

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00030 vom 29. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00030

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00030 du 29 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00030 del 29 settembre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1962, war bei der Y.____ angestellt und dadurch bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert.

Am 11. Mai 1989 erlitt er einen Autounfall. Er fuhr in alkoholisiertem Zustand in einer Linkskurve geradeaus, das Fahrzeug rutschte die Böschung hinunter und kam in der Wiese zum Stillstand (Urk. 11/2 S. 6, Urk. 11/8). Dabei zog er sich laut dem Bericht des Z.____, wo der Versicherte nach dem Unfall bis zum 6. Juni 1989 hospitalisiert war, ein isoliertes Schädelhirntrauma mit diffusem Hirnödem bei Contusio cerebri, ohne bildlich darstellbare Kontusionsherde, sowie eine Prellmarke an der linken Schulter zu. Gleichentags erfolgte eine Operation (Einlage einer ICP-Sonde; Urk. 11/3 = Urk. 7/1). Im Verlauf traten ein posttraumatischer Pleuraerguss rechts, ein Spontanpneumothorax links sowie eine Pseudomonas mit Pneumonie bei Status nach Lungenkontusion auf (Urk. 11/3, Urk. 11/4). In der Folge erbrachte die Suva die gesetzlichen Versicherungsleistungen, wobei sie die Taggelder kürzte (Urk. 2 S. 2, Urk. 11/10).

Am 9. September 2009 erfolgte eine Kernspintomographie des Neurokraniums (Urk. 11/40) und am 31. Januar 2013 eine Magnetresonanztomographie (MRT) des Schädels (Urk. 11/58). Am 17. Juli 2013 meldete der Versicherte der Suva einen Rückfall, wobei er angab, seit geraumer Zeit an neuropsychologischen Beschwerden, Kopfschmerzen und Schwindel zu leiden (Urk. 11/11 S. 1). Am 24. Februar 2014 teilte die Suva dem Versicherten mit, gestützt auf die Beurteilung ihrer Abteilung Versicherungsmedizin gehe sie davon aus, dass die gemeldeten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 11. Mai 1989 zurückzuführen seien, weshalb sie keine Leistungen ausrichten könne (Urk. 11/65). Am 20. Mai 2014 verfügte die Suva in diesem Sinne (Urk. 11/69). Die vom Versicherten gegen diese Verfügung erhobene Einsprache (Urk. 11/70 S. 1-7) wurde mit Einspracheentscheid vom 10. Dezember 2015 abgewiesen (Urk. 11/84 = Urk. 2).

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die

Übergangsbestimmungen vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisheri gem Recht gewährt werden (Absatz 1 der Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 11. Mai 1989 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufs krankheiten gewährt (Abs. 1).

E. 1.3

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krank heit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

E. 1.4

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfall er eignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversiche rung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesund heitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c in fine).

E. 1.5

Da die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können, kann der Unfallversicherer bei der Leistungspflicht gemäss Art. 11 UVV für Rückfälle und Spätfolgen nicht auf der Anerkennung des natürlichen Kausalzusammenhanges beim Grundfall behaftet werden. Vielmehr obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge postulierten Beschwerdebild und dem Unfall nachzu weisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis eines natürlichen Kausalzusammenhanges zu stellen. Im Falle der Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicher ten Person aus, die aus dem unbewiesen gebliebenen natürlichen Kausalzusam menhang als anspruchsbegründender Tatsache Rechte ableiten will (Urteile des Bundesgerichts U 163/04 vom 8. Oktober 2004, E. 3.2; 8C_113/2010 vom 7. Juli 2010, E. 2.3; 8C_506/2008 vom 5. März 2009, E. 3.1;

8C_252/2013 vom 8. Juli 2013, E. 2.2; 8C_163/2013 vom 28. November 2013, E. 2.2, je mit Hinweisen).

E. 1.6

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ee, 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c).

