

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00092 vom 28. Februar 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-02-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2012.00092](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00092)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00092 du 28 février 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00092 del 28 febbraio 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der Rentensatz für die Invalidenrente wird auf 40 % festgelegt . [...]

#### **E. 1.1**

X.\_\_\_\_ , geboren 1964, war als Spengler bei der Y.\_\_\_\_ sowie bei der Z.\_\_\_\_ als Reiniger angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Unfällen obligatorisch versichert, als er am 30. Oktober 2001 auf dem Fussgängerstreifen von einem Auto angefahren wurde (Urk. 9 /1-2) . Die Erstbehandlung im A.\_\_\_\_ (31. Oktober bis 5. November 2001) ergab eine Comotio cerebri, multiple Gesichtsschädelfrakturen mit Kieferklemme, eine nicht dislozierte mediale Tibiaplateaufrakturen sowie eine Kontusion des rechten Daumens (Austrittsbericht vom 5. November 2001, Urk. 9 /3.1) . Am 6. November 2001 erfolgte im B.\_\_\_\_ , Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie, eine operative Versorgung der Jochbein-Jochbogenfraktur links (Urk. 9 /7). In der Folge nahm der Versicherte seine Erwerbstätigkeit nicht mehr auf.

Am 16. August 2006 (Urk. 9/114) teilte die SUVA mit, dass der Zeitpunkt für den Fallabschluss gekommen sei. Der Rentenbeginn werde auf den 1. September 2006 festgelegt und die Taggelder auf dieses Datum eingestellt. Bis zum Vorliegen der Rentenverfügung würden Vorschüsse auf die Rente ausgerichtet. Die SUVA machte dem Versicherten mit ihrem Schreiben einen Vergleichsvorschlag mit im Wesentlichen folgendem Inhalt (Urk. 9 /113) :

#### **E. 1.2**

Die dagegen durch den Versicherten erhobene Einsprache vom 8. September 2011 (Urk. 9/157) wies die SUVA mit Einspracheentscheid vom 16. März 2012 ab (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 1. Mai 2012 Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein polydisziplinäres Gutachten einhole (Urk. 1) . Mit Beschwerdeantwort vom 13. August 2012 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8), was dem Beschwerdeführer am 23. August 2012 mitgeteilt wurde (Urk. 10). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien sowie auf die Akten ist, soweit für die Entscheidfindung erforderlich, in den Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Die Beschwerdegegnerin hat die zur Beurteilung der Streitsache massgeblichen rechtlichen Grundlagen zutreffend wiedergegeben (Urk. 2). Es betrifft dies insbesondere die

Bestimmungen über den Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung im Allgemeinen ( Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG] ), den neben anderem vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden (BGE 129 V 177 E .

3.1), die vorausgesetzte Adäquanz des Kausalzusammenhangs im Allgemeinen (BGE 129 V 177 E.

3.2), bei psychischen Unfallfolgen (BGE 134 V 109 E.

6.1, 115 V 133) und bei Folgen eines Unfalls mit HWS-Schleudertrauma oder äquivalenter Verletzung (BGE 117 V 359, BGE 134 V 109) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle. Korrekt wiedergegeben hat die Beschwerdegegnerin auch die Rechtsprechung zur antizipierten Beweiswürdigung. Darauf wird verwiesen. 2.

2.1

Die medizinische Aktenlage seit dem Unfallereignis vom 30. Oktober 2001 präsentiert sich wie folgt: 2.2

Nachdem der Beschwerdeführer in der Nacht vom 30. Oktober 2001 auf dem Fussgängerstreifen von einem Auto angefahren worden war, erfolgte die Erstbehandlung im A. \_\_\_\_, wo er vom 31. Oktober bis 5. November 2001 hospitalisiert war. Aufgrund der Gesichtsschädelfrakturen erhielt der Beschwerdeführer eine antibiotische Behandlung und wurde in die kieferchirurgische Abteilung des B. \_\_\_\_ überwiesen. Zur Tibiaplatenaufaktur wurde vermerkt, dass sich

in der Computertomographie (CT) nur eine sehr geringe Dislokation gezeigt habe, so dass diese konservativ mittels Ruhigstellung in einer Klettschiene behandelt werden könne. Am 1. November 2001 könne mit der Mobilisierung an Stöcken begonnen werden. Für die Läsion am Daumen wurde eine Ruhigstellung in einem

Daumenkennel für zwei Wochen empfohlen. Zu den weiteren nach dem Unfall untersuchten Körperbereichen wie Respirationstrakt, Gastrointestinal, Urogenital, Nervensystem sowie Wirbelsäule wurden keine Auffälligkeiten oder Schmerzen notiert. (Urk. 9/3). 2.3

Vom 5. bis 9. November 2001 war der Beschwerdeführer im B. \_\_\_\_ hospitalisiert, wo die Jochbeinfraktur mit einer Osteosynthese versorgt wurde. Laut Austrittsbericht vom 5. Dezember 2001 sei der intra- und postoperative Verlauf problemlos gewesen. Neu sei eine Fussheberparese aufgetreten, weshalb eine dorsale Gipsschiene angepasst worden und der Beschwerdeführer auf die traumatologische Abteilung verlegt worden sei (Urk. 9/8). 2.4

