

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00012 vom 30. September 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00012

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00012 du 30 septembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00012 del 30 settembre 2016

Erwägungen

E. 1

April 2000 als Bauarbeiter bei der Firma Y.____

angestellt und im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch versichert. Mit Schadenmeldung vom 18. Januar 2007 wurde der SUVA mitgeteilt, dass der Versicherte am gleichen Tag bei Aufräumarbeiten auf der Baustelle von einem Fussbrett, welches sich aus zwölf Meter n Höhe

von einem Fassadengerüst gelöst hatte,

am Kopf getroffen worden sei (Urk. 7/187, 7/1 und 7/3). Der Versicherte wurde am Unfalltag in die

Notfallstation des Spitals Z.____

eingeliefert und am selben Tag in die Unfallchirurgie des A.____

überwiesen (Urk. 7/5). Die SUVA gewährt eine Heilbehandlung und Taggeld etc. Mit Verfügung vom 14. Juli 2014 lehnte sie

den Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung rückwirkend per 1. September 2007 ab. Zur Begründung verwies sie auf eine interne interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 9. Mai 2014 (Urk. 7/292),

auf deren Grundlage sie

eine erhebliche (mindestens 10% ige) unfallbedingte Erwerbseinbusse und eine erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität verneinte (Urk. 7/298). Die hiegegen erhobene Einsprache vom 12. September 2014 mit dem Antrag auf Zusprechung einer angemessenen Invalidenrente für den Unfall vom 18. Januar 2007 (Urk. 7/300) wies die SUVA unter dem Hinweis, dass „lediglich die Rente angefochten“ worden sei, mit Einspracheentscheid vom 10. Dezember 2014 ab (Urk. 2).

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden

– soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 1.2

Nach Art. 10 Abs. 1 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. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]) invalidiert, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind

(vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_377/2013 vom 2.

Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes „namhaft“ in Art.

19 Abs.

1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art.

10 Abs.

1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbes. auf BGE

134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

E. 1.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung 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).

E. 1.4

Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere der Integritätserschädigung abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

E. 1.5

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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 un mittelbare 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, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungs – anspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 1.

E. 1.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 14. Januar 2015 Beschwerde und beantragte, es sei ihm eine angemessene Invalidenrente und aufgrund seiner Unfallver letzungen eine angemessene Integritätsentschädigung zuzusprechen (Urk. 1

S. 2). In der Beschwerdeantwort vom 20. Februar 2015 schloss die SUVA auf Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 8. April 2015 (Urk. 12) und Duplik vom 11. Mai 2015 (Urk. 15) hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest. Das Gericht zieht in Erwägung:
1.

E. 2.1

und 8C_476/2007 vom 4. August 2008 E. 4 [publ . in: SVR 2008 UV Nr. 35 S. 133] mit Hinweis auf Urteile U 588/06 vom 11. Dezember 2007 E. 4. 2.2, U 419/05 vom 24. März 2006 E. 4.1, U 276/04 vom 13. Juni 2005 E.

E. 2.2

und U 6/03 vom 6. Mai 2003 E. 3.2). Zudem wurden allfällige für ein Schädel-Hirntrauma typische Beschwerden erst geraume Zeit nach dem Unfallereignis vom 18. Januar 2007 medizinisch erhoben ;

so etwa im Rahmen der Abklärung der Schwindel beschwerden im Dezember 2007 und Januar 2008 (E. 3.8), der

Aufmerksamkeitsstörungen im Februar 2009 (E. 3.9) und der

Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen und Merkfähigkeitsstörungen im Juni 2009. Bereits anlässlich dieser Abklärungen wurde auf unfallfremde Pathomechanismen

hingewiesen

(E. 3.10). Es kann in Würdigung der medizinischen Akten somit nicht von einem im Anschluss an das Unfallereignis aufgetretenen komplexen und vielschichtigen Beschwerdebild mit eng ineinander verwobenen, einer Differenzierung kaum zugänglichen Beschwerden physischer und psychischer Natur ausgegangen werden. Die Verneinung einer die Schleudertrauma-Praxis rechtfertigenden Verletzung ist damit nicht zu beanstanden. Sie hält unter der mit BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung, wonach für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis nebst der medizinischen Diagnose eines Schleudertraumas der HWS das weitgehende Vorliegen des für eine derartige Verletzung typischen Beschwerdebildes genüge (BGE 117 V 359 E. 4b) , und erst recht im Lichte der mit BGE 134 V 109 formulierten erhöhten Anforderungen an den Nachweis derartiger Verletzungen stand. Somit

hat die Adäquanzbeurteilung nach den bei psychischen Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien im Urteil BGE 115 V 133 zu erfolgen . 7.

7. 1

Die Beschwerdegegnerin ging beim Ereignis vom 18. Januar 2007 von einem mittelschweren Unfall im engeren Sinne aus . Demgegenüber zog der Beschwerdeführer in der Replik ein Ereignis im Grenzbereich zu den schweren Fällen in Betracht .

7.2

Das Bundesgericht ordnete etwa folgende Ereignisse dem Bereich der mittelschweren Unfälle im engeren Sinn zu: eine „Hollywoodschaukel“ , die sich auf einer Dachterrasse befand und durch eine Windböe erfasst wurde, stürzte sie auf den Versicherten (Bundesgerichtsurteil 8C_957/2008 vom 1. Mai 2009 E. 4.3.1), oder die versicherte Person wurde durch eine 15.6 kg schwere Schalttafel, die aus fünf Metern Höhe zu Boden fiel , getroffen (U 282/00 vom 21. Oktober 2003 E. 4.2). Mit Blick darauf ist aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs

das Ereignis vom 18. Januar 2007 den mittelschweren Unfällen zuzuordnen , wobei mitzu berücksichtigen ist, dass am Unfallort beziehungsweise bei

Spitaleintritt

ein GCS-Wert von 15 fest gestellt wurde (Urk. 7/5) .

