegend seien bis Februar 2004 keine Beschwerden hinsichtlich des Kopftraumas dokumentiert. Die in der Rehaklinik Z. ___ festgestellten leichtgradigen und unspezifischen Auffälligkeiten (reduzierte mentale Dauerbelastbarkeit sowie leichte Affektlabilität, hirnorganisch und zusätzlich schmerzbedingt) liessen aus neurologischer Sicht retrospektiv nicht auf ein höhergradiges Hirntrauma schliessen. Ein MTBI der klinischen Kategorie 2 oder eine leichte Commotio cerebri, ohne nachgewiesene Hirnverletzung, führt im Normalfall nicht zu einer dauerhaften Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit oder zu anderen bleibenden neuropsychologischen Einbussen. Die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchungen in der Rehaklinik Z. ___ seien zwanglos durch die im damaligen Zeitpunkt vorliegenden körperlichen Schmerzen und notwendigen Medikamente erklärbar. Hätte die damalige neuropsychologische Untersuchung richtungweisende pathologische Befunde ergeben, wäre zweifellos eine weiterführende Diagnostik und gegebenenfalls Therapie eingeleitet worden.

Ein akutes posttraumatisches Kopfschmerzsyndrom könne nach den Kriterien der Internationalen Kopfschmerzgesellschaft (IHS) nicht mit Wahrscheinlichkeit als Folge des Unfalles vom 12. Dezember 2003 angenommen werden. Weder am Unfalltag, noch nach Sedierung und Intubation am 13. Dezember 2003, noch während der stationären Behandlung im B. ___ bis zum 23. Februar 2004 seien Klagen über ein allfälliges erhebliches bzw. neuartiges Kopfweh festgehalten. Während des Rehabilitationsaufenthaltes in der Rehaklinik Z. ___ sei kein Kopfschmerz diagnostiziert noch behandelt worden.

Aus neurologischer Sicht sei keine weiterführende Diagnostik zur Abklärung von neurologischen oder neuropsychologischen Unfallfolgen indiziert. Derartige Zusatzuntersuchungen nach mehr als vier Jahren nach dem Unfall könnten nichts Wesentliches zur Klärung der Unfallfolgen beitragen.

Anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung vom 10. September 2008 durch Dr. L. ___ gab der Beschwerdeführer an, bereits ab Dezember 2007 häufig unter starken Kopfschmerzen gelitten und während der Umschulungskurse viele Absenzen gehabt zu haben. Heute klagt er über tägliche Kopfschmerzen, die beispielsweise bei Wetterwechsel, bei grosser Konzentration, Anspannung und Überforderung deutlich stärker würden.

Das allgemeine Testleistungsniveau war gut durchschnittlich und lag insgesamt über dem aufgrund der schulischen Ausbildung zu erwartenden Niveau und entsprach der beruflichen Ausbildung und angestammten Tätigkeit. Im Bereich der Exekutivfunktionen zeigten sich gute, durchschnittliche und unauffällige Leistungen. Ebenso bestanden in den mnestischen Funktionen normgerechte Leistungen und die visuell-räumliche Wahrnehmung und Verarbeitung stellte sich gut dar. Jedoch manifestierten sich im Bereich der Aufmerksamkeit durchwegs deutliche bis massive Verlangsamungen, Reaktionsschwankungen sowie teilweise auch qualitative Defizite. Dr. L. ___ beurteilte die Befunde als Hinweis auf eine leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörung im Bereich bi-fronto-basaler und tieferer (Hirnstamm) Strukturen. Im Vordergrund ständen durchwegs reduzierte spezifische Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistungen sowohl bei einfachen als auch bei komplexeren, mehr