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid der Suva vom 10. Dezember 2015 erhob der Versicherte am 29. Januar 2016 Beschwerde und beantragte, dieser sei aufzuheben und es seien ihm für den am 17. Juli 2013 gemeldeten Rückfall zum Unfallereignis vom 11. Mai 1989 die gesetzlichen Leistungen auszurichten (Urk. 1 S. 2). Mit Eingabe vom 1. März 2016 (Urk. 6) reichte sie die einschlägige Krankengeschichte nach (Urk. 7/1-6). Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 9. März 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10). Die Beschwerdeantwort wurde dem Versicherten am 11. März 2016 zugestellt (Urk. 13). Nach gerichtlicher Aufforderung vom 21. Juli 2017 (Urk. 14) reichte die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 4. September 2017 (Urk. 18) das Gutachten von Dr. med. A.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, vom 15. Februar 2007 ein (Urk. 17). Am 6. September 2017 wurde es dem Beschwerdeführer zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 19).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Suva stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid gestützt auf die Beurteilungen von Dr. med. B.____, Facharzt für Neurologie, Versicherungsmedizin Suva, vom 21. Februar 2014, 30. Oktober 2015 und 2. Dezember 2015 sowie jene von Prof. Dr. med. C.____, Facharzt für Radiologie, vom 5. November 2015 auf den Standpunkt, die ab 2013 als Rückfall gemeldeten Beschwerden seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 1. Mai 1989 zurückzuführen. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer imstande gewesen sei, jahrelang an verschiedenen Arbeitsstellen tätig zu sein und eine Weiterbildung zu absolvieren, spreche gegen das Fortbestehen kognitiver Störungen. Auch wenn die Weiterbildung nur mit grossem Verständnis der Ausbilderin möglich gewesen sei und der Beschwerdeführer bei der Arbeit als Bauführer bei der Firma D.____ offenbar grosse Schwierigkeiten mit dem Anforderungsprofil gehabt habe, genüge dies nicht, um eine Hirnverletzung mit relevanter Funktionseinschränkung nachzuweisen. Die Umschulung zum Bauführer sei aufgrund von Rückenbeschwerden erfolgt und die Bedenken bezüglich der Umschulung hätten vorwiegend darauf beruht, dass der Beschwerdeführer nicht so lange habe sitzen können. In den Jahren 1989 bis 2009 hätten keine Hinweise auf invalidisierenden Kopfschmerz bestanden und im Jahr 2009 hätten die

Ärzte festgehalten, der Kopfschmerz bestehe seit einigen Monaten. Dr. B.____ habe das Vorliegen einer vestibulären Migräne verneint und eine allfällige solche sei auf jeden Fall nicht posttraumatisch. Die feinmotorischen Beeinträchtigungen seien erstmals im Jahr 2014 erwähnt worden. In Bezug auf den Schwindel liege kein echtzeitliches Verletzungskorrelat vor und die Untersuchungen im Bereich der Otorhinolaryngologie (P.____) hätten Normalbefunde ergeben. Das MRT-Bild vom 31. Januar 2013 weise keine axonalen Scherverletzungen nach, womit es den Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an einem organischen Korrelat fehle. Die Untersuchungsergebnisse von Prof. Dr. phil. E.____, Neuropsychologin, würden laut Dr. B.____ nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Hirnschädigung beweisen. Auch die lange beschwerdefreie Zeit von 20 Jahren spreche gegen eine Rückfallkausalität (Urk. 2 S. 15-17).