Bei der gegebenen Unfallschwere -

mittel schwerer Unfall im engeren Sinn

- müssten von den zusätzlich zu beachtenden Kriterien gemäss BGE 115 V 133

E. 6c/ aa

(besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; körperliche Dauerschmerzen; ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit) mindestens drei in einfacher Form oder aber eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit der adäquate Kausalzusammenhang bejaht werden könnte (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 8C_ 867/2015 vom 20. April 2016 E. 4.2 mit Hinweis auf SVR 2012 UV Nr. 23

E. S. 83; 8C_435/2011 E. 4.2; SVR 2010 Nr. 25 S. 100, 8C_897/2009 E. 4.5; 8C_498/2011 vom 3. Mai 2012 E. 6.2.2, nicht publ . in BGE 138 V 248). 7.3

7.3.1

Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich praxismässig objektiv und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens beziehungsweise Angstgefühls des Versicherten (SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7, Bundesgerichtsurteil 8C_398/2012 vom

6. November 2012 E. 6.1 mit Hinweisen). Der nachfolgende Heilungsprozess ist bei der Beurteilung der Unfalldramatik nicht relevant (vgl. etwa Urteil des Bundes gerichts 8C_806/2007 vom 7. August 2008 E. 11.1).

Beim Geschehen vom 18. Januar 2007 kann aus objektiver Warte mit Blick auf die Praxis nicht von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls gesprochen werden. Jedem mindestens mittelschweren Unfall ist eine gewisse Eindrücklichkeit eigen, welche aber noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (Bundesgerichtsurteil 8C_ 867/2015 vom 20. April 2016 E. 4.2.1 mit Hinweisen) .

Das Bundesgericht bejahte dieses Kriterium etwa bei einer Massenkarambolage auf einer Autobahn, bei einem Zusammenstoss zwischen einem Personenwagen und einem Lastwagen in einem Autobahntunnel mit mehreren sich anschliessenden Kollisionen mit der Tunnelwand, bei einem Zusammenprall zwischen einem Sattelschlepper und einem Personenwagen, wobei der Fahrer des Sattelschleppers die Kollision zunächst nicht bemerkte und den Personenwagen der versicherten Person noch auf einer längeren Distanz vor sich herschob, wobei die Insassen des Personen wagens verzweifelt versuchten, den Unfallverursacher auf sie aufmerksam zu machen , oder bei einem in der 29. Woche schwangeren Unfallopfer (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 8C_949/2008 vom 4. Mai 2009 E. 4.2.1 mit zahlreichen Hinweisen). Für solche oder ähnliche Umstände ergeben

sich vorliegend keine Anhaltspunkte . 7.3.2

Mit Blick auf die Rechtsprechung sind die erheblichen

Verletzungen im linken mittleren Gesichtsbereich, die der Beschwerdeführer erlitten hat und eine stationäre Hospitalisation

vom 18. bis 31. Januar 2007 erforderten, aus objektiver Sicht nicht von besonderer Schwere oder besonderer Art. So etwa erkannte das Bundesgericht in Bezug auf ein Ereignis, bei dem ein Arbeiter kopfüber von einem Baugerüst auf ein abgestelltes Arbeitsgerät stürzte und sich dabei eine Mandibulafraktur und eine Jochbeinfraktur sowie eine Thoraxkontusion zugezogen hatte, nicht auf ein solches von besonderer Art, das speziell geeignet wäre, psychische Fehlentwicklungen auszulösen (Urteil des Bundesgerichts 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.4).

Weiter liegt hinsichtlich der allein massgebenden physischen Beschwerden auch keine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung vor. Der Beschwerdeführer konnte die angestammte Tätigkeit bereits im Oktober 2007 wieder ganztags für mehrere Monate aufnehmen (Urk. 7/260) . 7.3 .3

Den medizinischen Akten sind überdies weder Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung zu entnehmen noch kann von einem unfallbedingt schwierigen Heilungsverlauf mit erheblichen Komplikationen gesprochen werden, weshalb diese beiden Kriterien ebenfalls nicht bejaht werden können. 7.3 .4

Bei der Adäquanzbeurteilung nach BGE 115 V 133 sind die Folgen der organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden nicht in die Beurteilung einzubeziehen. Dies gilt auch für die Beurteilung der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung (Urteil des Bundesgerichts 8C_903/2009 vom 28. April 2010 E. 4.6). Nach der operativen Versorgung der Gesichtsverletzungen im Januar 2007

(E. 3.3), der

Osteosynthesematerialentfernung im August 2007 (E. 3.7) und der Schieloperation im August 2010 (E. 3.11) mit jeweils komplikationslosem Verlauf sind keine namhaften weiteren ärztlichen Behandlungen aktenkundig. Das Kriterium ist damit nicht erfüllt.

7.3 .5

Hinsichtlich des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ergibt sich, dass nach dem Ereignis vom 18. Januar 2007 dem Beschwerdeführer bereits ab 13. April 2007 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in seiner bisherigen Tätigkeit attestiert (E. 3.5) und ab diesem Datum die Erwerbstätigkeit auch wieder aufgenommen wurde

(Urk. 7/18 S. 2), weshalb auch dieses Kriterium als nicht erfüllt zu erachten ist. 7.3 .6

Beim Aspekt körperlicher Dauerschmerzen ist zu berücksichtigen, dass psychische Beschwerden, die körperlich imponieren, nicht in die Beurteilung miteinbeziehen sind (vorerwähntes Urteil des Bundesgerichts 8C_825/2008 vom

9. April 2009 E. 4.6). Die vorliegend geklagten Schmerzen

lassen sich nicht (mehr) auf

ein organisch nachweisbares Substrat zurückführen, so dass auch dieses Kriterium als nicht erfüllt zu gelten hat . 7.3.7

Zusammenfassend ist somit keines der insgesamt sieben Kriterien erfüllt, so dass die Adäquanz zu verneinen ist. 8. 8.1

Was die verbliebenen unfallbedingten organischen Störungen (Aufblick - einschränkung links und Beeinträchtigungen im Stereosehen) angeht, ist von einer vollen Arbeitsfähigkeit in allen Berufen auszugehen, die kein (perfektes) Stereosehen erfordern. Hinsichtlich des Erwerblichen ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer bis 30. November 2008 bei der Firma Y.____

als Bauarbeiter im Stundenlohn angestellt war. Die Kündigung erfolgte aufgrund der schlechten Auftragslage (Urk. 7/72) und damit nicht wegen der nunmehr anerkannten unfallkausalen Beschwerden, sondern aus unfallfremden Gründen; das Valideneinkommen ist damit auf statistischer Grundlage festzulegen.

