

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00016 vom 25. November 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00016

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00016 du 25 novembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00016 del 25 novembre 2016

Erwägungen

E. 1

Der 1984 geborene X.____ arbeitete seit dem 1. August 2004 als Elektro monteur bei der Y.____ AG und war damit bei der Schweizerischen Unfall versicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 30. April 2010 bei der Arbeit von der Leiter stürzte, mit dem Gesicht, den Händen, dem Oberarm und den Knien auf den Betonboden aufschlug und dabei mehrere Frakturen im Gesicht und an den Extremitäten erlitt (Urk. 7/129 und Urk. 7/4/10-12). Die SUVA kam für Heilbehandlungskosten und Taggeld auf (Urk. 7/20).

Mit Verfügung vom 20. Mai 2014 sprach sie dem Versicherten eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von 15 % zu (Urk. 7/342).

Am 22. Mai 2014 teilte die SUVA dem Versicherten mit, dass das Taggeld noch maximal bis zum 31. Juli 2014 ausgerichtet werde (Urk. 7/347). Mit Verfügung vom 12.

September 2014 verneinte sie den Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 7/367). Mit Einspracheentscheid vom

E. 1.1

Gemäss Art. 6 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

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 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

entfiele (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 Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

Nach der Rechtsprechung setzt der Leistungsanspruch aus der obligatorischen Unfallversicherung nebst einem natürlichen auch einen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E.

3.1 und 3.2 S.

181 mit Hinweisen). Dabei spielt im Sozialversicherungsrecht die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt. Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf des geltend gemachten Unfallereignisses auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (sogenannte Psycho-Praxis; BGE 115 V 133), während nach der bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der HWS sowie Schädel-Hirntraumen anwendbaren sogenannten Schleudertrauma-Praxis auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (zum Ganzen: BGE 134 V 109 E. 2.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_258/2013 vom 16. Oktober 2013 E. 4.3.1).

E. 1.4

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr 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.

E. 1.5

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, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitaleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, au genfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

E. 1.6

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 Vorakten (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.

2.1

Die SUVA ging in ihrer Einspracheentscheid vom 5. Dezember 2014 (Urk. 2) davon aus, dass der Versicherte kein Schädel-Hirntrauma im Sinne der Rechtsprechung erlitten habe, und fügte an, dass die natürliche Kausalität zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 30. April 2010 selbst dann verneint werden müsste, wenn ein derartiges Schädel-Hirntrauma vorgelegen hätte. Habe der Versicherten doch die Beeinträchtigungen des typischen Beschwerdebildes erstmals im Juni 2012 – also über zwei Jahre nach dem Ereignis – durch seinen Rechtsvertreter geltend machen lassen. In psychiatrischer Behandlung befindet er sich ebenfalls erst seit dem 3. Juli 2012 (S. 5 Ziff. 3). Bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades stellte die Beschwerdegegnerin auf die kreisärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung ab und kam unter Beizug von DAP-Löhnen (Dokumentation von Arbeitsplätzen) zum Schluss, dass der Invalidenlohn den Validenlohn übersteige, weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (S. 7 f. Ziff. 5).

Betreffend die Integritätsentschädigung machte die Beschwerdegegnerin geltend, die Kreisärztin habe den Integritätsschaden mit sorgfältiger Begründung und unter

Berücksichtigung des medizinisch relevanten Sachverhaltes auf 15 % festgelegt. Die neurologischen Defizite seien organisch nicht erklärbar und könnten deshalb bei der Schätzung des Integritätsschadens nicht berücksichtigt werden (S. 9 Ziff. 6b).

In der Beschwerdeantwort vom 25. Februar 2015 (Urk. 6) liess die Beschwerdegegnerin ausführen, dass der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den somatisch nicht objektivierbaren Unfallfolgen (nach der sogenannten „Psycho-Praxis“) zu verneinen sei, weshalb praxis gemäss auf weitere Beweisvorkehrungen zur Kausalität verzichtet werden könne (Ziff. 11.3.2 und Ziff. 21 f.; vgl. auch Urk. 15 S. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer wandte in seiner Beschwerde vom 19. Januar 2015 (Urk. 1) dagegen ein, dass auch heute noch eine neurologisch-orthopädische Einschränkung der rechten Hand und des rechten Handgelenkes bestehe, die sich unter anderem darin äussere, dass diese Region auch ohne Belastung äusserst schmerzhaft sei. Diese Schmerzhaftigkeit führe zu einer schnellen Erschöpfung, was sich auch in einer adaptierten Tätigkeit spätestens in der zweiten Tageshälfte auswirke. Das heisse, er könne sich dann nicht mehr auf seine Arbeit konzentrieren und müsse in der Regel bis zum Abend ruhen. Im Weiteren bestehe eine ganz erhebliche und messbare neuropsychologische Einschränkung, die von der Schmerzproblematik und/oder vom Schädel-Hirntrauma her rühre. Diese Beschwerden führten dazu, dass er seit dem Unfall im Jahr 2010 nie mehr eine Arbeitsleistung in einem Pensum über 50 % erreicht habe (Ziff. 13). Die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, sämtliche genannten medizinischen Faktoren in die Rentenprüfung beziehungsweise in die Beurteilung der Integritätsentschädigung einfliessen zu lassen (Ziff. 14). Zudem sei bei einem „Köpfler“ ohne Sturzhelm und aus einer Standhöhe von rund 3 Metern mit der Folge diverser Brüche der Schädel beziehungsweise der Gesichtsknochen ohne Weiteres davon auszugehen, dass es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einem Schädel-Hirntrauma mit Beteiligung des Hirns gekommen sei (Ziff. 27). Es würden unter anderem deshalb bis im Sommer 2012 wenig spezifische Arztberichte vorliegen, die schädelhirntrauma-assoziierte Beschwerden dokumentierten, weil die behandelnden Kliniken für Unfallchirurgie und für Wiederherstellungschirurgie des Z.____ nicht routinemässig neurologische, neuropsychologische, psychiatrische oder neurootologische Untersuchungen veranlassen würden (Ziff. 33). Zusammenfassend stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass die unterbliebene spezifische Befundung von kognitiven Einschränkungen, Schwindel und Depression zu Lasten der Beschwerdegegnerin gehe, da diese aufgrund der Fakten einen Abklärungsbedarf hätte sehen müssen (Ziff. 34).