In der Beschwerdeantwort hielt sie an ihrem Standpunkt fest und führte ergänzend aus, Dr. B.____ habe die Vorakten berücksichtigt und die medizinischen Zusammenhänge gut nachvollziehbar dargelegt. Er habe die MRI-Untersuchungen aus den Jahren 2009 und 2013 extern durch Prof. C.____ nachbefunden lassen, was keine traumatischen Veränderungen des Gehirnparenchyms ergeben habe. Das Schädel-CT vom 13. Mai 1989 habe keinen Hinweis auf intrakranielle Verletzungen gezeigt. Sodann seien von der neurologischen Klinik des Z.____ am 20. September 1993 organisch neurologisch sowie neuropsychologisch durchwegs unauffällige Untersuchungsbefunde festgehalten worden. Laut der Beurteilung von Dr. F.____, Facharzt für Radiologie, vom 27. September 1994 sei kein pathologischer Befund erhoben worden, namentlich kein Hirnödem (Urk. 10 S. 4). Nach dem Gesagten sei ein unfallbedingtes organisches Korrelat für die geklagten Beschwerden nicht mit rechtsgenügender Sicherheit ausgewiesen. Dr. B.____ sei als Facharzt für Neurologie befähigt, die sich stellenden Kausalitätsfragen zu beurteilen. Des Weiteren führte die Beschwerdegegnerin aus, die Behauptung angeblich durchgehender Beschwerden sei nicht mit der erst am 17. Juli 2013 erfolgten Rückfallmeldung vereinbar, wonach seit geraumer Zeit wieder Beschwerden bestünden, derentwegen er die Arbeit habe nie derlegen müssen. Dieser Aussage der ersten Stunde komme in beweismässiger Hinsicht grösseres Gewicht zu als späteren Darstellungen (Urk. 10 S. 5). Betreffend den Bericht des Z.____ über die Erstuntersuchung vom 27. Februar 1997 wies sie darauf hin, dass der Beschwerdeführer damals berichtet habe, bereits seit ungefähr dem zwanzigsten Lebensjahr an episodischen Spannungstyp-Kopfschmerzen zu leiden, und dass kein Zusammenhang zum Schädelhirntrauma von 1989 gesehen worden sei. Die Beurteilung von Dr. B.____ bezüglich der MRT-Untersuchung vom 31. Januar 2013 sei sowohl mit den vorhandenen bildgebenden Abklärungen als auch mit der Rechtsprechung, wonach sich aus einer neuropsychologischen Abklärung allein weder etwas zur Unfallkausalität noch eine organische Genese ableiten lasse, gut vereinbar. Auch im neurootologischen Bericht des Z.____ vom 31. Juli 2013 seien die geschilderten Beschwerden als nicht objektivierbar beurteilt worden (Urk. 10 S. 6). Gemäss dem Bericht von Dr. med. G.____, Fachärztin für Radiologie/Radiodiagnostik, H.____, vom 10. September 2009 handle es sich um ein paar Monate zuvor neu aufgetretene Beschwerden und die darin enthaltenen Ergebnisse der Kernspintomographie würden ebenfalls gegen eine Unfallkausalität sprechen. Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, habe in seinem Bericht vom 8. Januar 2013 psychosoziale Faktoren als im Vordergrund stehend erachtet. Bei latenter Gegenwart alternativer Ätiologien in Verbindung mit der fehlenden Objektivierbarkeit unfallspezifischer Verletzungen stehe der Kausalzusammenhang mit einem Unfall zunehmend in Frage,