Aktenkundig ist im Weiteren eine seit März 2009 auf Stundenlohnbasis im Umfang von 3 bis 10 Tagen pro Monat ausgeübte Tätigkeit als Hilfsgärtner (Urk. 7/88). Mit dieser Teilzeiterwerbstätigkeit

wird

die leidensadaptierte volle

Restarbeitsfähigkeit nicht ausgeschöpft. Mithin kann der daraus erzielte tatsächliche Verdienst nicht als Invalidenlohn gelten, sondern es ebenfalls sind die Tabellenlöhne der LSE heranzuziehen (BGE 139 V 592 E. 2.3).

Da die beiden Vergleichseinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu ermitteln sind, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Beachtung eines allfälligen zusätzlich zu berücksichtigenden Abzugs vom Tabellenlohn (Bundesgerichtsurteile 9C_898/2015 vom 7. April 2016 E. 1 und 8C_249/2010 vom 1. Juni 2010 E. 7.2; SVR 2008 IV Nr. 2, I 697/05, E.5.4). 8.2

Die unfallbedingte Aufblickeinschränkung und die Beeinträchtigungen im Stereosehen behindern

den Beschwerdeführer weder im Alltag (beispielsweise auch nicht beim Lenken eines Motorfahrzeuges) noch in der Ausübung der angestammten Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter beziehungsweise in einer angepassten Tätigkeit. Insoweit ergeben sich keine besonderen Merkmale für einen

leidensbedingten Abzug. In Bezug auf das Alter des bei Fallabschluss 57-jährigen Beschwerdeführers erscheint fraglich, ob das Merkmal „Alter“ in der Unfallversicherung mit Blick auf Art. 28 Abs. 4 UVV grundsätzlich überhaupt einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen könnte

(zu dessen Bedeutung Bundesgerichtsurteil 8C_815/2015 vom 8. April 2016 E. 3.2), was indessen nicht abschliessend zu prüfen

ist. Wenn überhaupt (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_534/2012 vom 4. Februar 2013 E. 4.5, wonach sich ein fortgeschrittenes Alter eher lohnfördernd denn -mindernd auswirkt), würde sich bei einer solchen Ausgangslage (Vergleichseinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn) das Alter nicht nur beim Invaliden-, sondern auch beim Valideneinkommen auf die Einkommenshöhe auswirken. Eine allfällige Korrektur der beiden Vergleichseinkommen würde sich damit gegenseitig aufheben (

Bundesgerichtsurteil 8C_754/2015 vom 26. Februar 2015 E. 4.3).

Sodann nimmt die Bedeutung der Anzahl Dienstjahre im privaten Sektor ab, je niedriger das Anforderungsprofil ist (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 9C_808/2015 vom 20. Februar 2016 E. 3.4.2 mit Hinweisen), weshalb die lange Betriebszugehörigkeit keinen Abzug zu rechtfertigen vermag (Urteil des Bundesgerichts 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.1 mit Hinweisen). Nachdem der aus K.____ stammende Beschwerdeführer bereits im Jahr 1979 in die Schweiz einreiste und über eine C-Niederlassungsbewilligung verfügt (Urk. 7/93), fallen auch die Kriterien Nationalität oder Aufenthaltskategorie nicht ins Gewicht (BGE 126 V 79 E. 5a/cc).

Damit verbleibt es im Ergebnis beim von der Beschwerdegegnerin angenommenen r entenausschliessenden Invaliditätsgrad. 9.

9.1

In Bezug auf das Begehren um Zusprechung einer Integritätsentschädigung ist festzuhalten, dass im Verhältnis zwischen Verfügung und Einspracheentscheid

nach Art. 52 ATSG grundsätzlich von einer Parallelität der Gegenstände auszugehen ist. Anders verhält es sich, wenn eine Teilrechtskraft der Verfügung eintritt: Da das Einspracheverfahren, obgleich dem Verwaltungsverfahren zugehörig, Elemente der streitigen Verwaltungsrechtspflege aufweist, gilt hier das Rückgriffsprinzip (BGE 131 V 407 E. 2.2.1 mit Hinweisen). Die Verfügung des Versicherungssträgers tritt deshalb in Teilrechtskraft, soweit sie unangefochten bleibt und nicht von Amtes wegen überprüft wird. Dementsprechend ist eine Verfügung, mit der gleichzeitig über den Anspruch auf Invalidenrente und auf Integritätsentschädigung entschieden wird, bezüglich der Integritätsentschädigung beschwerdeweise nicht mehr anfechtbar, wenn sich die Einsprache lediglich auf den Rentenanspruch bezog und hinsichtlich der Integritätsentschädigung keine Rechtsbegehren gestellt wurden (Zum ganzen Urteil des Bundesgerichts 8C_623/2007 E. 3.2 mit Hinweisen auf BGE 119 V 347 E. 1c und Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 152/01 vom 8.

