

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00066

## vom 14. Juni 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-06-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2010.00066](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00066)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00066 du 14 juin 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00066 del 14 giugno 2011

### Erwägungen

#### E. 3

3.1 Der Beschwerdeführer fuhr am 8. November 2002 mit dem Fahrrad, als ein entgegenkommender Autofahrer, der mit einer Geschwindigkeit von 40 bis 50 km/h unterwegs war, nach links abbog, den Beschwerdeführer übersah und frontal mit ihm kollidierte. Der Beschwerdeführer wurde mit der Rega ins Spital geflogen (Urk. 8/1 Ziff. 4 und 7, Urk. 8/6/4, Urk. 8/6/11).

Nach dem Bericht der Ärztin, Departement Chirurgie, Klinik für Wiederherstellungschirurgie, Universitätsspital A. (A.), vom 24. Januar 2003 (Urk. 8/7 oben) zog sich der Beschwerdeführer bei dem Unfall multiple Gesichtsverletzungen und Frakturen an der Basis Os metacarpale III-V der rechten Hand zu.

3.2 Die Ärztin des A. nannten in einem Bericht vom 30. April 2003 (Urk. 8/18) als Diagnosen: Status nach Metakarpale III-V-Fraktur Hand rechts am 8. November 2002, aktuell: residuelle belastungsabhängige Schmerzen im ehemaligen Frakturbereich. Die Ärztin führte weiter aus, bei dem Unfall sei es unter anderem zu einer basisnahen Fraktur der Metacarpalia III-V rechts gekommen. Eine im Verlauf aufgetretene Sudeck'sche Dystrophie sei ausbehandelt. Ab dem 24. Februar 2003 sei ein Arbeitsversuch mit einem Pensum von 50 % erfolgt. Der Beschwerdeführer berichte bei zunehmender Arbeitsbelastung über vermehrte Schmerzen in der rechten Hand, vor allem über dem fünften Mittelhandknochen. Er sei letzte Woche nach dem Heben von etwa 10 kg schweren Lasten nicht mehr arbeitsfähig gewesen (Urk. 8/18 oben).

Es handle sich um einen ungewöhnlich langen Verlauf einer Metakarpale III-V-Fraktur mit residuell belastungsabhängigen Mittelhandschmerzen. Die spontane Wiedervorstellung kurz vor Auslaufen des Arbeitszeugnisses lasse den Verdacht auf eine Aggravation aufkommen. Aufgrund der objektiven Befunde und der verstrichenen Zeit sei eine Steigerung der Belastung bis zu einem Pensum von 100 % zumutbar. Die geschilderten Beschwerden liessen jedoch derzeit eine weitere Steigerung der Arbeitsbelastung nicht zu.

3.3 Der Beschwerdeführer wurde am 3. Juli 2003 durch Kreisarzt Dr. med. B., Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, untersucht.

Dr. B. führte in dem Bericht vom 3. Juli 2003 (Urk. 8/25) aus, der Beschwerdeführer gebe an, das Hauptproblem bei der Arbeit seien Schmerzen in der rechten Hand, die bei kraftfordernden Arbeiten auftreten würden. Die Schmerzen seien am stärksten im Karpalbereich. Jedoch verursache die ganze rechte Hand

gelegentlich Schmerzen. Daneben habe er linksseitige Schmerzen im Gesicht und occipitale Kopfschmerzen (S. 1 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Unfall vom 8. November 2002 seien eine Jochbeinfraktur links und eine inkomplette Le Fort I-Fraktur links sowie basisnahe Frakturen an den Metacarpalia III-V der rechten Hand diagnostiziert worden. Die Mittelgesichtsfraktur links sei osteosynthetisch versorgt worden. Die Frakturen an der rechten Hand seien konservativ behandelt worden. In der Folge sei es zu einer retrospektiv wahrscheinlich als leicht anzusehenden Sudeck-Dystrophie an der rechten Hand gekommen. Die Wiederaufnahme der Arbeit sei am 24. Februar 2003 halbtags erfolgt. Die volle Aufnahme der Arbeit sei wegen der Angabe von Schmerzen in der rechten Hand unterblieben (S. 2 f.). An der rechten Hand seien klinisch keine Hinweise für einen Morbus Sudeck zu finden. Die Beweglichkeit der Hand und der Finger sei ebenso normalisiert wie die Beweglichkeit der Ellbogen- und Schultergelenke. Radiologisch zeigten sich günstige Verhältnisse mit abgeheilten Frakturen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Wiederaufnahme der Arbeit mit einem vollen Pensum sei auch für eine manuell schwere Tätigkeit zumutbar (S. 3 Mitte). Die Arbeit an vibrierenden Geräten, wie beispielsweise Kompressoren, sei dem Beschwerdeführer nur für jeweils 15 bis 20 Minuten zumutbar und insgesamt über den Tag verteilt nur drei bis viermal. Eine Arbeit mit Schlägeln sollte einen Drittel der Arbeitszeit nicht übersteigen. Im Übrigen bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer habe die Tendenz, bestehende Beschwerden selektiv aggravierend zu empfinden (S. 3 unten).

