

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00025 vom 23. Februar 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-02-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2015.00025](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00025)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00025 du 23 février 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00025 del 23 febbraio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung beziehungsweise eines Einspracheentscheids – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung beziehungsweise der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung beziehungsweise kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a).

### **E. 1.2**

In prozessualer Hinsicht ist vorab festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin in der Begründung ihres Entscheides die Auffassung vertrat, auf die Einsprache gegen die Verfügung vom 17. Juli 2013 sei

nicht einzutreten, soweit damit die Weiterausrichtung der Taggelder beantragt werde (Urk. 2 S. 3). Hierzu hat der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers richtig bemerkt, dass mit der Verfügung vom 17. Juli 2013, mit der unter anderem eine Rente zugesprochen wurde, auch insofern ein Entscheid über die strittige Einstellung der Taggelder erging, als mit dem Beginn einer Rente der Anspruch auf Taggeld von Gesetzes wegen erlischt (Art. 16 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG; vgl. Urk. 1 S. 4 f.). Das Dispositiv des angefochtenen Entscheides

lautet auf Abweisung der Einsprache, soweit darauf einzutreten ist (Urk. 2 S. 26). Den Erwägungen der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid (vgl. Urk. 2 S. 3 ff.) lässt sich indes

zweifelsfrei entnehmen, dass sie die gesamte Einsprache (vgl. Urk. 10/319) materiell geprüft und mit der Bestätigung der verfügbaren Invalidenrente (in Form einer Abweisung der Einsprache) auch über das Schicksal des Taggeldanspruches entschieden hat. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren sind daher alle mit der Verfügung vom 17. Juli 2013 festgelegten Aspekte zu prüfen. 2.2.1

Gemäss Art. 6 UVG werden so weit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. 2.2

Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 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 Verwaltungsbeziehungsweise 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).

Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffs Umschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 359 E. 4b).

Die dar gelegten Grundsätze zum natürlichen Kausalzusammenhang bei Schleudertrauma der Halswirbelsäule gelten auch für Beschwerden nach einem dem Schleudertrauma „äquivalenten“ Mechanismus und nach einem Schädel-Hirntrauma, wenn und soweit sich die Folgen mit jenen eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule vergleichen lassen (BGE 134 V 109 E. 6.2.2 mit Hinweisen). 2.3

Als adäquate Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

Demgegenüber ist bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden zu unterscheiden, ob es sich um psychische Fehlentwicklungen nach Unfall handelt, bei welchen die Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte zu prüfen sind (sogenannte Psycho-Praxis; vgl. BGE 115 V 133), oder ob ein Schleudertrauma, eine äquivalente Verletzung der Halswirbelsäule oder ein Schädel-Hirntrauma vorliegt, bei welchen auf eine

Differenzierung zwischen psychischen und physischen Komponenten zu verzichten und eine gesamthafte Prüfung vorzunehmen ist (sogenannte Schleudertrauma-Praxis; vgl. BGE 134 V 109).

## 2.4

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ; ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). 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). 2.5

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 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 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, augenfällig 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). 3 .

Die Beschwerdegegnerin vertrat im angefochtenen Einspracheentscheid im Wesentlichen den Standpunkt, dass bezüglich des unfallkausalen

physischen

Gesundheitsschadens der medizinische Endzustand eingetreten sei und die Voraussetzungen für den Fallabschluss spätestens ab Anfang September 2013 erfüllt seien. Der Beschwerdeführer klagte zwar auch

über

psychische

und neuropsychologische Beschwerden und kognitive Defizite . Diesbezüglich sei jedoch ein natürlicher Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 29. Juni 2010

nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen .

Insbesondere sei der erforderliche adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen (vgl. Urk. 2) .

Demgegenüber lässt der Beschwerdeführer vorbringen, dass es bei der sehr heftigen Frontalkollision vom 29. Juni 2010 auch zu einem Kopfanprall gekommen sei und er ein Akzelerations-/ Dezelerationstrauma mit nachfolgenden Kopfschmerzen, Schwindelbeschwerden, schweren Schlafstörungen, depressiven Symptomen, schwerwiegenden kognitiven Störungen in Form von einer Gedächtnisstörung, einer Konzentrationsstörung, einer Merkfähigkeitsstörung und einer Aufmerksamkeitsstörung erlitten habe. Er werde nach wie vor medizinisch behandelt, insbesondere wegen seiner psychischen Beschwerden und kognitiven Einschränkungen. Trotz seiner mehrfachen Aufforderung

sei nicht rechtsgenügend abgeklärt worden, ob der medizinische Endzustand dies bezüglich erreicht sei. Auf das interdisziplinäre Gutachten vom 22. Januar 2013 könne nicht abgestellt werden, da die neuropsychologischen, psychiatrischen und neurologischen Teilgutachten unbrauchbar seien.

Unter diesen Umständen hätte die Beschwerdegegnerin den Fall nicht einfach per 1. September 2013 abschliessen dürfen. Sollte sich der Fallabschluss per 1. September 2013 als rechtmässig erweisen, so müssten die Rente und Integritätsentschädigung unter Berücksichtigung sämtlicher unfallkausaler Beschwerden festgesetzt werden ( vgl. Urk. 1).  
4.4.1

In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten entnehmen, dass am 29. Juni 2010 wegen des Verkehrsunfalls mit multiplen Kontusionen (Prellungen) und des gerinnungshemmenden Medikaments Marc o umar

auch ein CT des Schädels und der Halswirbelsäule angeordnet wurde. Die computertomographische Untersuchung ergab

nebst den Zeichen einer chronischen Sinusitis eine Streckhaltung und degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule. Es wurde weder eine

interzerebrale Hämorrhagie (Hirnblutung) noch Hinweise auf eine frische traumatische ossäre Läsion der Schädelkalotte, des Gesichtsschädels oder der Halswirbelsäule festgestellt (Urk. 10/6 S. 2 und 10/260) . 4.2

Im Austrittsbericht des Spitals Z.\_\_\_\_ vom 31. August 2010 wurde ein Verkehrsunfall mit nicht dislozierter Sternumfraktur (Brustbeinbruch), multiplen Schürfwunden an der rechten Hand, distaler Fibulafraktur (Aussenknöchelbruch) und Calcaneusfraktur (Fersenbeinbruch) am rechten Fuss, Hüftkontusion und Kontusion am

linken Ellenbogen als Diagnosen festgehalten. Nebendiagnostisch wurde ein Status nach Aortenklappenersatz 2009 unter oraler Antikoagulation (OAK) mit Marc o umar vermerkt. Ferner wurde erwähnt, dass bei Kontusion des Schädels eine craniale Computertomographie (CCT) durchgeführt worden sei, die keine Auffälligkeiten ergeben habe. Neurologisch sei der Patient zu jedem Zeitpunkt unauffällig gewesen (Urk. 10/16).  
4.3

Während des ersten Aufenthaltes in der A.\_\_\_\_

standen dem Aus trittsbericht vom 28. September 2010 ( Urk. 10/25) zufolge die Rollstuhlmobilität bei Entlastungspflicht des rechten Beines, die Funktionseinschränkung des rechten oberen Sprunggelenks mit Spitzfussstellung, die belastungsabhängige Schmerzsymptomatik im Bereich des Sternums, die vermehrte Schwindelsymptomatik seit dem Unfall vom 29. Juni 2010 und multiple sich in Resorption befindende Hämatoome im Vordergrund ( Urk. 10/25 S. 2) .

Bezüglich der seit dem Unfall vermehrt geklagten Schwindelsymptomatik habe mittels EKG eine kardiale Ursache ausgeschlossen werden können. Die Schwindelsensationen seien im weiteren Verlauf subjektiv rückläufig gewesen. Da der Patient im weiteren Rehabilitationsverlauf über Schlafstörungen und Unfallträume geklagt habe, habe man eine psychosomatische Abklärung angeordnet. Diese habe

eine Anpassungsstörung im Sinne einer Unfallverarbeitungsstörung (ICD-10: F43.28) , jedoch keine ausgeprägte PTBS - Symptomatik ergeben ( Urk. 10/25 S. 2 f.) .

Ferner wurde in der Anamnese vermerkt, dass sich der Patient an keine Bewusstlosigkeit nach dem Unfall erinnern könne. Es bestünden keine Kopfschmerzen und keine Seh- oder Hörstörungen. Ebenso wenig sei es zu Magenbeschwerden oder zu Erbrechen gekommen ( Urk. 10/25 S. 4).

Aus dem Bericht vom 6. September 2010 ( Urk. 10/26) zum psychosomatischen Konsilium vom 28. Juli 2010 geht sodann hervor, dass der Versicherte während des Gespräches mit Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, gut erreichbar war . Dieser beurteilte ihn psychopathologisch als kaum auffällig , allenfalls subdepressiv. Bei der Unfallschilderung kämen

dem Versicherten unwillkürlich beinahe die Tränen, er sei aber in der Lage , sich jederzeit zu kontrollieren. Es bestünden keine Störungen der Denkfunktionen . Die Orientierung sei gut und vollständig, es gebe keine auffälligen Ängste, keine psychotischen Symptome, vor allem subjektive Störfaktoren ( Urk. 10/26 S. 1) .

Zum Unfallereignis habe der Versicherte ausgeführt, dass er nicht genau wisse, ob er bei Bewusstsein gewesen sei. Er könne dann jedoch sehr detailliert den Unfallablauf schildern. So wisse er sich zu erinnern, dass er nach einer kleinen Ortschaft auf dem Weg von der Arbeitsstelle zur Mittagspause in einer langgezogenen Kurve von einem entgegenkommenden silbernen Fahrzeug überrascht worden sei. Dann habe es einen Knall gegeben und er sei im Auto eingeklemmt gewesen, Rauch um ihn herum, was ihn beängstigt habe. Er habe versucht hinauszukommen, die linke Tür sei aber blockiert gewesen und es sei ihm nicht gelungen, nach rechts hinauszukriechen. Schliesslich sei Hilfe gekommen, die ihn beruhigt habe. Anschliessend sei er mit der Ambulanz ins Spital transportiert worden. Er habe erfahren, dass der Unfallverursacher gestorben sei, was ihm sehr leid tue. Mehr als Bremsen und Rechtsfahren habe er nicht machen können ( Urk. 10/26 S. 2). 4 . 4

Der behandelnde Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, hielt in seinem Zwischenbericht vom 27. Oktober 2010 (Urk. 10/37) fest, dass der Versicherte über Schmerzen , vor allem im rechten Fussgelenk, dann aber auch über Beschwerden in den Fingern der linken Hand, über

Leitschmerzen auf der linken Seite und über okzipitale Kopfschmerzen klagte. 4 .5

Am

1. November 2010 besuchte die zuständige Case Managerin der Suva den Beschwerdeführer bei ihm

zu Hause. Bei dieser Gelegenheit klagte er in seinen Besprechungsnotizen zufolge über Schmerzen, unter anderem Kopfschmerzen, und eine hohe Vergesslichkeit. Er habe angegeben, dass er zum Beispiel nicht mehr wisse, was er gestern gemacht habe, was ihn sehr beunruhige. Überdies habe er

von Schwindel, schlechtem Schlaf und Unfallbildern, die er noch vor sich habe, berichtet. Sie habe ihn

auf die Möglichkeit einer psychologischen Betreuung zur Traumaverarbeitung hingewiesen und ihm geraten, das Thema mit dem Hausarzt zu besprechen. Der Versicherte habe ihr erklärt, sein Hausarzt habe die Auffassung vertreten, wenn es nicht besser würde, müsste er in Therapie. Ferner habe der Versicherte von der ärztlichen Verlaufskontrolle im Spital Z. \_\_\_ berichtet, welche ergeben habe, dass mit dem Gelenk etwas nicht in Ordnung sei. Am 8. November 2010 werde eine CT-Untersuchung stattfinden. In der Physiotherapie mache er Bewegungsübungen und erhalte Wärmepackungen für den Nacken (Urk. 10/35 S. 1). 4. 6

Der Versicherte begab sich am 17. Januar 2011

zu Dr. med. D. \_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung (vgl. Urk. 10/347). Sie diagnostizierte in ihrem Bericht vom 18. Juli 2011 (Urk. 10/116) eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) mit depressiver Entwicklung.

Anamnestisch vermerkte sie im Wesentlichen, dass der Versicherte seit dem Autounfall über eine schwere Schlafstörung, depressive Symptome und schwerwiegende kognitive Störungen in Form von einer Gedächtnisstörung, einer Konzentrationsstörung, einer Merkfähigkeitsstörung und einer Aufmerksamkeitsstörung

klage. Zudem komme das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (flashbacks) und Alpträumen vor.

Zum psychopathologischen Befund hielt sie fest, dass der Versicherte wach und allseits orientiert sei. Es seien kognitive Defizite in Form von einer Gedächtnisstörung, einer Konzentrationsstörung, einer Auffassungsstörung und einer Merkfähigkeitsstörung vorhanden. Die Stimmung sei depressiv. Es seien eine emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit, ein inneres Leeregefühl und eine

Anhedonie auszumachen. Überdies seien Ängste betreffend die Zukunft vorhanden. Es gebe keine psychotischen Symptome und keine Zwänge. Der Antrieb sei deutlich reduziert und es sei eine Tagesmüdigkeit vorhanden. Es bestehe eine Schlafstörung in Form einer Ein- und Durchschlafstörung. Es gebe keinen Alkohol- oder Drogenkonsum. Im formalen Denken sei der Patient geordnet, jedoch spärlich ausgestattet. Inhaltlich seien Grübeln und Gedankenkreisläufe festzustellen. Es bestünden keine Aspekte einer Selbst- oder Fremdgefährdung.