Oktober 2003 E. 3; ferner auch Bundesgerichtsurteil 8C_592/2012 vom 23. November 2012

E. 3.1 und 3.2). 9.2

Gemäss Einsprache vom 12. September 2014 (Urk. 7/300) steht mit Blick auf das entsprechende Rechtsbegehren fest, dass der bereits damals anwaltlich

vertretene Beschwerdeführer die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 14. Juli 2014 (Urk. 7/298) einzig im Rentenpunkt angefochten beziehungsweise die Zusprache einer (angemessenen) Invalidenrente für den Unfall vom 18. Januar 2007 beantragt hat.

Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer auch die Bemessung des Integritätsschadens anfechten wollte, ergeben sich auch aus der Einsprachebegründung

nicht. Im Einspracheentscheid wies die Beschwerdegegnerin denn auch auf diesen aus ihrer Sicht nicht mehr strittigen Punkt hin (Urk. 2 E. 1 mit Hinweisen auf BGE 119 V 347 und RKUV 1999 S. 98 f.). Es muss folglich bei der Feststellung bleiben, dass die eben genannte Verfügung insoweit unangefochten in Rechtskraft erwachsen ist, als die Beschwerdegegnerin damit die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung

verneinte . Damit ist in diesem Punkt auf die Beschwerde nicht einzutreten . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Daniel Richter - Rechtsanwältin Dr. Sabine Baumann Wey - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Gräub Nef

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist vorab der Anspruch auf eine Invalidenrente aufgrund der gesundheitlichen Folgen des Ereignisses vom 18. Januar 2007. Uneinig sind sich die Parteien auch über den Zeitpunkt des Fallabschlusses. 3. 3.1

Die Ärzte des Spitals

Z.____

hielten im Bericht vom 18. Januar 2007 das Eintreffen des Beschwerdeführers mit der Sanität bei einem Wert von 15 auf der Glasgow Coma

Scale

(GCS) fest. Die Diagnosen

nach durchgeführter Computertomographie des Schädels und der Halswirbelsäule (HWS) lauteten : Schädelhirntrauma

mit Commotio cerebri mit offener komplexer Mittelgesichtsfraktur links , mit Trümmerfraktur des Sinus maxillaris (Kieferhöhle) , des Orbitabodens lateral (Augenhöhlenboden) , des OS zygomaticus

(Jochbein), Fraktur der Lamina papyracea mit Auslauf in den Sinus sphenoidalis und Foramen

caroticum ,

retrobulbäres Hämatom , Fraktur des Sinus maxillaris , eine n

mehrfachfrakturierte n

Prozessus

pterygoideus rechts,

Fraktur der Kiefergelenkspfanne links und ein fragliches Epiduralhämatom in der mittleren Schädelgrube mit Lufteinschluss links sowie ein subdurales Hämatom im Bereich des Tentoriums links. Es wurde die Verlegung des Beschwerdeführers mit der Ambulanz in die Unfallchirurgie des A.____ vermerkt (Urk. 7/5). 3.2

Im Bericht vom 19. Januar 2007 wiesen die Ärzte des A.____ auf

die Ergebnisse der Untersuchungen im Spital Z.____ und die dort erstellten Computertomografien (CT) des Schädels und der HWS hin. Aufgrund eines Verlaufs-CT des Schädels ersahen sie eine kleine Subarachnoidalblutung in der mittleren

Schädelgrube links und schlossen ein Epiduralhämatom

aus. Sie hielten fest, nach komplikationsloser Commotioüberwachung werde der Beschwerdeführer von den Kollegen der Kieferchirurgie zur weiteren Versorgung der Gesichtsfrakturen übernommen und er sei für ein Rekonsil

bei den Ärzten der Ophthalmologie am 19. Januar 2007 angemeldet. Sie attestierten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1

E. 6

S. 4 ff.).

E. 8

vermerkten die Ärzte, seit einem Schädelhirntrauma

vom 18. Januar 2007 mit Commotio cerebri und

Mittelgesichtsfrakturen mit operativer Sanierung besteht ein lage- und bewegungsabhängiger Schwankschwindel. Dieser nehme bei körperlicher Belastung zu. In der klinischen Untersuchung sowie anlässlich der apparativen Zusatzuntersuchungen hätten sich eine beidseitige peripher-vestibuläre Unterfunktion sowie eine beidseits sensorineurale Schwerhörigkeit im Hochtonbereich gezeigt. Ätiologisch könne es sich hierbei um Traumafolgen im Sinne einer Commotio labyrinthi handeln.

Differentialdiagnostisch müsse jedoch auch an eine vorbestehende Pathologie des Nervus vestibulocochlearis gedacht werden. Die Arbeitsfähigkeit werde durch die Symptomatik nicht beeinflusst, es solle jedoch darauf geachtet werden, dass der Beschwerdeführer nicht in grossen Höhen arbeite. Aus neurologischer Sicht sei keine weitere Therapie indiziert. Es müsse jedoch bemerkt werden, dass bei obiger Symptomatik ein erhöhtes Risiko für eine Canalolithiasis bestehe (Urk. 7/38). 3.9

Dr. phil. C.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, wies im Gutachten vom 18. Februar 2009 darauf hin, dass neuropsychologische Störungen im sprachlichen Gedächtnis, in der Aufmerksamkeit, in gewissen exekutiven Funktionen und im Arbeitstempo als Funktionseinschränkungen im Vordergrund stünden. Die Beeinträchtigungen entsprächen im ganz engen neuropsychologischen Sinn einer leichten bis mittelschweren Störung. Die Störung sei durch die Schmerzsituation überlagert und der Schweregrad könne deshalb nicht exakt angegeben werden. Zusätzlich liege eine sehr deutliche Beeinträchtigung der psychophysischen Belastbarkeit vor, welche wahrscheinlich im Zusammenhang mit den körperlichen Beschwerden (Schmerzsituation und damit zusammenhängende weitere Faktoren wie beispielsweise Schlafstörung) stehe. In der Gesamtheit wirkten sich die

