

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00247 vom 22. November 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-11-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00247

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00247 du 22 novembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00247 del 22 novembre 2011

Erwägungen

E. 3

3.1 Am 27. April 2003 fuhr der Beschwerdeführer mit seinem Fahrrad auf einer abfallenden Strasse und übersah offenbar eine Verkehrsberuhigungsschwelle, worauf sein Fahrrad ins Schleudern geriet und mit dem Randstein kollidierte und er selber kopfüber in eine Hecke prallte und dann auf das Trottoir geschleudert wurde (Urk. 14/10 S. 4).

Der Beschwerdeführer wurde in die Klinik für Unfallchirurgie des Universitätsspitals Z. (Z.) gebracht, wo er laut Austrittsbericht vom 16. Mai 2003 (Urk. 14/7) bis am 14. Mai 2003 hospitalisiert war und folgende Diagnosen gestellt wurden:

- mittelschweres Schädelhirntrauma mit
- initiale Glasgow Coma Scale (GCS) 15
- Epiduralhämatom temporal rechts
- Kalottenfraktur temporal mit Felsenbeinlängsfraktur
- Thoraxtrauma mit
- Rippenreihenfraktur rechts mit Hämatopneumothorax
- Lungenkontusion rechts
- Skapulafraktur rechts
- Brustwirbelkörper (BWK)-1-Querfortsatzfraktur rechts, undislozierte Fraktur Manubrium sterni

Am Unfalltag wurden eine osteoplastische Kraniotomie temporal rechts und Hämatomevakuierung rechts (vgl. Urk. 14/4) und eine Thoraxdrainage rechts (vgl. Urk. 14/5) durchgeführt (S. Mitte).

3.2 Vom 14. Mai bis 3. September 2003 weilte der Beschwerdeführer stationär in der Rehaklinik A., worüber am 10. September 2003 berichtet wurde (Urk. 14/18). Dabei wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1 Mitte):

- Fahrradselbstunfall am 27. April 2003
- mittelschweres Schädelhirntrauma, initiale Glasgow Coma Scale (GCS) 15
- Epiduralhämatom temporal rechts
- Kalottenfraktur temporal mit Felsenbeinlängsfraktur

- Thoraxtrauma, Rippenserienfraktur rechts mit Hämatothorax, Lungenkontusion rechts
- Skapulafraktur rechts ohne Glenoidbeteiligung
- Brustwirbelkörper (BWK)-1-Querfortsatzfraktur rechts, undislozierte Fraktur Manubrium sterni

Als aktuelle Probleme wurden eine labile psychophysische Belastbarkeit und eine mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung genannt (S. 1 unten). Der Beschwerdeführer werde zu therapeutischen Zwecken einen Arbeitsversuch starten; aufgrund der neuropsychologischen Defizite sei der Erfolg fraglich (S. 1 unten Ziff. 4).

Eine ambulante neuropsychologische Betreuung sei empfohlen (S. 2 oben Ziff. 5).

Dr. phil. B.____, Neuropsychologie, berichtete der Beschwerdegegnerin am 7. Januar 2004, sie habe den Therapieplan aufgrund der am 6. August 2003 (in A.____ erfolgten) neuropsychologischen Untersuchung (vgl. Urk. 14/17) erstellt und dementsprechend die Behandlung aufgenommen (Urk. 14/22).

Am 19. Mai 2004 berichtete Dr. B.____, die Verlaufsanalyse zeige langsame, aber kontinuierliche Fortschritte (Urk. 14/28).

Am 27. September 2004 berichtete Dr. B.____, die neurologischen Störungen, vor allem in Konzentration und Aufmerksamkeit sowie Dauerbelastbarkeit, hätten sich im weiteren Verlauf auch jetzt wieder nur minim verbessert; deutlich besser geworden sei aber die Anosognosie (Krankheitseinsicht). Ferner habe der Beschwerdeführer eine Arbeit zu therapeutischen Zwecken aufgenommen (vgl. Urk. 14/32), wo die Dauerbelastbarkeit in einem praktischen Beruf mit wenig mentaler und visueller Belastung erprobt werden solle (Urk. 14/34).

Am 28. Februar 2005 berichtete Dr. B.____, wegen zunehmender körperlicher Beschwerden habe der Arbeitsversuch (vier halbe Tage pro Woche) eingestellt werden müssen; die neuropsychologische Therapie sei in dieser Zeit in den Hintergrund gestellt worden (Urk. 14/46).