Die Prognose sei eher ungünstig. Die psychotherapeutischen Möglichkeiten seien durch die eingeschränkte Selbstreflexion und die depressive Symptomatik ziemlich beschränkt. Die psychopharmakologische Behandlung habe zu einer geringen Besserung der Symptomatik

geführt. Die kognitiven Defizite beherrschten das Krankheitsbild und seien veränderungsresistent. 4 . 7

Nach der Entfernung des Osteosynthesematerials

und der Arthrolyse am 1. Juni 2011 (vgl. Urk. 10/109 und 10/121) besuchte der Beschwerdeführer

zweimal wöchentlich die Physiotherapie. Der behandelnde Physiotherapeut E.\_\_\_\_

erklärte am 25. August 2011 der Case Managerin

der Suva, dass er eine Besserung wahrnehme. Der Fallverlauf sei sehr retardiert wegen der Psyche. Der Versicherte habe Schlafstörungen und sei oft müde. Sein Tageszustand sei sehr wechselhaft. Es sei damit zu rechnen, dass er in einem halben Jahr an einem Stock gehen können werde (Urk. 10/128). Auch im schriftlichen Bericht vom 12. September 2011 zur physiotherapeutischen Behandlung wurden deutliche Fortschritte festgehalten. Der Versicherte gehe aber noch immer an zwei Krücken. Es sei das Ziel, dass er sich wieder normal ohne Krücken bewegen könne. Dafür sollte die physiotherapeutische Behandlung weitergeführt und vielleicht mit einer Wassertherapie ergänzt werden. Die tiefe psychische Belastbarkeit des Versicherten mache es schwierig, ihn zu motivieren. Es sei deshalb sicher noch während eines Jahres eine therapeutische Behandlung notwendig (Urk. 10/141). 4 . 8

4 . 8. 1

Der zweite stationäre Aufenthalt in der A.\_\_\_\_ dauerte vom 26. September bis zum 30. November 2011 (vgl. Urk. 10/157). Bei Klinikeintritt wurde eine leichte zeitliche Orientierungsstörung und bei oberflächlicher Prüfung eine ausgeprägte Konzentrations- und Merkstörung festgestellt. Im formalen Denken sei der Patient verlangsamt und gehemmt. Er sei mehrheitlich eingengt auf das Schmerzerleben und zeige eine leichte Neigung zum Grübeln. Es gebe keine eindeutigen Anhaltspunkte für Intrusionen. Er beklage sich stark über Gedächtnisprobleme seit dem Unfall und verneine phobische Ängste und Zwänge. Es gebe auch keinen Anhaltspunkt für eine wahnhaftige Verarbeitung, für Sinnestäuschungen oder für Ich-Störungen. Affektiv sei er deprimiert bei erhaltener Schwingungsfähigkeit. Ferner wurden eine häufige innere Unruhe, eine allgemein reduzierte Belastbarkeit und dadurch Reizbarkeit, Insuffizienzgefühle, eine leichte Auslösbarkeit von Affekten, hauptsächlich Traurigkeit, eine erhöhte Erschöpfbarkeit durch Antriebsminderung, ein sozialer Rückzug und eine gelegentliche Aggressivität erhoben. Es bestünden Schlafprobleme aufgrund von Schmerzen und Grübeln (vgl. Urk. 10/158 S. 2). 4

. 8. 2

Am 5. Oktober 2011 fand in der Klinik F.\_\_\_\_ eine magnetresonanztomographische Untersuchung des Schädels statt. Dabei wurden multiple punktförmige Microbleeds sowohl bihemisphärisch

supratentoriell als auch rechts zerebellär zentral festgestellt. Die Ätiologie sei bei stattgehabtem Schädeltrauma mit initialer Bewusstlosigkeit eher im Zusammenhang mit dem Unfall als nicht unfallassoziiert im Rahmen von zum Beispiel antikoagulationsbedingten Mikrobloodungen zu interpretieren (Urk. 10/161). 4 . 8. 3

Vom 19. Oktober bis zum 28. November 2011 wurden darauf neuropsychologische Untersuchungen durchgeführt. Dem

Bericht vom 29. November 2011 ( Urk. 10/159) zufolge klagte der Beschwerdeführer wiederum über ausgeprägte Gedächtnisprobleme. Er wisse zum Beispiel

weder, wie der jeweils vorangegangene Tag verlaufen sei, noch könne er sagen, mit wem er über was gesprochen habe. Es sei so, wie wenn das gerade Erlebte das Vergangene sofort aus dem Gedächtnis löschen würde. Diese Gedächtnisstörungen bestünden seit dem Unfall, hätten jedoch in ihrer Intensität immer weiter zugenommen. Auch bemerke er Konzentrationsschwierigkeiten und leide unter dauernden Schmerzen (Urk. 10/159 S. 2).

Zu Beginn der neuropsychologischen Untersuchung habe man den Exploranden ermutigt, bestmögliche Leistungen zu zeigen. Angesichts ihres Basischarakters für andere kognitive Funktionen seien die Aufmerksamkeitsleistungen besonders ausführlich untersucht worden. Bei der überwiegenden Anzahl der verwendeten Tests sei die statistische Auswertung der Rohwerte alters-, geschlechts- und bildungskorrigiert erfolgt. Der Patient sei im Kontakt freundlich zugewandt und mehrheitlich kooperativ gewesen. Er sei immer wieder durch ein reduziertes Arbeits- und Leistungsverhalten aufgefallen, weshalb eine standardisierte Symptomvalidierung durchgeführt worden sei. Die psychophysische Belastbarkeit sei deutlich reduziert gewesen (einmaliger Aufgabenabbruch). Bezüglich des formalen Denkens sei der Beschwerdeführer durch Gehemmtheit, eine Verlangsamung und eine Einengung auf die Schmerzen und die Gedächtnisproblematik aufgefallen. Zudem seien eine Depressivität, Insuffizienzgefühle und eine Antriebsverminderung festzustellen gewesen (Urk. 10/159 S. 2).

Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchungen habe der Patient leicht bis weit

unterdurchschnittliche Ergebnisse erzielt. Es seien leichte Beeinträchtigungen bezüglich der attentionalen Funktionen bei der Aufmerksamkeitsaktivierung, der geteilten Aufmerksamkeit und der reaktiven Belastbarkeit festzustellen. Bei den exekutiven Leistungen fänden sich leichte Defizite bei der figuralen Ideenproduktion und bei einer Planungsaufgabe. Bezüglich der mnestischen Funktionen zeigten sich weit unterdurchschnittliche Leistungen beim verbalen Lernen, bei den verbalen Abrufleistungen und dem Wiedererkennen von verbaler Information. Leicht unter der Norm seien die Ergebnisse bei der verbalen Merkspanne. In einzelnen durchgeführten Tests im Bereich der Aufmerksamkeits-, Exekutiv- und Gedächtnisfunktionen seien normgerechte oder gar überdurchschnittliche Ergebnisse vorhanden. Die Leistungen seien somit stark schwankend. Das ermittelte Testprofil sei entsprechend als weitgehend unspezifisch und als teilweise inkonsistent zu bezeichnen. Bei der Abschlussuntersuchung sei zudem eine auffällige Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit des Patienten zu beobachten. Dabei erziele er bei den nochmals durchgeführten Tests zur Aufmerksamkeitsaktivierung und zur figuralen Ideenproduktion weit unterdurchschnittliche Ergebnisse.

Bei alleiniger Betrachtung der Testergebnisse würde man zum Schluss kommen, dass eine mittelschwere neuropsychologische Störung vorliege. Die Durchführung einer standardisierten Symptomvalidierung ergebe jedoch Hinweise auf das wahrscheinliche Vorliegen bewusstseinsnaher psychischer Prozesse der Aggravation. Bei einem spezifischen Symptomvalidierungstest (TOMM) lägen auffällige Testergebnisse im Sinne einer negativen Antwortverzerrung vor. Es zeigten sich mehrere Inkonsistenzen bezüglich der testpsychologisch objektiven Ergebnisse. So reagiere der Beschwerdeführer zum

Beispiel bei einer sehr einfachen Aufgabe (zum Beispiel Alertness ) deutlich langsamer auf einen Reiz als bei einer weit komplexeren Aufgabe (zum Beispiel selektive Aufmerksamkeit). Auch die durchschnittlichen Leistungen bei den visuell-räumlichen Behaltensleistungen seien kaum vereinbar mit den unter durchschnittlichen Testergebnissen im Bereich der Aufmerksamkeitsfunktionen. Insgesamt seien in mehreren kognitiven Domänen leicht bis weit

unterdurchschnittliche Testergebnisse festzustellen.

Er habe zwar eine Hirnläsion erlitten, das Ausmass der in der kognitiven Untersuchung präsentierten Beschwerden sei jedoch nicht plausibel. Ein solches Testprofil wäre beispielsweise bei einer Person nach einer schweren traumatischen Hirnverletzung mit ausgedehnten Läsionen anzutreffen, sei aber nicht vereinbar mit den gegenwärtigen medizinischen Diagnosen. Es sei jedoch zu bedenken, dass die berichteten Konzentrations- und Gedächtnisprobleme nicht untypisch seien in Zusammenhang mit Störungen der Schmerzverarbeitung respektive bei depressiven Störungen. Aber die Schwankungen der Testergebnisse zwischen den Messzeitpunkten sowie die Arbeitsweise mit übertriebenen und atypischen Fehlleistungen erzeugten einen unglaublichen Eindruck. Es sei somit davon auszugehen, dass das präsentierte kognitive Störungsbild zumindest teilweise aufgrund einer bewusstseinsnahen Aggravation der Beschwerden zustande gekommen sei .

Bei Vorliegen einer wahrscheinlichen Aggravation sei die Glaubhaftigkeit des Ausmasses der angegebenen Beschwerden oder der diagnostisch festgestellten Leistungseinbussen in Frage zu stellen. Das im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung ermittelte kognitive Testprofil besitze somit nur geringe Aussagekraft. Der Schweregrad der neuropsychologischen Störung sei unter diesen Umständen entsprechend schwierig einzuschätzen, aber auf jeden Fall geringer, als es das Testprofil darlege. Insgesamt gestalte sich die ätiologische und diagnostische Einordnung der kognitiven Defizite als entsprechend schwierig. So kämen, wie bereits erwähnt, hirnorganische Faktoren, die eingangs erwähnten psychischen Störungen und bewusstseinsnahe Prozesse der Aggravation als mögliche Erklärungsgrössen in Frage ( Urk. 10/159 S. 4 f.).

Aufgrund der wahrscheinlichen Aggravationstendenzen in Bezug auf das kognitive Ausfallmuster und den Schweregrad sei eine nicht valide einzuschätzende neuropsychologische Störung (ICD-10: F68.0) zu diagnostizieren. Eine valide Einschätzung der beruflichen Funktionsfähigkeit könne – zumindest beruhend auf dem ermittelten Testprofil – aufgrund der möglichen Aggravation nicht erfolgen ( Urk. 10/159 S. 5). 4.8.4

Im Austrittsbericht der A.\_\_\_\_

vom 6. Dezember 2011 (Urk. 10/157) wurden

schliesslich nebst den bekannten Unfallfolgen neu auch eine wahrscheinlich traumatische Hirnverletzung mit multiplen punktförmigen Microbleeds

bihemisphärisch

supratentoriell und rechts zerebellär , Genu

anterior der Capsula

interna links, als Diagnosen festgehalten . Differentialdiagnostisch wurde eine nicht unfallbedingte Ursache in Betracht gezogen ( Urk. 10/157 S. 1) . Aus den im Zusammenhang mit dem Unfall gestellten Diagnosen resultierten rechts eine

Fussdeformität und eine Inaktivitätsosteoporose, eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion im Sinne einer subsyndromalen PTBS (ICD-10: F43.21), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und eine unspezifische neuropsychologische Störung nach wahrscheinlich traumatischer Hirnverletzung (ICD-10: F07.08).

Es besteht eine schwere Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert. Zusätzlich liegt eine kognitive Leistungsminderung aufgrund einer neuropsychologischen Funktionsstörung vor, die Folge einer primär hirnorganischen Schädigung sei. Die angestammte Tätigkeit als Logistiker sei aktuell nicht zumutbar, da die Anforderungen zu hoch seien. In körperlicher Hinsicht wäre eine sehr leichte und vorwiegend sitzende Arbeit ganztags zumutbar. In kognitiver Hinsicht sei aktuell keine Arbeitsleistung zumutbar (Urk. 10/157 S. 2).

Dagegen wurde in der diagnostischen Beurteilung ein weitgehend normaler neurologischer Befund vermerkt. Ferner wurde festgehalten, dass die mit der magnetresonanztomographischen Untersuchung des Schädels festgestellten Mikroblutungen eher als unfallbedingt denn als

nicht unfallbedingt einzustufen seien. Möglich wäre aber auch eine Entstehung während der Marcoumar-Therapie bei Endocarditis (Urk. 10/157 S. 3).