Störungen in sämtlichen Lebensbereichen sehr gravierend aus und die Alltags- und Berufsbewältigung sei dadurch zumindest mittelschwer eingeschränkt. Die festgestellten Störungen seien mit einem Schädel-Hirn-Trauma vereinbar und in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit als Bauarbeiter würden sich die attentionalen und exekutiven Funktionsdefizite sowie die Verlangsamung generell auswirken (Urk. 7/53 S. 8). 3.10

Die Ärzte des

A. ___ führten im Auftrag der Beschwerdeführerin am 10. Juni 2009 eine neurologische, am 23. Juli 2009 eine neuropsychologische und am

4. und 9. November 2009 eine neuro-otologische Begutachtung durch. Im hierbei erstellten beziehungsweise

überarbeiteten Gutachten vom 3. Dezember 2010 (Urk. 7/139) hielten sie fest, für den Beschwerdeführer stünde als Erklärung seiner Arbeitsunfähigkeit die chronische n Gesicht- und Kopfschmerzen, die Gehunsicherheit mit rezidivierenden Schwindelattacken sowie Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen im Vordergrund (S. 7). Da er vor dem Unfallereignis vom 18. Januar 2007 beschwerdefrei gewesen sei, liege eine direkte Kausalität der Gesicht- und Kopfschmerzen zumindest für die initialen sechs Monate nach dem Unfallereignis vor. Das Unfallereignis alleine könne jedoch die chronischen Gesicht- und Kopfschmerzen nicht erklären. Für diese ungünstige Entwicklung müsse von zusätzlichen, unfallfremden Pathomechanismen ausgegangen werden, dies nicht zuletzt auch unter Berücksichtigung des Schmerzrückgangs in den ersten Wochen und Monaten nach dem Ereignis und angesichts der unauffälligen objektiven kieferchirurgischen Befunde in der Untersuchung vom 12. April 2007. Als Ursache für die ungünstige Entwicklung kämen am ehesten psychische Faktoren im Rahmen der depressiven Verstimmung in Betracht. Dabei müsse angefügt werden, dass bisher weder eine effektive analgetische Therapie noch eine schmerzdistanzierende antidepressive Basisbehandlung (d.h. weder medikamentös noch psychotherapeutisch) durchgeführt worden sei.

Die Kausalität zwischen Unfallereignis und Gehunsicherheit/Schwindelattacken sei allenfalls möglich. Der quantitative Video-Kopfpulstest vom 28. Dezember 2007 zeige eine bilaterale peripher-vestibuläre Unterfunktion, während der quantitative Video Kopfpulstest vom

E. 9

November 2009

eine mittelschwere peripher-vestibuläre Unterfunktion des horizontalen Bogengangs rechts mit vermehrten calcarinischen

Sakkaden

bei Kopfdrehungen nach rechts ergeben habe. Ätiologisch sei die peripher-vestibuläre Unterfunktion möglicherweise Folge einer Contusion

des Innenohrs und somit direkt unfallkausal. Eine bereits vor dem Unfall bestandene klinisch asymptomatische peripher-vestibuläre Unterfunktion könne aber nicht ausgeschlossen werden, da die Gehunsicherheiten erst mit einer Latenz von 2-3 Monaten nach dem Ereignis aufgetreten seien und damit eine unfallfremde Schwindelursache (differentialdiagnostisch psychophysiologischer Schwindel bei Depression) in Erwägung zu

ziehen sei. Auch im Falle einer direkten Kausalität der peripher-vestibulären Unterfunktion könnten Persistenz und Schweregrad der Schwindelbeschwerden nur schwerlich durch die Contusio

labyrinthi allein erklärt werden; auch in diesem Fall müssten zusätzliche, unfallfremde Faktoren vermutet werden (Verdacht auf Aggravation bei Depression). Ergänzend sei zu erwähnen, dass sich anamnestisch und klinisch (Lagerungsmanöver) keine Hinweise für eine Contusio

labyrinthi gehäuft auf tretende Canalolithiasis gefunden hätten.

Als dritte Hauptursache für die Arbeitsunfähigkeit gebe der Beschwerdeführer Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen an. Tatsächlich habe die neuropsychologische Untersuchung vom 23. Juli 2009 mittelschwere bis schwere kognitive Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Visuskonstruktion sowie

mnestische und exekutive Funktionen ergeben. Dieser Befund übertrage bezüglich Schweregrad die Resultate der letzten neuropsychologischen Untersuchung vom 22. Januar 2009. Damals seien die Defizite als leicht bis mittelschwer eingestuft worden. Ätiologisch könnten die ausgeprägten neuropsychologischen Defizite nicht eindeutig zugeordnet werden. Im Schädel-CT vom 19. Januar 2007 hätten sich zwar mehrere kleine subarachnoidale Blutungen sowie eine Kontusionsblutung temporo-polar links gezeigt, doch bereits im Kontroll-CT vom 29. Januar 2007 seien sämtliche Blutungen vollständig resorbiert gewesen. Das Schädel-MRI vom 17. Dezember 2009 zeige lediglich einen

rectus rechts, sowie zwei sehr kleine auf Shearing

injuries hinweisende Hämosiderinablagerungen in der Radiatio

optica rechts und im Gyrus

frontalis

superior links. Das Ausmass der kognitiven Minderleistungen könne durch das Schädel-Hirn-Trauma und deren strukturelle ZNS-Läsion allein wahrscheinlich nicht erklärt werden. Auch hier müsse vermutet werden, dass die neuropsychologischen Testresultate durch die Depression und die Schmerzproblematik verfälscht worden seien. Entsprechend könne von neuropsychologischer Seite nicht angegeben werden, ob überhaupt schmerz- und depressionenunabhängige kognitive Beeinträchtigungen vorlägen. In Anbetracht des geschilderten Beschwerdebildes sei der Beschwerdeführer aktuell zu 100% arbeitsunfähig. Dabei sei zu betonen, dass die eigentlich unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Überlagerung respektive Verzerrung durch die chronische Schmerzproblematik und durch die Depression nicht konklusiv beurteilt werden könne. Bezüglich der Schwindelproblematik sei unter Berücksichtigung der SUVA-Tabelle 14 (Integritätsschaden von 30%

bei Störungen des Gleichgewichtssystems) eine 70%ige Arbeitsfähigkeit für rein sitzende Tätigkeiten und wechselbelastende Tätigkeiten mit reduzierter physischer Belastung attestiert worden (Urk. 7/139 S. 7 f.). 3.1.1