Dr. med. C.____, Spezialarzt FMH für Neurologie, der den Beschwerdeführer seit Dezember 2003 behandelte (vgl. Urk. 14/19), berichtete am 14. März 2005 über den Verlauf und führte unter anderem aus, im September (wohl: 2004) habe über 7 Wochen ein Arbeitsversuch durchgeführt werden können, der sehr erfolgreich verlaufen sei (Urk. 14/47).

In seinem Bericht vom 15. November 2005 (Urk. 14/54) nannte Dr. C.____ folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1):

- Polytrauma 27. April 2003 mit Schädel-Hirn-Trauma mit Epiduralhämatom temporal rechts, Kalottenfraktur temporal rechts mit Felsenbeinfraktur links, Thoraxtrauma, Rippenserienfraktur rechts mit Hämatothorax, Lungenkontusion rechts, Scapulafraktur rechts ohne Glenoidbeteiligung, BWK 1 Querfortsatzfraktur rechts, undislozierte Frakturen am oberen Sternum
- neuropsychologische Funktionsstörungen
- posttraumatische Epilepsie

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zum Verlauf fÄ¼hrte Dr. C. ___ aus, seit dem 11. Juli 2005 werde ein therapeutischer Arbeitsversuch durchgefÄ¼hrt. Die posttraumatische Epilepsie sei unter medikamentÄ¼ser Behandlung gut kontrolliert, nur noch selten trÄ¼ten schwache Zuckungen auf (S. 1 Ziff. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Abgesehen von der medikamentÄ¼sen Behandlung der posttraumatischen Epilepsie seien derzeit keine medizinischen Behandlungen mehr notwendig. Zu erfolgen habe jetzt eine neuropsychologische Exploration zur aktuellen Diagnostik (S. 3 Ziff. 7).

3.5 Ä Ä Ä Ä Dr. B. ___ teilte der Beschwerdegegnerin am 6. MÄ¼rz 2006 mit, Ende 2005 habe es geschienen, als ob der BeschwerdefÄ¼hrer etwas belastbarer geworden sei. Leider habe sie seit Anfang Jahr nichts mehr von ihm gehÄ¼rt, auf ihr Schreiben habe sie bisher auch noch keine Antwort erhalten (Urk. 14/62).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 3. Mai 2006 - offensichtlich hatte sich der BeschwerdefÄ¼hrer inzwischen wieder gemeldet - erstattete Dr. B. ___ einen weiteren Bericht (Urk. 14/64). Sie fÄ¼hrte aus, es sein ein grosser Wunsch des BeschwerdefÄ¼hrers, das Arbeiten zu therapeutischen Zwecken weiterfÄ¼hren zu kÄ¼nnen (S. 1 unten). Es sei ihm ein grosses Anliegen, beruflich wieder Fuss fassen zu kÄ¼nnen (S. 2 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 16. November 2006 teilte Dr. B. ___ der Beschwerdegegnerin mit, der BeschwerdefÄ¼hrer melde sich nur sporadisch bei ihr. Sie habe gehÄ¼rt, es hÄ¼tten bisher keine GesprÄ¼che mit der Beschwerdegegnerin stattgefunden; dies wÄ¼re jedoch dringend notwendig, um weitere Schritte planen zu kÄ¼nnen (Urk. 14/67).

3.6 Ä Ä Ä Ä Dr. C. ___ berichtete am 29. Juni 2007, seit seinem Bericht im November 2005 habe sich langsam eine Stabilisierung des Zustandes abgezeichnet, der BeschwerdefÄ¼hrer arbeite jetzt zu therapeutischen Zwecken an 3 Stunden pro Wochentag. BezÄ¼glich der posttraumatischen Epilepsie sei er unter antiepileptischer Behandlung anfallsfrei verblieben (Urk. 14/71).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 14. Oktober 2008 berichtete Dr. C. ___, im Lauf des letzten Jahres sei es zu einer zunehmend depressiven Entwicklung gekommen, da der BeschwerdefÄ¼hrer seine Defizite wesentlich genauer wahrnehme und realisiere, dass sie bleibend sein wÄ¼rden. Im Vordergrund stÄ¼nden seine neuropsychologischen Defizite (Urk. 14/85).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 30. Januar 2009 berichtete Dr. C. ___ Ä¼ber seine am 28. Januar 2009 erfolgte Nachkontrolle (Urk. 14/90). In klinischer Hinsicht erwÄ¼hnte er, der BeschwerdefÄ¼hrer habe aus Verzweiflung alle Medikamente abgesetzt und es seien wieder verschiedene Beschwerden vermehrt zum Tragen gekommen. Er leide unter der verminderten LeistungsfÄ¼higkeit und verminderten Konzentration (S. 1 Mitte). Seit seiner letzten Kontrolle im April 2008 habe sich wieder eine deutliche Verschlechterung ergeben (S. 2 oben).