3.4 Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer begab sich am 27. Januar 2004 in die Neurologische Klinik und Poliklinik des A. \_\_\_ in Behandlung (Urk. 8/35/1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Ärzte des A. \_\_\_ führten in dem gleichentags erstellten Bericht (Urk. 8/35/1-2) zur Anamnese aus, der Beschwerdeführer nehme wegen Kopfschmerzen täglich 600mg Brufen ein. Seit dem Unfall habe er nur noch unregelmäßig gearbeitet. Er habe Arbeitsversuche wiederholt wegen Kopfschmerzen aufgegeben (S. 2 oben). Eine Gleichgewichts- oder Gangstörung bestehe nicht. Die Trophik und der Tonus der Arme und Beine seien normal. Paresen oder Koordinationsstörungen beständen nicht (S. 2 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es liege ein posttraumatisches Syndrom mit typischen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit sowie neuropsychiatrischen und -vegetativen Beschwerden vor. Aktuell beständen keine sicheren Anhaltspunkte für persistierende somatische Ursachen des Beschwerdebildes (S. 2 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Ärzte des A. \_\_\_ nannten in einem Zwischenbericht vom 6. April 2004 (Urk. 8/41/1-2) als Diagnosen (Ziff. 1):

chronifiziertes posttraumatisches Syndrom nach Unfall am 8. November 2002 mit/bei:

- initial Glasgow Coma Scale von 14, Verdacht auf retrograde und anterograde Amnesie unklarer Dauer, Mittelgesichtsfrakturen links

- chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp mit neuralgiformer Komponente, zum Teil schmerzmittelinduziert

- neuropsychologische und neuropsychiatrische Störungen.

Der Beschwerdeführer gebe teils drückende, teil brennende Kopf- und Gesichtsschmerzen mit Schwerpunkt frontal links (Narbenbereich) sowie Konzentrationsstörungen, Nervosität, Müdigkeit und eine reaktive Depression an, die seit dem Unfall weitgehend unverändert sei. In den neuropsychologischen Tests hätten sich fronto-basale und rechtshemisphärisch fronto-temporale Dysfunktionen gezeigt (vgl. auch den Arztbericht vom 23. Februar 2004 über die im A. \_\_\_ erfolgte neuropsychologische Untersuchung des Beschwerdeführers, Urk. 8/39/1-2). Eine Kernspintomographie vom 2. Februar 2004 habe unauffällige Verhältnisse ergeben (Ziff. 2.a). Unfallfremde Faktoren spielten im Heilungsverlauf keine Rolle (Ziff. 2b). Die Behandlung im A. \_\_\_ sei aktuell abgeschlossen (Ziff. 3d). Im Moment sei die Arbeitsfähigkeit für eine Tätigkeit auf dem Bau als gering zu beurteilen. In einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit könne die Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich gesteigert werden (Ziff. 4a).

