

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00144 vom 29. September 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-09-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2012.00144](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00144)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00144 du 29 septembre 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00144 del 29 settembre 2014

## Erwägungen

### E. 1

#### .2 1.2.1

Am 11. Dezember 2006 verunfallte der zuvor arbeitslos gewesene und bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) unfallversicherte X.\_\_\_\_ mit einem geliehenen Motorfahrzeug auf dem Weg zu einer an dem Tag neu anzutretenden Arbeit (Urk. 7/1, Urk. 7/7 und Urk. 7/139). Bei diesem Unfall erlitt X.\_\_\_\_ ein Schädelhirntrauma (intubationspflichtiger initialer GCS 8), eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS), eine Rissquetschwunde an der Augenbraue links, eine Kontusionsblutung am Schilddrüsenlappen rechts und eine erstgradig offene Patellatrümmerfraktur links. Die medizinische Erstversorgung erfolgte im Kantonsspital Y.\_\_\_\_ ( Y.\_\_\_\_ ), wo nach blandem Schädel-CT beim kardiopulmonal stabilen Patienten die Patellatrümmerfraktur operativ versorgt wurde (Operationsbericht vom 22. Dezember 2006, Urk. 7/9). Wegen des unklaren GCS-Abfalls am Unfallort wurde X.\_\_\_\_ postoperativ nicht sofort extubiert, sondern zur Beobachtung auf die Intensivstation verlegt. In der dort durchgeführten Sonographie der HWS konnte keine die Luftröhre komprimierende Blutung nachgewiesen werden, worauf X.\_\_\_\_ problemlos extubiert und am Unfallfolgetag auf die Abteilung verlegt wurde. Dort wurde mit der Kniemobilisation begonnen ( Austrittsbericht des Y.\_\_\_\_, vom 17. Januar 2007 über die Hospitalisation vom 11. bis 20. Dezember 2006, Urk. 7/10). Am 20. Dezember 2006 wurde X.\_\_\_\_ in gutem Allgemeinzustand an Gehstöcken mobil nach Hause entlassen. Als ambulante medizinische Massnahmen wurden Mobilisation bei Teilbelastung von 15 kg für sechs Wochen sowie Physiotherapie mit Knieflexion bis maximal 30 Grad und eine Verlaufskontrolle nach sechs Wochen verordnet.

Nach Selbsteinweisung am 26. Dezember 2006 wegen Schmerzexazerbation der HWS und der Rückenmuskulatur, und nachdem ein am 28. Dezember 2006 durchgeführtes MRI der HWS keine Hinweise auf traumatische Veränderungen ergeben hatte, wurde X.\_\_\_\_ am 30. Dezember 2006 mit verstärkter Analgesie vom Y.\_\_\_\_ erneut nach Hause entlassen (Bericht vom 23. Januar 2007, Urk. 7/17).

Am 1. Februar 2007 berichtete das Y.\_\_\_\_ über eine erneute Selbsteinweisung von X.\_\_\_\_ am 8. Januar 2007 wegen Schmerzexazerbation bei para vertebralem Schmerzsyndrom sowie Fieber und Schüttelfrost. Nach MRI-Abklärungen der gesamten Wirbelsäule ohne Hinweise auf traumatische Läsionen, einer ebenso unauffälligen CT-Abklärung von Schädel und Hals und der Behandlung einer Unterlappenpneumonie rechts war er am 12. Januar 2007 zur Rehabilitation nach Z.\_\_\_\_ überwiesen worden (Urk. 7/18). 1.2.2

Gemäss dem Austrittsbericht der Rehaklinik Z.\_\_\_\_ vom 16. Februar 2007 (Urk. 7/26) zeigte X.\_\_\_\_ während des Aufenthalts trotz weiterhin komplikationslosem Heilungsverlauf der

Unfallverletzungen wenig Motivation und Kooperation bei den mobilisierenden Therapien, aber eine starke Abwehr gegen die klinische Untersuchung, vor allem im HWS-Bereich. Aufgrund seiner Schmerzangaben wurde ihm weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Das psychosomatische Konsilium vom 22. Januar 2007 ergab - wie bereits die Untersuchung nach einem früheren Unfall im Jahr 2005 - keine Hinweise auf eine psychische Störung, jedoch erhebliche Aggravationszeichen bei Symptomausweitungsverhalten (Urk. 7/14). 1.2.3

Auch in der SUVA-kreisärztlichen Untersuchung vom 16. Mai 2007 konnten keine validen Befunde für die noch bestehenden unfallbedingten Einschränkungen erhoben werden, zudem war die Aktenlage für die Beurteilung ungenügend (Bericht vom 22. Mai 2007, Urk. 7/32). Aufgrund drittanamnestischer Hinweise der X.\_\_\_\_ zur Untersuchung begleitenden Ehefrau auf eine Wesensveränderung

sowie des „äusserst“ aggressiven Verhaltens

des Exploranden in der Untersuchung empfahl die SUVA-Kreisärztin (Dr. med. A.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH) neurologische und spezialärztliche und neuropsychologische Abklärungen. 1.2.4

Die neuropsychologische Abklärung durch Dr. phil.

B.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, vom 26. Juni 2007 ergab nur geringe Auffälligkeiten im Sinne von leichten Schwankungen, ohne klare Abgrenzung eines umschriebenen Funktionsdefizits bei - trotz starker Medikation - unauffälligen Konzentrationsleistungen (Bericht vom 30. Juni 2007, Urk. 7/48). In Anbetracht der Anamnese und der Art und geringen Ausprägung der Befunde könne davon ausgegangen werden, dass mit überragender Wahrscheinlichkeit keine posttraumatischen hirnstrukturell bedingten kognitiven Funktionsstörungen mehr vorlägen. Ob allenfalls eine Wesensveränderung erfolgt sei, sei schwierig einzuschätzen. In der neuropsychologischen Untersuchung hätten sich diesbezüglich keine Verhaltensauffälligkeiten gezeigt.

Gemäss den Angaben des Patienten stehe die Schmerzsymptomatik im Vordergrund, er fühle sich dadurch im Alltag beeinträchtigt und es komme zu psychischen Reaktionen. Er reagiere mit Nervosität und Aggression auf die dauernden Schmerzen und die veränderte Lebenssituation. Wegen der Schmerzen sei er nur noch zu Hause und fühle sich wie ein eingesperrter Hund.

Aus neuropsychologischer und auch aus therapeutischer Sicht wäre eine zumindest stundenweise Beschäftigung ausser Haus angebracht. Das gäbe eine bessere Tagesstruktur und könnte zu einem besseren Umgang mit den Schmerzen und zu einer Minderung der aggressiven Reaktionen beitragen. Gleichzeitig könnte erprobt werden, in welche Richtung eine zukünftige berufliche Eingliederung gehen könnte. 1.2.5

Die Untersuchung durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Neurologie FMH, vom 10. Juli 2007

(Bericht vom 11. Juli 2007, Urk. 7/51) ergab keine Hinweise auf eine neurologische Schädigung. Die Hirnstromkurve zeigte ein unauffälliges Bild ohne Herdbefund, ohne Kortex-nahe irritative oder epilepsieverdächtige

Graphismen, weder in Ruhe noch während der Provokations-Tests. Auch die klinische Untersuchung ergab keine Anhaltspunkte für eine zentrale Ausfallsymptomatik. Es bestehe keine Indikation für eine medikamentöse Behandlung. Vielmehr seien - wegen der

möglichen Nebenwirkungen - die Analgetika-Dosis und die antidepressive Medikation zu reduzieren sowie die körperliche Mobilisation und die psycho-soziale Integration zu fördern. 1.2.6