3.7 Ä Ä Ä Ä Am 10. MÄ¼rz 2009 erstatteten Dr. med. D. ___, Neurologie und Psychiatrie, Dr. med. E. ___, Chirurgie und Manualmedizin, und Dr. phil. F. ___, Neuropsychologie FSP, Zentrum G. ___ (G. ___), ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 14/92/1-28).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie stÄ¼tzen sich auf die ihnen Ä¼berlassenen Akten (S. 4 ff.), die Angaben des BeschwerdefÄ¼hrers (S. 8 ff.) und die von ihnen im Rahmen von

Untersuchungen am 15. Januar und 4. Februar 2009 (S. 1) erhobenen Befunde.

Als vom Beschwerdeführer angegebene Beschwerden nannten die Gutachter im Vordergrund stehende Konzentrationsprobleme und eine verminderte Belastbarkeit (S. 9 oben).

Die Gutachter stellten folgende Diagnosen (S. 26 Ziff. 6):

- leichtes Schädel-Hirn-Trauma mit Komplikationen (noch am Unfalltag evakuiertes Epiduralhämatom temporal rechts, Schädelknochen-Frakturen) bei Sturz vom Fahrrad vom 27. April 2003, ohne nachweisbare hirnorganische Läsionen
- Status nach BWK-1-Querfortsatzfraktur rechts und undislozierter Fraktur des Manubrium sterni bei Sturz vom Fahrrad vom 27. April 2003, ohne nachweisbare und anhaltende Funktionseinschränkung

In ihren Schlussfolgerungen legten die Gutachter dar, entscheidend für das Verständnis ihrer Beurteilung sei der Umstand, dass sie - entgegen der Einschätzungen sämtlicher Voruntersucher - nicht von einem mittelschweren, sondern einem leichten Schädel-Hirn-Trauma mit Komplikationen ausgingen. Gemäss den verwendeten Leitlinien sei ein Schädel-Hirn-Trauma mit nur kurzer Bewusstlosigkeit / Gedächtnislücke, mit einem GCS von 15, ohne fokale neurologische Ausfälle und ohne fokale Herdbefunde im CT als leichtes Schädel-Hirn-Trauma anzusehen. Es sei im Anschluss an den Sturz vom Fahrrad zu keinem Zeitpunkt ein intrazerebraler Schaden oder ein entsprechendes neurologisches Korrelat nachgewiesen worden; das im Rahmen der Begutachtung veranlasste MRT des Schädels habe keine Hinweise auf posttraumatische Hirndefekte oder Residuen von Blutungen im Gehirn (Hämosiderin-Ablagerungen) ergeben (S. 25 Ziff. 5.4).

Zu den ihnen unterbreiteten Fragen führten sie unter anderem aus, es beständen Differenzen zwischen den subjektiven Beschwerden und den objektiven Befunden; am eindrucklichsten sei die Diskrepanz zwischen der subjektiven Einschätzung des Beschwerdeführers, dass er nach 1 bis 2 Minuten geistiger Anstrengung völlig erschöpft sei, und dem Umstand, dass er in den Untersuchungen auch nach mehreren Stunden noch sehr konzentriert und aufmerksam gewirkt habe (S. 26 Ziff. 7.5).

Die heutigen gesundheitlichen Störungen gingen nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 27. April 2003 als Allein- oder Teilursache zurück; es liege kein nachweisbares pathologisches Substrat vor, auf welches die Beschwerden als Allein- oder Teilursache bezogen werden könnten. Insbesondere fehlten Hinweise auf einen nachweisbaren Hirnschaden, so dass sich die früheren Diagnosen eines mittelschweren Schädel-Hirn-Traumas und eines posttraumatischen Anfallsleidens als objektiv nicht begründbar erwiesen hätten (S. 27 Ziff. 7.7).

Es bestehe kein nachweisbares und anhaltendes unfallbedingtes organisch-strukturelles Substrat der Beschwerden. Eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit könne deshalb nicht begründet werden (S. 27 Ziff. 7.9).