2.4.1

Vom 9. bis 17. November 2001 wurde der Beschwerdeführer in der Klinik für Unfallchirurgie des B. \_\_\_\_ behandelt. Der postoperative Verlauf der Jochbeinversorgung wurde als komplikationslos beschrieben. Bei Peroneus-Parese links sei zur Spitzfuss-Prophylaxe eine Unterschenkel-Gipsschiene angelegt worden. Neurologisch habe eine normale Nervenleit-Geschwindigkeit im Bereich des Nervus

peroneus festgestellt werden können. Im Sinne einer leichten Peroneus-Druckparese sei es im Verlaufe der Hospitalisation zum vollständigen Rückgang der

Lähmungserscheinungen gekommen. Im MRI des linken Knies habe sich eine Läsion des medialen Meniskus im Bereich der Pars intermedia des Hinterhorns

gezeigt bei im Übrigen unauffälligen Gelenksverhältnissen. Bei schmerzfreier Beweglichkeit des rechten Daumens, sei der Daumenkennel entfernt worden. Bei Austritt sei der Beschwerdeführer in einem guten Allgemeinzustand gewesen und es hätten sich reizlose Wundverhältnisse gezeigt. Links werde eine Teilbelastung mit 15 kg für sechs Wochen empfohlen (Urk. 9/5). 2.4.2

Von der Nachkontrolle im B.\_\_\_\_

am 13. Dezember 2001 wurde berichtet, dass der Beschwerdeführer an Gehstücken problemlos und beschwerdefrei mobil sei. Die Kniegelenksbeweglichkeit sei im Vergleich zur rechten Seite nicht eingeschränkt. Die Bildgebung habe im Vergleich zur Voruntersuchung am 31. Oktober 2001 eine progrediente Konsolidierung ergeben. Das Knie könne wieder voll belastet werden (Urk. 9/9). 2.5

Am 17. Dezember 2001 wurde der Beschwerdeführer durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, untersucht. Er stellte die Diagnose eines posttraumatischen Schmerzsyndroms zerviko-zephal bei Status nach Unfall mit Comotio cerebri und wahrscheinlich Überdehnungstrauma der Halswirbelsäule. Der Beschwerdeführer befinde sich in gutem Allgemeinzustand. Die Kopfbeweglichkeit

sei schmerzbedingt zu allen Richtungen insgesamt zu ca. 30 % eingeschränkt gewesen. Palpatorisch habe sich auf beiden Seiten eine deutlich verdickte und druckdolente Nacken- und Schultermuskulatur gezeigt. Bei Prüfung der Oberflächensensibilität habe der Beschwerdeführer eine Hypästhesie an der gesamten linken Kopfhälfte mit insbesondere der linken Gesichtshälfte angegeben. Weitere neurologische Ausfälle hätten sich keine gefunden. Die übrigen Hirnnerven seien intakt und auch der übrige neurologische Status sei unauffällig. Die Befunde der zerebro-vaskulären Doppleruntersuchung, wie auch den EEG-Befund und die visuell evozierten Potentiale beschrieb Dr. D.\_\_\_\_ als normal. Er empfahl, gelegentlich eine Physiotherapie aufzunehmen (Urk. 9/10). 2.6

Am 18. Februar 2002 wurde der Beschwerdeführer im B.\_\_\_\_ neuropsychologisch untersucht. Es habe sich vor allem eine Störung der Aufmerksamkeit gezeigt, was Minderleistungen in weiteren neuropsychologischen Funktionsbereichen nach sich ziehen könne. Es handle sich dabei um einen ätiologisch unspezifischen Befund, der zum Beispiel auch durch psychisch-emotionelle Faktoren oder Schmerzen mitbeeinflusst werden könne und somit auch potentiell reversibel sei. Das Ausmass der neuropsychologischen Funktionsstörung sei als "leicht" einzustufen (Urk. 9/13). 2.7

Vom 8. Mai bis 12. Juni 2002 befand sich der Beschwerdeführer in der E.\_\_\_\_ zur stationären Rehabilitation verschiedener gesundheitlicher Beschwerden sowie zur Klärung beruflicher Perspektiven unter Beurteilung der Belastbarkeit und Zumutbarkeit. In ihrer Beurteilung gaben die Ärzte an, dass aktuell unfallbedingt folgende Beschwerden beständen: - eine leichte ätiologisch unspezifische neuropsychologische Funktionsstörung, - ein zervikothorakales Schmerzsyndrom linksbetont, - ein lumbospondylogenes

Schmerzsyndrom links ohne funktionelle Einschränkungen, - eine mässige Insuffizienz des Ligamentum collaterale

ulnare IP I rechts, - eine Rest-Schmerzsymptomatik im medialen Kniekompartiment links mit leichter indolenter Schwellung in der Kniekehle und einem leichtem Flexionsdefizit

nach medialer Tibiaplateaufraktur sowie - eine Quadrizepsinsuffizienz und -atrophie links .

Im MRI sei zusätzlich eine degenerativ bedingte mediale Meniskusläsion links festgestellt worden. Aus psychosomatischer Sicht würden beschrieben: unfallre aktive Ängste mit phobischen Erlebnisweisen und Schreckhaftigkeit im Straßenverkehr sowie erhöhte psychovegetative Anspannung mit innerer Unruhe, Handschweiss, Tremorgefühl des Kopfes und Atembeklemmung.