Aufmerksamkeitszuwendung erfordernden Aufgaben. Die Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit sei insgesamt erschwert, ein rascher und effizienter Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus (Shift), wie er etwa im Arbeitsgedächtnis sowie in der geteilten Aufmerksamkeit und parallelen Reizverarbeitung erforderlich sei und eine grundlegende Voraussetzung für kognitive Beweglichkeit darstelle, sei beeinträchtigt. Hinzu komme eine reduzierte Belastbarkeit bei längerer konzentrativer Beanspruchung, auch im Gespräch, nebst einer Zunahme somatischer Beschwerden, vor allem Kopfschmerzen. In der heutigen (Testtag) ablenkungsarmen, ruhigen und gut strukturierten Arbeitsatmosphäre hätten sich keine Defizite in den höheren kortikalen Funktionen, weder in Lern- und Neugedächtnis noch in den Exekutivfunktionen gezeigt. Dennoch würden die vom Beschwerdeführer angegebenen Schwierigkeiten bei der Umschulungsmassnahme in G. ___ durch die erhebliche Verlangsamung und die obgenannten qualitativen Aufmerksamkeitsdefizite sowie aufgrund der reduzierten Belastbarkeit, die wiederum mit den Minderleistungen in den kognitiven Basisfunktionen interagierten, erklärbar und verständlich. Dr. L. ___ wirft auch die Frage auf, ob die abgebrochene IV-Umschulungsmassnahme angesichts der schulisch-beruflichen Anamnese (Rückstufung, Kleinklasse und Schwierigkeiten in der Berufsschule) überhaupt angemessen gewesen sei. Aus rein neuropsychologischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit in der angestammten beruflichen Tätigkeit als Elektromonteur aufgrund obgenannter kognitiver Defizite zu zirka 20-30% eingeschränkt. Eine ambulante neuropsychologische Therapie mit gezieltem Hirnleistungstraining wäre zur Verbesserung der kognitiven bzw. konzentrativen Minderleistungen sowie zur Steigerung der kognitiven Belastbarkeit sinnvoll (Urk. 18).

4.1.1.1.1.1

4.1.1.1.1 Die Diagnose eines chronischen posttraumatischen Kopfschmerzes (ICD-10 G44.3) darf nach den Leitlinien der Internationalen Headache Society (IHS) ausdrücklich nur dann angeführt werden, wenn ein kausaler Zusammenhang zu einem Kopf- und/oder Halswirbelsäulentrauma besteht (vgl. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 062/007, Die Begutachtung von idiopathischen und symptomatischen Kopfschmerzen, aktualisiert am 3. November 2009, unter: www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/062-007.htm). Danach werden Kopfschmerzen, wenn sie auf ein Schädeltrauma, ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT), eine traumatische intrakranielle Blutung, eine HWS-Distorsion mit direktem Nackentrauma, eine HWS-Beschleunigungsverletzung oder eine Kraniotomie zurückzuführen sind, als posttraumatisch bezeichnet. Entsprechend den Kriterien der IHS muss das Trauma anamnestisch und klinisch gesichert sein und der posttraumatische Kopfschmerz muss sich zeitnah innerhalb von sieben Tagen nach dem Trauma manifestiert haben. Der Nachweis von strukturellen Läsionen (die geeignet sind, dauerhaft Schmerzen zu verursachen) gelingt über eine Computertomographie (CT) des Schädels oder der HWS (insbesondere bei knöchernen Läsionen und Blutungen) oder über eine Magnetresonanztomographie (MRT) des Schädels oder der HWS. Der bildgebende Nachweis kann ergänzt werden durch einen Herdbefund in der Elektroenzephalographie (EEG) (beispielsweise sogenannter Coup und Contre-Coup). Das SHT und HWS-Trauma wird nach Empfehlung der IHS eingeteilt in ein leichtes SHT (Bewusstseinsverlust nicht gegeben oder unter 15 Minuten, GCS über 12, keine neurologischen Fokalzeichen, retrograde/anterograde Amnesie unter 24 Stunden) und ein mittelschweres oder schweres SHT, bei welchem mindestens eines dieser Symptome gegeben sein muss:

Bewusstseinsverlust von über 15 Minuten, GCS unter 13, posttraumatische Amnesie von über 48 Stunden, bildgebender Nachweis einer traumatischen Hirnläsion (intrakranielle Blutung, Hirnkontusion, Schädelfraktur). Ferner umfasst die Einteilung die HWS-Beschleunigungsverletzung, das traumatische intrakranielle Hämatom, das andere Kopf- oder HWS-Trauma und die Kraniotomie. Die Einteilung eines SHT in Grad 0 (GCS = 15) entspricht einer Schädelprellung, bei welcher keine HWS-Beschwerden und keine objektivierbaren Ausfälle zu verzeichnen sind, Grad 1 (GCS 13/14) entspricht derjenigen einer Gehirnerschütterung (Commotio cerebri), Grad 2 einer Gehirnprellung (Contusio cerebri) und Grad 3 einer Gehirquetschung (Compressio cerebri mit Bewusstseinsverlust über 30 Minuten, Blutung, Einklemmung, etc.).

4.2 Aufgrund der vorliegenden, initialen Arztberichte, insbesondere über die bildgebenden Befunde, lassen sich traumatische Hirnläsionen (beispielsweise Hirnkontusionen, Blutungen) oder Schädelfrakturen klarerweise ausschliessen. Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers sind weder ein initialer Bewusstseinsverlust, noch neurologische Befunde, noch eine längerdauernde retrograde/anterograde Amnesie, noch ein langandauerndes und gar hirnschädigendes (klinisches) Koma aktenkundig. Sicherlich erlitt er beim Unfall eine Schädelprellung, dafür spricht die RQW, möglicherweise eine Gehirnerschütterung, welche nach den oben genannten IHS-Kriterien (Erw. 4.1) unter das Schädel-Hirn-Trauma Grad 1 einzuteilen wäre. Der Bericht von Dr. K. ___ erweist sich demnach als nachvollziehbar und überzeugend. Weitere Abklärungen diesbezüglich würden zu keinen neuen Erkenntnissen führen, weil sich eine anlässlich des Unfalles vom 12. Dezember 2003 allenfalls erlittene Gehirnerschütterung organisch nicht nachweisen liesse und dies ausserdem bedeutungslos wäre, weil einzig deren allenfalls heute noch vorhandenen und auch in Zukunft andauernden, erheblichen Folgen eine entschädigungspflichtige Integritätseinbusse zu bewirken vermöchten. Für das Vorhandensein solcher erheblicher Folgen ergeben die vorliegenden Akten indes keine Hinweise.

4.3 Insbesondere diagnostizierte keiner der behandelnden Ärzte einen (chronischen) posttraumatischen Kopfschmerz. Kopfschmerzen werden erstmals anlässlich eines Telefongesprächs der beim Unfall ebenfalls schwer verletzten Beifahrerin vom 18. März 2004 (Urk. 9/20) und im Austrittsbericht der Rehaklinik Z. ___ im Anhang unter subjektiver Anamnese erwähnt (Urk. 9/33 S. 4). Es mag - wie der Beschwerdeführer vorbringen lässt - sein, dass diese Schmerzen anfangs aufgrund der hohen Dosen an eingenommenen Schmerzmedikamenten nicht in Erscheinung traten. Tatsache ist jedoch, dass Kopfschmerzen im weiteren Verlauf nicht oder wenig geklagt wurden (beispielsweise finden sie anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 22. Februar 2005 keine Erwähnung), im Verlaufsbericht des B. ___ vom 4. Oktober 2004 aber ausdrücklich vermerkt wird, dass Analgetika nicht eingenommen werden (Urk. 9/48; vgl. auch Konsultationsbericht B. ___ vom 8. Mai 2006, Urk. 9/103). Wenn der Beschwerdeführer nunmehr - offenbar seit 2007 (Erw. 3.6) oder nach Beginn der beruflichen Umschulung (Erw. 3.4) - unter vermehrten Kopfschmerzen leidet, kann dies - wie Dr. K. ___ überzeugend aufzeigt (Erw. 3.4) - nicht mehr auf die anlässlich des Unfalles vom 12. Dezember 2003 allenfalls erlittene Commotio cerebri zurückgeführt werden. Der Nachweis eines beschwerdeauslösenden SHT kann auch nicht allein durch die Neuropsychologie erbracht werden (BGE 119 V 341 Erw. 2b/bb und 117 V 380 Erw. 3f). Die mit einer Gehirnerschütterung einhergehende Schädigung des Gehirns ist