Am 31. August 2009 nahm Dr. B. ___ zum G. ___-Gutachten Stellung (Urk. 14/119 = Urk. 3/5). Einleitend führte sie aus, sie habe den Beschwerdeführer am 20. November 2006 letztmals gesehen (S. 2 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. B.____ fÄ¼hrte aus, die klinisch-neuropsychologische Untersuchung im G.____ sei eine Verhaltensbeobachtung und keine klinisch durchgefÄ¼hrte neuropsychologische Untersuchung, fÄ¼r eine klinisch-neurologische Untersuchung genÄ¼ge der subjektive Eindruck des Untersuchers nicht (S. 3 f.). Die Testauswahl des G.____ sei ungenÄ¼gend gewesen (S. 4 Ziff. 3a), die neuropsychologische Testung entspreche eher einer Screening-AbklÄ¼rung (S. 5 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Auftrag an die neuropsychologische Therapie sei gewesen, mit Entspannungsverfahren und ressourcenorientierten therapeutischen Verfahren die LeistungsmÄ¼glichkeiten gezielt zu fÄ¼rdern. Im therapeutischen Verlauf sei dann der enorme Leistungswille des BeschwerdefÄ¼hrers zu Tage getreten, er habe zuhause von morgen bis abends geÄ¼bt und gemeint, die StÄ¼rungen Ä¼wegtrainierenÄ¼ zu kÄ¼nnen. Es habe bis September 2004 gedauert, bis es mÄ¼glich gewesen sei, die LeistungseinsÄ¼tze so zu regulieren, dass Kopfschmerzen und Blockaden das mentale Arbeiten nicht behinderten (S. 6 oben). Zusammengefasst habe sich der BeschwerdefÄ¼hrer seit dem Unfall 2003 mehr als Ä¼blich darum bemÄ¼ht, entweder in seinem frÄ¼heren Beruf wieder Fuss fassen oder in einer angepassten TÄ¼tigkeit mit weniger visueller und mentaler Belastung arbeiten zu kÄ¼nnen (S. 6 unten). Die Darstellungen im G.____-Gutachten trÄ¼gen dem nicht Rechnung und die vorliegenden neuropsychologischen FunktionsstÄ¼rungen und deren Auswirkungen auf den Rehabilitationsverlauf seien untergewichtet oder weggedacht; die EinschÄ¼tzung im G.____-Gutachten, dass Ä¼berwiegend wahrscheinlich auf den Unfall beziehbare Behandlungen spÄ¼testens 1 Jahr nach dem Unfall abgeschlossen seien, Ä¼bersehe, dass der BeschwerdefÄ¼hrer fast 6 Monate in den Akut- und Rehakliniken verbracht habe und man sich ein Jahr nach dem Unfall noch in der Anfangsphase der Rehabilitation befunden habe (S. 7 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf die ihr von Dr. C.____ unterbreitete Frage antwortete Dr. B.____, es seien nicht alle notwendigen Tests zur Beurteilung der StÄ¼rung des BeschwerdefÄ¼hrers durchgefÄ¼hrt worden (S. 7). Auf von der Rechtsvertreterin des BeschwerdefÄ¼hrers unterbreitete Fragen antwortete Dr. B.____, sie kÄ¼nne sich der G.____-Meinung nicht anschliessen, es liege keine hirnorganische SchÄ¼digung vor, da der BeschwerdefÄ¼hrer nachweislich eine Contusio erlitten habe (S. 8), Ä¼usserte sich zum Hinweis im ZVBM-Gutachten auf eine mÄ¼gliche Selbstlimitierung (S. 9 oben) und fÄ¼hrte aus, der BeschwerdefÄ¼hrer habe im G.____ bessere Testergebnisse erzielt, weil die Testung ungenÄ¼gend gewesen sei (S. 9). In seiner TÄ¼tigkeit als EDV-Spezialist sei der BeschwerdefÄ¼hrer arbeitsunfÄ¼hig; in einer angepassten TÄ¼tigkeit sei theoretisch eine reduzierte ArbeitsfÄ¼higkeit mÄ¼glich, aus neuropsychologischer Sicht brauche der BeschwerdefÄ¼hrer dabei aber intensive Hilfe (S. 9 unten).