In der Stellungnahme zur Beschwerdeantwort vom 16. April 2015 (Urk. 11) führte der Beschwerdeführer aus, dass eine Befragung des beim Unfall anwesenden Arbeitskollegen und ein anschliessendes polydisziplinäres Unfallgutachten notwendig sei. Eine Adäquanzprüfung könne ohne diese Abklärungen nicht vorgenommen werden (Ziff. 14). Zudem bestritt er vorsorglich die Adäquanzbeurteilung der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (Ziff. 15). 3. 3.1

Der Beschwerdeführer wurde nach dem Unfall vom 30. April 2010, bei dem er während der Ausführung von Arbeiten über Kopfhöhe von einer Leiter aus einer Standhöhe von 2,41 Metern auf den Betonboden gestürzt (vgl. Polizeirapport vom 11. Juni 2010 Urk. 7/5 S. 6) und dabei auf dem Gesicht, den Händen, dem Oberarm und den Knien gelandet war, vom Notarzt, Schutz und Rettung der Stadt Zürich, in den Schockraum des Z.____ eingeliefert. Aus dem kurzen Protokoll zum Einsatz des Rettungsdienstes vom 30. April 2010 geht

hervor, dass der Beschwerdeführer beim Eintreffen des Rettungsdienstes in Seitenlage positioniert und zeitlich sowie örtlich orientiert war. Der Beschwerdeführer war darüber hinaus wach, kreislaufstabil, bei normalem Bewusstsein und erreichte einen Glasgow Coma Score (GCS) von 15 (Urk. 7/185). 3.2

Im Bericht vom 16. Dezember 2010 (Urk. 7/165/60-63) gaben Dr. med. A.____, Oberarzt, und Dr. med. B.____, Assistenzarzt, Klinik für Unfallchirurgie Z.____, an, der Beschwerdeführer habe beim Unfall die nachfolgenden Mehrfachverletzungen erlitten: 1. Distale intraartikuläre Radiustrümmerfraktur - ORIF am 07.05.2010 - Posttraumatische symptomatische Radiokarpalarthrose rechts - OSME mit Adhäsionslyse und partieller Handgelenksdenervation am 09.09.2010 2. Radiusköpfchenfraktur links Typ Mason II - Schraubenosteosynthese Radiusköpfchen links (2 x 2,0 mm) am 07.05.2010 3. Verdacht auf Fraktur Os capitatum links, Verdacht auf Fraktur Os scaphoideum links 4. Schädel-Hirntrauma mit Fraktur Sinus frontalis rechts, Fraktur Orbitaboden/Dach, Nasenbeinfraktur links - Reposition Sinus frontalis rechts, Mukosektomie und Obliteration mit Muskelstreifen aus dem M. frontalis und anschliessender Osteosynthese mit 1,5 mm Titanplättchen am 12.05.2010

Die Ärzte führten aus, es habe keine Bewusstlosigkeit und keine Amnesie bestanden. Der Beschwerdeführer habe sich bei der Zuweisung in den Schockraum des Z.____ als kardiopulmonal stabil mit einem GCS 15 gezeigt. Der Beschwerdeführer sei in seiner Tätigkeit als Elektromonteur durch die posttraumatische Radiokarpalarthrose rechts eingeschränkt. Hier seien Heben und Tragen von Gegenständen über zwei bis drei Kilogramm nicht möglich. Zudem sei die Pro-/Supination schmerzbedingt deutlich eingeschränkt (z.B. Schrauben eindrehen). Der Beschwerdeführer werde die Tätigkeit als Elektromonteur mit Heben und Tragen schwerer Lasten nicht mehr ausüben können. Eine Umschulung sei zu empfehlen. Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Gegenständen (über längere Zeit auch leichte Gegenstände), also z.B. Büroarbeit mit Wechselbelastung der Hand (z.B. Computerarbeit), sollten auch über längere Zeit möglich sein. Ein genaues Ausmass könne erst nach weiteren Therapieentscheidungen durch die Kollegen der Handchirurgie angegeben werden.

Am 24. Februar 2011 (Urk. 7/51) nannte Dr. med. C.____, Assistenzärztin an der Klinik für Unfallchirurgie, dieselben Diagnosen. Sie gab an, auch nach intensiver Physiotherapie würden nach längerer Belastung weiterhin Schmerzen im Bereich des rechten radialen Handgelenkes bestehen, vor allem bei Flexion. Ein Arbeitsversuch auch mit nur Büroarbeit habe nach einer halben Stunde abgebrochen werden müssen. Zudem habe der Beschwerdeführer über Schmerzen im linken Handgelenk beim Abstützen des extendierten Armes berichtet. Aktuell bestehe keine Schmerzmedikation. Der Beschwerdeführer sei als Elektromonteur zu 100 % arbeitsunfähig. 3.3

Am 12. Oktober 2012 berichtete Dr. phil. D.____ der SUVA über ihre neuropsychologische Untersuchung an zwei Tagen (10. und 13. September 2012, Urk. 7/195). Sie gab an, das allgemeine Testleistungsniveau habe sich grösstenteils durchschnittlich dargestellt und entspreche insgesamt dem aufgrund der schulischen und beruflichen Ausbildung zu erwartenden Niveau (S. 5).

Die Befunde aus neuropsychologischer Sicht deuteten auf eine insgesamt leichte kognitive Funktionsstörung im Bereich tieferer Strukturen (Hirnstamm) unter Einbezug fronto-thalamischer Strukturen hin (S. 7).

Im Vordergrund der heute eruierbaren kognitiven Leistungsminderungen stän den durchwegs verminderte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistungen sowohl bei einfachen als insbesondere auch bei komplexeren Anforderungen an die Aufmerksamkeit, die einen raschen und effizienten Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus voraussetzten, etwa in der geteilten Aufmerksamkeit und im Arbeitsgedächtnis. Die längere Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit (zumindest über eine Testphase von 2,5 Stunden) sei aber gegeben (S. 7 f.). Nach einer mittleren Untersuchungsdauer habe sich eine äusserlich sichtbare erhöhte Erschöpfung manifestiert (S. 5).

Hinzu kämen Minderleistungen im Bereich der Exekutivfunktionen, vor allem im kognitiven Umstell- und Strukturierungsvermögen sowie im visuell-figuralen und verbalen Lernvermögen, wo sich zudem Interferenzen manifestierten. Erschwerend hinzu kämen die beklagten somatischen Symptome, vor allem eine sich angeblich manifestierende Kopfschmerzsymptomatik sowie eine erhöhte Ermüdbarkeit (S. 8).

Die vom Beschwerdeführer angegebenen kognitiven Beschwerden, etwa die beklagten Konzentrationsprobleme und die erhöhte Vergesslichkeit sowie eine gewisse Stressunverträglichkeit in seinem privaten Alltag würden durch die heute objektivierbaren kognitiven Minderleistungen gut verständlich und erklärbar, zumal davon auszugehen sei, dass sich diese unter Mehrfachbelastung, Zeitdruck, Stress und Ablenkung noch intensivierten (S. 8).

Aus rein neuropsychologischer Sicht sei die berufliche Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner Tätigkeit als Elektromonteur aufgrund der oben genannten konzentrativen und exekutiven Leistungsminderungen theoretisch zu zirka 20 % eingeschränkt. Diese Tätigkeit könne der Beschwerdeführer jedoch aufgrund seiner körperlichen Beschwerden nicht mehr ausüben. Hinsichtlich der geplanten Tätigkeit als Elektroplaner, wofür der Beschwerdeführer eine schulische Weiterbildung absolvieren müsste, sei von einer zirka 30%igen Einschränkung sowohl der schulischen als auch der späteren beruflichen Leistungsfähigkeit auszugehen (S. 8).