Aus psychiatrischer Sicht liessen sich eine Anpassungsstörung im Sinne einer subsyndromalen posttraumatischen Belastungsstörung und eine Schmerzverarbeitungsstörung (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) diagnostizieren. Zudem seien kognitive Defizite aufgrund der wahrscheinlich traumatischen Hirnverletzung festzustellen. Aufgrund einer möglichen Antwortverzerrung im Rahmen der stationär durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung könne der Schweregrad der neuropsychologischen Störung nicht valide eingeschätzt werden. Klinisch imponiere eine gedankliche Einengung auf die Unfallfolgen und das Unfallgeschehen sowie eine gewisse Verbitterung bezüglich der aktuellen Situation. Im Vordergrund seien depressive Symptome wie Niedergeschlagenheit und erhöhte Erschöpfbarkeit. Die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung seien nicht hinreichend erfüllt. Des Weiteren bestünden seit über sechs Monaten Schmerzen in verschiedenen Körperregionen, deren Schwere und Ausmass nicht vollständig durch die somatischen Unfallfolgen zu erklären seien. Der Patient verlasse die Klinik in deutlich stabilerem psychischem Zustand. Es sei eine engmaschige psychiatrische und psychotherapeutische Betreuung sinnvoll und indiziert (Urk. 10/157 S. 3). 4.9

Am 5. Dezember 2011 begab sich der Beschwerdeführer ins G. in ambulante Behandlung. Dort wurden mittelgradige Aufmerksamkeits- und Auffassungsstörungen, mittelgradige Konzentrationsstörungen und ausgeprägte mnestiche Störungen erhoben. Das Denken sei verlangsamt und auf das Unfallgeschehen eingengt. Der Affekt sei niedergeschlagen und dysphorisch, die emotionale Schwingungsfähigkeit, der Antrieb und die Psychomotorik seien vermindert. Beim Nachtschlaf komme es zu Durchschlafstörungen. Ferner bestünden unspezifische Zukunftsängste (Urk. 10/201). 4.10

Der Suva-Kreisarzt Dr. med. H., Facharzt FMH für Neurologie, nahm am 9. Januar 2012 eine Aktenbeurteilung zur Frage der Kausalität der Microbleeds vor (Urk. 10/183). Er gelangte zum Schluss, dass eine traumatische Ursache der festgestellten Microbleeds (CMB) im versicherungsmedizinischen Kontext zwar als möglich, jedoch nicht als

wahrscheinlich zu bezeichnen sei. Diese Beurteilung stehe im Gegensatz zur psychiatrischerseits in der A.\_\_\_\_ formulierten Diagnose einer „wahrscheinlich traumatischen Hirnverletzung“. Die Entscheidung, ob völlig unspezifische CMB oder aber Mikroblutungen im Kontakt mit der krankheitsbedingt erfolgten Herzklappen operation vorlägen, sei bei fehlenden Angaben zur Herzoperation, zu den Prozeduren und der zugrunde liegenden Herzerkrankung nicht definitiv möglich. Er halte jedoch eine primär embolische Genese im Rahmen des Aortenklappensyndroms für am wahrscheinlichsten. 4.11

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, gab am 25. Januar 2012 als beratender Arzt der Axa Winterthur Versicherungen AG eine Stellungnahme ab. Er bezeichnete den Schadenfall als im Verlauf ausgesprochen auffällig. Zwar könnten gewisse posttraumatische intracranielle Veränderungen postuliert werden. Der Verlauf und die festgestellten Inkonsistenzen in der neuropsychologischen Untersuchung seien jedoch nicht mit sogenannten

#### Microbleeds

zu erklären. Hier dürften mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallfremde Faktoren mitspielen. Bevor er eine Wertung abgibt, müsse er die MRI-Aufnahmen des Schädels sehen. Allerdings könne man davon ausgehen, dass kleine Microinfarkte eher durch die kardiale Problematik bedingt wären, während eigentliche Blutungen eher durch den Unfall bedingt seien (Urk. 10/192 S. 1 und 4 f.).

Nach der Einsichtnahme in die Röntgenbilder hielt er am 8. Februar 2012 fest, dass er zwar einzelne vaskuläre Veränderungen, vor allem in den C2-Sequenzen, und daneben in den SWI-Sequenzen mehrere runde schwarze Signalveränderungen gesehen habe, die für ihn aber nicht den typischen Charakter einer stattgehabten Blutung aufwiesen. Auch wenn die Veränderungen in der SWI-Sequenz als unfallkausal zu werten wären, könnten sie weder den Verlauf noch das Ausmass der neuropsychologischen Einschränkung erklären (Urk. 10/192 S. 7). 4.12

#### 4.12.1

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie, vom K.\_\_\_\_, erstattete am 6. November 2012 das orthopädisch-rheumatologische Teilgutachten unter Einbezug der Ergebnisse der EFL (Urk. 10/264; vgl. auch 10/277).

Demnach habe sich der Versicherte in 14 von 25 durchgeführten Belastbarkeitstests selbst limitiert, bevor er die funktionelle Limite erreicht habe. Die Konsistenz bei den Tests sei mässig. Infolge der Selbstlimitierung und der Inkonsistenz seien die Resultate der Belastbarkeitstests für die Beurteilung nur teilweise verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass der Versicherte mehr leisten könnte, als er gezeigt habe (Urk. 10/264 S. 13).

Die von

ihm beschriebene Tätigkeit als Mitarbeiter in der Logistik entspreche einer durchschnittlich mittelschweren Tätigkeit. Die gezeigte funktionelle Belastbarkeit liege unter den Anforderungen an diese Tätigkeit. Da die ange Stammte Tätigkeit nebst dem Hantieren von Gewichten bis 25 kg fast ausschliesslich Verrichtungen im Stehen und Gehen umfasse, könne davon ausgegangen werden, dass auch bei einer besseren Leistungsbereitschaft die

Belastungsanforderungen nicht erfüllt würden. Zumutbar sei eine überwiegend leichte Tätigkeit

ganztags. Inwiefern sich die vom Versicherten geschilderte Vergesslichkeit und die beschriebenen Konzentrationsstörungen auswirkten, könne mittels EFL nicht eruiert werden ( Urk. 10/264 S. 13 f.).

Lediglich die persistierenden Beschwerden und Funktions Einschränkungen im Bereich des rechten Fusses und die Restbeschwerden nach der Sternumfraktur

seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 29. Juni 2010 zurückzuführen, während die übrigen Beschwerden und Befunde im Bereich des Bewegungsapparates als krankheitsbedingt einzustufen seien ( Urk. 10/264 S. 14 f f . , 19 und 21 ).

Die Restbeschwerden nach der Sternumfraktur führten aber weder zu namhaften Beeinträchtigungen noch zu einem Integritätsschaden. Die Fraktur sei verheilt und das Sternum sei stabil (Urk. 10/264 S. 19 und 21).

Aus medizinisch-therapeutischer Sicht könnte zur Verbesserung der Fussbeschwerden die Schuhversorgung noch optimiert werden. Überdies sei der Versuch einer extrakorporellen Stosswellenlithotripsie ( ESWL ; in reduzierter Dosierung unter Berücksichtigung der fleckförmigen Osteoporose) möglich. Es sei jedoch nicht davon auszugehen, dass diese Massnahmen den aktuellen Gesundheitszustand namhaft und insbesondere die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit positiv beeinflussten. In Bezug auf die vorgeschlagene untere Sprunggelenksarthrodese werde die Ansicht vertreten, dass eine solche höchstens einen Teil des Beschwerdebildes zu beeinflussen vermöchte und keinerlei Garantie dafür biete, dass der Versicherte sein Bein später besser belasten könne ( Urk. 10/264 S. 17).

Aufgrund der unfallbedingten Einschränkungen im Bereich des rechten Fusses sei die angestammte Tätigkeit als Logistiker nicht mehr zumutbar. Der Versicherte könnte lediglich noch die organisatorischen Aufgaben übernehmen, welche jedoch rein medizinisch-theoretischer Art seien und gemäss Arbeitsbeschreibung etwa 20 % ausmachten ( Urk. 10/264 S. 19).

Es sei dem Versicherten eine angepasste, das heisst eine körperlich leichte und überwiegend sitzend zu verrichtende Tätigkeit ganztags zumutbar. Unter Berücksichtigung von nachvollziehbaren Schmerzen und zunehmender Funktionsstörung über die Zeit, welche bis zu einem gewissen Grad auch im Rahmen der Untersuchung habe beurteilt werden können, sei aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht von einer unfallbedingten zusätzlichen Leistungsminde rung von 10 % auszugehen ( Urk. 10/264 S. 18).

Hinsichtlich der Integritätsentschädigung sei auf die Referenztafel 2,

Integritätsentschädigung gemäss UVG bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten, zu verweisen. Das untere Sprunggelenk, zum Beispiel nach Calcaneusfraktur mit USG-Arthrose, werde mit 5 bis 30 %

gewichtet. Unter Berücksichtigung der Mitbeteiligung von persistierenden, strukturell partiell nachvollziehbaren Fersenschmerzen sowie dem Miteinbezug des oberen Sprunggelenkes, welches ebenfalls eingeschränkt sei, und der Dauerbeschwerden mit teilweiser Entlastung und Strukturveränderungen wie auch der konservativen ebenfalls als

unfallbedingt eingeschätzten regionalen Osteoporose sei der Integritätsschaden mit 25 % zu beziffern. Eine vollständige Gebrauchsunfähigkeit des rechten Rückfusses liege nicht vor ( Urk. 10/264 S. 18). 4 .12 . 2

Das neuropsychologische Teilgutachten wurde am 19. November 2012 von den zertifizierten neuropsychologischen Gutachtern Prof. Dr. rer. nat. L.\_\_\_\_ und Dr. sc. nat. M.\_\_\_\_ vom N.\_\_\_\_ erstattet ( Urk. 10/276).

Zur Beurteilung der Aktenlage aus neuropsychologischer Sicht hielten sie fest, dass sich Inkonsistenzen zwischen berichteten Symptomen und beobachtetem Verhalten zeigten. So habe der Versicherte anlässlich der Besprechung vom 1. November 2010 mit der Case Managerin der Suva über eine hohe Vergesslichkeit, anhaltende Schmerzen und Schlafstörungen geklagt. Trotzdem habe er aber auch Angaben zu Therapien, geplanten Untersuchungen oder Aussagen des Arztes machen können. Es zeigten sich auch Inkonsistenzen in der Unfallschilderung beziehungsweise der Angabe der anterograden Amnesie. Während der Versicherte anlässlich des ersten stationären Aufenthaltes in der A.\_\_\_\_ und auch später bei Dr. D.\_\_\_\_ detaillierte Angaben zum Unfallhergang und zum Geschehen nach dem Aufprall machen können, habe er in der psychiatrischen Anamnese während des zweiten Aufenthaltes in der A.\_\_\_\_ eine anterograde Amnesie geltend gemacht. Er habe ausgeführt, es bestehe eine lückenhafte Erinnerung des Unfallereignisses und er könne sich nach dem Aufprall an nichts mehr erinnern.

Es zeigten sich uneinheitliche Einschätzungen der kognitiven Funktionen in den psychiatrischen und neuropsychologischen Beurteilungen anlässlich des zweiten stationären Aufenthaltes in der A.\_\_\_\_ : Obwohl sich die vom Versicherten angegebenen Beschwerden in der neuropsychologischen Untersuchung nicht valide hätte objektivieren lassen und überdies von einer bewusstseinsnahen Aggravation ausgegangen worden sei, sei ihm von medizinisch-psychiatrischer Seite eine unspezifische neuropsychologische Störung (ICD-10: F07.8) als Folge einer primär hirnganischen Störung nach wahrscheinlicher Hirnverletzung attestiert worden. Dass beim Versicherten eine traumatische Hirnverletzung wahrscheinlich sei, hätte insbesondere bei erst verspätet auftretenden neuropsychologischen Beschwerden neurologisch begründet werden müssen, was unterblieben sei.

Es habe zwei Versuche gegeben, die berichteten Beschwerden des Versicherten zu objektivieren. Beide Male sei eine Leistungsbereitschaft mit selbstlimitierendem Verhalten (Arbeitsassessment in der Rheumaklinik des O.\_\_\_\_) oder Aggravationstendenzen (neuropsychologische Untersuchung in der A.\_\_\_\_) festgehalten worden (Urk. 10/276 S. 8).

Bei der aktuellen Anamneseerhebung habe der Versicherte die Fragen zum Tagesablauf sehr vage beantwortet. Zum Unfallhergang befragt habe er erklärt, dass er auf dem Weg nach Hause zum Mittagessen gewesen sei. Er habe einen Jeep gefahren. In einer Kurve sei ihm ein anderes Auto, ein VW, entgegengekommen, dann könne er sich an nichts mehr erinnern. Auf Nachfrage habe er angegeben, dass sich sein Airbag geöffnet habe. Wie er ins Spital gekommen sei, wisse er nicht (Urk. 10/276 S. 9).

Zum beobachteten Verhalten hielten die Begutachtenden unter anderem fest, dass das Gespräch und die Untersuchung von einer Dolmetscherin übersetzt worden seien. Der Versicherte habe viele Fragen bereits auf Deutsch verstanden, selber jedoch nur gebrochen Deutsch gesprochen. Das Anamnesegespräch sei von zwei Untersuchern mit Hilfe der Dolmetscherin geführt worden und sei deshalb von vielen Wechseln geprägt gewesen.