3.9Ä Ä Ä Ä Dr. C.____ nahm am 17. November 2009 zum G.____-Gutachten Stellung (Urk. 14/118 = Urk. 3/4) und fÄ¼hrte aus, er kÄ¼nne sich der Beurteilung nicht anschliessen, wonach beim BeschwerdefÄ¼hrer lediglich ein leichtes SchÄ¼delhirntrauma vorgelegen habe und zum jetzigen Zeitpunkt keine unfallbedingten Folgen mehr vorlÄ¼gen (S. 1 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Beim Unfall sei es zu einer Krafteinwirkung auf den Kopf gekommen, die zu einer SchÄ¼delfraktur (Kalottenfraktur) temporal rechts und einer Fraktur der SchÄ¼delbasis gefÄ¼hrt habe. Eine Krafteinwirkung auf den Kopf, welche zu diesen Frakturen fÄ¼hre, sei auf jeden Fall geeignet, auch das darunter liegende, viel

empfindlichere Hirngewebe zu schädigen. Durch den Unfall sei es zu einer Bewusstlosigkeit beziehungsweise einer retro- und anterograden Amnesie gekommen (S. 1). Nach dem Unfall sei es zu einer unfallbedingten zusätzlichen Schädigung gekommen, indem als Komplikation der Schädelfraktur ein Epiduralhämatom (Blutung zwischen Kalotte und Hirnhaut) aufgetreten sei. Die initiale Einstufung als mittelschweres Schädelhirntrauma sei sicher richtig gewesen (S. 2 oben).

Der ambulante neurorehabilitative Verlauf sei durch die sowohl in A. ___ als auch durch Dr. B. ___ erhobenen neuropsychologischen Funktionsstörungen gekennzeichnet gewesen, die insbesondere bei den Arbeitsversuchen deutlich zu Tage getreten seien (S. 2 Mitte).

Im von den G. ___-Gutachtern veranlassten MRI des Schädels vom 4. Februar 2009 seien unspezifische Gliosebezirke, am ehesten chronisch ischämischen Infarkten entsprechend, erhoben und keine typischen posttraumatischen Defekte oder Hämosiderinablagerungen beschrieben worden. Der von ihm konsultierte Neuroradiologe (vgl. Urk. 14/117a = Urk. 3/3) habe diese Befunde bestätigt (S. 2 unten), allerdings auch ausgeführt, dass möglicherweise infolge nicht angepasster Schichtdicke und Zwischenschichtabstand keine Hämosiderinablagerungen zu erkennen gewesen seien (S. 3 oben).

Zusammenfassend, so Dr. C. ___, denke er immer noch, dass der Beschwerdeführer ein mittelschweres Schädelhirntrauma erlitten habe. Aufgrund dieser Verletzung und der traumatisch-embolisch bedingten kleinen Durchblutungsstörungen beständen mittelschwere Hirnfunktionsstörungen und eine Persönlichkeitsveränderung; zudem leide der Beschwerdeführer an einer - medikamentös gut kontrollierten - posttraumatischen epileptiformen Funktionsstörung (S. 3 Mitte).

Am 19. Februar 2010 nahm Dr. F. ___ zu den gegenüber dem Gutachten angeführten Kritikpunkten Stellung (Urk. 14/123), dies nach Rücksprache mit den anderen Gutachtern (S. 1). Es sei nicht zutreffend, dass das Vorliegen eines unfallbedingten Hirnschadens ungenügend abgeklärt worden sei, sei doch eigens ein entsprechendes Schädel-MRI veranlasst worden, dessen erneute Befundung durch den von Dr. C. ___ konsultierten Neuroradiologen weniger plausibel sei als die ursprüngliche (S. 1 f. Ziff. 1). Die eingesetzten neuropsychologischen Tests seien wissenschaftlich abgesicherte Verfahren. Die Ergebnisse seien in verschiedener Hinsicht inkonsistent gewesen, so in den Testleistungen selbst, zwischen den Testleistungen und dem klinischen Befund sowie zwischen dem aktuellen und dem früheren neuropsychologischen Befund (S. 2 Mitte Ziff. 2). Die Kritik von Dr. B. ___ an der Testauswahl erscheine gesucht und letztlich nicht korrekt. Es entstehe der Eindruck, dass sie möglichst viele Tests durchführen wolle, um möglichst viele pathologische Werte zu erhalten, die sich weder klinisch noch hirnorganisch abstützen liessen (S. 2 f.). Zur nicht angeführten Diagnose einer posttraumatischen Epilepsie führte Dr. F. ___ aus, das Anfallsleiden sei nicht grundsätzlich bestritten worden, jedoch könne es, da der Beschwerdeführer gemäss Dr. C. ___ unter antikonvulsiver Therapie anfallsfrei sei, für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit nicht berücksichtigt werden (S. 3 Ziff. 3).