Eine allfällige weitere Reduktion der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der angegebenen somatischen Beschwerden, unter anderem eine erhöhte Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit, Kopfschmerzen, Schlafprobleme und stressbedingte Aggressivität durchbrüche, müsse von ärztlicher Seite beurteilt und bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit mitberücksichtigt werden (S. 8).

Eine neuropsychologische Therapie mit gezieltem und berufsorientiertem Hirnleistungstraining zur Verbesserung der oben beschriebenen kognitiven Defizite sowie zur Steigerung der kognitiven Ausdauer und Belastbarkeit sei vor allem im Hinblick auf die geplante berufliche Weiterbildung zum Elektroplaner indiziert und angesichts des insgesamt durchschnittlichen Leistungsprofils auch erfolgversprechend (S. 9). 3.4

Im Schlussbericht der beruflichen Abklärungsstelle E.____ vom 7. Juni 2013 (Urk. 7/261) betreffend eine Abklärung vom 22. April bis 22. Mai 2013 gaben die Berichterstatter (E.____-Leiter F.____, Dr. med. G.____, FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumatologie, so wie die Berufs- und Laufbahnberaterin/Psychologin FH O.____) an, sie hätten den Beschwerdeführer während den für ihn neuen technischen Arbeiten (CAD-Zeichnungen etc.) als willig und gut zu führen erlebt. Bei den übrigen Tätigkeiten habe er wenig Interesse und eine geringe Ausdauer gezeigt. Die Arbeitszeiten (Montag bis Donnerstag 7,5 Stunden und Freitag 4 Stunden, 3 Feiertage, S. 4) habe er pünktlich

eingehalten. Er habe häufig über Hand- und Nackenschmerzen geklagt, sich den Arbeitsplatz aber erst nach mehrmaligen Hinweisen ergonomisch sinnvoll eingerichtet. Bei der PC-Arbeit habe er hin und wieder angegeben, dass die Zeichnungen beziehungsweise die Buchstaben „vor den Augen verschwimmen“ würden (S. 6). Die kognitiven Tests hätten auf knapp durchschnittliche kognitive Fähigkeiten hingewiesen (S. 7). Die Auffassungsgabe sowie die Lernfähigkeit seien von den zuständigen Vorgesetzten als unauffällig und bei den technischen Übungen als gut erlebt worden (S. 8).

Aus medizinischer Sicht könne abklärungsgestützt unter optimalen Bedingungen an angepassten Arbeitsverhältnissen ein uneingeschränktes Arbeitszeitpensum zugemutet werden. Dabei könne initial, gestützt auf die berufsbezogenen Abklärungsergebnisse, eine zirka 70%ige Gesamtarbeitsleistung erwartet werden, unter Zusprache von gelegentlichen zusätzlichen kurzen Entlastungspausen vor Ort. Unter allmählicher Gewöhnung an arbeitsspezifische behinderungsgerechte Arbeitsbelastungen sollte im Verlauf eine Gesamtarbeitsleistung von 80 bis 100 % angestrebt werden können, was im Rahmen des nun vorgesehenen einjährigen Praktikums als Elektroplaner in Abhängigkeit des weiteren Verlaufs zu konkretisieren sein werde. Zu hoffen sei, dass mit einem solchen gestaffelten Reintegrationsprogramm vorhandene Unsicherheiten bei geringem Selbstvertrauen respektive Überforderungsbefürchtungen von Seiten des Beschwerdeführers aufgefangen beziehungsweise positiv beeinflusst werden könnten (S. 11).

Behinderungsadaptierte Tätigkeiten sollten eine angegebene Kälteempfindlichkeit berücksichtigen, körperlich leicht bis allenfalls gelegentlich maximal mit teltschwer belastend sein, ohne relevante Hebe- und Tragbelastungen für den rechten Arm über 5 Kilogramm und bei Möglichkeit des Einnehmens von Wechselpositionen (unter anderem bei muskulärer Dysbalance/Neigung zu muskulären Verspannungen insbesondere im Schulter- und Nackenbereich rechts betont). Eine zukünftige Tätigkeit sollte im Weiteren keine stärkeren Kraftaufwendungen mit der rechten Hand erfordern. Zudem sollte es sich um eine Tätigkeit handeln, die ohne Leistungseinschränkung durch das versteifte Handgelenk rechts ausgeführt werden könne. Die Umwendbewegungen der rechten Hand, des rechten Vorderarms seien vom Bewegungsausmass her uneingeschränkt möglich, bei längerer PC-Arbeit habe der Beschwerdeführer jedoch im Handwurzelbereich radialbetont rechts einen leichten Belastungsschmerz angegeben. Dies berücksichtigend erscheine beispielsweise bei einer zukünftigen behinderungsangepassten Tätigkeit als Elektroplaner die Benutzung einer PC-Maus sinnvoll, die in Rotationsneutralstellung des rechten Vorderarms und der rechten Hand bedient werden könne. Eine Option wäre bei Bedarf auch die Umstellung der PC-Mausbedienung auf die linke Hand, die ohne Einschränkungen funktionstüchtig sei. Generell sollten bei zukünftigen Tätigkeiten manuelle Verrichtungen überwiegend auf Tischhöhe respektive mit Abstützmöglichkeit der Vorderarme auf Tischhöhe ausgeübt werden können (S. 11).

Bei Möglichkeit zu gelegentlichen kurzen Entlastungspausen hätten sich während der Beobachtungszeit in der E.____ allfällige neuropsychologische Defizite (wie Merkschwäche oder eingeschränkte Konzentration) bei vorhandener Motivation, wie überprüft bei der Eignung zum Elektroplaner, nicht leistungseinschränkend manifestiert.

Die E.____-Berichterstatter erklärten weiter, sie hätten den Beschwerdeführer nicht eindeutig als eingliederungswillig erlebt. Der Beschwerdeführer habe seine von ihnen als widersprüchlich erlebte Haltung mit geringem Selbstvertrauen erklärt. Die Ehefrau des Beschwerdeführers habe in der Zwischenzeit eine ausserhäusliche Tätigkeit aufgenommen

und der Beschwerdeführer sei für die Betreuung des nun sechsjährigen Sohnes zuständig gewesen. Es sei der Eindruck entstanden, dass sich der Beschwerdeführer an dieses Arrangement gewöhnt habe (S. 12). 3.5

3.5.1

Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete der SUVA ein erstes Mal am 10. November 2012 (Urk. 7/202). Er nannte die Diagnose mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11) und gab an, dass der Beschwerdeführer seit dem 3. Juli 2012 bei ihm in Behandlung stehe. Der Beschwerdeführer leide unter gedrückter Stimmung, Antriebslosigkeit, Interessenverlust, rascher Erschöpfbarkeit, rascher Gereiztheit, verminderter Konzentration und Aufmerksamkeit, Vergesslichkeit, vermindertem Selbstwertgefühl, Gedankenkreisen mit Zukunfts- und Versagensängsten, Schuldgefühlen, Schlafstörungen, phasenweisen Suizidgedanken sowie Schmerzen im Nackenbereich und im Bereich der rechten Hand beziehungsweise des rechten Armes.