Dadurch habe es eine gute Aufmerksamkeit, eine hohe Flexibilität und ein gutes Arbeitsgedächtnis seitens des Versicherten erfordert. Dieser habe dem Gespräch problemlos folgen können und psychomotorisch nicht verlangsamt gewirkt. Die Sprachproduktion, das Sprachverständnis und das Sprechen seien unauffällig gewesen. Bei Fragen, die eine Gedächtnisleistung erforderten, habe er oft mit „ich glaube...“, „ich weiss es nicht“ oder „ich vergesse viel“ geantwortet. Dabei hätten sich jedoch Inkonsistenzen gezeigt, indem er unter anderem Beschwerden und Probleme, die Vereinbarung mit dem Physiotherapeuten, die Namen von Trainern von Fussballmannschaften oder die Marke seines neuen Autos gut habe erinnern können, während er andere Inhalte aus dem selben Zeitraum, wie beispielsweise den Namen seines Enkelkindes, die täglichen Aktivitäten oder das Ziel der letzten Ferienreise nicht habe nennen können. Da das Antwortverhalten nicht mit neuropsychologischen Modellen der Gedächtnisfunktionen vereinbar sei, hätten sich bereits in der Beobachtung Hinweise auf Aggravation ergeben (Urk. 10/276 S. 11).

In der Testung habe der Versicherte auch komplexe Instruktionen auf Anhieb verstanden. Er habe jedoch bei der Aufgabenbearbeitung auch bei einfachsten Anforderungen eine massive Verlangsamung gezeigt. Sie sei nicht durch allgem. verlangsamte Bewegungen bedingt, sondern dadurch, dass er immer wie der kleine Pausen eingelegt habe, auch bei Aufgaben, bei denen eine rasche Arbeitsweise verlangt worden sei (Urk. 10/276 S. 11).

In einem Test zur visuo motorischen Geschwindigkeit (ZST) habe der Versicherte eine deutlich reduzierte Leistung (PR 1) erbracht. Bei einer Wiederholung der Aufgabe sei die Leistung um 40 % besser gewesen (PR 2), was sich nicht allein durch einen Trainingseffekt erklären lasse, sondern als Inkonsistenz gewertet werden müsse (Urk. 10/276 S. 11).

In einer Aufgabe zur visuellen Suche (TMT) habe der Versicherte Geschwindigkeitsleistungen erbracht, die bei einer fehlenden allgemeinen schweren psychomotorischen Verlangsamung neuropsychologisch nicht erklärt werden könnten. So habe er bereits für die Beispielaufgabe (aufsteigendes Verbinden der Zahlen 1-8), die keinerlei Überblick oder Denkleistung erfordere, sondern lediglich ein wandfreies Zählen von 1-8 voraussetze, 24 Sekunden benötigt. In der einfachen Bedingung (Verbinden von Zahlen von 1-25) habe er eine entsprechend defizitäre Leistung erbracht, die 11 Standardabweichungen unter der Durchschnittsleistung Gesunder liege (TMT A, 124 Sekunden, PR 0,  $z=-11$ ). In der komplexen Bedingung habe die Leistung gar 14 Standardabweichungen unter der Leistung Gesunder gelegen (Urk. 10/276 S. 11 f.).

In einer Aufgabe zur Überprüfung der visuell-räumlichen Merkspanne sei die Leistung des Versicherten mittelgradig reduziert ausgefallen (Corsi PR 5). Eine komplexe abstrakte Figur sei gemäss Standardaufbauprinzip mit einer qualitativ durchschnittlichen Leistung (PR 46) kopiert worden. Auffällig sei wiederum der sehr hohe Zeitbedarf gewesen, insbesondere angesichts der Tatsache, dass der Versicherte keinerlei Schwierigkeiten im Erfassen der räumlichen Zusammenhänge und in der Planung aufgewiesen habe.

In einer verbalen Gedächtnisaufgabe habe er defizitäre Leistungen erbracht. Beim Lernen von 15 Wörtern sei die Leistung mit zwei aufgenommenen Wörtern bereits im ersten Durchgang deutlich reduziert ausgefallen (PR 1). Über fünf Durchgänge (2/3/3/3/3) sei keinerlei Lernzuwachs zu verzeichnen gewesen, so dass die Gesamtlernleistung (PR 0  $z=-4,9$ ) und die Leistung im 5. Durchgang (PR 0,  $z=-5,1$ ) defizitär ausgefallen sei. Eine Störliste sei mit zwei wiedergegebenen Wörtern (PR 1) wiederum deutlich reduziert erfasst worden und beim kurz- und langfristig verzögerten Abruf der ersten Liste habe der

Versicherte angegeben, nichts mehr zu erinnern (je PR O,  $z=-4,6$ ). Das Wiedererkennen erfolge mit Werten von 10 Wiedererkannten und 15 Falschen zufällig (PR O,  $z=-5,9$ ). Abgesehen von der defizitären Leistung seien auch qualitative Auffälligkeiten zu verzeichnen gewesen, die nicht mit neuropsychologisch bekannten Mustern schwerer Gedächtnisstörungen vereinbar seien.

Eine Aufgabe zum Benennen von Tieren, Früchten und Gemüse sei fehlerfrei, jedoch wiederum mit deutlich verlangsamtem Tempo gelöst worden.

In zwei durchgeführten Symptomvalidierungsverfahren seien Leistungen unter dem Cut - Off erbracht worden. In der Bremer Symptomvalidierung (KZG A) seien 8 Fehler gemacht worden. Im Rey Memory Test habe sich der Versicherte noch an eines der 15 Items erinnert.

Da nach drei Stunden klare Hinweise vorgelegen hätten, dass die erhobenen Testleistungen nicht valide Funktionsstörungen abbildeten, habe man auf eine weitere Befunderhebung verzichtet (Urk. 10/276 S. 12).

Nebst den bereits erwähnten Inkonsistenzen bestünden auch Diskrepanzen zu bekannten Hirnfunktionsmustern. Die anamnestisch berichteten und die beim verbalen Lernen und Erinnern gezeigten Defizite entsprächen in der qualitativen Ausprägung nicht dem bekannten Symptombild eines organischen amnestischen Syndroms. Es gebe auch eine Diskrepanz zu den bildgebenden Befunden vom 5. November 2011. Angesichts der multiplen kleinen Läsionen wären leichte bis allenfalls mittelgradige neuropsychologische Funktionsstörungen, hauptsächlich im Bereich der exekutiven Funktionen, jedoch nicht im Gedächtnis, möglich, aber nicht obligat. Eine solche schwere Gedächtnisstörung, wie sie vom Versicherten berichtet werde und in der Testung dargestellt worden sei, würde ausgedehnte bilaterale mesiotemporale oder diencephale Läsionen voraussetzen, die gemäss Bildgebung nicht vorlägen. Es bestehe auch eine Diskrepanz zu möglichen schmerzassoziierten Effekten. Akute oder chronische Schmerzen könnten einen leistungslimitierenden Effekt haben. So seien chronifizierte Schmerzen grundsätzlich geeignet, eine leichte bis maximal mittelgradige Verminderung der psychomotorischen und Informationsverarbeitungs-Geschwindigkeit herbeizuführen. Für das vom Versicherten gezeigte Ausmass von Verlangsamung könne der Schmerz jedoch nicht als Erklärung herangezogen werden.

Vor dem Hintergrund des problemlos möglichen Anamnesegesprächs sowie einzelner Testergebnisse liessen sich schwere Störungen der Aufmerksamkeit, der Sprache und der Wahrnehmung ausschliessen. Die visuell-räumlichen und konstruktiven Leistungen seien zudem als intakt zu bewerten. Aufgrund der beschriebenen Inkonsistenzen, Diskrepanzen und auffälligen Leistungen in Symptomvalidierungsverfahren gälten Aggravationstendenzen in dieser Untersuchung nach dem Entscheidungsalgorithmus von Slick et al. als wahrscheinlich.

Schwerwiegende Beeinträchtigungen kognitiver Funktionen im Sinne einer schweren Aufmerksamkeitsstörung, einer Amnesie, Aphasie, Apraxie oder Agnosie hätten ausgeschlossen werden können. Leichte neuropsychologische Beeinträchtigungen könnten dagegen weder belegt noch ausgeschlossen werden. Die aktuelle Interpretation einer Aggravation werde durch vorangegangene Beurteilungen des Versicherten im Rahmen von Leistungstests gestützt. Ob es sich bei der gezeigten Beschwerdeaggravation um einen bewusstseinsnahen Prozess handle oder ob die Auffälligkeiten zumindest teilweise durch

eine all fällige krankheitswertige psychische Störung, zum Beispiel im Rahmen der von der A.\_\_\_\_ diagnostizierten Anpassungsstörung mit längerer Depression im Sinne einer subsyndromalen PTBS (ICD-10: F43.21) , erklärt wer den könne, müsse von psychiatrischer Seite beurteilt werden ( Urk. 10/276 S. 17).

Die Diagnose einer unspezifischen neuropsychologischen Störung nach wahr scheinlicher traumatischer Hirnverletzung (ICD-10: F07.8), die anlässlich des zweiten Aufenthaltes in der A.\_\_\_\_ von psychiatrischer Seite gestellt worden sei, lasse sich neuropsychologisch aufgrund der aktuellen Untersuchung und der Voruntersuchung sowie der Aktenlage nicht aufrecht erhalten ( Urk. 10/276 S. 17). Wegen der wahrscheinlichen Aggravationstendenz und der damit verbundenen Unfähigkeit, das kognitive Leistungsprofil valide einzuschätzen, werde von einer neuropsychologischen Beurteilung der Arbeits fähigkeit abgesehen ( Urk. 10/276 S. 17). 4 .12 . 3

Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Kardiologie, hielt am 28. Dezember 2012 fest, dass kein kardiologisches Korrelat zwischen der anamnestisch beschriebenen posttraumatischen Amnesie und den MRI-Läsionen nach operierter Aortenklappe bestehe. Die anamnestisch beschriebenen thorakalen Schmerzen und die geltend gemachte Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Alltag seien nicht auf eine koronare Herzkrankheit zurückzuführen. Aus kardi ologischer Sicht bestünden auch keine relevanten unfallbedingten Auswirkungen auf die allgemeine Lebensqualität ( Urk. 10/266) . 4 .12 . 4

Prof. Dr. med. Q.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Neuroradiologie, berichtete am

## **E. 5**

. Juli 2010 in Kenntnis gesetzt ( Urk. 10/ 340). Der stationäre Klinikaufenthalt dauerte bis zum 19. Juli 2010 ( Urk. 10/16) . Anschliessend trat der Versicherte in die A.\_\_\_\_ ein, wo er sich bis zum 21. September 2010 auf hielt ( vgl. Urk. 10/23 und 10/25 ) . Während eines weiteren Aufenthaltes im Spital Z.\_\_\_\_ vom 30. Mai bis zum 10. Juni 2011 wurde das Osteo synthese material entfernt und eine Arthrolyse vorgenommen (vgl. Urk. 10/109 und 10/121) . Es folgte ein zweiter Aufenthalt in der A.\_\_\_\_ , der vom 26. September bis zum 30. November 2011 dauerte ( Urk. 10/157) .

Die Suva übernahm die Heilbehandlungskosten und richtete dem Versicherten Tag gelder aus (vgl. Urk. 10 / 58 S. 3 ) .

## **E. 5.4**

Unter Verweis auf den Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 6. März 2013 , fordert der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers auch eine erneute psychiatrische Begutachtung ( Urk. 1 S. 8 mit Hinweis auf Urk. 10/286 ; vgl. auch Urk. 10/319 S. 3 ). Wie bereits erwähnt, ist dieser Bericht neueren Datums weitgehend identisch mit demjenigen vom 18. Juli 2011 (vgl. Urk. 10/116). Mit Letzterem und den darin gestellten Diagnosen hat sich Dr. R.\_\_\_\_ in seinem psychiatrischen Teilgutachten eingehend und detailliert auseinandergesetzt. Er hat insbesondere einleuchtend und schlüssig begründet, weshalb die Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ nicht zu teilen ist (vgl. Urk. 10/278 S. 34, 35 und 40). Ihr Bericht vom 6. März 2013 vermag das psychiatrische Teilgutachten nicht in Frage zu stellen, ungeachtet dessen, dass sie in den letzten Monaten eine weitere Verschlechterung des Kurzzeitgedächtnisses bemerkt haben will. In diesem Zusammenhang ist immerhin zu konstatieren , dass die vom Beschwerdeführer beschriebene Unfähigkeit, sich an Inhalte zu erinnern, von welchen er einige Stunden zuvor Kenntnis erhielt, bereits seit November 2011 aktenkundig ist. So

machte er damals schon anlässlich seiner neuropsychologischen Untersuchungen während des Aufenthaltes in der A.\_\_\_\_ geltend, es sei so, wie wenn das gerade Erlebte das Vergangene sofort aus dem Gedächtnis löschen würde (Urk. 10/159 S. 2). Vor diesem Hintergrund stellt sich zumindest die Frage, ob nicht eher Bedenken bezüglich der Beobachtungen und Ausführungen der behandelnden Psychiaterin angebracht wären. 5.5

Aus dem Gesagten folgt, dass nichts vorgetragen wurde, was das interdisziplinäre Gutachten vom 22. Januar 2013 als widersprüchlich oder nicht schlüssig erscheinen liess oder sonst in Zweifel zu ziehen vermöchte. Ebenso wenig ist etwas Derartiges aus den Akten ersichtlich. Vielmehr erfüllt das Gutachten sämtliche von der Rechtsprechung statuierten Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5a und 125 V 351 E. 3a). Es ist folglich darauf abzustellen.