Am 10. März 2010 berichtete Dr. med. H. ___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, über eine von Dr. C. ___ veranlasste Konsultation (Urk. 3/6),

wobei dieser Bericht vom Beschwerdeführer als Beschwerdebeilage eingereicht wurde. Dr. H. ___ führte aus, er habe den Beschwerdeführer einfach einmal reden lassen und dieser habe ohne Unterbruch praktisch eine Konsultation lang durchgesprochen. Nach einer Viertelstunde habe er, Dr. H. ___, bereits den Verdacht auf Vorliegen eines psychoorganischen Syndroms gehabt, am Ende der Konsultation sei er sich praktisch sicher gewesen. Um sein Bild zu vervollständigen, brauche er noch eine zweite Sitzung mit strukturierter Gesprächsführung.

3.12. Am 17. Februar 2011 nahm Dr. B. ___ zu den Ausführungen von Dr. F. ___ und zur Beschwerdeantwort Stellung (Urk. 24/2).

Am 24. März 2011 nahm Dr. H. ___ insbesondere zur ihm unterbreiteten Frage Stellung, ob aus psychiatrischer Sicht heute noch Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas sichtbar seien (Urk. 24/3). Er führte aus, seit dem 10. März 2010 hätten 22 Sitzungen stattgefunden (S. 2 oben). Nach Darlegung fremder und der eigenen Befunde und der Angaben des Beschwerdeführers (S. 1 ff.) nannte Dr. H. ___ als Diagnosen ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma und eine sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Schädigung des Gehirns (S. 3). Differentialdiagnostisch ergäben sich keine Anhaltspunkte für andere psychiatrische Störungen, insbesondere liege weder ein manisches Kranksein vor noch seien die Symptome mit einer Depression oder mit einer psychoreaktiven Störung zu erklären (S. 4).

Am 3. März 2011 bestätigte die Ergotherapeutin I. ___, der Beschwerdeführer sei vom 22. September 2003 bis April 2005 bei ihr in ambulanter ergotherapeutischer Behandlung gewesen (Urk. 24/4).

E. 4

4.1. Aufgrund der Akten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer ein Schädelhirntrauma erlitten hat.

Ebenso kann als erstellt betrachtet werden, dass sich keine strukturellen Läsionen des Gehirns haben objektivieren lassen. Der entsprechende Befund im MRI, das im Rahmen der G. ___-Begutachtung veranlasst wurde, wurde vom zweibefundenden Neuroradiologen ausdrücklich bestätigt. Dass dieser zusätzlich ausführte, eine verbesserte Technik der Bildgebung hätte möglicherweise Hinweise auf organische Läsionen ergeben können (vorstehend E. 3.9), genügt nicht für eine entsprechende Annahme, ebenso wenig der Hinweis der Neuropsychologin, immerhin habe der Beschwerdeführer eine Contusio erlitten (vorstehend E. 3.8).

Somit besteht die insoweit klassische Ausgangslage, dass beim Unfall eine bestimmte Verletzung (Schädelhirntrauma) stattgefunden hat und die im Entscheidzeitpunkt noch geklagten Beschwerden nicht mit einer strukturellen Läsion erklärt werden können, so dass über das Bestehen eines rechtsgenügenden Kausalzusammenhangs praxisgemäß in Anwendung der Adäquanzprüfung, die ursprünglich zur Kausalitätsprüfung nach erlittener HWS-Distorsion entwickelt wurde (vorstehend E. 1.5), zu entscheiden ist (vorstehend E. 1.4).

Nicht ausreichend für die Kausalitätsbeurteilung ist dementsprechend die bei somatischen Unfallfolgen übliche Beschränkung auf den natürlichen Kausalzusammenhang. Deshalb ist dessen Verneinung durch die G. ___-Gutachter für die

Frage des rechtsgen¹glichen Kausalszusammenhangs nicht ausschlaggebend.

Auch die Kontroverse um den Schweregrad des Schädelhirntraumas erweist sich vor diesem Hintergrund als irrelevant. Es kann offen bleiben, ob den G.____-Gutachtern zu folgen ist, welche mit Hinweis auf die von ihnen verwendeten Leitlinien nur ein leichtes Schädelhirntrauma annahmen, oder dem behandelnden Dr. C.____, für dessen Annahme eines mittelschweren Schädelhirntraumas immerhin die im Rahmen der Erstbehandlung von durchaus kompetenter Seite gestellte Diagnose spräche.