Am 7. August 2007 berichtete das Y.\_\_\_\_, der Versicherte werde anlässlich der - aufgrund des bildgebend festgestellten Fortschritts im Heilungsverlauf in zwei Monaten vorgesehenen - Osteosynthesematerialentfernung im linken Kniegelenk wegen der anhaltenden Beschwerden auch arthroskopisch untersucht (Urk. 7/57). Am 30. Oktober 2007 wurde seitens des Y.\_\_\_\_ der 20. November 2007 als Operationstermin gemeldet und - bei Attestierung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ab sofort für sitzende Tätigkeiten aus chirurgisch -orthopädischer Sicht ( Dr. med. D.\_\_\_\_, Chirurgie FMH) - eine vorgängige kreisärztliche Untersuchung empfohlen (Urk. 7/78). Den vom kreisärztlichen Dienst auf den 19. November 2007, 11.00 Uhr anberaumten Untersuchungstermin liess der Versicherte am 12. November 2007 wegen des gleichentags vorgesehenen Spitaleintritts absagen (Urk. 7/75). Gemäss dem Bericht des Y.\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2007 (Urk. 7/89) wurden Osteosynthesematerialentfernung und Arthroskopie am 20. November 2007 mit komplikationslosem peri- und postoperativem Verlauf durchgeführt. Beim Austritt am 23. Dezember 2007 bestanden reizlose Wundverhältnisse und wurde noch eine dreitägige postoperative Arbeitsunfähigkeit attestiert.

Nach Durchführung einer Ganzkörperskelettszintigraphie sowie eines MRI und eines CT des Sternums ( ohne Erhebung behandlungsbedürftiger oder die Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränkende Befunde, vgl. Urk. 7/98-99) wurde X.\_\_\_\_ dem SUVA-Kreisarzt zur Festlegung der weiteren Arbeitsfähigkeit zugewiesen;

seitens der Chirurgischen Klinik und Poliklinik des Y.\_\_\_\_ wurde nach der Behandlungsabschluss hinsichtlich der dort behandelten Unfallfolgen und

die vollständige Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit attestiert ( Bericht vom 6. Februar 2008, Urk. 7/100).

### **E. 1.1**

X.\_\_\_\_, mazedonischer Staatsangehöriger, geboren 1981, reiste 2003 in die Schweiz ein und erzielte - ausweislich seines IK-Auszugs (Urk. 7/197) - in verschiedenen Anstellungen (von maximal sechs Monaten Dauer) als Hilfsarbeiter im Einreisejahr ein Erwerbseinkommen von Fr. 9'553.--, im Jahr 2004 ein solches von Fr. 26'465.--, im Jahr 2005 (nebst Arbeitslosenentschädigung) ein solches von Fr. 2'287.-- und im Jahr 2006 (nebst Arbeitslosenentschädigung) ein solches von Fr. 14'819.-- (vgl. auch Urk. 7/65/1).

### **E. 1.3.1**

Am 24. Januar 2008 berichtete der Hausarzt von X.\_\_\_\_, Dr. med. E.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin FMH, die Rehabilitation sei erschwert durch verschiedene Beschwerden sowie durch eine ausgeprägte depressive Verstimmung. Er habe deshalb eine psychotherapeutische Unterstützung durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in die Wege geleitet (Urk. 7/93).

In der Folge wurde X.\_\_\_\_

nicht zur kreisärztlichen Abschlussuntersuchung aufgeboten, sondern am 7. Februar 2008 vom SUVA-Kreisarzt bei der Rehaklinik Z.\_\_\_\_

zur Neurorehabilitation sowie zur Klärung der beruflichen Perspektiven bzw. Beurteilung von Belastbarkeit und Zumutbarkeit an gemeldet (Urk. 7/96).

### **E. 1.3.3**

Aufgrund ihrer Untersuchung vom 8. August 2008 kam SUVA-Kreisärztin Dr. A.\_\_\_\_ zum Schluss, der Zeitpunkt für den Fallabschluss sei noch nicht erreicht. Es sei noch ein ausführlicher Bericht des behandelnden Psychiaters beizuziehen, bei Persistieren der vom Versicherten geklagten Hüftbeschwerden ein Röntgenbild des Beckens anzufertigen, bei Persistieren der vom Versicherten geklagten

Beschwerden in der rechten Hand eine handchirurgische Abklärung durchzuführen und ein vom Hausarzt wegen anhaltender Atembeschwerden und Sternumprobleme vorgesehene neues MRI abzuwarten (Urk. 7/138).

### **E. 1.3.4**

Am 4. Oktober 2008 berichtete med. pract. E.\_\_\_\_ (Urk. 7/162) über einen unveränderten Gesundheitszustand des Versicherten und die am 11. September 2008 durchgeführte CT-Abklärung des Sternums (Urk. 7/161).

Am 16. Oktober 2008 reichte Dr. F.\_\_\_\_ einen ausführlichen Verlaufsbericht über seine offenbar seit einiger Zeit durchgeführten stützenden, problemorientierten bzw. kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gespräche mit dem Versicherten zu den Akten, in denen er dessen Befindlichkeit und Erleben sowie seine Schlussfolgerungen darlegte (Urk. 7/163). Diagnostisch wies er auf eine ängstlich depressive Erlebnisverarbeitung basierend auf dem Trauma des Unfalls mit Verlust aller Ressourcen sowie den Verdacht auf eine (nicht codierte) posttraumatische Stressverarbeitungsstörung hin.

Mit Bericht vom 14. November 2008 informierte

Dr. med. G.\_\_\_\_, Neurologie FMH, über ihre klinische Untersuchung des Versicherten vom 11. November 2008, aufgrund derer noch eine elektroneuromyographische Untersuchung durchzuführen sei (Urk. 7/167).

Bei dieser Aktenlage stellte Dr. A.\_\_\_\_ in ihrer kreisärztlichen Untersuchung vom 20. November 2008 fest, dass beim Versicherten weiterhin eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik mit erheblicher neuropsychologischer Leistungsbeeinträchtigung vorliege (Urk. 7/168). In therapeutischer Hinsicht regte sie an, dass der Versicherte sobald als möglich zu einer intensiven Rehabilitation mit gutem Einstellen der chronischen Schmerzen in die Rehaklinik Z.\_\_\_\_ eintreten sollte. Daneben sei auch die berufliche Wiedereingliederung bzw. berufliche Neuorientierung anzugehen. Bis dahin seien die Ergo- und Physiotherapie sowie die Therapie bei Dr. F.\_\_\_\_ (inkl. Übernahme der antidepressiven Medikation) weiterzuführen.

### **E. 1.3.5**

Mit Verfügung vom 15. Januar 2009 stellte die SUVA fest, dass sich der Unfall vom 11. Dezember 2006 auf dem Arbeitsweg zu einem neuen Arbeitgeber ereignet habe, weshalb die Leistungen zu Lasten des damit begründeten Versicherungsverhältnisses zu erbringen seien (Urk. 7/182). Mit der nämlichen Verfügung kürzte sie die - betraglich neu festgesetzten - Taggeldleistungen wegen grobfahrlässiger Verursachung des Unfalls für die Zeit vom 14. Dezember 2006 bis zum 14. Dezember 2008 um 30 %; dies unter Hinweis auf den in Rechtskraft erwachsenen Strafbefehl der Staatsanwaltschaft Winterthur/Unterland

vom 19. März 2008, mit welchem der Versicherte als Unfallverursacher der vorsätzlichen groben Verletzung der Verkehrsregeln schuldig gesprochen und bestraft wurde (vgl. Urk. 7/137). Die am 18. Februar 2009 dagegen erhobene Einsprache (Urk. 7/189) wurde mit Entscheid vom 30. Juni 2009 abgewiesen (Urk. 7/210).