Dr. H.____ führte aus, zu Beginn der Behandlung seien im Rahmen des depressiven Zustandsbildes vor allem die Schlafstörungen im Vordergrund gestanden. Durch die medikamentöse Behandlung mit Mirtazapin 45 mg/d hätten die depressive Stimmungslage und die Schlafqualität verbessert werden können. Die psychotherapeutischen Sitzungen fänden im Abstand von zwei bis drei Wochen statt. In der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Der Beschwerdeführer sei sehr motiviert, wieder zu arbeiten. Es sei sehr wichtig, möglichst rasch abzuklären, welche Tätigkeiten für ihn noch möglich seien, um anschliessend mit einem langsamen und schrittweisen Belastungsaufbau zu beginnen. 3.5.2

Im Verlaufsbericht zuhanden der SUVA vom 8. Juli 2013 (Urk. 7/273) gab Dr. H.____ bei gleichgebliebener Diagnose an, seit dem letzten Bericht vom 10. November 2012 habe sich der Zustand des Beschwerdeführers stabilisiert, vor allem die Schlafqualität habe sich deutlich verbessert. Der Beschwerdeführer sei jedoch immer noch sehr verunsichert, habe wenig Vertrauen in seine eigenen Fähigkeiten und fühle sich rasch kritisiert und angegriffen. Er beginne aber auch hier zunehmend mehr Verantwortung für seine Zukunft zu übernehmen. In den letzten Wochen sei der psychische Zustand des Beschwerdeführers vor allem durch somatische Erkrankungen (Nephrolithiasis) und soziale Faktoren (Kündigung der Ehefrau) beeinträchtigt gewesen. Aktuell gehe es in den Sitzungen vor allem um die Neuorientierung im Hinblick auf veränderte Berufs- und Lebensziele. Dabei werde jeweils auch Bezug genommen auf die Erfahrungen des Beschwerdeführers in seinem Alltag (z.B. in E.____). 3.5.3

Am 5. Dezember 2013 (Urk. 7/307) nannte Dr. H.____ der SUVA wiederum die Diagnose mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11). Er führte aus, die angegebenen Beschwerden sowie der Zustand des Beschwerdeführers hätten sich seit dem letzten Bericht nicht gross verändert. Insgesamt habe sich der Zustand des Beschwerdeführers seit Behandlungsbeginn deutlich stabilisiert. 3.6

Betreffend die Arbeitsvermittlung durch die IV-Stelle ergibt sich aus den vorhandenen Akten was folgt:

Am 15. April 2014 notierte der Eingliederungsberater der IV-Stelle im Protokoll zum Standortgespräch bezüglich eines bei der I.____ AG absolvierten Praktikums (vgl. die Wiedergabe des Protokolleintrages in der Email vom 15. April 2014 Urk. 7/334), der

Arbeitgeber habe berichtet, dass sich der Beschwerdeführer im Laufe der letzten zirka sechs Wochen be währt habe. Es werde ihm eine Anstellung als Konstrukteur im Umfang eines 60 %-Pensums mit Arbeitsbeginn 1. Mai 2014 angeboten. Ausbildungskurse seien nicht notwendig. Es werde eine interne Schulung durchgeführt. Eine Pensumserhöhung sei aufgrund der Erschöpfungserscheinung nicht möglich gewesen.

Mit Arbeitsvertrag vom 6. Mai 2014 stellte die I. ___ AG den Beschwerdeführer in einem Pensum von 50 % als Zeichner ein (Urk. 7/346). 3.7

3.7.1

Im Bericht vom 13. Mai 2014 betreffend die kreisärztliche Abschlussuntersuchung (Urk. 7/338) nannte die SUVA-Kreisärztin, Dr. med. J. ___, Fachärztin für Chirurgie FMH, die folgenden Diagnosen (S. 7): - Belastungsabhängige Restbeschwerden im Bereich des rechten Handgelenkes bei Status nach Arthrodese und Metallentfernung im Dezember 2013 - Belastungsabhängige Restbeschwerden im Bereich des linken Handgelenkes bei Status nach Tuberculum ossis trapezius-Fraktur und Partialruptur des TFCC-Bandes - Endgradige Extensions-/Flexionsdefizite und linker Ellbogen bei Status nach Radiusköpfchenfraktur - Status nach dislozierter Sinus frontalis-Fraktur rechts mit Orbitaboden-/dach und un-dislozierter Nasenbeinfraktur - Mittelgradige depressive Episode (Diagnose Dr. H. ___, Facharzt für Psychiatrie) - Rez. Kopfweh bei muskulärer Verspannung

Dr. J. ___ gab an, seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung vom 27. August 2013 habe sich die somatische Gesamtsituation nach der Metallentfernung im Bereich des Sinus frontalis und des rechten Handgelenkes verbessert. Entsprechend den Angaben des Versicherten habe sich die Gesamtsituation für ihn leicht verbessert. Die früheren Spannungsgefühle und Beschwerden im Bereich des rechten Handgelenkes seien nicht mehr in dem Masse vorhanden, lediglich bei repetitiven Tätigkeiten merke er noch vermehrt Beschwerden. Unter konzentrierter Arbeit am PC von mehr als zwei, drei Stunden habe er vermehrt Beschwerden, die dann in die Schulter, den Nacken und den Kopf ziehen würden und auch zu Kopfweh führten. Dr. J. ___ führte aus, klinisch liege entsprechend den somatischen Verletzungen vier Jahre nach dem Unfall ein gutes Rehabilitationsergebnis vor. Die subjektiv beklagte Erschöpfungsmüdigkeit führe sie eher auf die psychische Situation des Versicherten bei diagnostizierter mittelgradiger Depression und lange Zeit ohne berufliche Reintegration zurück. Die beklagten Schulter- und Nackenschmerzen seien aufgrund der heutigen klinischen Untersuchung und der vorliegenden Diagnostik (vgl. HWS-Röntgen vom 18. Januar 2013) eher muskulär bedingt, da sich der Beschwerdeführer eine leichte Schonhaltung der rechten oberen Extremität angewöhnt habe und es dadurch auch zu einer gewissen muskulären Dysbalance komme, die zu einer muskulären Verspannung führe. Dr. J. ___ sah das beklagte Kopfweh eher im Rahmen von Verspannungen und das Ermüdungssymptom im Rahmen der psychischen Diagnose. Anhand der MRI-Diagnostik vom 23. Oktober 2013 habe eine strukturelle traumatische Verletzung intrakraniell ausgeschlossen werden können (S. 7 f.).

Zur Arbeitsfähigkeit gab Dr. J. ___ an, der Beschwerdeführer habe neu eine 50 %-Stelle als Elektroplaner. Er sei nach eigenen Angaben zurzeit mit der 50 %-Stelle ausgelastet, sowohl körperlich als auch psychisch. Aufgrund der heutigen klinischen objektiven Situation sollte der Beschwerdeführer aus rein somatischer Sicht in einer leichten bis mittelschweren manuellen Tätigkeit ohne repetitive Belastungen bezüglich rechtem Handgelenk und ohne

besonderen Anspruch an die Feinmechanik, häufige Pro-/Supination und ohne kraftvolles Zupacken mit der rechten Hand sowie ohne Bedienen vibrierender Werkzeuge mit der rechten Hand ganztags arbeitsfähig sein. Im Gesamtkontext, namentlich aufgrund der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, sei ein sukzessiver Einstieg sicherlich auch aus somatischer Sicht vertretbar, doch sollte innerhalb von sechs bis zwölf Wochen aus rein somatischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehen (S. 8).