### **E. 5.6**

Der Vollständigkeit bleibt festzuhalten, dass sich aus den nachträglich eingereichten medizinischen Unterlagen, namentlich dem Eintrittsbericht der Tagesklinik des G.\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2013 (Urk. 10/353), dem Bericht der T.\_\_\_\_ vom 15. März 2014 (Urk. 10/355) und dem Bericht des G.\_\_\_\_ vom 7. April 2014 (Urk. 10/358) keine wesentlichen neuen Aspekte ergeben. Insbesondere die Ausführungen im letztgenannten Bericht betreffend den rund einmonatigen Besuch der Tagesklinik 60 Plus im Modul „Halbtagesangebot für jüngere Patienten“ steht im Einklang mit der übrigen Aktenlage. So sei anlässlich eines Standortgesprächs deutlich geworden, dass die Teilnahme an Gruppentherapie für den Patienten gegenwärtig eine deutliche Überforderung darstelle. Es werde eine ambulante Einzel-Ergotherapie empfohlen, um die kognitiven Kapazitäten des Patienten besser einschätzen zu können, die Belastbarkeit zu evaluieren und ein therapeutisches Setting zu etablieren. Des Weiteren werde empfohlen, die mobile Equipe (aufsuchende Hilfe) in Anspruch zu nehmen, um die Situation zu Hause realistisch einschätzen und eventuell weitere Hilfsmöglichkeiten aufgleisen zu können. Bislang habe sich der Patient nicht dafür entscheiden können. 6.

#### 6.1

Gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten vom 22. Januar 2013 durfte die Beschwerdegegnerin davon ausgehen, dass keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers mehr erwartet werden kann (Urk. 10/275 S. 20 f.; vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3). Sie hat auch richtig bemerkt, dass Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung gemäss dem Schreiben der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 25. Januar 2012 nicht vorgesehen sind (Urk. 1 S. 5; vgl. 10/184).

Etwas anderes wird auch von Seiten des Beschwerdeführers nicht geltend gemacht (Urk. 1 S. 8). Die Voraussetzungen für die Entstehung des Rentenanspruchs sind somit erfüllt (vgl. Art.

### **E. 9**

Januar 2013 über die MR-Untersuchung des Gehirns vom

3. Januar 2013 (Urk. 10/270). Aufgrund der multiplanaren Schichtorientierung hätten Hämosiderin-Depositionen zuverlässig von Artefakten und Venen unterschieden werden können. Es seien die folgenden alten Hämosiderin-Einlagerungen gefunden worden:

Rechtsseitig, 23 mm neben der Mittellinie, im Lobulus  
semilunaris inferior, unter und teils in den Folien deutlicher punktförmiger Befund  
Rechtsseitig in der Tiefe des Sulcus  
frontalis inferior, etwas vor der Stelle, wo dieser in den Sulcus  
precentralis mündet, punktförmig im Kortex  
Rechtsseitig winzige punktförmige Läsion beim kortiko-medullären Übergang im Gyrus  
frontalis inferior, etwas median und oberhalb der Pars triangularis  
Linksseitig punktförmig am basalen Vorderrand der Stammganglien im vorderen Anteil  
des Curs  
anterior der Capsula  
interna .

Besonders bei der Untersuchung mit dem 3D Double Inversion- Recovery MR-Imaging,  
das hochempfindlich für kleinste Demyelinisierungen sei, hätten sich kleine  
Hyperintensitäten an folgenden Stellen gefunden:

Su b kortikal beidseits frontobasal und wenig höher, in Nähe des Vorderrandes der Insula ,  
rechts am Vorderrand der Capsula

externa , rechts präzentral wenig oberhalb des Gyrus  
subcentralis und beidseits parietal.

Der weitere Befund des Gehirns entspreche der Befundung vom 4. Dezember 2012 und der  
auswärtigen MR-Untersuchung in der Klinik F.\_\_\_\_ am 5. Oktober 2011.

Die aktuelle Untersuchung habe weniger Hämosiderin -Depositionen gezeigt, als man  
aufgrund der Voruntersuchung hätte annehmen können.

Ansonsten sehe man beim für kleinste Demyelinisierungen empfindlichen 3 D Double  
Inversion- Recovery -MR gegenüber der fremden Voruntersuchung beidseits in der  
supratentoriellen weissen Darstellung einige weitere unspezifische punktförmige  
subkortikale Hyperintensitäten. Diese Befunde würden unter Antikoagulation spontan  
aufgetretene Mikroblutungen aber nicht erklären.

Im vorliegenden Fall wäre es durchaus möglich, dass diskrete Mikroblutungen trotz  
fehlendem Kopfanprall und ohne entsprechende Klinik bei einer erheblichen  
Akzelerations- Dezelerations -Bewegung des Körpers posttraumatisch entstanden seien .  
Insofern sei die Einschätzung gegenüber der oben genannten Fremdbeurteilung geändert. 4  
.12 . 5

Am 17. Januar 2013 erstattete Dr. med. R.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Psychiatrie und  
Psychotherapie, das psychiatrische Teilgutachten ( Urk. 10/278). Darin unterzog er die vom  
Versicherten geklagten Beschwerden einer Plausibilitäts - und Konsistenzprüfung. Er  
gelangte darauf zum Schluss, dass sich aus psychiatrischer Sicht vernünftige und  
begründete Zweifel an der Glaubwürdigkeit der subjektiven Beschwerdeklagen ergäben. Es  
könne daher – wie in einem solchen Fall üblich – bei der diagnostischen Beurteilung der  
Beschwerden aus schliesslich auf die objektiv sicher feststellbaren Symptome abgestellt  
werden ( Urk. 10/278 S. 31 ff.).

Aufgrund der Anamnese, der klinischen Untersuchung und der Akten könnten zur Zeit keine psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10 gestellt werden (Urk. 10/78 S. 34).

Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), wie sie von Dr. D. \_\_\_ gestellt worden sei, lasse sich nicht nachvollziehen. Zwar habe der Explorand einen schweren Autounfall erlitten, bei dem der Kontrahent kurze Zeit später verstorben sei und bei dem ein Totalschaden an beiden Fahrzeugen entstanden sei. Es habe potentiell eine Lebensbedrohung und damit eine Situation bestanden, die möglicherweise bei nahezu jedem eine tiefgreifende Verzweiflung auslösen könnte. Bei der Thematisierung des Unfalls seien die typischen aufdringlichen Nachhallerinnerungen oder eine innere Bedrängnis aufgrund des Verhaltens des Exploranden in der Untersuchungssituation jedoch nicht erkennbar. Er habe sich ruhig und gelassen verhalten, er habe direkt und ohne Umschweife berichtet. Zu erwarten gewesen wären hingegen eine deutliche vegetative Erregung, eine Veränderung der Stimmlage, ein Stocken und Zaudern bei der Unfallschilderung und gleichsam ein Abzug der Aufmerksamkeit von der Interviewsituation weg und hin zu sich aufdrängenden Erinnerungen, was nicht der Fall gewesen sei. Auch würden laut anamnestischen Angaben Umstände, die der Belastung ähnelten, wie etwa das Autofahren, nicht gemieden. Ebenso sei eine teilweise oder vollständige Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte des Unfalls zu erinnern, nicht nachweisbar. Darüber hinaus fehlten anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung im direkten Kontakt. Damit lasse sich die Diagnose einer PTBS nach ICD-10 nicht stellen (Urk. 10/278 S. 34).

Eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) trete im Allgemeinen nach entscheidenden Lebensveränderungen oder nach belastenden Lebensereignissen von nicht katastrophalem Ausmass auf, wozu der Autounfall und die dadurch entstandenen körperlichen Verletzungen sicher zu zählen seien. Symptomatisch entwickelten sich Beschwerden wie bei affektiven Störungen, neurotischen Störungen, Belastungs- und somatoformen Störungen, wobei bei der längeren depressiven Reaktion das klinische Bild dominiere. Die Symptomatik setzte innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis ein und dauere nicht länger als sechs Monate, im Falle der längeren depressiven Reaktion nicht länger als zwei Jahre. Kurz nach dem Unfall, während der ersten Behandlung in der A. \_\_\_, habe eine Anpassungsstörung gut nachvollziehbar festgestellt werden können. In den eigenen Untersuchungen habe er hingegen keine depressiven Symptome mehr festgestellt: affektiv sei der Explorand weder deprimiert noch bedrückt. Zudem wirke er weder freudlos noch im Antrieb vermindert. Zwar klage er über Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, aber er könne den Untersuchungsgesprächen jederzeit gut folgen, ohne dabei zu ermüden. Die Angaben zu den Gedächtnisstörungen seien zudem widersprüchlich. Angst und Sorge seien weder in der Mimik und Gestik noch im Verhalten oder in der Stimmung erkennbar, obwohl der Explorand Zukunfts-sorgen angebe. Insgesamt könne die Diagnose einer Anpassungsstörung zum aktuellen Zeitpunkt nicht gestellt werden (Urk. 10/278 S. 35).

Eine depressive Störung (ICD-10: F32) sei von der behandelnden Psychiaterin Dr. D. \_\_\_ in ihrem Bericht vom 17. Juli 2011 im Sinne einer „depressiven Entwicklung“ genannt und von den Neuropsychologen in der A. \_\_\_ in ihrem Bericht vom 29. November 2011 im Zusammenhang mit berichteten Konzentrations- und Gedächtnisproblemen, die nicht untypisch seien für „depressive Störungen“, erwähnt worden. Er habe in den eigenen Untersuchungen weder eine depressive Stimmung noch einen Antriebsmangel sicher beobachten können. Der Explorand sei affektiv ausgeglichen und ruhig. Das

Untersuchungsverhalten zeigt keine sich entwickelnden Ermüdungszeichen oder Zeichen einer erhöhten Müdigkeit in Mimik, Gestik, Haltung, Sprache oder auffällig nachlassenden kognitiven Leistungen. Damit könne eine klinisch relevante depressive Störung nicht nachgewiesen werden. Eine solche wäre aber in einem schweren Ausmass notwendig, um die geklagten schweren Konzentrations- und Gedächtnisstörungen nachvollziehbar zu machen ( Urk. 10/278 S. 35).

Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sei in der A.\_\_\_\_ von den behandelnden Psychiatern während der zweiten stationären Rehabilitation im Oktober und November 2011 gestellt worden. Diese beziehe sich auf Schmerzen, die durch einen somatischen Krankheitsfaktor ausgelöst und in der Regel auch aufrecht erhalten würden oder bei denen ein somatischer Auslösefaktor und eine ebensolche Aufrechterhaltung sehr wahrscheinlich seien. Zusätzlich lägen auch psychologische Faktoren vor, die für das Krankheitsverständnis und/oder die Behandlung von Relevanz seien. Diese Faktoren müssten für eine Diagnosestellung positiv identifiziert werden. Beispiele für aufrechterhaltende Faktoren seien „Stress“ und Belastungsfaktoren in Verbindung mit ungünstigen Verarbeitungsprozessen, schmerzbezogene Angst mit Passivität und Schonung, maladaptive Kognitionen, ausgeprägte emotionale Belastungen (etwa Verzweiflung und Demoralisierung), sozialer Rückzug oder Probleme im Beruf (zum Beispiel Kündigung). In einem orthopädischen Konsilium vom 7. November 2011 in A.\_\_\_\_ seien klinisch keine Befunde für die rechte Schulter oder die Hüften erhoben worden. Hingegen sei eine stark eingeschränkte Beweglichkeit des schmerzhaften USG rechts nachgewiesen und radiologisch eine Arthrose sowie eine ausgeprägte

Osteopenie festgestellt worden. Eine Besserung der Beschwerden durch spezifische Behandlung (Künzli-Schuhe, Arthrolyse) sei aber zu erwarten. Inwiefern es sich hierbei um Schmerzen handle, die durch organische Faktoren allein nicht erklärbar seien beziehungsweise für deren Heilverlauf auch psychologische Faktoren relevant sein könnten, gehe aus dem Konsiliarbericht nicht eindeutig hervor. Die Diagnose der Psychiater in A.\_\_\_\_ stütze sich überwiegend auf die subjektiven Angaben des Exploranden

(nächtliches Gedankenkreisen, quälende Vergesslichkeit und sozialer Rückzug), ohne dass diese kritisch gegen die von den Neuropsychologen beobachtete Aggravationstendenz abgewogen worden seien. Die genannte Schmerzdiagnose erscheine vor diesem Hintergrund höchstens als verdachtsweise nachvollziehbar (Urk. 10/276 S. 35 f.).

In den eigenen Untersuchungen habe der Explorand ebenfalls über chronische mittelschwere Fusschmerzen geklagt und sich deswegen mit einer Unterarmkrücke fortbewegt. Inwieweit die angegebenen Schmerzen aufgrund der aktuellen orthopädisch-rheumatologischen Befundlage noch plausibel seien, sei unklar. Psychologische Faktoren, die für den Schmerzbeziehungsweise Heilverlauf relevant seien, lägen gemäss den Beschwerdeklagen des Exploranden vor: Ungünstige Verarbeitungsprozesse (wiederkehrende Erinnerungen an den Unfall, Minderwertigkeitsgefühle als Folge des Funktionsverlustes zum Beispiel gegenüber der Familie), sozialer Rückzug und Kündigung mit finanziellen Zukunftssorgen. Bedenke man jedoch die begründeten Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Beschwerdeklagen aufgrund der auffälligen Plausibilitäts- und Konsistenzprüfung, so könnten die angegebenen Schmerzen in Bezug auf den Schweregrad nicht eingeschätzt werden (leicht-mittel-schwer). Die Zurückhaltung in der diagnostischen Einschätzung werde weiter

plausibilisiert durch den fehlenden Nachweis von verordneten Analgetika im Blut in den eigenen Untersuchungen (Labor vom 7. September 2012) und in der Untersuchung des Hauptgutachters (Labor vom 17. Oktober 2012). Es könne auch nicht zuverlässig gesagt werden, ob wiederkehrende Erinnerungen an den Unfall überhaupt bestünden und wenn ja, von welcher Schwere. Dies gelte auch für Minderwertigkeitsgefühle

und deren Ausmass. Inwiefern der geklagte soziale Rückzug tatsächlich vorhanden sei und von welchem Ausmass und wie belastend die finanziellen Sorgen seien, könne ebenfalls nicht unzweifelhaft beurteilt werden. Somit lasse sich die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren lediglich verdachtsweise stellen (Urk. 10/278 S. 36).