Es bestehe eine verminderte Gesamtbelastbarkeit. Heben und Tragen von Lasten (über 10 kg) speziell repetitiv oder über Schulterhöhe sowie Ausführen von Tätigkeiten mit Zwangspositionen des Rumpfes seien beschwerlich und eingeschränkt. Das Besteigen von Leitern oder Gerüsten sei ebenfalls beschwerlich, vereinzelt jedoch möglich. Unfallbedingt seien dem Beschwerdeführer zurzeit wechselbeladende leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit den genannten Einschränkungen ganztags zumutbar. Es werde empfohlen, den Fall abzuschliessen und die Rentenfrage zu prüfen (Urk. 9/20) . 2.8

Am 19. September 2002 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung bei Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH orthopädische Chirurgie. Dieser berichtete, dass eine Arbeitsaufnahme bis jetzt nicht zustande gekommen sei. Auf die ultimative Aufforderung, die Arbeit zu beginnen, habe der Beschwerdeführer kürzlich mit dem Wechsel des Hausarztes reagiert. Heute würden diffuse, linksbetonte thorakozervikozephalische Schmerzen angegeben sowie auch Schmerzen ausstrahlend von der Lendenwirbelsäule ins linke Bein, insbesondere ins linke Knie. Die klinische Untersuchung ergebe wenig Handfestes. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei unauffällig. Am linken Knie sei die Fraktur abgeheilt. Eine Ergussbildung bestehe ebenso wenig wie eine Bandinstabilität oder Hinweise auf eine Meniskusläsion. Der rechte Daumen zeige eine Auftreibung im IP-Gelenk mit leichter Bewegungseinschränkung. Auch wenn dies die dominante rechte Seite betreffe, habe dies keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Geplant sei in der nächsten Zeit die Restmetallentfernung in Lokalanästhesie ambulant am Gesichtsschädel sowie ein MRI der Lendenwirbelsäule. Hierzu seien keine Befunde (insbesondere keine Diskushernie) zu erwarten, welche die Beschwerden im linken Bein erklären würden. Der Beschwerdeführer sei in den Arbeitsprozess einzugliedern, weshalb ihm ab 7. Oktober 2002 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bescheinigt werde. Ab 4. November 2002 sei eine volle Arbeitsaufnahme möglich. Davon könne nur abgewichen werden, wenn sich wider Erwarten im MRI eine handfeste Pathologie erkennen liesse (Urk. 9/31). 2.9

Am 20. Januar 2003 berichtete Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, dass der Beschwerdeführer seit dem 13. September 2002 wegen seiner Unfallfolgen in ihrer Behandlung stehe. Es liege ein sehr komplexes und vielfältiges Beschwerdebild vor, wobei die Nacken- und Gesichtsschmerzen im Vordergrund stünden. Der Beschwerdeführer klagte über permanente Schmerzen im Nacken-Schultergürtelbereich sowie über sehr unangenehme Dysästhesien über der linken Gesichtshälfte sowie über andauernde Kopfschmerzen, insbesondere über elektrisierende Schmerzen im Bereich des linken Ohrs.

Es bestünden lumbosakrale Schmerzen mit Ausstrahlungen ins linke Bein über Dermatom S1, zurzeit eher spondylogener Genese bei stark hinkendem Gang nach

Tibiafraktur mit noch vorhandener muskulärer Atrophie bei Umfangsdefizit des Oberschenkels von minus 1,8 cm.

Der Beschwerdeführer sei seit dem Unfallereignis vollständig arbeitsunfähig. Die Arbeitsunfähigkeit sei nach wie vor voll und eindeutig als unfallkausal zu betrachten. Der Beschwerdeführer habe vor dem Unfall nie Rückenschmerzen gehabt, womit die Diskushernien, die sowohl im zervikozephalen wie auch im lumbalen Bereich radiologisch klar verifiziert werden könnten und mit der Klinik zu vereinbaren seien, als eindeutig unfallbedingt zu betrachten seien. Die neurogenen Schmerzen und Gefühlsstörungen an der linken Gesichtshälfte seien zwar diagnostisch noch schwierig einzuordnen, jedoch dürften sie in Zusammenhang mit der Jochbeinfraktur und der Osteosynthese stehen. Trotz der zahlreichen und

schwerwiegenden Verletzungen bestehe keine depressive Entwicklung oder Chronifizierung der Schmerzen, welche

die Genesung verlängern könnten. Unfallsfremde Faktoren könnten nach wie vor keine festgestellt werden. Die langfristige Prognose sei offen; sie hänge vor allem von den Zervikalgien / Zervikobrachialgien ab. Insbesondere aber die Gefühlsstörung am Gesicht habe bis jetzt therapeutisch nicht beeinflusst werden können, womit eine bleibende Störung anzunehmen sei (Urk. 9/36). 2.10

Am 16. April 2003 wurde der Beschwerdeführer durch SUVA-Kreisarzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, untersucht. Er berichtete, dass ein ein halb Jahre nach dem Unfall heute vor allem folgende Diagnosen verblieben seien: - ein Schmerzsyndrom in der linksseitigen oberen Gesichtshälfte und im Ausbreitungsgebiet des Nervus

supraorbitalis sowie Kopfschmerzen und Schwindel; - ein zervikovertebrales und -brachiales Syndrom bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen und Diskushernien sowie ein lumbovertebrales und lumboradikuläres Syndrom linksseitig betont mit vorbestehenden degenerativen Veränderungen und Diskushernien sowie - leichte Belastungsintoleranz des linken Kniegelenkes bei Meniskus-Läsion und

Tibiakopffraktur sowie leichten subjektiven Beschwerden.