3.5 Am 23. Juli 2004 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. C. \_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH. Dr. C. \_\_\_ führte in einem Bericht vom 26. Juli 2004 (Urk. 8/54) aus, somatisch beständen in der linken Gesichtsregion bei voller Funktion und Beweglichkeit der Kiefer und der Gesichtsmuskulatur unauffällige Verhältnisse. Der Beschwerdeführer klage über dauernde linksseitige Kopfschmerzen, vor allem in der periorbicularen Region links, aber auch im Hinterkopf mit Ausstrahlung in die Nackenregion. Zudem gebe er eine Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, depressive Stimmungen, Unruhe und Insomnie an. Durch die andauernden Kopfschmerzen sei er in seiner Lebensqualität beträchtlich eingeschränkt. Der Beschwerdeführer arbeite seit Juni 2004 als Mitarbeiter in einem Reitstall zu 100 %. Die Arbeit sei nach seinen Angaben leichter als auf einer Baustelle und sei für ihn zu bewältigen (S. 3 unten).

Das anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 3. Juli 2003 beschriebene Zumutbarkeitsprofil habe weiterhin Gültigkeit und sei mit der neuen Arbeit vollumfänglich erfüllt. Betreffend die linksseitigen Mittelgesichtsfrakturen und die persistierenden kleinen hyposensiblen Areale im Verlauf der Narben beständen gute Verhältnisse. Die Erheblichkeitsgrenze für eine Integritätsentschädigung sei nicht erreicht (S. 4 oben). Die frontalen linksseitigen Kopfschmerzen mit Schmerzausstrahlung im Bereich der schweren ehemaligen Gesichtsfrakturen und das hyposensible Areal im Bereich der Narbe frontal parietal links seien mit dem Unfallereignis und den Verletzungen erklärbar. Der Beschwerdeführer gebe zudem neuropsychologische und neuropsychiatrische Beschwerden an wie Depressionen, Unruhe, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Ermüdbarkeit und Schlafstörungen. Die Beschwerden seien im Rahmen der Untersuchung nicht verifizierbar und medizinisch mit dem Unfallereignis nicht vereinbar (S. 4 unten).

3.6 Die Ärzte des A. \_\_\_ führten in einem Bericht vom 31. Januar 2005 (Urk. 8/72/1-2) aus, hinsichtlich der Cephalae, welche täglich auftreten würden, bestehe eine weitestgehend unveränderte Situation. Schmerzfreie Intervalle beständen nicht. Der Kopfschmerz baue sich regelmäßig gegen Abend auf. Die Intensität sei variabel, fluktuierend zwischen 2 bis 8 auf der VAS-Schmerzskala (S. 2 oben). Aufgrund seiner Beschwerden sei dem Beschwerdeführer die Stelle in einem Reitstall auf den 31. Dezember 2004 gekündigt worden. Es beständen schwierige psychosoziale Verhältnisse mit finanziellen Engpässen. Weiter lägen Hinweise für eine depressive

Äberlagerung bei psychosozialer Belastungssituation vor (S. 2).

3.7 Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer wurde in der Folge im Institut für D.\_\_\_\_ (D.\_\_\_\_) untersucht. Das Gutachten datiert vom 28. Juni 2007 und ist von Dr. phil. E.\_\_\_\_, Psychologin, und PD Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, unterzeichnet (Urk. 8/109). Das Gutachten beruht auf den dem D.\_\_\_\_ zur Verfügung gestellten Akten, den neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungen des Beschwerdeführers vom 20. April und vom 2. Mai 2007 und einer interdisziplinären Besprechung der Gutachter (S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gutachter nannten als Diagnosen (S. 20 Ziff. 2.1):

- Status nach Fahrradunfall (Frontalkollision) vom 8. November 2002 mit:

- Akutphase : Schädelhirntrauma, Jochbeinfraktur links und inkomplette Le Fort I-Fraktur, grosse Schnittwunden an Stirn und Kinn, gespaltene Zunge und Unterlippe, Frakturen an der Basis Os metacarpale III-V, retrograde Amnesie bei Glasgow Coma Scale 14

- Sudecksche Dystrophie nach konservativer Therapie der rechten Handfrakturen

- aktuell :

- chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp mit neuralgiformer Komponente

- zum Teil Aggravation durch Schmerzmittelüberkonsum

- unspezifischer Schwindel (Differentialdiagnose: Analgetika-Nebenwirkung, im Rahmen eines vegetativen Syndromes)

- Insomnie (Differentialdiagnose: schmerzbedingt im Rahmen eines Neurasthenie-Syndromes)