4.2 In einem ersten Schritt ist die Schwere des Unfallereignisses zu bestimmen.

Dabei ist offenkundig, dass das Ereignis weder als leicht noch als schwer im Sinne der Rechtsprechung einzustufen ist, so dass es dem mittleren Bereich zuzurechnen ist. Berücksichtigt man ferner, dass praxisgemäß insbesondere Auffahrunfälle auf stehende Autos vor Fußgängerstreifen oder Verkehrsampeln im Grenzbereich zu den leichten Unfallereignissen taxiert werden (SVR 2010 UV Nr. 10 E. 4.4.2 und Nr. 25 E. 4.1), so scheidet auch diese Zuordnung aus.

Zu den schweren Ereignissen im mittleren Bereich hat die Rechtsprechung beispielsweise einen Unfall gezählt, bei dem ein Personenwagen auf der Überholspur der Autobahn bei einer Geschwindigkeit von rund 130 km/h plötzlich ins Schleudern geriet, die Normalspur und den Pannestreifen überquerte, mit der Böschung kollidierte und sich überschlug; der Personenwagen wurde auf die Überholspur zurückgeschleudert und kam auf den Rädern stehend zum Stillstand, wobei der Beifahrer beim Überschlagen aus dem Dachfenster auf die Böschung geschleudert wurde und die versicherte Person das Fahrzeug nicht mehr eigenständig verlassen konnte (Urteil 8C_799/2008 vom 11. Februar 2009 E. 3.2.2). Als schwerer Fall im mittleren Bereich wurde auch ein Zusammenprall mit einem aus der Gegenrichtung kommenden Fahrzeug in einem Tunnel mit drei beteiligten Autos, bei dem ein Toter und mehrere Verletzte zu beklagen waren, qualifiziert (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207), ferner einen Reifenplatzer auf der Autobahn bei ca. 95 km/h mit anschliessendem Überschlagen des Fahrzeugs auf das Dach (unveröffentlichte E. 3.3.2 des Urteils BGE 129 V 323 = RKUV 2003 Nr. U 481, S. 203).

Stellt man all dies in Rechnung, so ist das Unfallereignis - Sturz mit dem Fahrrad - auch nicht im Grenzbereich zu einem schweren Unfallereignis anzusiedeln, sondern im mittleren Bereich im engeren Sinne.

Demnach müssen drei der massgebenden Kriterien erfüllt sein, damit ein adäquater Kausalszusammenhang zu bejahen ist (SVR 2010 UV Nr. 25 E. 4.5).

4.3 Von besonders dramatischen Begleitumständen oder besonderer Eindrücklichkeit des Unfalls kann nicht gesprochen werden. Der erlittene Unfall war von der Dramatik und Eindrücklichkeit, die einem Sturz vom Fahrrad mit erheblicher Geschwindigkeit eben eigen ist, aber darüber hinaus weder besonders dramatisch noch besonders eindrucklich.

Hingegen dürfte das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen erfüllt sein, hat der Unfall doch nicht nur ein Schädelhirntrauma zur Folge gehabt, sondern zusätzlich eine Schädelfraktur und ein Thoraxtrauma, also insgesamt doch verschiedene weitere Verletzungen von erheblicher Schwere.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine fortgesetzt spezifische, belastende Ärztliche Behandlung ist zu verneinen. Nach den Rehabilitationsaufenthalten im Unfalljahr war - abgesehen von der Medikation für die epileptiforme Störung - keine Ärztliche Behandlung mehr erforderlich, und auch die neuropsychologische Begleitung hat nur bis Ende 2006 gedauert und scheint bis zu diesem Zeitpunkt von mitunter eher episodischer Intensität gewesen zu sein.

Ob das Kriterium von erheblichen Beschwerden erfüllt ist, erscheint fraglich. Zwar beklagt der Beschwerdeführer erhebliche kognitive Beeinträchtigungen. Andere Beschwerden sind hingegen nicht aktenkundig. Nun handelt es sich bei den allfälligen kognitiven Einbussen gerade um diejenigen Unfallfolgen, deren Kausalität in Frage steht, so dass es auf einen Zirkelschluss hinausläufe, wenn sie - alleine - eines der Präferenzen erfüllt sein liessen. Berücksichtigt man ferner, dass gemäss den diesbezüglich einleuchtenden Ausführungen im G. - Gutachten die objektivierbaren Einbussen deutlich geringer sind als die subjektiv angegebenen (vorstehend E. 3.7), so ist insgesamt der Schluss zu ziehen, dass das entsprechende Kriterium nicht erfüllt ist.

Zwei weitere Kriterien sodann - die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde Ärztliche Fehlbehandlung; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen - sind offensichtlich nicht erfüllt.