Trotz adäquater Behandlung konservativ im Bereich Halswirbelsäule, Lendenwirbelsäule, im linken Kniegelenk, rechten Daumen-Endgelenk und operativer Versorgung der Gesichtsschädelfrakturen und nachfolgender Osteosynthese-Materialentfernung sowie stationärem Rehabilitationsaufenthalt respektive ambulanten physiotherapeutischer Massnahmen habe keine effektive Verbesserung der Situation und keine Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit erreicht werden können.

Die heutige Leistungsfähigkeit sei aufgrund der heutigen klinischen Untersuchung schwierig einzuschätzen. Insbesondere die zeitliche und gewichtsmässige Belastung sei aufgrund einer einmaligen Untersuchung bei diesem komplexen Bild nicht festzulegen.

Insgesamt gehe es bei der Zumutbarkeitsbeurteilung um eine leichte wechselbelastende Tätigkeit stehend-gehend, vorwiegend sitzend mit der Möglichkeit aufzustehen und herumzugehen mit zusätzlichen Gewichtsbelastungen nicht über 10 kg und reduzierter Gehstrecke auf einige 100 Meter. Um eine möglichst genaue Leistungsfähigkeit festzustellen, sei eine Ergonomie-Abklärung stationär notwendig. Der Beschwerdeführer werde in der E.\_\_\_\_ angemeldet (Urk. 9/46). 2.11

Zur weiteren Abklärung befand sich der Beschwerdeführer in der Folge vom 14. Mai bis 25. Juli 2003 in der E.\_\_\_\_. Hier wurde ein Ergonomie-Trainingsprogramm durchgeführt (Urk. 9/55) und ein psychosomatisches Konsilium abgehalten. Im Austrittsbericht wurden

die folgenden aktuellen Probleme genannt: - anhaltende, belastungsverstärkte Kreuzschmerzen mit Schmerzausstrahlung ins linke Bein und gelegentlich in den Oberschenkel; - anhaltende Nacken- und Schulterschmerzen mit belastungsverstärkter Schmerz ausstrahlung in den linken Arm; - intermittierende krampfartige Gesichts- und Kopfschmerzen links; - erhebliche allgemeine Dekonditionierung ; - psychische Problematik mit Ängsten und phobischen Erlebensweisen; - vermehrte innere Unruhe mit Handschweiss, Kopfschmerzen; - Konzentrationsprobleme; - belastungsabhängige Knieschmerzen links; - belastungsabhängige Schmerzen im Daumen-Endgelenk rechts - gelegentliche Durchschlafstörungen; - Nikotinabusus ; - Arbeitsstelle unsicher; - erhöhte diastolische Blutdruckwerte.

Für die bisherige Tätigkeit als Bauspengler und Reinigungsarbeiter sei der Beschwerdeführer aufgrund der zu hohen Anforderungen arbeitsunfähig. Andere, leichte berufliche Tätigkeiten seien halbtags möglich. Aus rein unfallkausaler funktionell-somatischer Sicht sei die Zumutbarkeit wie folgt zu beurteilen: Bei guter Leistungsbereitschaft und Motivation im Trainingsprogramm wäre mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Belastbarkeit für mindestens eine leichte Arbeit ganztags mit zusätzlichen Pausen von zwei Stunden (Beschwerdekumulation im Tagesverlauf, durch kognitive Defizite bedingt verlangsamtes Arbeits tempo ) erreichbar gewesen. Die berufliche Eingliederung sollte vorerst in einem geschützten Rahmen an die Hand genommen werden, um in einem späteren Zeitpunkt bei günstigem Verlauf die Eingliederung im allgemeinen Arbeitsmarkt zu überprüfen ( Urk. 9/56). 2.12

Am 4. März 2004 führte Dr. H. \_\_\_ eine kreisärztliche Untersuchung zur Beurteilung des Integritätsschadens durch und gab an, dass dieser für Hals- und Lendenwirbelsäule je 5 % netto, insgesamt 10 % netto betrage ( Urk. 9/71-72). 2.13

Am 14. März 2005 gab Dr. G. \_\_\_ an, dass beim Beschwerdeführer in letzter Zeit keine weiteren Abklärungen durchgeführt worden seien, da er mit seiner ganzen IV-Rente nicht mehr berufstätig sei und unter limitierter Belastung die Schmerzen erträglich seien. Gelegentlich benötige er eine Serie physikalischer Therapie und Analgetika, ansonsten seien keine speziellen Massnahmen geplant ( Urk. 9/85). 2.14