Im Austrittsbericht der orthoptischen

Abteilung des A.____ vom 20. August 2010 (Urk. 7/122) wiesen die Ärzte auf die am 19. August 2010 durchgeführte Schieloperation am rechten Auge hin. Sie hielten fest, der operative Eingriff sei komplikationslos verlaufen und der Beschwerdeführer sei am ersten postoperativen Tag entlassen worden; präoperativ habe der grosse vertikale Schielwinkel minimiert werden können. 3.12

Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstellte im Auftrag der Beschwerdegegnerin das Gutachten vom 31. März 2011

(Urk. 7/147) . Als Ergebnis seiner Untersuchung

hielt er fest, dass aktuell keine nach ICD-10 kodierte psychische Störung habe diagnostiziert werden könne; dies weil die psychopathologischen Befunde dafür nicht ausreichend seien. Eine andere depressive Störung wie eine Dysthymie lasse sich aus dem Querschnittsbefund nicht ableiten, und für eine Anpassungsstörung fehle das Zeitkriterium von höchstens zwei Jahren seit Beginn einer auslösenden psychosozialen Belastung. Für eine somatoforme Schmerzstörung lägen keine sicher nachweisbaren Symptome vor, und bereits das Eingangskriterium, nämlich die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckiger Forderung nach medizinischen Untersuchungen, sei nicht gegeben. Der Beschwerdeführer habe den Unfall selber zwar als einschneidend erlebt;

ein psychisch anhaltend traumatisierendes, nicht integrierbares Ereignis stelle es jedoch nicht dar. Auch Anzeichen für eine posttraumatische Belastungsstörung, die sich in Form von primär körperlichen Beschwerden manifestiere, hätten sich nicht finden lassen. Ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntraum habe ebenfalls nicht festgestellt werden können, obwohl dieses Störungsbild noch am ehesten das geklagte Beschwerdebild erfassen könnte. Zwar liege gesichert ein Schädelhirntrauma vor, das schwer genug gewesen sei, um eine Bewusstlosigkeit herbeizuführen. Die chirurgische Verlaufskontrolle am 12. April 2007 habe aber die subjektive Beschwerdefreiheit und die objektiv fehlenden Druckschmerzen im Gesicht festgestellt. Über weitere Beschwerden werde in den Akten erst wieder am 12. November 2007 berichtet. Aus psychiatrischer Sicht sei nicht nachvollziehbar, dass ein nach einem Unfall möglicherweise vorhandenes organisches Psychosyndrom nach circa drei Monaten zur vollständigen Beschwerdefreiheit führe, um danach Monate später ohne weitere pathogene Einwirkung wieder mit erheblicher Schwere klinisch manifest zu werden (S. 26 ff.). Auch ergäben sich aufgrund der Plausibilitäts- und Konsistenzprüfung begründete und vernünftige Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Beschwerdeangaben, so dass auf die Diagnostik der begutachtenden Neuropsychologen des A.____ in ihrem Teilgutachten vom 24. Juli 2009 nicht abgestellt werden könne. Da keine psychische Störung festzustellen

sei, lasse sich auch keine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht begründen (S. 31). 3.13 3.13.1

Im interdisziplinären Gutachten des E.____

vom 5. März 2013, welches im Auftrag der Beschwerdegegnerin erstellt wurde, berichteten die Ärzte über die Untersuchungen vom 29. Oktober bis 2. November 2012 in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Ophthalmologie, HNO, Psychiatrie und Neuropsychologie (Urk. 7/215) . In der allgemeinenmedizinischen und internistischen Beurteilung wiesen die Ärzte darauf hin, dass kein invalidisierendes Leiden bestehe (S. 23). 3.13.2