- multiple Narben mit Sensibilitätsstörungen im Narbenbereich

- mittelschwere kognitive Funktionsstörung

- Verdacht auf depressive Entwicklung.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gutachter führten weiter aus, der Beschwerdeführer berichte über Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, gereizte Stimmung und Schwindel (S. 15 Ziff. 3.1). Er gebe an, dass vor dem Unfall kein Schwindel bestanden habe. Er sei deswegen auch schon zweimal zu Boden gestürzt (S. 16 unten). Nach dem neurologischen Teilgutachten (vgl. Urk. 8/107/1-3) seien die aktuell vorliegenden mittelschweren kognitiven Funktionsstörungen nicht alleine durch das Unfallereignis erklärbar. Aus neuropsychologischer Sicht liege die Arbeitsunfähigkeit bei 50 - 70 %, wobei diese nicht allein durch das Unfallereignis begründet sei. Ein Integritätsschaden könne aus neuropsychologischer Sicht derzeit nicht beurteilt werden. Der Beschwerdeführer müsse zuerst psychiatrisch abgeklärt werden (S. 19 Ziff. 4.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Für die Beschwerden finde sich kein organisches Korrelat (S. 21 Ziff. 2.2 oben). Zum Teil würden Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schwindel, Schlafstörungen und neuropsychologische Defizite vorliegen, wie sie von der Rechtsprechung als typische Beschwerden nach HWS-Distorsionstraumen angenommen werden (S. 21 Ziff. 3.1). Aufgrund der Akten müsse ein Unfallereignis angenommen werden, bei dem weniger eine traumatische Hirnverletzung (MTBI), sondern

ein Schädelhirntrauma stattgefunden habe. Hierfür spreche auch die Diagnose einer Le Fort I-Fraktur. Das Ausmass des Schädelhirntraumas könne aufgrund eines Glasgow Coma Scale von 14 als "leicht" eingestuft werden (S. 21 Ziff. 3.2).

Die Gutachter führten zu den vom Beschwerdeführer angegebenen posttraumatischen Kopfschmerzen an, es handle sich dabei um häufige Beschwerden nach einem HWS-Beschleunigungstrauma. Anamnestisch liege klinisch kein signifikanter Vorzustand vor. Die Frage nach einem wesentlichen, die Unfallkausalität beeinflussenden Vorzustand müsse daher verneint werden. Als vermeintlich unfallfremder, das Schmerzsyndrom verstärkender Faktor könne der Analgetikaüberkonsum betrachtet werden. Der Unfall sei daher als überwiegend wahrscheinliche Ursache für die posttraumatischen Kopfschmerzen anzusehen (S. 22). Neuropsychologische Beschwerden, wie sie vom Beschwerdeführer angegeben würden, würden häufig nach einer HWS-Beschleunigungsverletzung auftreten. Hingegen lasse sich nicht erklären, warum die kognitiven Ausfälle in der aktuellen Untersuchung ausgeprägter seien gegenüber der Voruntersuchung vom 23. Februar 2004. Der Befund könne allenfalls mit einer psychischen Fehlentwicklung erklärt werden. Zudem seien das chronische Schmerzsyndrom und die Wirkung des Analgetikakonsums als wahrscheinliche Mitursachen der kognitiven Funktionsstörungen zu betrachten (S. 23 oben).

Die Gutachter erachteten aufgrund der aktuellen Befunde die psychischen Beschwerden als im Vordergrund stehend. Für eine abschliessende Beurteilung sei jedoch eine psychiatrische Untersuchung notwendig (S. 24 Ziff. 6).

Der Beschwerdeführer sei aus somatischer Sicht wegen seiner Kopfschmerzen und dem Schwindel auf dem Bau zu 100 % arbeitsunfähig. Aus neuropsychologischer Sicht liege die Arbeitsunfähigkeit bei 50 - 70 % (S. 25 Ziff. 8). Vor einer abschliessenden Beurteilung sei eine psychiatrische Untersuchung durchzuführen. Aktuell sei in einer angepassten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. Dabei sei von einer leichten Tätigkeit mit genügend Pausen auszugehen (S. 26 Ziff. 9 Mitte).