### **E. 1.3.6**

Vom 16. Dezember 2008 bis zum 27. Februar 2009 weilte der Versicherte zur orthopädisch- traumatologischen Rehabilitation, Schmerztherapie und beruflichen Abklärung/Umorientierung mit den Zielen einer Rückkehr zur Arbeit, Klärung der beruflichen Perspektiven und Beurteilung der Belastbarkeit und Zumutbarkeit in der Rehaklinik Z.\_\_\_\_ (vgl. Anmeldung vom 19. November 2008, Urk. 7/169). Im neuropsychologischen Bericht vom 3. März 2009 (Urk. 7/194) wurde die anlässlich des Klinikaufenthalts vom Frühjahr 2008 gestellte psychiatrische Diagnose mit ICD-10: F32.1 (mittelgradige depressive Episode) codiert und festgestellt, dass aktuell eine Besserung der depressiven Symptomatik feststellbar sei, bei nun jedoch stärker ausgeprägtem dysfunktionalem Schmerzverhalten. Neurologisch bildgebend sei - nach negativen C T-Befunden in den Jahren 2006 und 2007 - auch im MRI vom 25. Februar 2009 ein nicht pathologischer MRT-Schädel diagnostiziert worden, insbesondere ohne Nachweis von Hämossiderinablagerungen. Neuropsychologisch

wurde n aber wiederum - wie bereits im Frühjahr 2008 - schlechtere Testergebnisse als bei der Testung durch Dr. B.\_\_\_\_ im Jahr 2007 gemessen. Die Verschlechterung stehe wahrscheinlich hauptsächlich im Zusammenhang mit der psychischen, schmerzbedingten und existentiellen Problematik des Versicherten, könne aber auch mitverursacht sein durch die traumatische Hirnverletzung, die anfänglich besser kompensiert war. Ab 2. März 2009 wurde dem Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für leichte bis mittel schwere Tätigkeiten attestiert, wobei die noch vorhandenen somatischen Restbeschwerden durch ein selbstlimitierendes Verhalten überlagert würden (Austrittsbericht vom 6. März 2009, Urk. 7/193).

### **E. 1.3.7**

In seinem Verlaufsbericht vom 19. August 2009 bestätigte med. pract. E.\_\_\_\_, dass sich der psychische Zustand und die schweren depressiven Symptome verbessert hätten. Die körperlichen Beschwerden wie Rücken-, Nacken- und Knie schmerzen hätten sich jedoch nicht verändert. Der Versicherte leide vermehrt an Handschmerzen und einer ausgeprägten Kraftverminderung der rechten Hand. Eine ORL-Abklärung der (beim letzten Eintritt in die Rehaklinik Z.\_\_\_\_ geklagten) Drehschwindelattacken sei noch nicht erfolgt (Urk. 7/213).

Zuletzt berichtete Dr. med. H.\_\_\_\_, Oto - Rhino -Laryngologie FMH, am 18. September 2009, dass die klinische otoneurologische Untersuchung keine sicheren Auffälligkeiten gezeigt habe (Urk. 7/218).

In ihrer von der SUVA nach Beizug der polizeilichen Unfallakten in Auftrag gegebenen biomechanischen Kurzbeurteilung vom 4. November 2009 kamen die Rechtsmediziner Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ und Dr. med. J.\_\_\_\_ sowie Dr. sc. techn. K.\_\_\_\_ zum Schluss, dass sich aufgrund der technischen Triage und der medizinischen Unterlagen aus biomechanischer Sicht ergebe, dass die beim Versicherten anschliessend an das Unfallereignis festgestellten, von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde durch die Kollisionseinwirkung eher erklärbar seien (Urk. 7/227).

Der Handchirurg Dr. med. L.\_\_\_\_, Chirurgie FMH, berichtete am 10. April 2010, dass eine klinische Untersuchung der rechten Hand beim Versicherten wegen dessen Schmerzabwehr nicht durchgeführt werden können. In den ihm vorliegenden Unterlagen aus der bisherigen Krankengeschichte könne er keine Hinweise auf eine Verletzung der rechten Hand finden und die von ihm neu angefertigten Röntgenbilder des Handgelenks zeigten keine ossäre Pathologie, weshalb er es nicht für angezeigt halte, weiter auf die demonstrativen Schmerzen des Versicherten einzugehen (Urk. 7/240).

#### **E. 1.3.8**

Am 23. April 2010 führte PD Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kreisarzt SUVA Winterthur die ärztliche Abschlussuntersuchung durch (Urk. 7/247). Nach umfassender klinischer Abklärung der somatischen Beschwerden kam er zum Schluss, die ausgeprägte Schmerzproblematik vom Kopf bis in die Gesässregion reichend sei aktuell und in Folge des Unfalls nicht nachvollziehbar. Dies gelte zunächst für die bereits von Dr. L.\_\_\_\_ in gleicher Weise beschriebene Handproblematik. Aber auch im Bereich des linken Kniegelenks sei es nicht möglich, eine seriöse orthopädische Diagnose zu stellen. Obwohl bei Status nach Patellafraktur eine Schmerzhaftigkeit durchaus nachvollziehbar sei, seien die klinischen Befunde und die angegebene Schmerzlokalisierung nur schwerlich durch eine lokal artikuläre Genese zu erklären. Um hier eine fundierte Beurteilung zu erhalten, werde die Konsultation der orthopädischen Klinik des Y.\_\_\_\_ empfohlen. Die Beurteilung der ophthalmologischen sowie der neuropsychologischen bzw. psychiatrischen Probleme seien kreisärztlich nicht möglich und erforderten eine fachspezielle Abklärung durch den versicherungsmedizinischen Dienst.

Hinsichtlich der psychiatrischen Fragestellung reichte Dr. F.\_\_\_\_ den Zwischenbericht vom 23. April 2010 zu den Akten (Urk. 7/248). Darin diagnostizierte er eine Angststörung mit sozialen und freien Ängsten (mit ICD-10: F41.3 codiert) sowie eine mittelgradige schwere narzisstische Depression bzw. chronifizierte depressive Störung (unvollständig codiert mit ICD-10: F33). Hinsichtlich der störungsbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit regte er an, eine zusätzliche neuropsychologische Untersuchung durchzuführen, um abzuklären, zu welchen mentalen Leistungen der Versicherte tatsächlich in der Lage sei.

Am 11. Juni 2010 reichte die Augenklinik des Y.\_\_\_\_

den Bericht über die Untersuchung des Versicherten vom 3. Juni 2010 zu den Akten (Urk. 7/251). Gemäss den erhobenen Befunden lag keine Einschränkung der Sehkraft vor. Es wurden störende Wimpern mit der Pinzette entfernt und dem Versicherten ein Dauerrezept für einen Tränenersatzgel (Lacrycon SDU) ausgestellt.

Die Klinik für orthopädische Chirurgie des Y.\_\_\_\_ berichtete am 4. August 2010 über die am 17. Juli 2010 erfolgte Untersuchung des Versicherten (Urk. 7/258). Dabei konnten weder klinisch noch apparativ-bildgebend Befunde erhoben werden, welche die anhaltende Schmerzproblematik im Rücken, in der Hüfte und - insbesondere - im linken Kniegelenk hätten erklären können. Die Schmerzangaben seien diffus und inadäquat. Sie seien in Zusammenhang mit dem bekannten chronifizierten Ganzkörperschmerz zu sehen, aus chirurgisch/orthopädischer Sicht bestehe kein Handlungsbedarf.