Inwieweit die Arbeitsfähigkeit durch die psychische Situation eingeschränkt sei, müsse psychiatrischerseits beurteilt werden (S. 9). 3.7.2

Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie FMH, vom Kompetenzzentrum SUVA Versicherungsmedizin, führte auf Anfrage der Kreisärztin Dr. J.____ hin in seiner Email vom 13. Mai 2014 aus (Urk. 7/337), ohne Nachweis einer substantiellen Hirnverletzung könnten neuropsychologische und psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückgeführt werden. Hinsichtlich allfälliger Kopfschmerzen sei die Situation komplexer: Grundsätzlich sei zur Diagnose posttraumatischer Kopfschmerzen der Nachweis einer geeigneten Läsion nicht notwendig, da es sich um eine post hoc Diagnose handle. In der Kausalitätsbeurteilung müssten deswegen mehrere Faktoren berücksichtigt werden: in erster Linie sei der zeitliche Verlauf entscheidend (Auftreten von Kopfschmerzen innerhalb von 7 Tagen nach der Kopfverletzung). Es sei eine detaillierte Konsistenzprüfung vorzunehmen. Darunter fielen letztendlich der Beschwerdeverlauf, die therapeutischen Massnahmen und die auslösende Verletzung. In dem Kontext sei zu prüfen, ob überhaupt eine geeignete Kopfverletzung stattgefunden habe. Eine nicht dislozierte konservativ behandelte Schädelfraktur sei nur fraglich geeignet, ebenso eine Fraktur, die operativ mit gutem Ergebnis versorgt worden sei. Der Psychiater schreibe von belastungsabhängigen Schmerzen im Nacken. Dies unterstütze eine Kopfschmerzdiagnose nicht. 3.7.3

Ebenfalls vom 13. Mai 2014 datiert die Beurteilung der SUVA Kreisärztin Dr. J.____ bezüglich des Integritätsschadens (Urk. 7/339). Sie führte darin aus, es bestehe eine Handgelenksarthrodese rechts; entsprechend verbleibe eine Funktionseinschränkung, eine Bewegungseinschränkung und eine verminderte Belastbarkeit des rechten Handgelenkes. Die Beschwerden seien unfallbedingt, dauernd und erheblich. Als Schätzungsgrundlage diene die Tabelle 1.2. Hier gelte für eine radiocarpale Arthrodese ein Wert von 15 %. Bezüglich linkem Ellbogen und linkem Handgelenk seien die Einschränkungen im Alltag unerheblich und führten zu keiner weiteren Erhöhung des Integritätsschadens. Die Narben im Bereich der rechten Stirn/Augenbraue seien nicht entstellend und kaum sichtbar, so dass auch diesbezüglich keine weitere Erhöhung des Integritätsschadens gegeben sei. 4.

4.1

Unbestritten und nach Lage der medizinischen Akten ausgewiesen ist, dass im Mai 2014, rund vier Jahre nach dem Unfall vom 30. April 2010, keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bei Fortsetzung der ärztlichen Behandlung mehr erwartet werden konnte und die Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen waren, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht den Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung prüfte (E. 3.7.1 vgl. auch den Bericht von Dr. med. L.____, Sprechstunde Handchirurgie am Z.____ vom 13. März 2014, Urk. 7/328). 4.2

Im Hinblick auf einen allfälligen Rentenanspruch der Unfallversicherung ist zunächst zu klären, wie sich die somatischen und in diesem Sinne auch organisch hinreichend ausgewiesenen Unfallfolgen auf das berufliche Leistungsvermögen des Beschwerdeführers auswirken. Es kann auf die diesbezüglich überzeugende Stellungnahme der SUVA-Kreisärztin vom 13. Mai 2014 (E. 3.7.1), die in Kenntnis der medizinischen Vorakten und nach einer Voruntersuchung am 27. August 2013 erging und grundsätzlich eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage darstellt (vgl. E. 1.2 hiervor), abgestellt werden. Betreffend die somatischen Verletzungen namentlich am rechten Handgelenk und im Gesicht lag demnach vier Jahre nach dem Unfall klinisch ein gutes Rehabilitationsergebnis vor. Zurückgeblieben ist eine erhebliche Belastungseinschränkung beim rechten Handgelenk. Es ist in somatischer Hinsicht erstellt, dass dem Beschwerdeführer eine leichte bis mittelschwere manuelle Tätigkeit zumutbar ist. Bezüglich des rechten Handgelenkes sind repetitive Belastungen nicht möglich. Zudem dürfen die Tätigkeiten keinen besonderen Anspruch an die Feinmechanik der rechten Hand stellen. Des Weiteren müssen sie so gestaltet sein, dass häufige Pro-/Supination, kraftvolles Zupacken sowie Bedienen vibrierender Werkzeuge mit der rechten Hand nicht nötig sind (vgl. auch das noch nicht so detaillierte Profil im Bericht des Z.____ vom 16. Dezember 2010, E. 3.2, sowie das praktisch gleichlautende Belastungsprofil der E.____ vom 7. Juni 2013, E. 3.4). Eine entsprechende Tätigkeit hat der Beschwerdeführer auch bereits aufgenommen – allerdings lediglich in einem 50%-Pensum. 4.3

Strittig und zu prüfen ist, in welchem Umfang der Beschwerdeführer in einer solchen angepassten Tätigkeit arbeits- beziehungsweise leistungsfähig ist. Die SUVA-Kreisärztin ging Mitte Mai 2014 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus (so auch die E.____, vgl. E. 3.4), wobei sie dem Beschwerdeführer einen sukzessiven Einstieg zugestand und ihm mit dieser Überlegung bis zum Erreichen einer 100%igen Arbeitsfähigkeit sechs bis zwölf Wochen Zeit einräumte. Dieser Vorgabe kam die SUVA im angefochtenen Einspracheentscheid nach, indem sie die Leistungen erst per 31. Juli 2014 einstellte.