Es lasse sich auch keine dissoziative Störung, namentlich eine dissoziative Amnesie (ICD-10: F44.0),

und keine Demenz diagnostizieren (Urk. 10/278 S. 37 f.).

Schliesslich sei verschiedentlich die Diagnose einer unspezifischen neuro-psychologischen Störung nach wahrscheinlicher traumatischer Hirnverletzung (ICD-10: F07.8) gestellt worden. Es stelle sich dabei die Frage, ob sich aus psychiatrischer Sicht, aufgrund einer möglicherweise erlittenen leichten traumatischen Hirnverletzung, ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (OPS, ICD-10: F07.2) entwickelt habe.

Voraussetzung dafür sei ein erlittenes Schädeltrauma, das schwer genug sei, um zur Bewusstlosigkeit zu führen. Es bestehe aus verschiedenen Symptomen wie Kopfschmerzen, Schwindel, Erschöpfung, Reizbarkeit, Schwierigkeiten bei der Konzentration und bei geistigen Leistungen, Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen und verminderter Belastbarkeit bei Stress, emotionale Reize und Alkohol, aber auch einer andauernden Beschäftigung mit den zuvor genannten Symptomen. Die Symptome müssten innerhalb von vier Wochen nach dem Unfall auftreten (Urk. 10/278 S. 37).

In den Akten und der Anamnese sei in Bezug auf den Autounfall nicht eindeutig dokumentiert, ob ein Schädelhirntrauma stattgefunden habe. Diese Frage werde kontrovers diskutiert. Der Versicherte selber könne nicht mit Bestimmtheit angeben, ob er den Kopf angeschlagen und dabei kurzzeitig das Bewusstsein verloren habe. Nach dem Unfall habe keine retro- oder anterograde Amnesie vorgelegen. Im erstbehandelnden Spital (Spital Z.\_\_\_\_) seien keine psychopathologischen Auffälligkeiten oder neurologische Ausfallssymptome beobachtet worden und ein Schädel-CT vom Unfalltag sei unauffällig ausgefallen (Urk. 10/278 S. 37 f.). Erstmals über (okzipitale) Kopfschmerzen geklagt habe der Explorand Ende Oktober 2010 bei seinem Hausarzt. Anfang November 2010 habe er gegenüber der Suva von Kopfschmerzen und Vergesslichkeit berichtet, also vier Monate nach dem Unfall. Eine psychiatrisch-psychosomatische Untersuchung vom 28. Juli 2010 in der A.\_\_\_\_, knapp einen Monat nach dem Unfall, habe keine Auffälligkeiten bezüglich eines

organischen Psychosyndroms gezeigt. Auch anlässlich der aktuellen Untersuchung seien die erforderlichen diagnostischen Kriterien für ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma nicht erfüllt gewesen (Urk. 10/278 S. 37 f.). 4.12.6

Aus neurologischer Sicht hielt

Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, in seinem Teilgutachten vom 22. Januar 2013

fest, dass der Explo rand gemäss der echtzeitlichen Dokumentation neurologisch zu jedem Zeitpunkt unauffällig gewesen sei. Insbesondere seien auch keine Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinsveränderung und keine Amnesie beziehungsweise Erinnerungslücke festgehalten worden. Der Versicherte selbst habe während des zweiten Aufenthaltes in der A. \_\_\_ – mehr als ein Jahr nach dem Ereignis – erstmals eine „lückenhafte Erinnerung“ für das unmittelbare Ereignis angegeben. Bei der aktuellen Anamneseerhebung berichtete er gar von einem bis heute anhaltenden Gedächtnisverlust seit dem Unfall, der sowohl das unmittelbare Ereignis als auch die gesamte Zeitdauer danach umfasse. Aus neurotraumatologischer Sicht seien diese „nachgeschobenen“ und ausgeweiteten Angaben, die in deutlicher Diskrepanz zu den ärztlichen Berichten in der Akutphase stünden, nicht plausibel. So habe der Versicherte bei früheren Untersuchungen, zum Beispiel während des ersten Aufenthaltes in der A. \_\_\_ , durchaus detaillierte Angaben zum Unfallhergang und zur unmittelbaren Situation während und nach dem Aufprall gemacht. Ebenfalls als nachgeschoben zu betrachten sei die bei der aktuellen Untersuchung angegebene Störung des Geruchssinnes, die vormals in der echtzeitlichen Dokumentation keine Erwähnung gefunden habe ( Urk. 10/275 S. 17 f.).

In der am 5. Oktober 2011 angefertigten kernspintomographischen Darstellung des Kopfes (MRI) hätten sich in den hämosiderinsensitiven Sequenzen multiple punktförmige Blutungsresiduen bihemisphärisch

supratentoriell und rechts zerebellär gezeigt, die differentialdiagnostisch Residuen traumatischer Mikroblutungen (sogenannten shearing

injuries bzw. DAI) entsprechen könnten. Dazu sei jedoch zu bemerken, dass der Versicherte bereits vor dem Unfall unter einer schweren Herzerkrankung gelitten und am 4. Mai 2009 einen mechanischen Aortenklappenersatz erhalten habe. Seither sei er mit Marcoumar antikoaguliert. Auch in diesem Kontext könnten – ganz unabhängig vom Unfall vom 29. Juni 2010, bei dem nicht einmal ein gesicherter Kopfanprall feststehe – zerebrale Mikroblutungen zu einem nicht näher zu definierenden Zeitpunkt aufgetreten sein. Eine Unfallfolge in Form der auch nach eigener Bildbeurteilung nachvollziehbaren „Microbleeds“ in der MR-Bildgebung sei daher nur möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich.

Die zusätzlich im Rahmen dieses Gutachtens am 3. Januar 2012 in der Neuroradiologie des O. \_\_\_ angefertigten 12\*- Gradienten echosequenzen zeigten geringer ausgeprägte Hämosiderinspuren als aufgrund der weniger selektiven Voruntersuchung zu erwarten gewesen sei. Die für subtile Demyelinisierungen besonders empfindlichen 3D-Double-Inversion-Recovery-Sequenzen zeigten vereinzelte unspezifische punktförmige Hyperintensitäten im supratentoriellen Marklager, wie es aus neurologischer Sicht beispielsweise im Rahmen einer unfallfremden zerebralen Mikroangiopathie bei bestehendem vaskulären Risikoprofil durchaus vorstellbar sei. Bei nicht gesichertem Kopfanprall im Rahmen des Ereignisses vom 29. Juni 2010 und fehlenden Hinweisen auf ein ausgeprägteres Akzelerations-/ Dezelerationstrauma der Halswirbelsäule könnten die eher subtilen radiologischen Befunde auch weiterhin nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallkausal beurteilt werden ( Urk. 10/275 S. 18 f. und 23 ). Mit den beschriebenen minimalen radiologischen Veränderungen seien die vom Versicherten geklagten Beschwerden nicht erklärbar und auch nicht als organisch bedingt legitimierbar ( Urk. 10/275 S. 24).

Auf neurologischem Gebiet mache der Versicherte bis dato anhaltende Kopfschmerzen geltend. Hierzu sei zu bemerken, dass diese in keinem der vorliegenden Berichte in der Akutphase und dem anschliessenden ersten Aufenthalt in der A.\_\_\_\_ erwähnt worden seien oder diagnostischen Niederschlag gefunden hätten. Nicht näher präziserte und vom zeitlichen Verlauf auch nicht einzuordnende „okzipitale Kopfschmerzen“ würden erstmals im hausärztlichen Bericht vom 27. Oktober 2010 erwähnt. Insoweit könne nach den Kriterien der Internationalen Kopfschmerzklassifikation ICHD-II der IHS auch kein posttraumatischer Kopfschmerz diagnostiziert werden. Die aktuelle Kopfschmerzpräsentation erfülle von der Beschwerdecharakteristik her die Kriterien eines unspezifischen chronischen Spannungskopfschmerzes (holozephal, eher drückend, mittlere Schmerzintensität, keine prägnanten Begleitsymptome). Die Medikamentenanamnese mit einem von der Ehefrau bestätigten fast täglichen Analgetikakonsum (Dafalgan und Novalgin) seit dem Unfall erfüllten dagegen „theoretisch“ die diagnostischen Kriterien eines Analgetikaübergebrauchskopfschmerzes gemäss Kodierung 8.2.3 der ICHD-II. Die im Rahmen der aktuellen Begutachtung bestimmten negativen bzw. subtherapeutischen Medikamentenspiegel sprächen jedoch gegen eine tägliche Einnahme der angegebenen Medikation. Sie sprächen auch gegen einen höheren Leidensdruck und bekräftigten den bisherigen Eindruck von zumindest teilweise nicht konsistenten Beschwerden. Eine differenzierte Kopfschmerzdiagnose könne in dieser Situation nicht gestellt werden (Urk. 10/275 S. 21).

Weitere Inkonsistenzen ergäben sich auch im Rahmen der aktuellen Anamneseerhebung und der klinischen Untersuchung. So habe der Versicherte teilweise einen nicht authentisch wirkenden hilflosen Eindruck vermittelt und vorgegeben, überhaupt gar nichts mehr zu wissen oder seit dem Unfall zu erinnern. Hingegen habe er in anderen Teilen des Gesprächs ausgesprochen detailliert über seine Beschwerden und die damit verbundenen Einschränkungen in allen Lebensbereichen Auskunft geben können. In der Untersuchungssituation sei überdies eine wenig ausgeprägte Anstrengungsbereitschaft mit erheblicher Selbstlimitierung und demonstrativen Gesten aufgefallen (Urk. 10/275 S. 22).

In der zusammenfassenden Beurteilung wurde festgehalten, dass dem Versicherten aus rheumatologischer Sicht, wegen der rein unfallbedingten Beschwerden des rechten Fusses, die angestammte berufliche Tätigkeit als Mitarbeiter in der Logistik nicht mehr zumutbar sei, da er

dabei überwiegend stehend und gehend tätig sein und gleichzeitig mit Gewichten bis zu 25 kg hantieren müsste.

In einer körperlich leichten, überwiegend sitzenden Tätigkeit sei hingegen eine ganztägige Präsenz realisierbar, wobei aufgrund der unfallbedingten Fusschmerzen von einer 10%igen Leistungseinschränkung auszugehen wäre, falls die Beschwerden mit einer adäquaten medikamentösen Therapie, die aktuell (bei negativen Medikamentenspiegeln) nicht gegeben sei, nicht ausreichend beherrschbar wären. Durch eine Optimierung der Schuhversorgung und allenfalls einen Therapieversuch mit ESWL sei aus rheumatologischer Sicht allenfalls eine leichte Besserung der Fussbeschwerden zu erreichen, die jedoch die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit wahrscheinlich nicht massgeblich zu beeinflussen vermöchte (Urk. 10/275 S. 20 f.).

Auf neurologischem, neuropsychologischem, psychiatrischem und kardiologischem Gebiet hätte keine relevanten Leistungsbeeinträchtigungen nachgewiesen werden können (

Urk. 10/275 S. 24).

Aufgrund der persistierenden und strukturell nachvollziehbaren Dauerbeschwerden im Bereich des rechten Fusses mit regionalen osteoporotischen Veränderungen sei gemäss Tabelle 2 aus rheumatologischer Sicht ein Integritätsschaden von 25 % ausgewiesen (Urk. 10/275 S. 21).

5.5.1

Das interdisziplinäre Gutachten vom 22. Januar 2013 (Urk. 10/275) wurde in Kenntnis der medizinischen Vorakten erstellt und basiert auf fachärztlichen psychiatrischen Untersuchungen vom 7. und 12. September 2012, orthopädisch-rheumatologischen Untersuchungen einschliesslich EFL vom 27. und 28. September 2012, neuropsychologischen Untersuchungen vom 29. Oktober 2012, neurologischen Untersuchungen vom 16. Oktober 2012, einer kardiologischen Untersuchung vom 27. November 2012 und einer neuroradiologischen Untersuchung vom 3. Januar 2013 (Urk. 10/275 S. 5).

Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers wendet gegen das neuropsychologische Teilgutachten vom 19. November 2012

ein, die Annahme einer Aggravationstendenz

erweise sich als unzutreffend, weil weder der psychiatrische Teilgutachter

Dr. R.\_\_\_\_ noch die behandelnde Psychiaterin Dr. D.\_\_\_\_

fachärztlich eine Aggravationstendenz (ICD-10: F68) diagnostiziert hätten. Die neuropsychologische Begutachtung sei deshalb mit einem anderen Gutachter zu wiederholen (Urk. 1 S. 6; vgl. auch Urk. 10/299 S. 1 und 10/319 S. 2). Dem ist entgegen zu halten, dass sich aufgrund der erwähnten psychiatrischen Beurteilungen, insbesondere des

Teilgutachtens von Dr. R.\_\_\_\_ vom 17. Januar 2013, lediglich ausschliessen lässt, dass eine (allenfalls)

gezeigte Aggravationstendenz auf einer Beeinträchtigung des psychischen Gesundheitszustands beruht. Letzteres war, wie neuropsychologischerseits richtig erkannt worden war (vgl. Urk. 10/276 S. 17), allein aus psychiatrischer Sicht zu beurteilen.