#### **E. 1.3.9**

Gestützt auf diese Aktenergänzung befand Kreisarzt PD Dr. M.\_\_\_\_ am 18. Oktober 2010 (Urk. 7/260), unter berücksichtigender Annahme einer femoropatellären Problematik sei dem Versicherten eine ganztägige leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit Heben und Tragen von Lasten bis 25 kg zumutbar . Zu vermeiden seien Knien und Kniebeuge. Gehen über längere Strecken und auf unebenem Gelände sollten nur manchmal erforderlich sein.

Nach Tabelle 5 „Integritätsschaden bei Arthrosen“ sei eine mässige Femoropatellararthrose mit 5 - 10 % einzuschätzen. Hier seien 5 % gerechtfertigt.

An weiteren medizinischen Massnahmen seien drei bis vier jährliche Kontrollen beim Hausarzt mit Abgabe von Analgetika zu unterstützen. Weitere Behandlungsmöglichkeiten auf somatisch-orthopädischem Gebiet bestünden nicht.

In ophthalmologischer Hinsicht bestätigte der versicherungsmedizinische Experte der SUVA, Dr. med. N.\_\_\_\_ , Ophthalmologie FMH, am 29. Oktober 2010, dass bezüglich der Verletzung am linken Auge ein Endzustand ohne Einschränkungen und ohne wesentliche Integritätseinbusse sowie ohne weiteren Behandlungsbedarf eingetreten sei (Urk. 7/270).

Psychiatrisch wurde der Versicherte am 20. Januar 2011 durch Dr. med. O.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht (Bericht vom 27. Januar 2011, Urk. 7/274). Dr. O.\_\_\_\_ diagnostizierte eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) sowie eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0). Zur Genese und zum Verlauf äusserte er sich dahingehend, dass durch den Unfall aus dem Jahr 2006 aufgrund der neurotischen Entwicklung wahr scheinlich latente Ängste des Versicherten aktiviert worden seien. Sie hätten zu dem jetzt immer noch vorherrschenden ängstlich-depressiven Zustandsbild geführt und bedürften weiterer psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung . Die psychiatrisch/ psychotherapeutische Behandlung sollte fortgesetzt werden. Für einen Fallabschluss aus psychiatrischer Sicht sei es noch zu früh; eine schrittweise berufliche Rehabilitation sei noch möglich. Hinsichtlich des weiteren Abklärungsbedarfs äusserte sich Dr. O.\_\_\_\_ dahingehend, dass die bisherigen neuropsychologischen Untersuchungen keine Hinweise auf hirnorganische Störungen ergeben hätten und weitere neuropsychologische Abklärungen kontraindiziert seien, da sie dazu beitragen würden, den Versicherten auf die entsprechende Symptomatik zu fixieren .

Dr. F.\_\_\_\_ meldete in seinem Zwischenbericht vom 24. März 2011 eine Verschlechterung der psychischen Befindlichkeit, zufolge Deaktivierung des Versicherten, und regte eine niederschwellige berufliche Rehabilitation an (Urk. 7/287).

Mit Schreiben vom 28. März 2011 wurde med. pract . E.\_\_\_\_ mitgeteilt, dass aus kreisärztlicher Sicht

die von ihm angeregte (vgl. Urk. 7/282) nochmalige Hospitalisation in der Rehaklinik Z.\_\_\_\_ nicht indiziert sei (Urk. 7/286).

Am 1. April 2011 wurde Dr. F.\_\_\_\_ telefonisch darauf hingewiesen, dass für die berufliche Wiedereingliederung die Invalidenversicherung zuständig sei (Urk. 7/288).

Gemäss einer weiteren Telefonnotiz vom gleichen Tag ersuchte die SUVA die IV-Stelle des Kantons Zürich im Hinblick auf ihren geplanten Fallabschluss um Zustellung des von der Invalidenversicherung veranlassten MEDAS-Gutachtens (Urk. 7/289) .

#### **E. 1.4.1**

Nach Vorliegen des interdisziplinären versicherungsmedizinischen Gutachtens der MEDAS P.\_\_\_\_ vom 7. November 2011 (Urk. 7/311) führte die SUVA am 22. Februar 2012 die Abschlussbesprechung mit dem Versicherten durch (Urk. 7/320) und verfügte am 5. März 2012 den Fallabschluss per 31. März 2012 unter Zusprechung einer Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrads von 15 % ab 1. April 2012 sowie einer auf einer Integritätseinbusse von 5 % basierenden Integritätsentschädigung (Urk. 7/323).

#### **E. 1.4.2**

Dagegen erhob der Versicherte am 20. April 2012 Einsprache mit dem Rechtsbegehren, es sei ihm ab 1. April 2012 eine Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrads von 100 % sowie eine Integritätsentschädigung aufgrund einer Integritätseinbusse von mindestens 50 % zuzusprechen (Urk. 7/338). Mit der Einsprache reichte er die Beurteilungen med. pract. E.\_\_\_\_ vom 5. April 2012 (Beilage 2 zu Urk. 7/338) sowie Dr. F.\_\_\_\_ vom 13. und 27. März 2012 (Beilagen 3 und 6 zu Urk. 7/338) zu den Akten, ferner eine Kopie der durch Dr. F.\_\_\_\_ am 21. Dezember 2011 erfolgten Anmeldung zur neuropsychologischen Abklärung in der Neuropsychologischen Abteilung der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals Q.\_\_\_\_ (Q.\_\_\_\_, Beilage 4 zu Urk. 7/338) sowie deren Aufgebot des Versicherten vom 19. März 2012 per 2. Mai 2012 (Beilage 5 zu Urk. 7/338).

#### **E. 1.4.3**

Mit Entscheid vom 22. Mai 2012 wurde die Einsprache abgewiesen (Urk. 2). 2. 2.1

Dagegen erhob am 22. Juni 2012 Fürsprecher R.\_\_\_\_ namens des Versicherten und in Vertretung von Rechtsanwältin Elisabeth Ernst Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, es seien unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben, der Invaliditätsgrad und die Integritätsentschädigung neu unter Berücksichtigung auch der psychischen Gesundheitsbeschwerden festzulegen und dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen auszurichten sowie dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung unter Beiordnung von Rechtsanwältin Elisabeth Ernst als Rechtsbeiständin zu gewähren (Urk. 1 S. 2). Ferner ersuchte Fürsprecher R.\_\_\_\_ darum, der krankheitshalber an der Mandatsausübung verhinderten Rechtsanwältin Ernst oder einer gegebenenfalls erforderlichen bürointernen Vertretung eine Nachfrist für eine einlässliche Begründung der Beschwerde anzusetzen (Urk. 1 S. 3). 2.2

Mit Verfügung vom 26. Juni 2012 (Urk. 4) wurde die Beschwerdegegnerin zur Einreichung einer Beschwerdeantwort eingeladen und dem Beschwerdeführer - unter der Androhung, bei Säumnis werde angenommen, es liege keine prozessuale Bedürftigkeit vor - Frist zum Nachweis der prozessualen Bedürftigkeit mittels des gerichtlichen Nachweisformulars angesetzt. Das Nachfristbegehren wurde unter Hinweis auf eine allfällige spätere nochmalige Gelegenheit zur Stellungnahme abgewiesen.

Innert der ihm angesetzten Frist reichte der Beschwerdeführer weder das Formular, noch die verlangten Belege zum Nachweis der prozessualen Bedürftigkeit ein. 2.3

Nach dem Eingang der Akten der Beschwerdegegnerin und deren

Verzicht auf eine inhaltliche Stellungnahme (am 5. Juli 2012, Urk. 6 und Urk. 7/1-342), wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 6. September 2012 Gelegenheit gegeben, sich zu den von der Beschwerdegegnerin eingereichten Akten zu äussern (Urk. 8).