Anlass zur Kontroverse geben

mit Blick auf den zeitlichen Umfang der zumutbaren Arbeitsfähigkeit

die vom Beschwerdeführer angegebenen zusätzlichen Defizite. Er machte durch ein Schädel-Hirntrauma bedingte neuropsychologische Einschränkungen geltend, eine zeitlich eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit sowie Kopfschmerzen und eine unter anderem mit Schmerzen begründete Erschöpfung nach halbtägiger Arbeit (Urk. 7/338 S. 4 und 7, vgl. auch Urk. 1 Ziff. 9). Dr. phil. D.____ hatte am 12. Oktober 2012 gewisse kognitive Defizite festgestellt. Zudem liegt aus psychiatrischer Sicht die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode vor. 4.4

Erstellt ist, dass sich diese vom Beschwerdeführer über den Fallabschluss hinaus geklagten Beschwerden nicht durch einen im Sinne der Rechtsprechung organisch hinreichend nachweisbaren Gesundheitsschaden erklären lassen. Eine unfallbedingte organisch objektiv ausgewiesene Hirnschädigung konnte trotz zahlreicher bildgebender Untersuchungen nicht nachgewiesen werden (vgl. die im Z.____ angefertigten CT des Schädels vom 1. und 7. Mai 2010, Urk. 7/4/10-12 S. 2, sowie die MRI vom 23. Oktober 2013, Urk. 7/296, und vom 14. Januar 2015, Urk. 12/1). Auch bezüglich der durch die Neuropsychologin festgestellten leichten kognitiven Funktionsstörungen ist eine organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge nicht ersichtlich (BGE 119 V 335 E. 2b/b b)

und Urteile des Bundesgerichts 8C_137/2014 vom 5. Juni 2014 E. 5 und 8C_717/2010 vom 15. Februar 2011 E. 7.4.1).

Dementsprechend ist die Adäquanz eines Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den Beschwerden speziell zu untersuchen (Urteil des Bundesgerichts 8C_170/2015 vom 29. September 2015 E. 5.2). Dabei kann praxisgemäss die Frage nach einer natürlichen Kausalität der verbleibenden namentlich psychischen, neuropsychologischen und neurologischen Beschwerden und Ausfälle zum versicherten Unfallereignis offen bleiben, wenn ein allfälliger Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre (BGE 135 V 465 E. 5.1). 4.5

Vorab stellt sich die Frage, welche Adäquanzprüfung zur Anwendung gelangt (vgl. E. 1.3). Bei fehlendem organischem Substrat ist die Adäquanz bei einem Schädel-Hirntrauma (wie es anfänglich diagnostiziert wurde, E. 3.2) unter Umständen nach der Schleudertrauma-Praxis zu prüfen. Vorwerfzuzuschicken ist, dass sich die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis bei einem erlittenen Schädel-Hirntrauma nach der Rechtsprechung nur dann rechtfertigt, wenn diese sich mindestens im Grenzbereich zwischen einer Commotio cerebri und einer Contusio cerebri liegt, nicht hingegen wenn der Schweregrad bei einer Commotio cerebri (milde traumatische Hirnverletzung) liegt (Urteil des Bundesgerichts 8C_75/2016 vom 18. April 2016 E. 4.2 unter Hinweis auf die entsprechende medizinische Definition). In den medizinischen Akten ist eine solche Hirnschädigung nicht ausgewiesen. Selbst der auf Wunsch des Beschwerdeführers hinzugezogene Dr. med. M.____, Facharzt FMH für Neurologie, ging – unter anderem gestützt auf die vom Beschwerdeführer bei der Untersuchung vom 6. Juli 2012 erstmals angegebene Amnesie – (nur) von einer Commotio cerebri aus (Urk. 7/147).

Ein zur Anwendung der Schleudertraumap Praxis führendes Schädel-Hirntrauma lässt sich aus den zeitnahen Arztberichten nicht zuverlässig ableiten (vgl. hierzu etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_792/2009 vom 1. Februar 2010 E. 6.1 mit Hinweisen). Bereits an der Unfallstelle wurde vom Notfallarzt der maximale Wert auf der Glasgow Coma Scale (GCS) von 15 Punkten angenommen. Der Beschwerdeführer war beim Eintreffen des Notarztes wach, zeitlich und örtlich orientiert und bei normalem Bewusstsein. Der GCS-Wert verschlechterte sich auch im Verlauf nicht. Die CT vom 1. und 7. Mai 2010 zeigte keinen Anhalt für intrakranielle Blutungen. Eine Hirnschädigung konnte später auch im MRI nicht nachgewiesen werden (vgl. MRI vom 23. Oktober 2013, Urk. 7/296, und vom 14. Januar 2015, Urk. 12/1).

Die für ein Schädel-Hirntrauma typischen funktionellen Defizite sind unter anderem chronische Spannungskopfschmerzen, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Gedächtnisprobleme, eine geringe Belastbarkeit und ein erhöhtes Schlafbedürfnis (Urteil des Bundesgerichts U 75/07 vom 23.

Oktober 2007 E. 4.2.1).

Nach der Einweisung ins Z.____ fand eine neurologische Überwachung statt, an schliessend war der Beschwerdeführer bis zum 12. Mai 2010 stationär auf der Klinik für Unfallchirurgie, ohne dass Schädel-Hirntraumatische Beschwerden aktenkundig geworden sind (Urk. 7/4/10-12 und 7/165/60-63). Dem Zwischenbericht der Hausärztin vom 25. August 2010 (Urk. 7/14) sind ebenfalls keine Hinweise auf entsprechende Beschwerden zu entnehmen. Nicht zu beanstanden ist deshalb auch, dass die Beschwerdeführerin nach Kenntnisnahme dieser – einen unproblematischen Verlauf

dokumentierenden –Berichte unmittelbar nach dem Unfall von sich aus keine Abklärungen zu schädelhirntraumabedingten Beschwerden vornahm (vgl. der Vorhalt in Urk. 1 Ziff. 33 f. S. 13 f.). Sie machte vielmehr zutreffend geltend, dass die schädelhirntraumassozierten Beschwerden erstmals über den Anwalt des Beschwerdeführers rund zwei Jahre nach dem Leitersturz geltend gemacht wurden (vgl. Urk. 7/142; vgl. auch die Zusammenfassung zum Opening-Erstgespräch vom 24. März 2011, Urk. 7/58). 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 (BGE 134 V 109 E. 7.1).

Abschliessend bleibt anzumerken, dass für die Beurteilung der aufgeworfenen Frage in erster Linie die von den Ärzten initial festgestellten Befunde und Schlussfolgerungen massgebend sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_236/2016 vom 11. August 2016 E. 5.2.2). Es ist deshalb nicht ersichtlich, was die beantragte Zeugeneinvernahme des nicht medizinisch geschulten Arbeitskollegen, der beim Unfall zugegen war, in Anbetracht des zuverlässig erstellten Unfallherganges und der zeitnahen medizinischen Dokumentation im Protokoll des Rettungsdienstes, zur vorliegenden Fragestellung beizutragen vermöchte.

Somit hat die Adäquanzbeurteilung nach den bei psychischen Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien im Urteil BGE 115 V 133 zu erfolgen, wobei für die Adäquanzprüfung von der Diagnose des behandelnden Psychiaters auszugehen ist (mittelgradige depressive Erkrankung). Die Folgen organisch nicht ausgewiesener Beschwerden sind bei dieser Prüfung nicht mit einzubeziehen. 4.6

Für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist – nach der Psycho- wie nach der Schleudertrauma-Praxis – an das (objektiv erfassbare) Unfallereignis anzuknüpfen. Zu prüfen ist im Rahmen einer objektivierte Betrachtungsweise, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Massgebend ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften, nicht jedoch der Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können (BGE 134 V 109 E.