3.8 Der Beschwerdeführer wurde am 1. und 15. Februar 2008 durch Dr. med. G., Oberarzt, Psychiatrische Poliklinik, A., untersucht (S. 1). Das Gutachten vom 19. März 2008 (Urk. 8/122) beruht auf den dem Gutachter zur Verfügung gestellten Akten und den am 1. und 15. Februar 2008 erfolgten Untersuchungen des Beschwerdeführers (S. 1).

Dr. G. stellte die Diagnose einer maladaptiven Verarbeitung von Schmerzen bei einer Persönlichkeit mit narzisstisch-histrionischen Zügen (S. 29 Ziff. 6).

Dr. G. führte weiter aus, der Beschwerdeführer erkläre, dass es nach dem Unfall zur Kündigung der Hilfsarbeitertätigkeit auf dem Bau gekommen sei. Er erwähne, dass er sich dort ungerecht behandelt und gekränkt gefühlt habe, zumal er noch Schmerzen gehabt habe und niemand sich nach seinem Befinden erkundigt habe. Seit 2004 gehe er keiner Tätigkeit mehr nach. Er betone, dass er gerne arbeiten würde, er aber aufgrund der Kopfschmerzen nicht arbeiten könne (S. 23 Ziff. 4.3 unten). Er äussere, dass er vor dem Unfall vom 8. November 2002 körperlich und psychisch völlig gesund gewesen sei (S. 24 Ziff. 4.4 oben). Er habe die Versorgung im A. als unbefriedigend erlebt und sei dadurch gekränkt gewesen (S. 24 Ziff. 4.4 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Unfall seien wiederholt Situationen zu verzeichnen gewesen, in denen der Beschwerdeführer den Eindruck gehabt habe, man werde ihm nicht gerecht, was er als kränkend erlebt habe (S. 26 unten). In den aktuellen Untersuchungsgesprächen seien die in früheren Berichten erwähnten Symptome (Depression, Unruhe, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Ermüdbarkeit) nicht festzustellen gewesen. Der Beschwerdeführer verneine depressive Symptome. Er beklage jedoch weiterhin eine Unruhe, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Ermüdbarkeit und Schlafstörungen. Die detaillierte Untersuchung zeige, dass die Symptome nicht den Stellenwert einer psychischen Störung erreichen würden. Differentialdiagnostisch müsste auf der Symptomebene eine Anpassungsstörung mit milden depressiven Inhalten als Diagnose aufgegeben werden. Anpassungsstörungen würden zudem meist nicht länger als sechs Monate andauern (S. 30 oben). Festzuhalten sei, dass der Beschwerdeführer neben den angegebenen Beschwerden im Alltag gut funktioniere. Er gehe joggen und in seiner Freizeit an den Zürichsee. Er habe dort auch seine Ehefrau kennen gelernt und eine Familie gegründet. Die unauffällige und gesunde Entwicklung stehe in Kontrast zu den Beschwerden, in denen der Beschwerdeführer wohl Ungerechtigkeit, Verletzung und Enttäuschung erlebe. Die Beschwerden seien aus psychiatrischer Sicht als durch psychische Faktoren und Verhaltensweisen mitbedingte (psychogene) Schmerzen zu beurteilen. Es handle sich um ein maladaptives Erleben, Denken und Verhalten des Beschwerdeführers nach einem unverschuldeten Unfall (S. 30 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig. Zur Angewöhnung und Anpassung müsste vorerst für zirka ein Jahr mit einer reduzierten Arbeitszeit von 50 % ohne zu erwartende Arbeitsleistung gerechnet werden (S. 31 Ziff. 7.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die geschilderten Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen. Wesentlich dürften aber vorbestehende narzisstisch-histrionische Persönlichkeitseigenschaften und eine sich später entwickelnde psychosoziale Belastungssituation sein. Auf der Basis dieser Persönlichkeitseigenschaften und der zunehmend schwierigen sozialen Situation hätten sich die aktuellen Beschwerden entwickelt, von denen jedoch anzunehmen sei, dass sie ohne das Unfallereignis nicht aufgetreten wären (S. 35 Ziff. 5.1).