Nach zweimaliger Fristerstreckung aufgrund von Gesuchen eines Bürokollegen oder einer Bürokollegin von Rechtsanwältin Ernst (Urk. 10 und Urk. 11) reichte Rechtsanwältin Ernst am 26. November 2012 namens des Beschwerdeführers ihre Stellungnahme zu den Akten der Beschwerdegegnerin und zur aktuellen gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers ein (Urk. 13). In dieser Eingabe äusserte sie sich auch zur finanziellen Situation des Beschwerdeführers (Urk. 13 S. 8 f.). Mit den Beilagen (Urk. 14/1-8) reichte sie Belege zur Glaubhaftmachung der Bedürftigkeit (Urk. 14/4-8) ein. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Das Mandatsverhältnis von Rechtsanwältin Ernst mit dem Beschwerdeführer ist aufgrund der Vertretungsvollmacht vom 25. April 2007 in den Akten der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/30) hinreichend ausgewiesen und der angefochtene Einspracheentscheid wurde Rechtsanwältin Ernst zugestellt (vgl. Urk. 2). Die Vertretungshandlungen von Bürokollegen der mandatierten Rechtsanwältin wurden mit deren Eingabe vom 26. November 2012 (Urk. 13) sinngemäss nachträglich genehmigt, weshalb auch ohne Nachreichung von Substitutionsvollmachten davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer während der krankheitsbedingten Absenzen von Rechtsanwältin Ernst durch andere Mitglieder ihrer Kanzlei rechtskundig vertreten war und deren prozessuale Handlungen gültige Rechtsvorkehrungen des Beschwerdeführers darstellten.

Da auch die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. Urk. 1 S. 2), ist auf die Beschwerde einzutreten. 2. 2.1

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Der Anspruch auf die vorübergehenden UV-Leistungen Heilbehandlung (Art. 10 UVG) und Taggeld (Art. 16 f. UVG) setzt nach Gesetz und Praxis voraus, dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des unfallbedingt beeinträchtigten Gesundheitszustandes erwartet werden kann oder dass noch Eingliederungsmassnahmen der IV laufen. Trifft beides nicht (mehr) zu, hat der Versicherer den Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen abzuschliessen und den Anspruch auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 E. 4 S. 113 ff.; zur Publikation bestimmtes Urteil 8C\_100/2011 vom 1. Juni 2011). Gemäss Art. 30 Abs. 1 der Verordnung über die Unfallversicherung wird, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr zu erwarten, jedoch der Entscheid der IV über die berufliche Eingliederung noch nicht gefällt ist, vom Abschluss der ärztlichen Behandlung an eine Übergangsrente aufgrund der in diesem Zeitpunkt bestehenden Erwerbsunfähigkeit festgesetzt.

Namhaft im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG ist eine noch zu erwartende Besserung des Gesundheitszustandes dann, wenn sie zur Wiederherstellung oder zu mindest zu einer substantziellen Steigerung der unfallbedingt beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit führt (BGE 134 V 109 E. 4.3). 2.2 2.2.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene

Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 2.2.2

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a). 2.3

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid ( Art.

### **E. 3**

2

Gemäss dem Austrittsbericht der Rehaklinik vom 21. April 2008 (Urk. 7/118) wurde anlässlich des Aufenthalts vom 19. März bis zum 16. April 2008 eine erhebliche neuropsychologische Leistungsbeeinträchtigung im Rahmen einer ausgeprägten subjektiv erlebten Schmerzproblematik, Perspektivlosigkeit und Hinweise auf eine reduzierte Anstrengungsbereitschaft bei übergreifender existentieller Verunsicherung festgestellt. Aus neuropsychologischer Sicht sei die Leistungsver schlechterung Ausdruck der Schwierigkeiten, mit den Unfallfolgen zurechtzukommen. Eine hirnorganische Verschlechterung sei eher nicht wahrscheinlich. Die gesamten Testergebnisse wiesen nicht auf eine organisch bedingte Verschlechterung hin. Zusätzlich zu den muskuloskeletal bedingten Einschränkungen bestehe eine mittelschwere Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert (depressive Störung mit agitiert-dysphorischer Komponente sowie somatisierten Anteilen, nicht codiert). Deshalb werde aus psychiatrischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 16. April 2008 attestiert. Als weiterzuführende Behandlungsmassnahmen wurden die Fortsetzung der psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung sowie ambulante Ergotherapie und medizinische Trainingstherapie empfohlen.

#### **E. 3.1.1**

Für die Festsetzung des Invaliditätsgrads in der Fallabschlussverfügung der Beschwerdegegnerin vom 5. März 2012 (Urk. 7/323) war das Zumutbarkeitsprofil des MEDAS-Gutachtens vom 21. (recte: 7.) November 2011 (Urk. 7/311) massgebend (vgl.

Zusammenfassung der Entscheidungsgrundlagen vom 2. März 2012, Urk. 7/324), für die Bemessung der Integritätseinbusse die Kreisärztliche Beurteilung vom 18. Oktober 2010 (Urk. 7/260).

Gemäss dem interdisziplinären Belastungsprofil des MEDAS-Gutachtens war an dem Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht nach der Konsolidierung der Patellafraktur, d.h. ab dem 30. Mai 2007 körperlich mittelschwere, wechselnde lastende Tätigkeiten unter Ausschluss von Tätigkeiten in Zwangspositionen, in gebeugter Arbeitshaltung, mit häufigem Ersteigen von Leitern und Gerüsten sowie unter Beachtung einer Hebe- und Traglimite von 15

kg vollschichtig und ohne Leistungseinbusse zumutbar (Urk. 7/311, interdisziplinärer Teil: S. 56). Aus psychiatrischer, neurologischer und neuropsychologischer Sicht wurden keine aktuellen Gesundheitsstörungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt, wobei eine anhaltende psychiatrische Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auch für die Vergangenheit mit grösster Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen

wurde (Urk. 7/311, interdisziplinärer Teil: S. 53; vgl. auch versicherung psychiatrischer Teil: S. 31 ff.).

Ein Potential für die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch medizinisch zumutbare therapeutische Massnahmen wurde aus interdisziplinärer Sicht verneint (Urk. 7/311, interdisziplinärer Teil: S. 56)

Auch die kreisärztliche Schätzung der Integritätseinbusse erfolgte ausschliesslich aufgrund orthopädisch/rheumatologischer Befunde. Der nach Abheilung der Unfallverletzungen verbleibende Schaden am linken Kniegelenk wurde als mässige Femoropatellararthrose qualifiziert (Urk. 7/260 S. 2).

### **E. 3.1.2**

In der Begründung der Abschlussverfügung wurden die psychischen Beschwerden aus rechtlicher Sicht als psychogen und deshalb nicht adäquat kausal zum Unfallereignis qualifiziert (Urk. 7/323 S. 3).

### **E. 3.2.1**

In seiner Einsprache vom 20. April 2012 brachte der Beschwerdeführer zwar vor, dass er nach wie vor der ärztlichen Behandlung bedürfe, stellte aber nicht in Abrede, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine massgebliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten sei. Vielmehr machte er geltend, seine psychischen Beschwerden und neuropsychologischen Einschränkungen seien zu Unrecht als nicht adäquat unfallkausal gewertet worden und führten zur vollständigen Invalidität sowie zu einem wesentlich höheren Integritätsschaden (Urk. 7/338).