Am 27. Februar 2006 wurde in der E. \_\_\_ eine ambulante neuropsychologische Verlaufskontrolle durchgeführt. Die Testergebnisse zu den kognitiven Funktionen seien zum Teil besser, zum Teil schlechter ausgefallen als bei der letzten Untersuchung vom 30. Mai 2003. Dies widerspiegeln auch

die Tatsache, dass die Testleistungen nicht vollständig das Leistungspotential des Beschwerdeführers abbildeten, sondern abhängig von seiner Verfassung schwanken würden. Der Beschwerdeführer habe generell bemüht gearbeitet, es sei ihm aber bald zu viel geworden. Unter erhöhter Anforderung seien dann viele Flüchtigkeitsfehler, eine erhöhte Verlangsamung sowie Leistungseinbrüche aufgefallen. Seine Auffassungsgabe sei weiterhin etwas verlangsamt, die Ideenflüssigkeit reduziert und die geistige Umstellfähigkeit stark vermindert. Länger dauernde Konzentration ermüde ihn sehr.

Die Untersuchungsbefunde wiesen auf eine mittelschwere neuropsychologische Störung hin. Als Ursache für die Beeinträchtigung stünden im Vordergrund die jetzt chronifizierte Schmerzproblematik, die unfallreaktiv-resignative Entwicklung und die als Folge des Unfalles allgemein nur sehr geringe psychophysische Belastbarkeit. Eine hirnorganische Mitbeteiligung aufgrund der leichten traumatischen Hirnverletzung sei wahrscheinlich,

habe aber im Gesamtbild eine un ter geordnete Bedeutung. Die beim letzten Untersuch im Konsilium festgehal tene Diagnose (unfallreaktive Ängste, ICD-10: F40.2, sowie psychovegetative Auslen kung mit innerer Unruhe, ICD-10: F45.3) sei weiterhin gültig und decke sich mit den heutigen Beobachtungen sowie den Schilderungen des Beschwer deführers ( Urk. 9/102). 2.15

Am 9. März 2006 berichtete Dr. D.\_\_\_\_ , dass der Befund aus neurologischer Sicht unauffällig sei. Insbesondere seien keine fokalen Ausfälle an den oberen Extremitäten eruierbar . Am rechten Arm und an der rechten Hand sei eine nor male Sensibilität angegeben worden, die Muskeleigenreflexe seien mittellebhaft und seitengleich auslösbar. Im Rahmen des Unfalles vom 3 0. Oktober 2001 habe der Beschwerdeführer neben diversen anderen Verletzungen ein Überdehnungs trauma der Halswirbelsäule erlitten, woraus ein bis heute anhaltendes zerviko zephales Schmerzsyndrom resultiere. Die Zervikalgie habe sich in den letzten Wochen sukzessive verschlechtert mit vermehrten Schmerzausstrahlungen in den Schulter-Armbereich rechts. Korrelat zu dieser Verschlechterung dürfte die radiologisch nachgewiesene Diskushernie C6/7 sein, welche zudem zu einer Kompression der Wurzel C7 rechts führe. Trotz dieses eindeutigen Befundes sei die klinische Untersuchung wenig ergiebig gewesen; der Status der oberen Ext re mitäten sei unauffällig. Es hätten sich einzig neurogene Veränderungen in den Leitmuskeln C7 rechts gefunden, welche für eine durchgemachte Schädi gung dieser Wurzel sprechen würden. Hinweise auf eine frische Wurzelläsion hätten sich keine gefunden. Die Leitmuskeln der benachbarten Segmente seien unauf fällig gewesen. Angesichts dieser Untersuchungsbefunde sollten konser vative Be handlungsmassnahmen weiterhin ausreichen ( Urk. 9/103). 2.16

Nachdem sich der Beschwerdeführer in den nachfolgenden Jahren zum Ver gleichs vorschlag der Beschwerdegegnerin vom 1 6. August 2006 ( Urk. 9/113) nicht hatte vernehmen lassen, nahm am 4. Februar 2011 Dr. med. C.\_\_\_\_ , Fach arzt FMH für Chirurgie, eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten vor. Er führte aus, dass auf die ganzheitlichen psychosomatischen Beschwerdediag no sen und rein zeitlichen Kausalattributionen von Dr. G.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden könne, da die Beschwerdegegnerin die Adäquanz der psychiatrischen Problematik verneint habe. Dies gelte teilweise auch für die pauschale kreisärzt liche Beurtei lung des Integritätsschade ns , weil an Hals- und Lendenwirbelsäule keine struk turellen Läsionen hätten nachgewiesen werden können. Echtzeitlich bestünden keine Anhaltspunkte für eine Verletzung der Wirbelsäule. So sei im Austritts be richt des A.\_\_\_\_ ausdrücklich notiert worden: Halswirbelsäule indo lent; Wirbelsäule nicht klopfschmerzhaft. Auch der Neurologe Dr. D.\_\_\_\_ habe keine radikulären Ausfäl le an den Extremitäten gefunden . Einzig aufgrund von subjektiven Schmerzangaben und Druckdolenzen a n Na cken und Schulter nach träglich auf ein „Überdehnungs- oder Peitschenhieb trauma der Halswirbelsäule“ zu schliessen, sei unseriös. Von der Lendenwirbel säule sei damals überhaupt nicht

die Rede gewesen. Die in den späteren MRI-Untersuchungen dargestellten Osteo chondrosen und Diskopathien seien dege nerativer Natur. Sie seien durch den Un fall weder verursacht noch verschlim mert worden. Zudem könnten sie die an gegebenen diffusen Schmerzen gar nicht erklären. Auch bei der Ko ntrolle bei Dr. D.\_\_\_\_ hätten weder klinisch noch elektrophysiologisch Ausfälle objek tiviert werden können. Bezüglich Hals- und Lendenwirbelsäule bestünden somit unfallbedingt weder Einschränkungen der Leistungsfähigkeit noch ein Integri täts schaden .