Demgegenüber hat jeder einzelne Teilgutachter eigenständig und unabhängig zu prüfen, ob er eine Aggravation feststellen kann. Hinweise auf eine solche können sich unter anderem aus erheblichen Diskrepanzen zwischen geschilderten Beschwerden und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese ergeben (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.1 mit Hinweisen). Entsprechende Anhaltspunkte

waren gemäss dem eingehend und illustrativ begründeten neuropsychologischen Teilgutachten bereits in den

Vorakten zu finden. Darüber hinaus wurde auch richtig erkannt, dass schon anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung in der A.\_\_\_\_

Aggravationstendenzen festgestellt worden waren (Urk. 10/276 S. 8; vgl. Urk. 10/158 S. 3 und 10/159).

Solche

ergaben sich

auch aus der detailliert beschriebenen Verhaltensbeobachtung während des Anamnesegesprächs und den Resultaten der Testung bei der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung

( Urk. 10/276 S. 11). Die bei den einzelnen Aufgaben festgestellten Inkonsistenzen und die Ergebnisse zweier durchgeführter Symptomvalidierungsverfahren wurden im hier zur Diskussion stehenden neuropsychologischen Teilgutachten ausführlich beschrieben und schlüssig in die Würdigung miteinbezogen. Insbesondere wurden auch Vergleiche

mit bekannten Hirnfunktionsmustern und mit den bildgebenden Befunden vom 5. November 2011 vorgenommen. Die dabei festgestellten Diskrepanzen wurden angemessen berücksichtigt. Das neuropsychologische Teilgutachten erscheint vor diesem Hintergrund als überzeugend.

Unter diesen Umständen besteht kein Anlass, die neuropsychologische Untersuchung mit einem anderen Gutachter zu wiederholen. Vielmehr hat es sich der Beschwerdeführer selbst anzulasten, dass leichte neuropsychologische Beeinträchtigungen zwar nicht ausgeschlossen, aber auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegt werden konnten.

Zu keinem anderen Ergebnis führt auch der Verweis auf den Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 6. März 2013 ( Urk. 1 S. 6 mit Hinweis auf Urk. 10/286 ; vgl. auch Urk. 10/319 S. 2 f. ), worin sie

schwerwiegende kognitive Störungen in Form von einer Gedächtnisstörung, einer Konzentrationsstörung, einer Merkfähigkeitsstörung und einer Aufmerksamkeitsstörung sowie eine massive Verschlechterung des Kurzzeitgedächtnisses im Verlauf der letzten Monate bestätigte ( vgl. Urk. 10/286 ). Hierzu ist vorab festzuhalten, dass der erwähnte Bericht weitgehend denselben Wortlaut enthält wie derjenige von Dr. D.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2011 (vgl. Urk. 10/116). Neu wird von schwerwiegenden kognitiven Defiziten anstelle von kognitiven Defiziten gesprochen. Das Gedächtnis, vor allem das Kurzzeitgedächtnis habe sich in den letzten Monaten massiv verschlechtert. Der Versicherte könne sich an Inhalte von vor einigen Stunden nicht mehr erinnern. Dies führe zur Verdachtsdiagnose einer Pseudodemenz im Rahmen der Depression ( Urk. 10/286 S. 1).

Eine diagnostische Beurteilung, welche nicht überwiegend auf den vom Versicherten geklagten Beschwerden beruht und sich mit möglichen Widersprüchen zur Beschwerdeentstehung, zum Beschwerdeverlauf und zu eigenen objektiven Befunden auseinandersetzt, fehlt somit nach wie vor. Bezüglich des ersten Berichts vom 18. Juli 2011 fällt insbesondere auf, dass der Beschwerdeführer im selben Zeitraum, namentlich seit seiner Operation am 1. Juni 2011 zweimal pro Woche die Physiotherapie besuchte, während welcher er offenbar von Schlafstörungen berichtete und wegen Müdigkeit und reduzierter psychischer Belastbarkeit, nicht jedoch wegen kognitiver Störungen als eingeschränkt wahrgenommen wurde (vgl. Urk. 10/128 und 10/141). Ungeachtet der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc), vermögen die Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ daher das neurologische Teilgutachten nicht in Zweifel zu ziehen.

Die

im Weiteren beantragte Zeugeneinvernahme der Ehefrau und der Tochter des Beschwerdeführers zum Beweis neuropsychologischer Defizite (vgl. Urk. 1 S. 3 und 6 ,

### **E. 13**

S. 1 und 3 ) sind aufgrund der mehrfach festgestellten Aggravationsstendenzen und Selbstlimitierungen des Beschwerdeführers von vorne herein ungeeignet, um den massgeblichen Sachverhalt zu ermitteln . Die beiden Frauen könnten lediglich über beobachtetes Verhalten Auskunft geben . Damit allein liesse sich

das Vorhandensein neuropsychologischer Defizite jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beweisen .

### **5.3**

Gegen das neurologische Teilgutachten von Dr. S.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2013 bringt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vor, es sei nicht nachvollziehbar, dass die vom Beschwerdeführer geklagte Vergesslichkeit beziehungsweise seine Gedächtnislücken als nachgeschoben und nicht plausibel bezeichnet würden . Der Beschwerdeführer habe am 1. November 2010 der Case Managerin der Suva von seiner Vergesslichkeit berichtet. Dass er sie nicht vorher geltend gemacht habe beziehungsweise dass sie nicht von den behandelnden Ärzten festgehalten worden sei, spreche nicht dagegen, dass sie bereits seit dem Unfall bestehe. Während des ersten Spital- und Rehabilitationsaufenthaltes sei diese Problematik im Vergleich zu derjenigen bezüglich des rechten Fusses zweitrangig gewesen . Ähnliches gelte bezüglich der als nachgeschoben bezeichneten Störung des Geruchsinns; nur weil sie vorher keinen Eingang in die Akten gefunden habe, heisse dies nicht, dass sie nicht bestehe oder/und nicht unfallkausal sei

( Urk. 1 S. 6 f. ; vgl. auch Urk. 10/299 S. 3 f. und 10/319 S. 3 ).

Zu Recht wurde nicht in Frage gestellt, dass

Dr. S.\_\_\_\_

korrekt und in Übereinstimmung mit der Aktenlage festhielt, in den echtzeitlichen Arztberichten

seien weder eine Vergesslichkeit noch Gedächtnislücken festgehalten worden . Dies steht auch im Einklang mit den Angaben der Ehefrau des Beschwerdeführers, wonach ihr die Vergesslichkeit erst ein- bis zwei Monate nach dem Unfall aufgefallen sei ( Urk. 10/264 S. 6). Auch bei der Mitte Juli 2010 erfolgten Anmeldung

zum ersten stationären Aufenthalt in der A.\_\_\_\_

wurde angegeben, dass der Patient bezüglich Bewusstsein, Orientierung, Sozialverhalten und Kommunikation völlig unauffällig sei (Urk. 10/7 S. 2). Erstmals schriftlich dokumentiert wurde eine vom Beschwerdeführer geklagte Vergesslichkeit mit dem Bericht der Case Managerin der Suva vom 2. November 2010

(vgl. Urk. 10/35) . Daraus geht jedoch auch hervor, dass er trotzdem darüber zu berichten vermochte , was die ärztliche Verlaufskontrolle im Spital Z.\_\_\_\_

ergeben habe, dass er sich am 8. November 2010 einer CT-Untersuchung unterziehen werde und welche physiotherapeutischen Massnahmen er bisher absolviert habe (Urk. 10/35 S. 1) , was seine Klage zumindest deutlich relativiert .

Es trifft auch zu, dass der Versicherte erst während des zweiten Aufenthaltes in der A.\_\_\_\_ – mehr als ein Jahr nach dem Unfallereignis – erstmals eine „lückenhafte Erinnerung“ für das unmittelbare Ereignis geltend machte und bei der aktuellen neurologischen Anamneseerhebung gar von einem bis heute anhaltenden Gedächtnisverlust seit dem Unfall, der sowohl das unmittelbare Ereignis als auch die gesamte Zeitdauer danach umfasse, berichtete. Vor diesem Hintergrund erscheint es ohne Weiteres als nachvollziehbar, dass die entsprechenden Ausführungen des Beschwerdeführers als nachgeschoben und ausweitend qualifiziert wurden. Unter Berücksichtigung der Aktenlage sind sie auch nicht als plausibel zu werten (Urk. 10/275 S.

## **E. 17**

f.).

Schliesslich wird gerügt, dass Dr. S.\_\_\_\_

die in der MRI-Aufnahme vom 5. Oktober 2011 festgestellten Mikroblutungen lediglich als mögliche, aber nicht als überwiegend wahrscheinliche Unfallfolge beurteilt hat.

Diesbezüglich macht der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers geltend, entgegen der seinerzeitigen Annahmen von Dr. I.\_\_\_\_ und von Dr. H.\_\_\_\_ seien

die Mikroblutungen gemäss den neuroradiologischen und kardiologischen Teilgutachten eindeutig nicht auf die Antikoagulation beziehungsweise die Herzklappenoperation beziehungsweise Herzerkrankung zurückzuführen. Mangels einer anderen plausiblen Erklärung sei es überwiegend wahrscheinlich, dass sie unfallkausal seien (Urk. 1 S. 7 und 11 f.; vgl. auch Urk. 10/299 S. 3 f. und 10/319 S. 3 f.). Hierzu ist zu bemerken, dass Dr. Q.\_\_\_\_ im neuroradiologischen Teilgutachten vom 9. Januar 2013 lediglich festhielt, dass die mittels 3D Double Inversion- Recovery -MR zusätzlich erhobenen Befunde unter Antikoagulation spontan aufgetretene Mikroblutungen nicht erklären würden und dass es durchaus möglich sei, dass diskrete Mikroblutungen trotz fehlendem Kopfanprall und ohne entsprechende Klinik bei einer erheblichen Akzelerations-Dezelerations-Bewegung des Körpers posttraumatisch entstanden seien (Urk. 10/270 S. 1). Diese Ausführungen schliessen eine unfallfremde Ursache nicht aus. Darüber hinaus hat Dr. S.\_\_\_\_

dazu auch richtig festgehalten, dass aufgrund der vorhandenen Aktenlage weder ein Kopfanprall gesichert sei noch Hinweise auf ein Akzelerations-Dezelerationstrauma von einem erheblichem Ausmass bestünden

(Urk. 10/275 S. 18 f. und 23). Die Spekulationen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers darüber, weshalb am Unfalltag ein CT des Schädels angeordnet worden sein könnte (vgl. Urk. 13 S. 2), vermögen keine Zweifel an der Korrektheit dieser Feststellungen zu wecken. Als Grund für die damalige

Untersuchung wurden ausdrücklich der Verkehrsunfall mit multiplen Kontusionen und das gerinnungshemmende Medikament

Marcoumar

angegeben

(vgl. Urk. 10/6 S. 2 und 10/260). Ein Kopfanprall oder eine Schädelkontusion wurden gerade nicht erwähnt. Erst im Austrittsbericht des Spitals Z.\_\_\_\_ vom 31. August 2010 wurde eine Kontusion des Schädels als Anlass für die craniale Computertomographie (CCT) genannt (Urk. 10/16). Der Beschwerdeführer selbst hat bei seinen ersten

Unfallschilderungen von keinem Kopfanprall berichtet (vgl. Urk. 10/25 S. 4 und Urk. 10/26 S. 2) und konnte einen solchen in der Folge auch nicht bestätigen. Damit ist ein Kopfanprall zwar möglich, erscheint bei der vorhandenen Aktenlage

aber nicht als überwiegend wahrscheinlich

(vgl. auch Urk. 10/11). Das Gutachten von Dr. S.\_\_\_\_ erweist sich folglich auch in diesem Punkt weder als korrektur- noch als ergänzungsbedürftig.

Der Kardiologe Dr. P.\_\_\_\_ vertrat in seinem Teilgutachten vom 28. Dezember 2012 sodann lediglich die Auffassung, dass kein kardiologisches Korrelat zwischen der anamnestisch beschriebenen posttraumatischen Amnesie und den MRI-Läsionen nach operierter Aortenklappe bestehe (Urk. 10/266).

Insbesondere erweist sich die Behauptung, es sei mit Ausnahme des Unfalls keine plausible Erklärung vorhanden, als unzutreffend. Der Suva-Kreisarzt Dr. H.\_\_\_\_ legte im Rahmen seiner Aktenbeurteilung vom 9. Januar 2012 (Urk. 10/183) detailliert dar, welche Szenarien für die Entstehung der erkannten Mikroblutungen denkbar seien:

Es könnte sich um klinisch stumm verlaufene Mikroembolien mit sekundärer Einblutung anlässlich der Herzoperation 2009 handeln. Die bekannte Rate von kleinsten Schlaganfällen (zerebrale Mikroembolien) im Verlauf des operativen Prozederes beim mechanischen Aortenklappenersatz (auch bei minimalinvasivem Vorgehen) sei bekanntermassen hoch. A. Ghanem et al. hätten hierzu kürzlich über eine Rate von 72 % von Patienten (bei allerdings kleiner Fallzahl von 30 Patienten) mit neuen cerebralen Läsionen nach minimalinvasiven Aortenklappenersatzoperationen, welche als embolisch beurteilt worden seien, publiziert. Von diesen hätten nur klinisch neurologisch 10 % neue Ausfälle gehabt. Lediglich 3,6 % jedoch hätten ein dauerhaftes Defizit. Es sei also keineswegs ungewöhnlich, bei Patienten nach einer derartigen Herzoperation kleinste embolische

cerebrale Infarktareale mittels einer fortgeschrittenen MRI-Technik (SWI-Sequenzen) zu entdecken. Bekanntermassen transformierten sich derartige mikroembolische Infarkte unter einer dauerhaften oralen Anti-koagulation („Blutverdünnung“), insbesondere unter der gleichzeitigen Gabe von Aspirin (welches nochmals die Blutungswahrscheinlichkeit grösser mache) sehr häufig. Leider gebe es zeitnah zur genannten Herzoperation kein MRI des Kopfes, das die unfallunabhängige Genese der Blutungen hätte beweisen können.