### **E. 3.2.2**

Im angefochtenen Einspracheentscheid

(Urk. 2) begründete die Beschwerdegegnerin die Nichtberücksichtigung psychisch/neuropsychologischer Beschwerden vorab damit, dass die MEDAS-Begutachtung diesbezüglich keinerlei pathologische Befunde gezeigt habe und dass dementsprechend seitens der Fachgebiete Psychiatrie, Neurologie und Neuropsychologie keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden seien (Einspracheentscheid E. 3). Eventualiter legte die Beschwerdegegnerin in

Erwägung 4 dar, dass auch der adäquate Kausalzusammenhang solcher Beschwerden mit dem Unfall vom 11. Dezember 2006 verneint werden müsste .

Auf die dem MEDAS-Gutachten widersprechenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte (med. pract .

E.\_\_\_\_ vom 5. April 2012, Beilage 2 zu Urk. 7/338, und Dr. F.\_\_\_\_ vom 13. März 2012, Beilage 3 zu Urk. 7/338) ging die Beschwerdegegnerin nicht ein.

Die rechtlichen Grundlagen für die Invaliditätsbemessung und die Bemessung der Integritätsentschädigung unter den als massgeblich erachteten medizinischen und erwerblichen Gegebenheiten legte die Beschwerdegegnerin in den Erwägungen 6 und 7 des Einspracheentscheids einlässlich dar.

### **E. 3.3.1**

Bereits in der nur knapp begründeten Beschwerdeschrift vom 22. Juni 2012 wurde geltend gemacht, dass der medizinische Sachverhalt, welcher dem Einspracheentscheid zugrunde liege, in offenem, nicht geklärten Widerspruch zu den Feststellungen anderer Ärzte stehe (Urk. 1 S. 3). In der ergänzenden Beschwerdebegründung vom 26. November 2012 wurde dies einlässlich mit Hinweisen auf die bereits aktenkundigen abweichenden Beurteilungen (Urk. 13 S. 2-8) sowie mit der Beurteilung Dr. F.\_\_\_\_ vom 18. Juni 2012 (Urk. 14/1), der aktuellen Medikamentenliste des Beschwerdeführers (Urk. 14/2) sowie dem Bericht über die neuropsychologische Untersuchung des Beschwerdeführers vom 2. Mai 2012 an der Klinik für Neurologie des Q.\_\_\_\_ (Urk. 14/3) belegt .

Nach Ansicht des Beschwerdeführers ist für die Evaluation des entscheidungserheblichen medizinischen Sachverhalts auf die von der Beschwerdegegnerin nicht berücksichtigten ärztlichen Beurteilungen abzustellen und ergibt sich daraus sowohl ein wesentlicher höherer Invaliditätsgrad als auch eine wesentlich höhere Integritätsentschädigung. Die erwerblichen Grundlagen der Invaliditätsbemessung sowie die von der Beschwerdegegnerin angewandten Kriterien für die Bemessung des orthopädisch/rheumatologischen Integritätsschadens werden nicht in Frage gestellt.

### **E. 3.3.2**

Nach dem Gesagten ist einzig der dem angefochtenen Einspracheentscheid (und der damit bestätigten Fallabschlussverfügung) zugrunde gelegte medizinische Sachverhalt strittig. Nachfolgend ist zu prüfen, ob dieser von der Beschwerdegegnerin bis zum Erlass der Fallabschlussverfügung korrekt abgeklärt wurde und ob er - gegebenenfalls - durch die im Einsprache- sowie im vorliegenden Beschwerdeverfahren neu aufgelegten ärztlichen Beurteilungen in Frage gestellt wird. 4. 4.1

Unter Hinweis auf vorstehende Erwägung 2.4.2 ist vorab darauf hinzuweisen, dass es sich beim interdisziplinären versicherungsmedizinischen Gutachten der MEDAS P.\_\_\_\_ vom 7. April 2011 um eine umfassende medizinische Beurteilung durch ausgewiesene Expertinnen und Experten der Fachgebiete Psychiatrie ( Dr. med. S.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie), Orthopädie ( Dr. med. T.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats), Neurologie ( Dr. med. U.\_\_\_\_ , Neurologie FMH) und Neuropsychologie ( lic . phil. Ch . V.\_\_\_\_ , Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP) mit einer detaillierten Konsensbeurteilung

handelt (vgl. die fachspezifischen Einzelteile und die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung, Urk. 7/311 ). 4.1.1

Die orthopädische Beurteilung wurde bereits in vorstehender Erwägung 3.1.1 e rörtert und ist - abgesehen von der interdisziplinär beurteilten Schmerzproblematik - unstrittig (vgl. E. 3.2 und E. 3.3). 4.1.2

Neurologisch konnten weder aufgrund der bis zum Zeitpunkt der Begutachtung durchgeführten bildgebenden Untersuchungen (CT Schädel, MRI der Halswirbelsäule , der Brust- sowie der Lendenwirbelsäule) noch in der klinisch-neurologischen Untersuchung objektivierbare Ausfälle oder strukturelle Läsionen festgestellt werden (neurologisches Gutachten S. 18). 4.1.3

Die neuropsychologischen Befunde konnten nicht hinreichend validiert werden. Aufgrund der Verhaltensbeobachtung und der Testbefunde wurden die gezeigten Defizite vor allem auf Selbstlimitierung zurückgeführt. Weiter wurde darauf hingewiesen, dass es an einer plausiblen (neurologischen) Erklärung für die deutlich schlechteren Testergebnisse in allen neuropsychologischen Testungen nach der ersten posttraumatischen im Jahr 2007 ( mit grösstenteils in der Norm liegenden Ergebnissen)

fehle (neuropsychologisches Gutachten S. 11 f.). 4.1.4

Die psychiatrische Begutachtung basiert nicht nur auf - präzise dokumentierten - Beschwerdeschilderungen ( S. 16 f.) und einer - davon klar abgegrenzten - detaillierten klinischen Befunderhebung (S. 22 f.) , sondern berücksichtigt e

auch das

Ergebnis der neuropsychologischen Abklärung (S. 23 f.) sowie

Angaben des Beschwerdeführers zum Tagesablauf und seinem Aktivitäts- bzw. Leistungs- und Integrationsniveau im Alltag (S. 21). In der Beurteilung wurde

auf diese tatsächlichen Informationen Bezug genommen und wurden die daraus zu ziehenden diagnostischen Schlussfolgerungen (inkl. Differentialdiagnostik) nachvollziehbar dargelegt ( S. 26 f f.) . Ferner wurden die bis zum Sommer 2010 produzierten medizinischen Vorakten

( versicherung psychiatrisches Gutachten S. 3-15) kritisch evaluiert ( versicherung psychiatrisches Gutachten, S. 31-33), insbesondere der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. F.\_\_\_\_ vom 21. Juni 2010 (mit dieser Datierung als act . 15 in den den Gutachten zur Verfügung gestandenen Akten der Invalidenversicherung [Urk. 7/15 im Prozess IV.2013.00045 i.S. des Beschwerdeführers gegen die IV-Stelle des Kantons Zürich], entspricht im Wesentlichen dem Bericht Dr. F.\_\_\_\_

vom 23. April 2010 an die Beschwerdegegnerin [Urk. 7/248 im vorliegenden Prozess ] ) .

Zur Diagnostik und Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung Dr. F.\_\_\_\_ äusserte sich Dr.