Dies gelte ebenfalls für die einfache Commotio. Echtzeitlich sei der Beschwerdeführer nicht bewusstlos gewesen. Auch hätte er nur eine kurze retrogradige Amnesie gehabt. Auch klinisch seien in den ersten 24 Stunden nach dem Unfall keine Komplikationen wie Erbrechen oder Übelkeit aufgetreten. Das Kontroll-CT des Gehirns vom 30. Oktober 2002 habe keine weiteren Läsionen gezeigt. Die Resultate der neuropsychologischen Test-Untersuchungen würden sich zwanglos allein psychoreaktiv erklären. Ein dauernder hirnrorganischer Schaden sei damit unwahrscheinlich.

Einzig die Sensibilitätsstörung im Bereich des linken Auges bei Status nach Operation einer Jochbeinfraktur (ossär gut geheilt) sei eine wahrscheinliche Unfallfolge. Diese rechtfertige eine Integritätsentschädigung von 5 % analog einem Ausfall des Nervus infraorbitalis nach Tabelle 17. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich daraus nicht.

Bezüglich der undislozierten, korrekt konservativ behandelten Tibiaplateau-Fraktur medial links sei der Verlauf sehr günstig gewesen. Hinweise auf den unauffälligen Status gebe auch der Bericht der Kreisärztlichen Untersuchung vom 4. März 2004. Auch hier bestehe weder ein erheblicher Integritätsschaden noch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die im MRI vom 13. November 2001 beschriebene Meniskopathie medial sei degenerativer Natur und ohne klinische Relevanz. Die Bänder seien intakt. Eine zukünftige Verschlimmerung sei unfallbedingt nicht wahrscheinlich (Urk. 9/142). 3.

### **E. 3**

Die Integritätseinbusse beträgt 10 %.

#### **E. 3.1**

Wie die Berichte der erstbehandelnden Ärzte im A. \_\_\_ und im B. \_\_\_ nach dem Unfall vom 30. Oktober 2001 zeigen, hat der Beschwerdeführer, nach dem er beim Überqueren der Strasse auf einem Fussgängerstreifen von einem Auto angefahren worden war, aus somatischer Sicht Verletzungen am linken Knie, am rechten Daumen sowie multiple Gesichtsschädelfrakturen erlitten.

Die - nur gering dislozierte - Tibiaplateaufraktur am linken Knie wurde konservativ mittels Ruhigstellung in einer Klettschiene behandelt. Am 13. Dezember

2001, eineinhalb Monate nach dem Unfall, wurde berichtet, dass die klinische und bildgebende Nachkontrolle einen gut verheilten Bruch gezeigt habe und das Knie wieder voll belastet werden könne. Dies wurde ein knappes Jahr nach dem Unfall anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 19. September 2002 nochmals bestätigt. So waren frakturbedingte Schmerzen oder Beschwerden am linken Knie auch nicht Gegenstand der Behandlung bei Dr. G. \_\_\_. Da der Bruch gut abgeheilt war, bestanden am linken Knie somit im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 30. August 2006 keine unfallbedingten Beschwerden mehr. Die im MRI festgestellte beginnende mediale Meniskuläsion links wurde von den involvierten Ärzten als degenerativ bedingt qualifiziert; dieses Beschwerdebild hat für die vorliegend zu beantwortende Streitfrage daher keine Bedeutung.

Auch der Bruch am rechten Daumenendgelenk

war erwartungsgemäss komplikationslos verheilt, so dass der zur Ruhigstellung angebrachte Daumenknebel bei schmerzfreier Beweglichkeit anlässlich der

Hospitalisation im B.\_\_\_\_ im November 2001 entfernt werden worden war . Dem erfolgreichen Heilungsverlauf entsprechend wurde in der kreisärztlichen Untersuchung vom 19. September 2002 fest gehalten, dass am Daumen keine unfallbedingten Beeinträchtigungen mehr vorlägen.