Wiederum fraglich ist, ob das Kriterium einer erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen erfüllt ist. Dokumentiert sind - in den Jahren 2004 und 2005 - Arbeitsversuche, so dass die Komponente der eigenen Anstrengungen zu bejahen wäre. Eben diese Arbeitsversuche wurden jedoch auch als erfolgreich gewertet (vorstehend E. 3.4), so dass nicht auf eine namhafte Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden kann. Inwieweit später (von der Neuropsychologin) postulierte Einschränkungen einer inadäquaten Bewältigungsstrategie und der subjektiven Krankheitsüberzeugung (oder der vor diesem Hintergrund zu verstehenden, später aufgetretenen Depressivität) zuzurechnen sind, oder aber als Folge des beim Unfall erlittenen Schädelhirntraumas zu werten sind, muss offen bleiben. Damit lässt sich nicht abschliessend beurteilen, ob das Kriterium erfüllt ist.

4.4 Ä Ä Ä Insgesamt ist somit von den massgebenden Kriterien eines erfüllt, und bei einem weiteren bleibt die entsprechende Frage offen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit sind jedenfalls nicht drei Kriterien erfüllt, so dass das Bestehen eines adäquaten Kausalzusammenhanges zu verneinen ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Fehlt es am adäquaten Kausalzusammenhang, so ist kein rechtsgemässiger Kausalzusammenhang erstellt. Somit besteht keine weitergehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich deshalb im Ergebnis als zutreffend, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der seit 1. Juli 2011 in Kraft stehenden Verordnung über die Gebühren,

Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV SVGer) wird - auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung - namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt.

5.2. Wer vom Gericht mit der unentgeltlichen Rechtsvertretung betraut wird, übernimmt eine staatliche Aufgabe und tritt zum Staat in ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis (vgl. BGE 121 I 322 E. 3b; Stefan Meichssner, Das Grundrecht auf unentgeltliche Rechtspflege [Art. 29 Abs. 3 BV], Basel 2008, S. 196 f.). Ein Honoraranspruch besteht ausschliesslich für die Anwältin oder den Anwalt, welche vom Staat mit der unentgeltlichen Rechtsvertretung beauftragt worden sind (vgl. BGE 132 V 200 E. 5.1.4 und 133 V 645 E. 2.2).

5.3. Die unentgeltliche Rechtsvertreterin hat mit Honorarrechnung vom 18. Januar 2011 bis Ende 2010 einen Aufwand von 8 Stunden 25 Minuten und Barauslagen von Fr. 100.56 (Urk. 34/2) und mit Honorarrechnung vom 4. Oktober 2011 ab 1. Januar 2011 einen solchen von 13 Stunden 10 Minuten und Barauslagen von Fr. 285.77 (Urk. 34/3) geltend gemacht, was total 21 Stunden 35 Minuten und Barauslagen von Fr. 386.33 ergibt.

5.4. Der insgesamt fakturierte Aufwand ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen, insbesondere aufgrund der Tatsache, dass die unentgeltliche Rechtsvertreterin den Beschwerdeführer bereits im Einspracheverfahren vertreten hat und ihr die Akten deshalb bekannt gewesen sind, wovon - wie im vorliegenden Urteil ersichtlich - nur rund ein Dutzend medizinische und ähnliche Berichte von Belang sind.

5.5. Dazu kommt, dass sowohl die Replik (6 Stunden 30 Minuten) als auch die Eingabe vom 9. Juni 2011 von einer Anwältin verfasst wurden, die vom Gericht nicht mandatiert wurde. Ihr Aufwand - ob erforderlich oder unnötig, kann dahingestellt bleiben - kann mangels Beauftragung nicht erstattet werden.

5.6. Schliesslich ist auch nicht ersichtlich, welche Notwendigkeit bestanden haben könnte, am Tag der Einreichung der Replik (31. März 2011) noch einmal 376 Fotokopien zu erstellen, deren Kosten von Fr. 188.-- rund die Hälfte der fakturierten Barauslagen ausmachen.

5.7. Angesichts der zu studierenden Aktenstücke der Beschwerdegegnerin, der zur Darlegung des Standpunkts erforderlichen Rechtsschriften, den Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Vertretung sowie der in ähnlichen Fällen zugesprochenen Beträgen ist die Entschädigung von Rechtsanwältin Sigg Bonazzi bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 3'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

5.8. Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Lotti Sigg Bonazzi, Winterthur, wird mit Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Lotti Sigg Bonazzi unter Beilage einer Kopie von Urk. 27
- Fährsprecher René W. Schleifer
- Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- Gerichtskasse

5. Gegen diesen Entscheid 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.