S.\_\_\_\_ wie folgt (versicherung psychiatrisches Gutachten, S. 33) :

„Aus dem psychopathologischen Befund von dazumal ist sicherlich zu entnehmen, dass der Versicherte einen gewissen depressiven und gedrückten Eindruck hinterlassen habe. Auch ist von einer gewissen psychomotorischen Hemmung und einer reduzierten Mimik und Gestik die Rede. Allerdings muss gesamthaft festgehalten werden, dass der

psychopathologische Befund dennoch sehr vage erscheint und nicht ausdrücklich die ICD-10 Kriterien einer depressiven Störung erfüllt. Diese scheinen nicht dezidiert als solche kritisch evaluiert worden zu sein. Eine Evaluierung des positiven und des negativen Tagesleistungsprofils fehlt gänzlich. Daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass der Versicherte zwar unter einer gewissen gedrückten Stimmung gelitten haben könnte. Allerdings ist aus dem vorliegenden psychopathologischen Befund das genaue Zustandsbild, respektive der Schweregrad einer depressiven Störung aus heutiger Sicht nicht exakt zu rekonstruieren. Wie Dr. F.\_\_\_\_ den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung begründet, bleibt aufgrund des psychopathologischen Berichtes und des Arztberichtes eher allgemein. Insgesamt zeigen die Arztberichte (die Aussage der Gutachterin bezieht sich offenbar auch auf die von ihr eingesehenen Hausarztberichte) eher Inkonsistenzen, sodass aus heutiger Sicht letztendlich das exakte Zustandsbild und der Verlauf nicht gänzlich nachvollzogen werden können. Auch scheinen sozio-konstellative Faktoren, die motivationalen Aspekte und auch das selbstlimitierende Verhalten des Versicherten nicht gänzlich berücksichtigt worden zu sein.“ 4.2

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die - ungefähr zeitgleich zur Untersuchung bei

Dr. S.\_\_\_\_ am 31. Januar 2011 ( vgl. versicherungs psychiatrisches Gutachten, S. 16) erfolgte - Exploration durch den versicherungspsychiatrischen Experten der Beschwerdegegnerin vom 20. Januar 2011 (vgl. Bericht vom 27. Januar 2011, Urk. 7/274) habe das von Dr. F.\_\_\_\_ beschriebene Zustandsbild bestätigt (Urk. 13 S. 4), kann dem nicht gefolgt werden. SUVA-Psychiater Dr. O.\_\_\_\_ hat lediglich eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) und eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) diagnostiziert (Urk. 7/274 S. 8 f.). Die

- eher leichten und in der Regel die Arbeitsfähigkeit nicht nachhaltig einschränkenden (eine Arbeitsunfähigkeit wurde von Dr. O.\_\_\_\_ auch nicht attestiert) - psychischen Störungen waren sodann nach der Ansicht

Dr. O.\_\_\_\_ durch eine die berufliche Rehabilitation begleitende psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung

noch behandelbar (Urk. 7/274 S. 9 f.) . Diese Einschätzung steht keineswegs in Widerspruch zur Beurteilung Dr. S.\_\_\_\_ (keine psychiatrische Diagnose mit - nachhaltiger - Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) , sondern deckt sich damit.

Fehl ging Dr. O.\_\_\_\_

jedoch in der versicherungsrechtlichen Beurteilung des von ihm festgestellten medizinischen Sachverhalts. Denn ärztliche Behandlungen, welche lediglich der psychotherapeutischen Begleitung der Wiedereingliederung dienen, sind nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts keine Massnahmen, die noch eine im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG namhafte Besserung des durch den erlittenen Unfall beeinträchtigten Gesundheitszustands bewirken können, weshalb sie dem Fallabschluss durch den Unfallversicherer nicht entgegenstehen ( vgl. BGE 137 V 199 E. 2.3 .2 ) . Die Beschwerdegegnerin hat deshalb - was vom Beschwerdeführer mit der Forderung nach höheren Invaliditätsleistungen und einer höheren Integritätsentschädigung (Urk. 13 S. 8) implizite auch anerkannt wird - den Fallabschluss keineswegs zu früh terminiert. Die auf die - in - validisierenden - somatischen Leiden gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne

des Bundesgerichts urteils 8C\_137/2014 vom 5. Juni 2014 (vgl. dortige E. 4.1) wurde bereits am 6. Februar 2008 abgeschlossen (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.2.6). Ab jenem Zeitpunkt sind nur noch rehabilitative Therapien aktenkundig. 4.3 4.3.1

Hinsichtlich der nach Vorliegen des entscheidungsmassgeblichen MEDAS-Gutachtens (und von dessen Kenntnisnahme durch den Beschwerdeführer und seine Rechtsvertreterin, vgl. Urk. 7/321)

zu den Akten gereichten ärztlichen Berichten (Beilagen 2-4 und 6 zur Einsprache vom 20. April 2012, Urk. 7/338), und Urk. 14/1 sowie Urk. 14/3) ist vorab Folgendes festzuhalten:

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist volle Beweiskraft zuzuerkennen ist, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353; BGE 9C\_243/2010 vom 28. Juni 2011 E. 1.3.4). Das bedeutet nicht, dass solchen Gutachten widersprechende ärztliche Beurteilungen (von Privatgutachtern einer beschwerdeführenden Partei oder behandelnden Ärzten)

von vornherein unbeachtlich wären (da durch die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag erklärbar, vgl. dazu BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteile 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2, I 701/05 vom 5. Januar 2007 E. 2 in fine und I 506/00 vom 13. Juni 2001 E. 2b).

Jedoch hängen die qualitativen Anforderungen an die Indizien, welche geeignet sind, Zweifel an der Zuverlässigkeit eines Administrativgutachten zu wecken, von der

Qualität der damit in Frage gestellten Expertise ab. Solche Indizien können in der Regel nur medizinische Experten liefern und eine ärztliche Beurteilung, mit der ein Administrativgutachten in Zweifel gezogen werden soll, muss entweder unerkannt gebliebene (reproduzierbare) Befunde oder offenkundige Mängel der Befundvalidierung und Gewichtung sowie der Herleitung der Diagnosen und der funktionellen Einschränkungen aus den aktenkundigen Fakten aufzeigen. Der Qualitätsstandard des angezweifelten Administrativgutachtens

bildet dabei den Massstab für die Substantiierung der daran geübten Kritik.

Da die Beurteilung durch die Administrativgutachter - selbst gegenüber einer qualitativ ebenbürtigen - abweichenden Auffassung Bestand hat, solange sie im Rahmen des ärztlichen Ermessens vertretbar ist, genügt es zur Erschütterung der Beweiskraft eines Administrativgutachtens nicht, generell dessen Mangelhaftigkeit zu behaupten oder die Unbefangenheit von Administrativgutachtern in Frage zu stellen und deren Faktenwertung

eine (fachärztlich) andere - allenfalls auch vertretbare - gegenüberzustellen (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C\_740/2010 vom 29. September 2011). 4.3.2

Im Lichte der vorstehenden Ausführungen können die

blossen Bestätigungen der eigenen früheren Beurteilungen durch die behandelnden Ärzte des Beschwerdeführers (med. pract. E. \_\_\_ und Dr. F. \_\_\_)

nach Vorliegen des MEDAS-Gutachtens

- ohne Auseinandersetzung mit dem bis zum Zeitpunkt ihrer erneuten Beurteilungen aktenkundig gewordenen medizinischen Sachverhalt, insbesondere mit den ganz anders lautenden gutachterlichen Feststellungen und Wertungen - den Beweiswert dieses Gutachtens nicht in Frage stellen. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass Dr. F.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 18. Juni 2012 (Urk. 14/1)

mit Auflistungen der diagnostischen Kriterien nach ICD und DSM auf den gutachterlichen Vorwurf des Fehlens einer kritischen Evaluation

in seinen früheren Berichten reagiert hat. Nach wie vor stützen sich seine Diagnostik und seine Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit ausschliesslich auf subjektive Beschwerdeschilderungen und klinische Beobachtung; aktenkundige anamnestiche Fakten zur Beurteilung des Funktionsniveaus im Alltag bleiben weiterhin unberücksichtigt.