Schliesslich hatte der Beschwerdeführer durch den Unfall vom 30. Oktober 2001 Gesichtsschädelfrakturen erlitten. Die Jochbeinfraktur wurde anlässlich des Aufenthaltes vom 5. bis 9. November 2001 im B.\_\_\_\_ mit einer Osteosynthese versorgt,

wobei der Verlauf als komplikationslos beschrieben wurde . Am 17. Dezember 2001 beklagte der Beschwerdeführer eine Hypästhesie der gesamten linken Kopfhälfte . Während des Aufenthaltes in der E.\_\_\_\_ vom 8. Mai bis 12. Juni 2002 standen die Beschwerden am Kopf bei der Beurteilung der Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit nicht zur Diskussion. Es wurden aber Schmerzen in diesem Bereich notiert . Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 19. September 2002 gab Dr. F.\_\_\_\_ an, dass der Beschwerdeführer über diffuse,

linksbetonte thorakozervikozephalische Schmerzen klagt. Eine Restmetallentfernung am Gesichtsschädel sei geplant . Dr. G.\_\_\_\_ berichtete ebenfalls, dass der Beschwerdeführer Schmerzen im Gesichtsbereich sowie Kopfschmerzen angegeben habe, ferner beklagte er unangenehme Dysästhesien

über der linken Gesichtshälfte .

Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 16. April 2003 führte Dr. H.\_\_\_\_ an, dass eineinhalb Jahre nach dem Unfall ein Schmerzsyndrom in der linksseitigen oberen Gesichtshälfte sowie Kopfschmerzen und Schwindel verblieben seien – dies trotz adäquater Behandlung und operativer Versorgung der Gesichtsschädelfrakturen sowie nachfolgender Osteosynthese-Materialentfernung .

Bei der Abklärung der Leistungsfähigkeit in der E.\_\_\_\_ vom 14. Mai bis 25. Juli 2003 wurden neben anderen Beschwerden ebenfalls Gesichts- und Kopfschmerzen links notiert. Die Ärzte schätzten den Beschwerdeführer (unter Berücksichtigung der verschiedenartigen Probleme) in angepasster Tätigkeit als ganztags arbeitsfähig . Am 9. März 2006 berichtete Dr. D.\_\_\_\_ , dass der neurologische Befund trotz der angegebenen Schmerzen unauffällig sei . So hielt Dr. C.\_\_\_\_ nachvollziehbarerweise in seiner ärztlichen Beurteilung vom 4. Februar 2011 fest, dass die ossär gutgeheilte Jochbeinfraktur aufgrund der Sensibilitätsstörung eine Integritätsentschädigung von 5 % rechtfertige, sich hieraus aber keine Arbeitsunfähigkeit ergebe.

Der Beschwerdeführer macht verschiedentlich auch Beschwerden an der Wirbelsäule geltend. Wie die Beschwerdegegnerin aber zu Recht festgestellt hat, bestehen gemäss den echtzeitlichen Arztberichten weder aufgrund der bildgebenden noch der klinischen Untersuchungen

unfallkausale Verletzungen der Lenden- oder Halswirbelsäule und sind auch keine vorbestehenden Leiden dokumentiert, welche durch das Unfallereignis hätten aktiviert werden können (Urk. 2 S.

17) . Schon anlässlich der Erstbehandlung im A.\_\_\_\_ wurde

die Wirbelsäule untersucht. Im Austrittsbericht wurde explizit festgehalten, dass die Halswirbelsäule indolent und die Wirbel nicht klopfschmerzhaft sei.

Es fehlt an einer strukturellen Läsion, welche die in der Folgezeit nach dem Unfall beklagten Nacken-, Schulter-, Rückenschmerzen erklären könnte.

Zusammenfassend sind die aufgrund des Unfalles vom 30. Oktober 2001 erlittenen Verletzungen an Knie, Daumen und Gesichtsschädel abgeheilt. Es bestehen diesbezüglich keine Beeinträchtigungen, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Eine dauerhafte Beeinträchtigung, die zwar im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit ohne Bedeutung ist, besteht in der Sensibilitätsstörung in der linken Gesichtshälfte. Die Beschwerdegegnerin hat für diesen Gesundheitsschaden zu Recht eine Integritätsentschädigung von 5 % zugesprochen. Darüber hinaus bestanden im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 30. August 2006 knapp fünf Jahre nach dem Unfallereignis keine unfallkausalen organisch nachweisbaren Beeinträchtigungen mehr.

### **E. 3.2.1**

Eine unfallbedingte psychiatrische Erkrankung wird weder geltend gemacht, noch von den involvierten Ärzten diagnostiziert. So hielt Dr. G. am 20. Januar 2003 fest, dass beim Beschwerdeführer keine depressive Entwicklung bestehe. In der E. wurde zwar verschiedentlich ausgeführt, dass der Beschwerdeführer unter Ängsten und phobischen Erlebensweisen (beim Überqueren der Strasse) leide, indessen wurde nie eine eigentliche psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Beim Beschwerdeführer bestand aber zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung offensichtlich eine chronifizierte Schmerzproblematik, welche nach den Angaben des Beschwerdeführers neben Kopfschmerzen auch nicht klar lokalisierbare Schmerzen in fast allen Körperbereichen betrifft.