3.9 Ä Ä Ä PD Dr. F. \_\_\_\_, D. \_\_\_\_, antwortete am 4. Februar 2009 auf Ergänzungsfragen der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/151/1-3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä PD Dr. F. \_\_\_\_ führte aus, aufgrund des eingeholten psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. G. \_\_\_\_ bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der im Vordergrund zu berücksichtigenden Schwindelepisoden sei der Beschwerdeführer aus Sicht der D. \_\_\_\_-Gutachter in der bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig, in einer angepassten Tätigkeit jedoch zu 50 % arbeitsfähig (S. 2 Ziff. 1 Mitte). Für die vom Beschwerdeführer beklagten Kopfschmerzen sei entsprechend dem Tabellenwert der SUVA kein Integritätsschaden geschuldet. Entsprechend Tabelle 7 sei in casu aber ein Schmerzsyndrom zu postulieren, was mit einer Integritätsbeeinträchtigung von zirka 10 % einhergehe. Zusammen mit den kognitiven Beeinträchtigungen würde er insgesamt aus somatischer und psychischer Sicht eine Integritätsentschädigung von 20 % sehen (je hälftig somatisch und psychisch, S. 3 Ziff. 3).

## E. 4

4.1 Der Beschwerdeführer erlitt bei dem Unfall vom 8. November 2002 im Wesentlichen multiple Gesichtsverletzungen und eine Fraktur an der rechten Hand, wobei die diesbezüglichen Verletzungen als abgeheilt anzusehen sind. Von ärztlicher Seite wurde später zudem die Diagnose eines leichten Schädelhirntraumas und einer retrograden Amnesie bei einem Glasgow Coma Scale von 14 gestellt. Der Beschwerdeführer klagte anlässlich der Begutachtung im D.\_\_\_\_ insbesondere noch über chronische Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden (Urk. 8/109 S. 20 Ziff. 2.1). Die Begutachtung im D.\_\_\_\_ bestätigte zudem neuropsychologische Defizite (Urk. 8/109 S. 23 oben).

4.2 Das Gutachten des D.\_\_\_\_ vom 28. Juni 2007 (Urk. 8/109) wie auch das psychiatrische Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_ vom 19. März 2008 (Urk. 8/122) erfüllen die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert von medizinischen Gutachten (vgl. Erw. 1.4 hiervor). Auf die Gutachten kann daher abgestellt werden.

4.3 Festzuhalten ist zunächst, dass es an einem organischen Substrat für die noch bestehenden Beschwerden fehlt (Urk. 8/109 S. 21 Ziff. 2.2), was unbestritten ist.

Nach dem Gutachten des D.\_\_\_\_ sind die Beschwerden zumindest teilweise auf das Unfallereignis zurückzuführen. Da auf weitere Beweisvorkehren zur natürlichen Kausalität der organisch nicht erklärbaren Beschwerden verzichtet werden kann, wenn der adäquate Kausalzusammenhang ohnehin zu verneinen ist (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 68 Erw. 3c), ist nachfolgend der adäquate Kausalzusammenhang besonders zu präzisieren.

### 4.4

4.4.1 Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgen ist wie folgt zu differenzieren (BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb): Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 E. 3; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (vgl. dazu: BGE 117 V 360 E. 4b) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten (BGE 123 V 99 E. 2a; RKUV 2002 Nr. U 465 S. 438 f. E. 3a und b).

Die bei Vorliegen eines Schleudertraumas massgebliche Rechtsprechung ist auch bei einer äquivalenten Verletzung der Halswirbelsäule sowie Schädelhirntraumen, soweit sich die Folgen mit denjenigen eines Schleudertraumas der HWS vergleichen lassen (BGE 117 V 369 E. 4b S. 382 f.), anwendbar. Dabei ist zu beachten, dass ein allfälliges Schädelhirntrauma, welches höchstens den Schweregrad einer commotio cerebri, nicht im Grenzbereich zu einer contusio cerebri, erreicht, für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis nicht genügt (Urteile des Bundesgerichts 8C\_476/2007 vom 4. August 2008, E.4.1.3, und U 588/06 vom 11. Dezember 2007, E.4.2.2).