Weshalb Dr. F.\_\_\_\_ - nach

Vorliegen der die bereits vorangegangenen bestätigenden,

neuropsychologischen Abklärung im Rahmen der MEDAS-Begutachtung - eine weitere neuropsychologische Untersuchung zur Abklärung allfälliger organischer Faktoren für Wesensveränderung, psychomotorische Verlangsamung und Gedächtnisstörungen

anordnete (vgl. Überweisungsschreiben vom 21. Dezember 2011, Beilage 4 zu Urk. 7/338), ist nicht nachvollziehbar. Angesichts des Fehlens jeglicher neurologischer Befunde war eine nochmalige neuropsychologische Abklärung nicht nur zum Nachweis einer (bereits fünf Jahre zurückliegenden) Unfallverletzung von vornherein völlig ungeeignet, sondern - wie Dr. O.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 27. Januar 2011 ausdrücklich festhielt (Urk. 7/274 S. 10) - wegen der Gefahr der Fixierung des Beschwerdeführers auf eine vermeintliche Unfallfolgesymptomatik sogar kontraindiziert. 4.3.3

Tatsächlich hat die von Dr. F.\_\_\_\_ angeordnete neurologische Abklärung in der Klinik für Neurologie des Q.\_\_\_\_ sowohl befundmässig als auch hinsichtlich der Verhaltensbeobachtungen nur die Feststellungen aller anderen Voruntersucher nach Dr. B.\_\_\_\_ bestätigt. Insbesondere wurde eine hirnorganische Ursache der testpsychologisch festgestellten Defizite einmal mehr ausgeschlossen.

Dass der klinische Eindruck und Instruktionsmanipulationen bei diesem Testproben Exploranden keine Hinweise auf Aggravation erbrachten, ist noch kein Indiz für eine fehlerhafte Befundvalidierung bei den vorangegangenen neuropsychologischen Untersuchungen (insbesondere im Rahmen der MEDAS-Begutachtung) und vermag deren anderslautende Bewertungen daher nicht in Frage zu stellen. Zumal die neuropsychologische Abklärung am Q.\_\_\_\_ in Unkenntnis der Vorakten bzw. gestützt nur auf die aktenwidrigen

Verlaufsangaben Dr. F.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 14/3; dokumentiert ist nur eine ungenügende Ansprechbarkeit durch die Rettungssanitäter am Unfallort, nicht aber der von Dr. F.\_\_\_\_ kolportierte postoperative komatöse Zustand, vgl. Sachverhalt Ziff. 1.2.1) und die beim Beschwerdeführer erhobene Anamnese erfolgte.

Ebenso wenig lässt sich aus dem Umstand, dass die neuropsychologischen Defizite als Symptome der von Dr. F.\_\_\_\_ diagnostizierten Krankheitsbildern gewertet wurden, eine Bestätigung dieser Diagnosen ableiten. Es wird auch keine Arbeitsunfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht bestätigt. 4.3.4

Insgesamt lassen sich den vom Beschwerdeführer nach Vorliegen des MEDAS-Gutachtens noch zu den Akten gereichten ärztlichen Beurteilungen keine konkreten Indizien entnehmen, welche gegen die Zuverlässigkeit der aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erfolgten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangten Expertise sprechen.

Demzufolge hat die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht gestützt auf dieses Gutachten abgeschlossen und dem Beschwerdeführer

die ihm gemäss dem gutachterlich festgestellten dauerhaften Gesundheitsschaden zufolge des Unfallereignisses vom 11. Dezember 2006 zustehenden Leistungen zugesprochen (Urk. 2 in Verbindung mit Urk. 7/323). Die von der Verwaltung zur Invaliditätsbemessung herangezogenen Bemessungsfaktoren werden weder in tatsächlicher noch in rechtlicher Hinsicht beanstandet. Es besteht kein Anlass für eine nähere Prüfung von Amtes wegen (BGE 125 V 413 E. 1b und 2c S. 415 ff.; 110 V 51 E. 4a S. 53). Entsprechendes gilt für die Integritätsentschädigung. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5.

Zum

beschwerdeführerischen Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sowie um Bestellung von Rechtsanwältin Ernst zu seiner unentgeltlichen Rechtsvertreterin (Urk. 1 S. 2) ist Folgendes zu bemerken: 5.1

Das Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht in Streitigkeiten um Leistungen der Unfallversicherung ist von Gesetzes wegen kostenlos (Art. 1 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, sowie § 33 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer), weshalb nicht über die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung

zu befinden ist. 5.2

Hinsichtlich des Gesuchs um Bestellung von Rechtsanwältin Ernst zur unentgeltlichen Rechtsvertreterin ist festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 26. Juni 2012 Frist für den Nachweis der prozessualen Bedürftigkeit angesetzt wurde (Urk. 4). Innert der ihm angesetzten Frist schickte der Beschwerdeführer weder das ihm vom Gericht zugestellte Abklärungsformular zurück, noch reichte er die mit der Verfügung verlangten Belege ein. Erst mit seiner Stellungnahme zu den Akten der Beschwerdegegnerin vom 26. November 2012 (Urk. 13) belegte er seine prozessuale Bedürftigkeit mit der Verfügung der Sozialen Dienste der Stadt Winterthur vom 14. Juni 2012, aus welcher hervorgeht, dass er ab dem 1. Juni 2012 von der Sozialhilfebehörde unterstützt wurde. Weshalb es ihm nicht möglich war, diesen Beleg früher einzureichen, wird in der Eingabe vom 26. November 2012 nicht begründet. Für die von Rechtsanwalt R.\_\_\_\_ in Substitution von Rechtsanwältin Ernst vorgenommenen Prozesshandlungen besteht daher kein Anspruch auf Entschädigung aus der Gerichtskasse.

Für die von ihr selbst vorgenommenen (Ergänzung der Beschwerdebegründung, Einreichung von Beweismitteln) bzw. noch vorzunehmenden (Besprechung des vorliegenden Entscheids mit dem Beschwerdeführer)

Prozesshandlungen ab dem erfolgten Nachweis der prozessualen Bedürftigkeit ist Rechtsanwältin Ernst

antragsgemäss zur unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zu bestellen und mit Fr. 1'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hin zuweisen. 5.3

Damit im gleichzeitig mit dem vorliegenden Urteil ergehenden Entscheid im Parallelprozess IV.2013.00045 in Sachen des Beschwerdeführers gegen die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, auf den hier ausführlich dargelegten medizinischen Sachverhalt verwiesen werden kann, ist der IV-Stelle ein Exemplar des Urteils zur Kenntnisnahme zuzustellen. Das Gericht beschliesst: Das Gesuch des Beschwerdeführers um Bestellung von Rechtsanwältin Elisabeth Ernst zu seiner unentgeltlichen Rechtsvertreterin wird mit Wirkung ab 26. November 2012 gutgeheissen, und erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Elisabeth Ernst, Zürich,

wird mit Fr. 1'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt.

Der Beschwerdeführer wird

auf

§ 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Elisabeth Ernst - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, unter Beilage des Doppels von Urk. 13 und Urk. 14/1-3 in Kopie - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
HurstErnst

## E. 8

ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art.

16 ATSG; vgl. BGE 130 V 121). 2.4

#### 2.4.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 2.4.2

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzu geben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.5 2.5.1

Im Anhang 3 zur Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 Prozent nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 Prozent des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

Die Medizinische Abteilung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den «Regelfall» gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a). 3.

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