10.1; 115 V 133

E. 6).

Der Sturz des Beschwerdeführers von der Leiter aus einer Höhe von 2,41 Metern auf den Betonboden (vgl. E. 3.1 hiervor) ist mit Blick auf die Rechtsprechung bei Stürzen aus einer Höhe von zwischen zwei und etwa vier Metern den mit teilschweren Unfällen im engeren Sinn zuzurechnen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_437/2015 vom 5. September 2015 E. 3.5 mit Hinweisen auf die Praxis und Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 66 f.). 4.7 4.7.1

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - 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 (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/aa).

Bei Unfällen im mittelschweren Bereich im engeren Sinne müssten praxis gemäss mindestens drei Adäquanzkriterien in einfacher Form oder aber eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit der adäquate Kausalzusammenhang zu bejahen wäre (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5). 4.7.2

Zu beachten ist vorab, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des ersten Kriteriums ausreichen kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1020/2008 vom 8. April 2009 E. 5.2). Es sind keine Umstände erkennbar, die den Sturz des Beschwerdeführers vom 30. April 2010 als besonders eindrücklich und besonders dramatisch erscheinen liessen. Dieses Kriterium liegt somit nicht vor. 4.7.3

Beim Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist insbesondere deren erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 8C_398/2012 vom 6. November 2012 E. 6.2). Das Bundesgericht hat das Kriterium verneint bei Frakturen im Gesichtsbereich (Urteil 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.4; vgl. auch die Kasuistik im Urteil des Bundesgerichts 8C_398/2012 vom 6. November 2012 E. 6.2.2). Dies hat auch hier zu gelten, zumal die Verletzungen der Orbita keine ophthalmologischen Folgen zeitigten (Urk. 7/165 S. 2 Mitte) und die Gesichtsnarben kaum sichtbar sind (Urk. 7/339). Selbst wenn sich der Beschwerdeführer neben den Frakturen des Gesichtsschädels auch solche an den oberen Extremitäten zugezogen hat, kann hier das Kriterium nicht als erfüllt erachtet werden, da solche Verletzungen nicht speziell geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen zu begünstigen. 4.7.4

Erfüllt ist hingegen das Kriterium einer

ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. Dieses setzt eine länger dauernde, kontinuierliche und zielgerichtete Behandlung somatisch begründbarer Beschwerden voraus (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_605/2010 vom 9. November 2010 E. 6.2 und 8C_855/2009 vom 21. April 2010 E. 8.3.1 mit Hinweis). Der Beschwerdeführer war nach dem Unfall vom 30. April 2010 und der operativen Versorgung der Brüche während zwölf Tagen im Spital. In der Folge wurden namentlich am rechten Handgelenk zahlreiche Revisionseingriffe nötig (vgl. die Zusammenfassungen der Krankengeschichte in den Berichten der Kreisärztin vom 27. August 2013 und 13. Mai 2014, Urk. 7/282 und Urk. 7/338). Dabei lässt insbesondere der Umstand, dass sich diese Nachfolgeoperationen bis zum Dezember 2013 hinzogen, die ärztliche Behandlung als ungewöhnlich lange erscheinen. 4.7.5

Die als körperlich imponierenden, organisch jedoch nicht hinreichend erklärbaren Beschwerden sind bei einer Prüfung der Adäquanz nach BGE 115 V 133 nicht in die Beurteilung einzubeziehen (Urteile des Bundesgerichts 8C_586/2015 vom 15. Januar 2016 E. 3.6 und

8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.6). Vor liegend steht fest, dass am rechten Handgelenk namentlich bei Belastung, mit hin nicht durchgehend, Schmerzen vorhanden sind. Im Weiteren sind

die körperlich erklärbaren Beschwerden nicht so stark, als dass sich die Bejahung des Kriteriums der körperlichen Dauerschmerzen rechtfertigen würde. Nach Angabe gegenüber der Kreisärztin nimmt der Beschwerdeführer zur Schmerzbekämpfung zwei bis vier Mal wöchentlich bei Bedarf eine Tablette ein (Urk. 7/338 S. 4 und 7). In den bis zur kreisärztlichen Abschlussuntersuchung aktenkundigen Berichten wurde verschiedentlich angegeben, dass sich die Schmerzsituation verbessert habe oder die Schmerzen – zumindest zeitweise – nicht mehr vorhanden seien (vgl. etwa Urk. 7/73, Urk. 7/86, Urk. 7/112, vgl. auch E. 3.2, wo nach keine Schmerzmedikation eingesetzt werde). Die Hand- und Nackenschmerzen bei der Arbeit nahm der Beschwerdeführer anlässlich der Abklärung in der E.____ erst nach mehrmaligen Hinweisen zum Anlass, sich den Arbeitsplatz ergonomisch sinnvoll einzurichten (vgl. E. 3.4) . 4.7.6

Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmerte, ist nicht aktenkundig und wird auch vom Beschwerdeführer nicht thematisiert. 4.7.7

Auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen (BGE 134 V 109 E. 10.2.6) darf nicht schon aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden geschlossen werden. Es bedarf viel mehr besonderer Gründe, welche die Genesung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben. Der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte und der Heilungsverlauf nicht linear verlief, genügt hier für nicht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_682/2013 vom 14. Februar 2014 E. 11.3 und 8C_29/2010 vom 27. Mai 2010 E. 5.3), ebenso wenig rechtfertigen mehrere chirurgische Eingriffe die Bejahung des Kriteriums. Dafür bedürfte es besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben, welche hier nicht ersichtlich sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_68/2009 vom 7. Mai 2009

E. 5.4

)

.

4.7.8

Zu prüfen bleiben Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Bejaht wurde dieses Kriterium in der Rechtsprechung bei einer vollen Arbeitsunfähigkeit sowohl in angestammter als auch in angepasster Tätigkeit während fast drei Jahren (Urteil des Bundesgerichts 8C_116/2009 vom 26. Juni 2009

E. 4.6). Vorliegend wurde dem Beschwerdeführer nach dem Unfall während rund zweieinhalb Jahren beinahe durchgehend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Diese Arbeitsunfähigkeit war nur teilweise durch Revisionsoperationen am rechten Handgelenk begründet. Dabei gingen die Ärzte des Z.____ bis zuletzt vom angestammten Beruf als Elektromonteur aus, obwohl sie bereits zu Beginn annahmen, dass er diesen Beruf nicht mehr ausüben könne (E. 3.2) und er diese Stelle auch nicht mehr inne hatte (Urk. 7/90 und 7/134). Der zunächst fruchtlose Verlauf der Bemühungen der IV-Stelle um Einleitung einer beruflichen Neuorientierung, war zudem nicht hauptsächlich somatisch begründet (vgl. etwa Urk. 7/86, 7/99, 7/135 ff., Urk. 7/204 und Urk. 7/214). Die

E.____-Berichterstatter erlebten den Beschwerdeführer nicht als eindeutig eingliedertungswillig. Sie gaben an, es sei der Eindruck entstanden, dass er sich an das Arrangement, wonach er für die Betreuung des sechsjährigen Sohnes zuständig gewesen sei, gewöhnt habe (E. 3.4).