4.4.2.2.1 Der Beschwerdeführer erlitt bei dem Unfall ein leichtes Schädelhirntrauma, wobei die Gutachter des D. \_\_\_ wie auch die Ärzte des A. \_\_\_ von einem Glasgow Coma Scale von 14 ausgingen (Urk. 8/109 S. 21 Ziff. 3.2, Urk. 8/41/1 Ziff. 1). Das Bundesgericht hatte in dem zitierten Urteil 8C\_476/2007 vom 4. August 2008 ein Schädelhirntrauma mit einem annähernd vergleichbaren Glasgow-Coma-Scale-Wert von 15 als nicht ausreichend für die Anwendung der HWS-Rechtsprechung erachtet. Von Bedeutung ist sodann, dass der Beschwerdeführer erstmals anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 3. Juli 2003 über Kopfschmerzen klagte (Urk. 8/25 S. 3 oben). Erst bei der Untersuchung in der Neurologischen Klinik und Poliklinik des A. \_\_\_ vom 27. Januar 2004 führte er zudem Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, innere Unruhe und eine depressive Entwicklung mit Insomnie an (Urk. 8/35/2 oben). Allfällige für ein Schädelhirntrauma typische Beschwerden sind nach den Akten daher erst mehr als ein Jahr und nicht unmittelbar nach dem Unfall (vgl. für diesen Zeitraum etwa den Bericht der Ärzte des A. \_\_\_ vom 30. April 2003, Urk. 8/18) aufgetreten. Die genannten Umstände führen dazu, dass die Adäquanz nach der mit BGE 115 V 133 begründeten Rechtsprechung zu prüfen ist.

## E. 5

### 5.1.1.1

5.1.1.1.1 Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 E. 4b).

1.1.1.1.2 Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 141 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 116 E. 6.1, 120 V 355 E. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

5.1.2.1 Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 134 V 116 E. 6.1, 115 V 140 E. 6c/aa):

- 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.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 E. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 E. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

5.2 Die Vorinstanz hat den Unfall als mittelschwer, jedoch nicht im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen eingestuft (Urk. 2 S. 9 f. E. 5c).

Bei der Einteilung des Unfalles ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer am 8. November 2002 auf dem Fahrrad frontal von einem entgegenkommenden Autofahrer erfasst wurde, der gemäss Polizeibericht vor dem Linksabbiegen mit einer Geschwindigkeit von 40 - 50 km/h fuhr (Urk. 8/6/4 Mitte). Der Beschwerdeführer zog sich dabei die im Gutachten des D.\_\_\_\_ erwähnten Verletzungen wie namentlich ein Schädelhirntrauma, eine Jochbeinfraktur, grosse Schnittwunden an Stirn und Kinn und Frakturen an der rechten Hand zu (Urk. 8/109 S. 20 Ziff. 2.1). Die aktenkundigen Angaben lassen, zumal das Ereignis weder als schwer noch als leicht zu beurteilen ist, auf einen Unfall im mittleren Bereich schliessen. Eine Einordnung an der Grenze zu den schweren Unfällen fällt entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 7 f. Ziff. 2) im Lichte der einschlägigen Praxis ausser Betracht. Als mittelschwer im Grenzbereich zu einem schweren Unfall wurde vom damaligen Eidgenössischen Versicherungsgericht beispielsweise eine Fahrzeugkollision

in einem Tunnel eingestuft, bei welcher am Unfallort ein Toter und mehrere Verletzte zu beklagen gewesen waren und die betroffene Person unmittelbar nach der Kollision geglaubt hatte, ihr Ehemann und ihr Sohn seien tot (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 208 f. E. 3b/aa). In einem in RKUV 1999 Nr. U 330 S. 123 zitierten Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts wurde ein Insasse nach einer Kollision mit einem anderen Personenwagen aus einem Fahrzeug hinausgeschleudert; das rechte Bein blieb bis zur Leiste im umgestürzten Auto eingeklemmt; dabei wurde eine Commotio cerebri, eine offene Quetschwunde am Hinterkopf, ein Mittelhandbruch rechts sowie eine Kontusion und ein Hämatom an der linken Leiste diagnostiziert (nicht veröffentlichtes Urteil A. vom 29. Oktober 1991).

Im Vergleich zu der erwähnten höchststrichterlichen Rechtsprechung ist vorliegend von einem mittelschweren Unfall im mittleren Bereich auszugehen. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer während sieben Jahren Taggelder der Beschwerdegegnerin erhielt (Urk. 1 S. 7 f. Ziff. 2), führt nicht zu einer anderen Einteilung. Zur Bejahung der Adäquanz muss somit entweder eine Mehrzahl der massgebenden Kriterien oder aber ein einzelnes Kriterium in auffälliger Weise erfüllt sein.