Wie bereits ausgeführt, können diese Schmerzen weder durch bildgebende Befunde noch durch klinische Untersuchungen erklärt werden. Auch die neurologischen Untersuchungen blieben ohne Befund. Damit eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Hinblick auf die bestehende diffuse Schmerzproblematik in Frage kommt, muss dieses Beschwerdebild, da es wie gesehen nicht durch organische Befunde objektivierbar ist, in einem adäquaten Zusammenhang zum Unfallereignis vom 30. Oktober 2001 stehen. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend ausgeführt hat, kommen bei diesem als mittel schwer zu qualifizierenden Unfallereignis vorliegend für die Prüfung der Adäquanz die Kriterien bei psychischen Fehlentwicklungen zur Anwendung (so genannte Psycho-Praxis, BGE 115 V 133) und nicht die so genannte Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109, 117 V 359), da beim Beschwerdeführer die generelle Schmerzproblematik im Vergleich zu allfälligen für ein Schleudertrauma bzw. äquivalenter Verletzung typischen Beschwerden mit Sicherheit im Vordergrund steht (BGE 123 V 98 E. 2a).

### **E. 3.2.2**

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: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre er

fahrungs gemässe 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 (BGE 115 V 133 E. 6c/ aa ). 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). An derseits 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 ausschlag gebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich bei spielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenz bereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigen Kriterien in gehäufte 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 133 E. 6c/ bb , vgl. auch BGE 120 V 352 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).

Der Beschwerdeführer wurde auf dem Fussgängerstreifen von einem Auto angefahren. Ein solches Ereignis ist zwar für den Betroffenen eindrücklich, es kann aber, so wie es sich vorliegend zugetragen hatte, nicht als besonders dramatisch oder eindrücklich im Sinne dieses Kriteriums bezeichnet werden . Zudem hat der Beschwerdeführer angegeben, dass er sich an das Unfallereignis nicht erinnern könne und er danach bewusstlos gewesen sei. Sollte dies zutreffen, hätte er eine besondere Dramatik oder Eindrücklichkeit, wenn sie denn vorhanden gewesen wären, nicht wahrnehmen können bzw. hätte er sich an diese nicht mehr erinnern können. Das erste Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist daher auf jeden Fall zu verneinen.

Ferner hat der Beschwerdeführer durch den Unfall keine Verletzungen erlitten, welche erfahrungsgemäss eine psychische Fehlentwicklung auslösen. Er zog sich bei diesem Unfall zwar Brüche an Knie, Daumen und Gesichtsschädel zu. Wie ausgeführt verheilten diese Frakturen innert kurzer Zeit komplikationslos. Damit bestand weder eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, noch eine ärztliche Fehlbehandlung noch ein schwieriger Heilungsverlauf mit erheblichen Komplikationen. Aus physischer Sicht war der Beschwerdeführer zudem gemäss der Beurteilung der Ärzte der E.\_\_\_\_

bereits ein knappes Jahr nach dem Unfall zumindest in leidensangepassten Tätigkeiten vollzeitlich arbeitsfähig .

Obwohl der Beschwerdeführer als vorherrschende Beeinträchtigung über Schmerzen klagt, welche verschiedenste Körperteile betreffen, kann das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen jedenfalls nicht als besonders ausgeprägt gelten, berichtete doch Dr. G.\_\_\_\_ im Mai 2005, dass die Schmerzen erträglich seien und nur noch gelegentlich Physiotherapie und Analgesie nötig seien. Somit ist höchstens ein Adäquanzkriterium – in nicht ausgeprägter Weise – erfüllt, weshalb der adäquate Zusammenhang zwischen den über den 30. August 2006 hinaus bestehenden, nicht aufgrund eines objektivierbaren organischen

Substrats erklärbaren Beschwerden und dem Unfallereignis vom 30. Oktober 2001 zu verneinen ist .

### **E. 3.3**

Zusammengefasst bestehen über den 30. August 2006 hinaus unter Berücksichtigung nicht nur des Aktengutachtens von Dr. C.\_\_\_\_ , sondern auch der übrigen umfangreichen medizinischen Akten

weder aus somatischer noch aus psychischer Sicht unfallkausale gesundheitliche , die Arbeitsfähigkeit beschlagende

Beeinträchtigungen. Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers liegen schlüssige ärztliche Berichte aus den relevanten Fachgebieten vor, so unter anderem aus der orthopädischen Chirurgie, Neurologie und Psychosomatik. Da die vorhandenen medizinischen Akten eine abschliessende, unfallversicherungsrelevante Beurteilung des Gesundheitszustands erlauben , besteht entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers kein Anlass für eine polydisziplinäre Begutachtung.

4.

Der Einspracheentscheid vom 16. März 2012 erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - Bundesamt für Gesundheit 4.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons

Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstSlavik

**E. 4**

Eine Leistungspflicht der SUVA für Beschwerden psychischer

Ursache wird über den 31.8.2006 abgelehnt . [...]

Da sich der Versicherte in den nachfolgenden Jahren trotz mehrmaliger Aufforderung nicht zum Vergleichsvorschlag vernehmen liess (Urk.

**E. 9**

/152), teilte ihm die SUVA mit Verfügung vom 6. August 2011 mit, dass sie ihm eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 5 % ausrichten werde. Ein Rentenanspruch bestehe nicht, weil die heute noch geklagten Beschwerden organisch nicht nachweisbar seien und die Adäquanzprüfung der psychischen Beschwerden negativ ausgefallen sei. Die Versicherungsleistungen würden deshalb rückwirkend per 30. August 2006 eingestellt und die von September 2006 bis September 2010 ausgerichteten Rentenvorschussleistungen zurückgefordert (Urk. 9 /154).

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