Dieses Kriterium kann zur Bejahung der Adäquanz somit nichts beitragen. 4.8

Da nur ein

Adäquanz-Kriterien erfüllt ist und dieses auch nicht besonders ausgeprägt, ist die adäquate Unfallkausalität zwischen den vom Beschwerdeführer über den Zeitpunkt des Fallabschlusses hinaus geltend gemachten zeitlichen Einschränkungen und dem Unfall vom 30. April 2010 zu verneinen, wes halb weitere Abklärungen unterbleiben können .

Damit bleibt die erwerbliche Einbusse aufgrund der organischen Beeinträchtigung zu prüfen. 5.

E. 5

Dezember 2014 hielt die SUVA an den Verfügungen vom 20. Mai 2014 (Urk. 7/342 betreffend Integritätsentschädigung) und 12. September 2014

(Urk. 7/367 betreffend Verneinung eines Rentenanspruchs) fest (Urk. 2). 2.

Gegen den Einspracheentscheid vom 5. Dezember 2014 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 19. Januar 2015 Beschwerde (Urk. 1) mit den Anträgen, der Entscheid sei aufzuheben und es seien ihm weiterhin die gesetzlichen Leistungen aus dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) zuzusprechen (S. 2 Ziff. 1). Zudem sei eine Integritätsentschädigung entsprechend einem Integritätsschaden von über 15 % zuzusprechen (Ziff. 2). Eventuell sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Verwaltung zurückzuweisen (Ziff. 3). In prozessualer Hinsicht beantragte der Beschwerdeführer die Sistierung des Verfahrens bis zum Vorliegen angekündigter Abklärungsberichte (Ziff. 4). Die Beschwerdegegnerin beantragte in ihrer Beschwerdeantwort vom 25. Februar 2015 (Urk. 6), die Beschwerde sei abzuweisen und es sei der Einspracheentscheid vom 5.

Dezember 2014 zu bestätigen. Am 16. März 2015 zog der Beschwerdeführer sein Sistierungsgesuch wieder zurück (Telefonnotiz Urk. 9, vgl. auch Urk. 11 Ziff. 7). Am 16. April 2015 nahm der Beschwerdeführer Stellung zur Beschwerdeantwort und erneuerte die gestellten Anträge (Urk. 11 unter Beilage von Urk. 12/1-2). Am 24. April 2015 erging eine weitere

Stellungnahme der Beschwerdegegnerin, die ihrerseits an ihrem Rechtsbegehren festhielt (Urk. 15), wovon der Beschwerdeführer mit Mitteilung vom 4. Mai 2015 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 16). 3.

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, verfügte am 21. August 2015 den rückwirkenden Anspruch auf eine befristete ganze Invalidenrente ab 1. Juni 2011 bis 30. April 2014 und auf eine befristete halbe Rente ab 1. Mai bis Ende November 2014. Die Beschwerde gegen die Verfügungen vom 21. August 2015 wurde mit Urteil heutigen Datums in dem Sinne gutgeheissen, dass die Sache für weitere medizinische Abklärungen an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde (Prozess IV.2015.00992). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 5.1

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) 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.

E. 5.2

Ist kein tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder die Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP)

herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

E. 5.3

Die Beschwerdegegnerin hat den Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG gestützt auf Werte aus ihrer DAP vorgenommen. Der Beschwerdeführer wandte gegen dieses Vorgehen zu Recht nichts ein. 5.4

Vorwegzuschicken ist, dass die von der Beschwerdegegnerin beigebrachten DAP-Unterlagen (Urk. 7/142) den von der Rechtsprechung aufgestellten Erfordernissen an eine Invaliditätsbemessung gestützt auf die DAP in jeder Hinsicht genügen (vgl. BGE 139 V 592 E. 6.3, 129 V 472 E. 4.7.2). So hat die Beschwerdegegnerin nebst fünf DAP-Blättern mit für den Beschwerdeführer trotz Behinderung geeigneten Stellen namentlich hinreichende Auskünfte über die Gesamtzahl der in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze aufgelegt, welchen die dort jeweils zu erwartenden Höchst- und Tiefstlöhne sowie auch die dabei durchschnittlich erzielte Entlohnung entnommen werden können. Das angewandte Auswahlmessen und die Repräsentativität der ausgewählten DAP-Blätter sind damit (und waren es bereits im Zeitpunkt der Einsprache) hinreichend überprüfbar.

Beschwerdeweise wandte

der Beschwerdeführer

zutreffend auch nichts mehr gegen die Vereinbarkeit der ausgewählten Arbeitsplätze aus der DAP (Büroangestellter, DAP-Nummer 340142, Qualitätskontrolleur DAP-Nummer 9969, Kontrolleur DAP-Nummer 6103, Prüfer DAP-Nummer 10047 und Qualitätsprüfer DAP-Nummer 3512, Urk. 7/361) mit dem von der SUVA-Kreisärztin formulierten Belastungsprofil ein (vgl. demgegenüber noch die ergänzende Einsprache vom 18. November 2014 Urk. 7/374). 5.5

Der an den ausgewählten fünf Arbeitsstellen im Jahr 2014 erzielbare Lohn beläuft sich auf durchschnittlich Fr. 63'952.-- ([Fr. 58'693.-- + Fr. 59'248.-- + Fr. 63'024.-- + Fr. 67'763.-- + Fr. 71'032.-- = Fr. 319'760.--]/5). Verglichen mit dem ohne Unfall mutmasslich erreichten, auf das Jahr 2014 - um 0.7 % (vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle T39, Entwicklung der Nominallöhne 1976-2015) - aufgerechneten Jahreslohn (Valideneinkommen) von Fr. 63'753.-- (= Fr. 4'870. x 13 x 1.007; vgl. die beim

ehemaligen Arbeitgeber und beim Branchenverband eingeholten Auskünfte vom 1. Juli 2014, Urk. 7/271, und 23. Mai 2014, Urk. 7/352) ergibt sich keine Lohneinbusse. Es besteht somit kein Anspruch auf eine Invalidenrente. 6.

Der Beschwerdeführer kritisierte die Bemessung des Integritätsschadens bezüglich des rechten Handgelenkes nicht mehr (Urk. 11 Ziff. 16; vgl. demgegenüber noch Urk. 1 Ziff. 7). Es ist diesbezüglich auf die zutreffende Schätzung der SUVA-Kreisärztin abzustellen, die zu keinen weiteren Bemerkungen Anlass gibt (vgl. E. 3.7.3). Da die Adäquanz der vom Beschwerdeführer darüber hinaus als Folge eines Schädel-Hirntraumas geltend gemachten Beschwerden zum Unfall ereignis vom 30. April 2010 nach dem Gesagten zu verneinen ist, steht diesbezüglich auch kein zu entschädigender Integritätsschaden im Raum. Der Einspracheentscheid vom 5. Dezember 2014 erweist sich somit auch bezüglich der Integritätsentschädigung als zutreffend.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecher Frank Goecke, unter Beilage einer Kopie von Urk. 17 - Rechtsanwalt Reto Bachmann, unter Beilage einer Kopie von Urk. 17 und des Dop pels von Urk. 18 - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub Oertli

E. 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).

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