5.3 Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalles liegen nicht vor. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (Urteil des Bundesgerichts 8C\_1020/2008 vom 8. April 2009, E. 5.2). In Anbetracht der erwähnten Verletzungen ist auch nicht von einer besonderen Schwere oder einer besonderen Art der Verletzungen auszugehen.

Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung bestehen ebenfalls nicht.

Der Beschwerdeführer war nach dem Unfall bis im April 2004 wegen Kopfschmerzen in der Neurologischen Klinik und Poliklinik des A. in Behandlung. Die Ärzte des A. erklärten die Behandlung im April 2004 explizit für abgeschlossen (Urk. 8/41/2 Ziff. 3d). Von den kreisärztlichen Untersuchungen und der Begutachtung im D. sowie der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. G. abgesehen fand in der Folge keine medizinische Behandlung mehr statt. Von einer ungewöhnlich langen Dauer ist bei einer Behandlungsdauer von mehr als einem Jahr bis zum April 2004 daher nicht auszugehen.

Die psychiatrische Begutachtung durch Dr. G. ergab, dass die noch bestehenden Beschwerden als durch psychische Faktoren und Verhaltensweisen mitbedingte (psychogene) Schmerzen zu verstehen sind (Urk. 8/122 S. 30 unten). Die somatisch bedingten Beschwerden an der rechten Hand wie auch die erlittenen Gesichtsfrakturen waren entsprechend der Beurteilung durch den SUVA-Kreisarzt Dr. B. dagegen bereits im Juli 2003 abgeheilt (Urk. 8/25 S. 3 Mitte, vgl. auch Urk. 8/54 S. 4 Mitte). In somatischer Hinsicht ist daher nicht von einem schwierigen Heilungsverlauf oder gar von erheblichen Komplikationen auszugehen. In diesem Sinne sind die anlässlich der Begutachtung im D. geklagten Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden wie auch die festgestellten neuropsychologischen Defizite auf eine maladaptive Schmerzverarbeitung bei einer Persönlichkeit mit narzisstisch-histrionischen Zügen zurückzuführen.

Für dieses Ergebnis sprechen auch die Ausführungen von PD Dr. F. \_\_\_ und Dr. E. \_\_\_ im D. \_\_\_-Gutachten, wonach der erhobene Befund mit einer psychischen Fehlentwicklung zu erklären ist beziehungsweise die psychischen Beschwerden im Vordergrund stehen (Urk. 8/109 S. 23 oben, S. 24 Ziff. 6). Zuvor äusserten bereits die Ärzte des A. \_\_\_ Zweifel an einer somatischen Ursache der persistierenden Beschwerden (Urk. 8/35/2 unten).

Das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen kann mit Blick auf die Kopfschmerzproblematik als erfüllt erachtet werden.

Nachdem der SUVA-Kreisarzt anlässlich der Untersuchung vom 23. Juli 2004 ein Arbeitspensum von 100 % als Mitarbeiter in einem Reitstall für zumutbar erachtet hatte (Urk. 8/54/3-4), ist nicht von einer besonderen Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

Nachdem lediglich eines der Kriterien erfüllt ist, dies aber nicht in auffälliger Weise, fehlt es an einem adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den noch bestehenden Beschwerden und dem Unfallereignis vom 8. November 2002.

5. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente oder eine Integritätsentschädigung besteht. Die Beschwerdegegnerin hat einen weiteren Leistungsanspruch des Beschwerdeführers im Einspracheentscheid vom 22. Januar 2010 daher zu Recht verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

6. Der unentgeltliche Rechtsbestand des Beschwerdeführers ist mit Blick in die am 16. Mai 2011 eingereichte Kostennote (Urk. 18) mit Fr. 2'249.75 (Honorar und Auslagenersatz inklusive Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Marc Spescha, Zürich, wird mit Fr. 2'249.75 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 16 Abs. 4 GSV hingewiesen.
4. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - Rechtsanwalt Marc Spescha
  - Rechtsanwalt Reto Bachmann
  - Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- Gerichtskasse

5. 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.