Aus neurologischer Sicht bestand laut Facharzt

an der Schwere des Traumas bezogen auf den Gesichtsschädel kein Zweifel; diese sei durch die ossären Verletzungen belegt. Zweifellos habe auch eine Hirnbeteiligung stattgefunden, wo bei diese von der Klinik her schwer einzugrenzen sei. Der Beschwerdeführer mache eine mehrstündige Amnesie geltend. Aktenmässig sei aber schon am Unfallplatz ein GCS von 15 dokumentiert. Die kleinen Subarachnoidalblutungen seien für die aktuelle Beurteilung nicht mehr relevant, da sie innert kurzer Zeit resorbiert seien (S. 31). Relevant seien die im MRI beschriebenen postcontusionellen Defekte, welche aber ein geringes Ausmass aufwiesen. Trotzdem könne keine „Comotio“ diagnostiziert werden, sondern es habe eine Contusio cerebri stattgefunden (S. 32). Die Diagnose eines organischen Psychosyndroms könne aufgrund der geklagten Beschwerden und der MRI-Befunde bejaht werden. Die Angaben von konstant vorhandenen Gesichtsrückenschmerzen seien nicht weiter objektivierbar; phänomenologisch handle es sich am ehesten um einen chronischen Spannungstyp-Kopfschmerz, wobei obwohl stark störend keine Behandlung durchgeführt werde. Die angegebenen Gefühlsstörungen könnten nicht einem Innervationsgebiet eines bestimmten Nerves zugeordnet werden. Für den beklagten Schwindel könne klinisch keine relevante Störung des vestibulären Systems (mehr) objektiviert werden und insbesondere sei auch der Kopf-Impuls-Test nach Halmagyi beidseits negativ gewesen. Es bestünde zwar eine deutliche Stand- und Gangunsicherheit bei den erschwerten ungerichteten Versuchen, ein kooperationsunabhängiger pathologischer Befund sei aber im Intervall nicht objektivierbar (S. 33). Zur Frage der unfallbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht wurde vermerkt, wegen des Schwindels seien Tätigkeiten mit entsprechendem Gefahrenpotential wie zum Beispiel in der Höhe etc. nicht mehr möglich. Leistungsmässig liege die Arbeitsfähigkeit bei 2 x 3 Stunden täglich bei einem reduzierten Rendement, so dass effektiv eine Arbeitsfähigkeit von noch 50 % resultiere. Bezüglich der Frage einer dauerhaften und erheblichen Beeinträchtigung sei eine genaue Zahlenangabe betreffend das organische Psychosyndrom nicht möglich. Eine Annäherung erscheine insofern vertretbar, als anlässlich der ersten neuropsychologischen Untersuchung durch Dr. C.____ eine leichte bis mittelschwere Störung festgestellt worden sei, überlagert durch Interferenzfaktoren, wobei diese vor allem auf Schmerzen hinwiesen, man in den vorliegenden Untersuchungen aber davon ausgegangen sei, dass auch prätraumatische Faktoren wie etwa das bildungsferne Niveau mitspielten. Diese unfallfremden Faktoren wurden auf 5 % geschätzt, so dass gemäss SUVA-Tabelle 8 (Integritätsschaden bei psychischen Folgen von Hirnverletzungen) ein Integritätsschaden im Bereich zwischen leicht und leicht bis mittelschwer von 30 % resultiere. Die Kopfschmerzen seien hierbei mitberücksichtigt (S. 66 f.). 3.13.3

In der ophthalmologischen Beurteilung hielt der zuständige E.____ - Gutachter fest, die operative Versorgung der Mittelgesichtsfraktur habe, abgesehen von einer Einschränkung der Beweglichkeit nach oben und einer leichten Parästhesie, keine negativen Folgen nach sich gezogen. Die Schieloperation am rechten Auge habe die Koordination sicher deutlich verbessert und das deutlich eingeschränkte Stereosehen sei im Einzelnen nicht geklärt. Vom Ophthalmologischen her sei der Beschwerdeführer für alle Berufe geeignet, die kein Stereosehen erforderten (S. 35 f.). 3.13.4

In der HNO -Beurteilung vermerkte der zuständige Gutachter des E.____ in Bezug auf die Schwindelbeschwerden, diese

zeigten sich für den Beschwerdeführer darin, dass er es nicht mehr wage, normal herum zulaufen, und stark verunsichert

sei. Ob objektive Befunde beträfen einen unsicheren Gang sowie einen unsicheren Romberg. Der Tretversuch werde nicht zügig durchgeführt, da der Beschwerdeführer Angst habe, er könnte fallen. Da aber der Einbeinstand beidseits mit geschlossenen Augen funktioniere, könne davon ausgegangen werden, dass keine periphere Funktionsstörung bestehe. Somit sei die leichte Untererregbarkeit des rechten Labyrinths bei der Untersuchung auf keinen Fall mehr klinisch relevant, da im Normalfall eine solche akute Störung nach 3 Monaten zentral kompensiert werde. Es sei weiter anzunehmen, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Commotio labyrinthi vorgelegen habe sowie auch mindestens eine Commotio cerebri, die dann die Schwindelbeschwerden und den Tinnitus auslösten. Diese Beschwerden stünden in kausalem Zusammenhang zum Unfall. Gesamthaft zeigten

sich keine neuen Erkenntnisse im Vergleich zum neurologischen Gutachten des A. ___ aus dem Jahr 2009 (S. 38 f.). 3.13.5

Aus psychiatrischer Sicht

diagnostizierte der zuständige Experte des E. ___

ein organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirntrauma (ICD-10 F70.2). Die Diagnose nach ICD-10 fordere nicht eine Hirnverletzung; eine nachgewiesene Hirnverletzung mache die Diagnose aber umso plausibler. Da der Beschwerdeführer die ICD-Kriterien eines organischen Psychosyndroms „mit Kopfschmerzen, Schwindel, Erschöpftheit, Reizbarkeit, Störung der Konzentration, des geistigen Leistungsvermögens, des Gedächtnisses, des Schlafes und einer verminderten Belastungsfähigkeit bei Stress, emotionalen Reizen oder unter Alkohol“ praktisch alle erfülle und zudem eine objektiv klar fassbare Hirnschädigung erlitten habe, müsse die Diagnose gestellt werden. Die Symptome könnten gemäss ICD-

E. 10

F43.25) und wies differential-diagnostisch auf eine ICD-10 F41.9 codierte nicht näher bezeichnete Angststörung

hin

(E. 3.16.4). 4.4

Damit kann namentlich gestützt auf die umfassende, auf persönlicher Untersuchung des Beschwerdeführers beruhende und schlüssige (zur Beweiskraft vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1) interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 9. Mai 2014 (Urk. 7/292 S. 1 ff.) abgestellt werden, wonach (nebst der verbliebenen organisch begründeten unfallbedingten Aufblickeinschränkung am linken Auge und den Einschränkungen im Stereosehen; siehe E. 8 hernach) die beklagten anhaltenden Kopfschmerzen, Schwindelbeschwerden mit Gangunsicherheiten sowie Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen nicht (mehr) auf organisch nachweisbare Unfallfolgen zurückgeführt werden können, sondern im Zusammenhang mit einer –

zum Unfall teilkasalen

- psychischen Störung stehen. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzprüfung (vgl. zum Ganzen etwa Bundesgerichtsurteil 8C_754/2011 vom 20. April 2012 E. 4 und 8C_859/2014 vom 3. Februar 2015 E. 4 ; zur Adäquanzprüfung E. 6 hernach) .