praxisgemäss grundsätzlich reversibel (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Oktober 2007 in Sachen U., U 75/07, Erw. 4.2.1, vom 9. Juni 2008 in Sachen M., 8C_721/2007, Ew. 3.2), jedenfalls dann, wenn wie hier keine oder keine schwerwiegenden Funktionsausfälle zu beklagen waren. Zudem ist fraglich, ob die von Dr. L. ___ festgestellten Leistungsminderungen in der Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit irreversibel sind und die für eine Integritätsentschädigung notwendige Erheblichkeit erreichen würden.

4.4. Sinngemäss wird ausserdem vorgebracht, der Beschwerdeführer leide unfallbedingt, allenfalls als direkte Folge des Schädelhirntraumas, an psychischen Störungen, wie diverse Auffälligkeiten anlässlich der Umschulung aufgezeigt hätten, bzw. leide möglicherweise unter einer psychischen Fehlentwicklung. Eine psychopathologische Störung mit Krankheitswert konnte anlässlich des Rehabilitationsaufenthaltes in der Rehaklinik Z. ___ ausgeschlossen werden, ebenso wie eine posttraumatische Belastungsstörung (Urk. 9/33 und Urk. 9/33A). Der behandelnde Chirurg Dr. A. ___ schloss sich dieser Beurteilung im Bericht vom 26. Juli 2004 ausdrücklich an (Urk. 9/40), wofür auch die von ihm grundsätzlich als gegeben erachtete Fahrtauglichkeit spricht. Die eher kurzzeitige (sie endete Mitte 2007, Urk. 9/148) psychotherapeutische Begleitung bei Dr. F. ___ war unterstützender Natur und eine medikamentöse behandlungsbedürftige Symptomatik konnte sie nicht feststellen (Urk. 9/133). Die somatisch behandelnden Ärzte erwöhnten ebenfalls keine psychischen Auffälligkeiten und sahen sich nicht zu psychiatrischen Abklärungen veranlasst. Ob das aufgefallene, eher unstete oder allenfalls nicht altersentsprechende Verhalten des Beschwerdeführers auf den Unfall zurückzuführen ist, wie von ihm postuliert, oder eher vorbestehend war, wie von der Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die unrealistischen beruflichen Vorstellungen angenommen und wofür die schulische und berufliche Laufbahn vor dem Unfall sprechen würden, kann angesichts fehlender Hinweise auf krankheitswertige Symptome jedoch dahingestellt bleiben.

4.5. Von weiteren medizinischen Abklärungen hinsichtlich unfallkausaler erheblicher Integritätsschäden neurologischer und/oder psychiatrischer Natur ist angesichts dieser Aktenlage abzusehen (BGE 124 V 90 Erw. 4b S. 94, 122 V 157 Erw. 1d S. 162).

5. Die Bemessung der organischen Integritätsschädigungen im einzelnen wird nicht konkret bemängelt und gibt zu keiner Beanstandung Anlass. Soweit das Total der einzelnen, vom Kreisarzt aufgeführten Schäden nicht mit der mathematischen Summe übereinstimmt, liegt dies im Ermessen der Gesamtbetrachtung, die insgesamt angemessen erscheint und worin nicht einzugreifen ist.

Zusammenfassend ist die Beschwerde daher unbegründet und abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Petra Oehmke

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit

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

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

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

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