Es könne sich auch um völlig unspezifische Mikroblutungen („Microbleeds“) handeln, welche bei einer Vielzahl von neurodegenerativen Erkrankungen, wahrscheinlich auch im normalen Alterungsprozess des Gehirns, aufzufinden seien und deren klinische Bedeutung sich nicht aus der Blutung selbst, sondern lediglich aus dem krankheitsbedingten Kontext ergebe. Die rasante Technikentwicklung in der MRI-Diagnostik, insbesondere im Falle der

„Cerebral Microbleeds CMB“ durch Einführung höherer Feldstärken der MRI-Systeme bis 7 Tesla und die Einführung der SWI-Sequenzen (Susceptibility

Weighted Imaging) machten die Darstellung der unspezifischen Mikroblutungen inzwischen zu einem häufigen Phänomen. Inzwischen sei belegt, dass die Prävalenz der cerebralen Mikroblutungen in der allgemeinen Bevölkerung altersabhängig hoch sei (17,8 % bei den 60-69-Jährigen, 38,3 % bei den > 80-Jährigen). Intensiv werde das Risiko asymptomatischer Träger von Microbleeds für die spätere Entwicklung von cerebralen Hämorrhagien (Gehirnblutungen) als Komplikation einer oralen Antikoagulation

(„Blutverdünnung“) oder auch einer modernen „Lysetherapie“ im Falle eines Stroke in jüngerer Zeit diskutiert.

Schliesslich könnte es sich auch um die Folgen einer „Nicht-Kontakt-Verletzung des Gehirnes“ im Sinne einer diffusen axonalen Scherverletzung (DAI) handeln. Um diese Diagnose stellen zu können, müsse der primäre klinische Verlauf ein deutiges Bild zur bildgebenden MRI-Diagnose passen und die langfristigen Folgen müssten diskutiert werden. Die diffuse axonale Verletzung (DAI) oder axonale Scherverletzung des Gehirns sei im eigentlichen Sinne eine neuropathologische Diagnose, verschiedenste Autoren hätten jedoch belegen können, dass insbesondere der Nachweis von Hämosiderinablagerungen, am besten in T2\* oder SWI gewichteten Sequenzen in einem 3-Tesla-Feld, ein gutes Instrument sei, die Residuen einer diffusen axonalen Verletzung zu identifizieren. Eine derartige diffuse axonale Scherverletzung (DAI), welche mit kleinsten Gewebeerreissungen und in den SWI-Sequenzen noch Jahre später zu dokumentierenden Hämosiderindepots einhergingen, liege seines Erachtens jedoch allein aus klinischen Gründen nicht vor. Bei einer diffusen axonalen Scherverletzung, die vom Schweregrad geeignet sei, noch Jahre später relevante hirnorganische Defizite zu begründen, komme es im Verlauf von wenigen Stunden nach dem stattgehabten Trauma zu einer deutlichen klinischen Verschlechterung mit Entwicklung von Hirndruckzeichen als Folge des sich entwickelnden akuten Hirnödems, was einer klinischen Beobachtung, wie sie im Spital Z. \_\_\_ organisiert sei, mit Sicherheit nicht entgangen wäre. Die Prognose dieses Verletzungstyps werde von den verschiedensten erfahrenen Neurochirurgen als „die Schlechteste“ nach Ausschluss grosser akuter Subduralhämatome eingeschätzt. Eine derartige, als dramatisch zu bezeichnende klinische Konstellation habe beim Versicherten nie vorgelegen.

Es besteht folglich kein Anlass, die neurologische Teilbegutachtung zu wiederholen. Dies muss umso mehr gelten, als die Kausalitätsbeurteilung von Dr. S. \_\_\_

auch in keiner Weise durch die neuroradiologische Zweitbeurteilung der auswärtigen Untersuchungen vom 29. Juni 2010 und vom 5. Oktober 2011 durch Prof. Dr. Q. \_\_\_ am 25. September 2013 in Frage gestellt wird, welche die Suva in Auftrag gegeben hatte (Urk. 10/328). Demnach bestünden aufgrund des Schädel-CT vom 29. Juni 2010 keine Hinweise auf eine Fraktur oder auf posttraumatische Veränderungen. Aus dem Schädel-MR vom 5. Oktober 2011 ergäben sich geringere infratentoriell und deutlicher supratentoriell Hinweise auf multiple stattgehabte Mikroblutungen. Auf der koronaren FLAIR-Sequenz, vor allem frontal, ergebe sich der Eindruck (vermutlich keine Artefakte) von multiplen punktförmigen subkortikalen intermediären Hyperintensitäten, diese seien allerdings auf den anderen Serien nicht sichtbar. Ansonsten handle es sich um ein normales MR des Gehirns.

Bei den beschriebenen intraparenchymalen

Hämosiderin-Depositionen gehe es letztlich um die Frage, ob diese in Zusammenhang mit dem Unfall stünden oder unfallunabhängig, eventuell im Zusammenhang mit der Antikoagulation zu sehen seien.

Gemäss Literatur (mit auch aktueller „breiter“ Durchsicht) liege den nicht traumatischen multiplen Mikroblutungen in der Regel eine (manchmal subtile und sonst im MR nicht weiter erkennbare) Mikroangiopathie zugrunde, entweder subkortikal

lobär (wie z.B. bei einer Amyloidangiopathie) oder präferentiell im Stammganglien-Bereich im Rahmen einer hypertensiven

Mikroarteriopathie . Tendenziell nehme die Frequenz solcher Erkrankungen mit dem Alter zu. Mikroblutungen unter Antikoagulation ohne konkomitierende

Mikroangiopathie

seien nicht beschrieben.

Bei traumatischen Läsionen fänden sich diese bevorzugt mittelliniennah , zum Teil im Balken, am Balken-Rand, im Hirnstamm oder im Übergang von grauer zu weisser Substanz oder im Bereich von oberflächlichen Kontusionen beziehungsweise gegenüber im Sinn von Contre -coup-Läsionen.

Mindestens zwei der Läsionen, die linksseitige am Vorderrand des Putamens und die rechtsseitige am Balken-Rand , würden zu posttraumatischen Läsionen passen. Die Lokalisationen der anderen Läsionen seien aber keineswegs suggestiv für eine traumatische Genese.

Tendenziell würde man eher dazu neigen, eine nicht traumatische Genese zu vermuten, obwohl vereinzelt Läsionen zu sehen seien, die damit vereinbar wären. Man könne postulieren, dass für traumatische Läsionen mit einem Ausmass der beschriebenen Hämosiderin -Depositionen (selbst unter Antikoagulation ) auch eine entsprechende Anamnese bekannt wäre. Eine dezidiertere Stellungnahme sei leider nicht möglich.

## **E. 19**

Abs. 1 UVG). Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch geprüft und hernach eine Rente ab 1. September 2013 zugesprochen hat. Zu klären bleibt die strittige Frage, ob die festgesetzte Rentenhöhe korrekt war. 6.2

Bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Angaben der vormaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers von einem hypothetischen Valideneinkommen von Fr. 79'962.-- aus ( Urk. 2 S. 11 ; vgl. Urk. 10/143 und 10/283 ) . Da er keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgehe und es ihr nicht gelungen sei, genügend geeignete DAP-Stellen zu finden ,

ermittelte sie das Invalideneinkommen ausgehend von der Tabelle TA1, Total, Niveau 1, Männer, der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE 2012) . Unter Berücksichtigung der Teuerung von 0,8 % und einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahr 2013 betrage dieses Fr. 65'698. -- bei einem Vollpensum .

Wegen der um 10 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit sei es auf Fr. 59'128.-- zu reduzieren. Aufgrund eines als angemessen erachteten leidensbedingten Abzuges von 10 % sei von einem massgeblichen hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 53'215.-- im Jahr 2013 auszugehen. Die Invalidität belaufe sich folglich auf 33 % ( Urk. 2 S. 7 ff.). 6.2

Das hypothetische Valideneinkommen wurde zu Recht nicht in Frage gestellt. Ebenso ist unbestritten, dass beim Beschwerdeführer, welcher keine Erwerbstätigkeit mehr ausübt, zur Ermittlung des hypothetischen Invalideneinkommens entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder die Zahlen der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) der Suva herangezogen werden können (vgl. BGE 139 V 592 E. 2.3 und 129 V 472 E. 4.2.1, je mit Hinweisen). Entgegen der vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vertretenen Ansicht ( Urk. 1 S. 10) lassen sich aus dem Umstand, dass die Beschwerdegegnerin nicht ihre interne

Dokumentation über Arbeitsplätze (DAP), sondern die statistischen Werte der schweizerischen Lohnstrukturerhebung herangezogen hat, keine Rückschlüsse auf fehlende zumutbare Verweisungstätigkeiten auf

dem zur Verfügung stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu, da dieser dem Beschwerdeführer trotz seiner körperlichen Einschränkung

ein genügend breites Spektrum erwerblicher Betätigung offen hält ( Art. 16 ATSG; vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C\_370/2013 vom 23. Oktober 2013, E. 2.2 mit Hinweisen) .

In diesem Zusammenhang ist erneut zu bemerken, dass der Beschwerdeführer einzig wegen seiner unfallkausalen Beschwerden am rechten Fuss

insofern eingeschränkt ist, als er nur noch in einer körperlich leichten, überwiegend sitzenden Tätigkeit ganztägig erwerbstätig sein kann, wobei aufgrund der unfallbedingten Fusschmerzen von einer 10%igen Leistungseinschränkung auszugehen wäre, falls die Beschwerden mit einer adäquaten medikamentösen Therapie, die im Zeitpunkt der Begutachtung (bei negativen Medikamentenspiegeln) nicht gegeben war, nicht ausreichend beherrschbar wären ( Urk. 10/275 S. 20 ). Es ist daher bereits grosszügig, dass die Beschwerdegegnerin der maximal möglichen schmerzbedingten Leistungsminderung von 10 %

ohne Weiteres in Form eines 90%-Pensums Rechnung getragen hat. In Anbetracht des gutachterlich umschriebenen Zumutbarkeitsprofils und der fehlenden Ausbildung ist auch nicht zu beanstanden, dass sie auf das Kompetenzniveau 1 der LSE 2012 abgestellt hat. Der Beschwerdegegnerin ist überdies dahingehend beizupflichten, dass das Alter des bei Rentenbeginn 48-jährigen Beschwerdeführers, dessen ausländische Staatsangehörigkeit, seine nach eigenem Bekunden mangelhaften Deutschkenntnisse ( Urk. 1 S. 10) und die Dauer seines letzten Anstellungsverhältnisses (Anfang Oktober 1999 bis Ende Juli 2011; vgl. Urk. 10/312 S. 1) keinen weiteren Abzug zu rechtfertigen vermögen. Für die sich aus der Problematik mit dem rechten Fuss ergebenden Einschränkungen hat die Beschwerdegegnerin einem leidensbedingten Abzug von 10 % gewährt, was wohl ebenfalls als eher grosszügig, nicht aber als unangemessen zu werten ist. Das von der Beschwerdegegnerin berücksichtigte hypothetische Invalideneinkommen von Fr. 53'215.-- erweist sich folglich nicht als korrekturbedürftig. Dementsprechend waren auch die ermittelte Invalidität von 33 % und erfolgte Rentenfestsetzung in quantitativer Hinsicht richtig. 7.

Die

von der Beschwerdegegnerin festgesetzte Integritätsentschädigung von 25 % im Betrag von Fr. 31'500.--

wurde lediglich aus dem Grund angefochten, weil die psychischen Beschwerden und neurologischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers nicht berücksichtigt worden seien ( Urk. 1 S. 17). Aufgrund der Ausführungen im interdisziplinären Gutachten vom 22. Januar 2013 steht jedoch fest, dass er lediglich noch an unfallbedingten Fussbeschwerden leidet. Es besteht daher kein Anlass, die korrekt bemessene Integritätsentschädigung (vgl. Urk. 2 S. 24) zu erhöhen. 8.

Unter Verweis auf den erheblichen Aktenumfang sowie die sich in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht schwierig präsentierende Situation macht der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers erneut eine Ausnahmesituation geltend, die eine Parteientschädigung

für das Einspracheverfahren rechtfertigt ( Urk. 1 S. 17). Dem ist im Einklang mit der Beschwerdegegnerin entgegen zu halten, dass das Einspracheverfahren kostenlos ist und dafür in der Regel keine Parteientschädigungen ausgerichtet werden ( Art. 52 Abs. 3 ATSG; vgl. Urk. 1 S. 25). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs erscheint es auch nicht angezeigt, eine Parteientschädigung zuzusprechen. 9.

Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerde abzuweisen ist, zumal

aus den einleitend dargelegten prozessualen Gründen (vgl. Erwägung 1 hiervor) eine Änderung des Dispositivs des angefochtenen Einspracheentscheides wegen des Dahinfallens des Taggeldanspruches nicht erforderlich ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Hermann Rüegg - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Gohl Zschokke

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