Die Frage der natürlichen Kausalität zwischen Unfall und besagten (nicht objektivierbaren) Beschwerden könnte im Übrigen offen gelassen werden mit der Begründung, ein allfälliger natürlicher Kausalzusammenhang wäre nicht adäquat (zum Ganzen BGE 135 V 465 E. 5.1; vgl. E. 6 und 7 hernach). 5.

Hinsichtlich des Zeitpunkts des Fallabschlusses ergibt sich Folgendes: Die operative Versorgung der Gesichtsverletzungen erfolgte im Januar 2007 mit komplikationslosem peri- und postoperativen Verlauf (E. 3.3) , und die ebenfalls s problemlose Osteosynthesematerialentfernung

fand im August 2007 statt

(E. 3.7). Im Zusammenhang mit dem Unfallereignis wurde am 19. August 2010 eine Schieloperation durchgeführt (E. 3.11). Nachdem das A.____ ab 13. April 2007 (Urk. 7/15), respektive bereits ab 13. Februar 2007 (Urk. 7/17) die Wiederaufnahme der Arbeit zu 100 % festgehalten hat te , ist der Fallabschluss nach der Osteosynthesematerialentfernung per 1. September 2007 nicht zu beanstanden , zumal aus den Akten auch zu schliessen ist, dass der Beschwerdeführer ab April 2007 seine bisherige Tätigkeit wieder zu 100 % aufgenommen hat te (vgl. Urk. 7/18 S. 2). Dass bei Fallabschluss von einer Fortsetzung der Behandlung noch eine Besserung des Gesundheitszustandes beziehungsweise noch eine namhafte Steigerung der allein massgeblichen Arbeitsfähigkeit zu erwarten war (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109

E. 4.3 und E. 6.1) , geht aus den Akten nicht hervor und wird auch nicht geltend gemacht. Allfällige noch behandlungsbedürftige psychische Beschwerden bilden bei der sogenannten Psychopraxis (E. 6 hernach) keinen Grund für einen Aufschub des Fallabschlusses (Bundesgerichtsurteil 8C_892/2015 vom 29. April 2016 E. 4.1). 6 .

6.1

Weiter besteht unter den Parteien Uneinigkeit darüber, ob die Adäquanz nach den Kriterien der sogenannten „ Schleudertraumapraxis “ (vgl. BGE 134 V 109) oder nach jenen Kriterien vorzunehmen ist, welche die Rechtsprechung für psychische Unfallschäden entwickelt hat (vgl. BGE 115 V 133 E. 6c/ aa). 6 . 2

6.2.1

Ein Schleudertrauma der HWS oder ein äquivalenter Verletzungsmechanismus im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurde vorliegend nicht diagnostiziert beziehungsweise

es fehlte in den medizinischen Akten Hinweise, die auf eine derartige Verletzung schliessen liessen. Dies wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten. Er beruft sich indessen auf das Vorliegen der Symptome eines Schädel-Hirntraumas. 6.2.2

Nach Lage der Akten wurde beim Beschwerdeführer, als er am 18. Januar 2007 nach dem Unfall ins Spital Z.____

eingeliefert wurde, die Diagnose eines Schädelhirntraumas mit Commotio cerebri mit offener komplexer Mittelgesichtsfraktur links gestellt (E. 3.1) . Bei Eintritt wies er einen

die Schwere eines Schädel-Hirntraumas klassifizierenden Glasgow Coma

Scale - Wert (GCS) von 15 auf, was dem bestmöglichen Wert entspricht. Die stationäre Aufnahme erfolgte zwecks

Commotioüberwachung und zur weiteren Versorgung der Gesichts- und Kieferfrakturen. Ein aufgrund einer

ersten Computertomographie

vermutetes Epiduralhämatom konnte mittels Kontrolltomographie ausgeschlossen werden (E. 3.2).

Der Beschwerdeführer wurde sodann bereits am 30. Januar 2007 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen (Urk. 7/21). Sodann wurde im ärztlichen Zwischenbericht des A.____ vom 24. April 2007 auf die subjektive Beschwerdefreiheit hingewiesen (E. 3.5).

Eine Contusio cerebri anstelle einer „Commotio“ wurde einzig im E.____-Gutachten vom 5. März 2013 vermerkt, wo bei die Ärzte selbst dort darauf hinwiesen, dass die kleinen Subarachnoidalblutungen für die aktuelle Beurteilung nicht mehr relevant seien, da sie in der kürzeren Zeit resorbieren und die im MRI beschriebenen postkontusionellen Defekte nur ein geringes Ausmass ausweisen hätten

(vgl. E. 3.13.1). Postkontusionelle Defekte konnten demgegenüber im MRI vom 23. Juli 2013 verneint werden

(E. 3.15). Anlässlich der interdisziplinären SUVA-Begutachtung wies der zuständige Neurologe Dr. I.____

auf die Plastizität des Hirngewebes hin und vermerkte mit nachvollziehbarer Begründung, dass zufolge fehlender Nachweise anderer posttraumatischer Veränderungen einzig die singulären kleinen rundlichen Hämosiderindepots im linken Frontallappen und in der rechten Sehrinde zu diskutieren seien und dieser Befund definitiv nicht dem typischen Bild einer axonalen Hirnverletzung entspreche, welche

als organische Grundlage für eine komplexe neuropsychologische Funktionsstörung mit Beteiligung mehrerer Funktionsbereiche dienen könnte (E. 3.16.3).

Damit kann als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit

erstellt gelten, dass ein allfälliges Schädel-Hirntrauma höchstens den Schweregrad einer (leichten) Commotio cerebri, nicht im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri, erreichte (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 8C_236/2016 vom 11. August 2016 E. 5.2.2). Dies genügt grundsätzlich nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_270/2011 vom 28. Juli 2011 E.

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