sobald dieser infolge wachsender zeitlicher Distanz nicht mehr als dominanter Grund oder zumindest als auslösender Faktor erscheine. Bezüglich der MR-Bilder vom 31. Januar 2013 hielt die Beschwerdegegnerin fest, Prof. Dr. med. J.____, Facharzt für Radiologie, habe die erhobenen Befunde bloss als Zeichen möglicher shear injuries beschrieben, wobei eine bloss Möglichkeit nicht genüge, um einen Kausalzusammenhang nachzuweisen (Urk. 10 S. 7). Dr. B.____ habe ebenfalls keine Schwerverletzungen erkannt. Gemäss dem neurootologischen Bericht des Z.____ vom 31. Juli 2013 hätten die geklagten Beschwerden nicht objektiviert werden können und es seien unfallfremde Faktoren genannt worden (Urk. 10 S. 8).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer wandte dagegen ein, der Einspracheentscheid basiere nicht auf einer umfassenden Sachverhaltsabklärung und die Beschwerdegegnerin habe die medizinische Aktenlage einseitig gewürdigt. Es bestünden zahl reiche Hinweise auf langjährig bestehende Defizite respektive nachgewiesene Hirnverletzungen seien ausser Acht gelassen worden (Urk. 1 S. 2-3). Dr. B.____ habe wesentliche Informationen aus den Akten, insbesondere aus dem Dossier der Invalidenversicherung, dessen Beizug beantragt werde, unberücksichtigt gelassen. Die Annahme einer erfolgreichen beruflichen Laufbahn während vieler Jahre sei nachweislich falsch und das Arbeitszeugnis der Firma D.____ sei offenkundig unrichtig (Urk. 1 S. 3). Die angestammte grobmotorische Tätigkeit auf dem Bau habe er aufgrund langjähriger Routine trotz der Hirnverletzung mit feinmotorischen und kognitiven Schwierigkeiten wieder aufnehmen können. Die im Zeitpunkt des Unfalls begonnene Polierschule habe er demgegen über aufgrund von Konzentrationsstörungen nicht abschliessen können. Zudem habe er durchgehend regelmässig an Kopfschmerzen gelitten und deswegen viele Schmerzmittel konsumiert und seinen Hausarzt konsultiert. Die berufsbe gleitende Ausbildung zum Bauführer habe er 1996 absolvieren können, da dabei kein zeitlicher Druck geherrscht habe. Anschliessend habe er bis mindestens 2004 weiterhin in der routinierten, grobmotorischen Tätigkeit ohne höhere kognitive Anforderungen gearbeitet (Urk. 1 S. 3-4). Selbst dabei hätten sich jedoch neuropsychologische Schwierigkeiten gezeigt. Aufgrund der Rücken probleme habe er im August 2005 eine Stelle als Vorarbeiter/Polier angetreten, bei welcher er zu 50 % Büroarbeiten zu erledigen gehabt habe, was den Beginn invalidisierender, immer stärker werdender neuropsychologischer Schwierigkeiten, Schwindel und Kopfschmerzen gesetzt habe. Seine kognitive Aufnahme fähigkeit sei im Jahr 2005 bei den Überlegungen zu möglichen Umschulungen Thema gewesen und sein damaliger Hausarzt habe im Jahr 2007 über fortbestehende neuropsychologische Beeinträchtigungen und Kopfschmerzen berichtet. Im Jahr 2009 habe er vor Beginn der Umschulung zum Bauführer an der K.____ auf seine Schwierigkeiten mit der Schule hingewiesen. Infolge des durch die IV-Stelle ausgeübten Drucks habe er die Ausbildung dennoch begonnen, was zu einer Verstärkung der vorhandenen kognitiven Beschwerden und Migräneattacken geführt habe (Urk. 1 S. 5). Nach wenigen Monaten sei er infolge der kognitiven Überforderungssituation und der Kopfschmerzen dauerhaft aus der Schule ausgeschlossen worden. Die hernach absolvierte Ausbildung zum Bauführer Hochbau im Ausbildungszentrum K.____ habe er trotz seiner enormen Bemühungen nur knapp geschafft (Urk. 1 S. 6). Die Anstellung als Hilfsbauführer bei der D.____ ab Juli 2011 habe er nur mit Hilfe eines Bekannten bekommen und die kognitiven Schwierigkeiten hätten sich dabei sehr bald gezeigt, woraufhin die Invalidenversicherung Einarbeitungstaggelder bezahlt habe und das Arbeitsverhältnis als Arbeitstraining weitergeführt worden sei. Bei der anschliessenden Festanstellung sei kein

marktüblicher Bauführerlohn bezahlt worden und sei er ständig wegen ungenügender Leistungen kritisiert worden (Urk. 1 S. 6-7). Der Neurologe Dr. B. ___ sei nach dem Gesagten von einer falschen Grundlage ausgegangen und er habe auch den Fachärzten anderer Disziplinen widersprochen (Urk. 1 S. 8). Der Zusammenhang sei bereits aufgrund der Schwere der Ursprungsverletzung in Verbindung mit den vorliegenden Röntgenbildern zu bejahen (Urk. 1 S. 8-9). Die von Prof. J. ___ vorgefundenen, von Prof. C. ___ übersehenen und vom diesbezüglich weniger erfahrenen Dr. B. ___ als irrelevant bezeichneten shear injuries würden zum Unfallhergang passen und dadurch seien unfallbedingte traumatische Veränderungen im Hirn nachgewiesen (Urk. 1 S. 9-10). Darin fänden auch die von Prof. E. ___ beobachteten kognitiven Defizite ihr somatisches Korrelat (Urk. 1 S. 10-11). Die von Schwindel- und Migräne-Spezialisten diagnostizierte vestibuläre Migräne stelle Dr. B. ___ aufgrund falscher Annahmen in Abrede. Zusammenfassend sei die Beurteilung der Beschwerdegegnerin weder zutreffend noch nachvollziehbar. Vielmehr sei mit allen anderen Ärzten davon auszugehen, dass die heute bestehenden Beschwerden überwiegend wahrscheinlich in adäquat-kausalem Zusammenhang zur damaligen unfallbedingten Hirnverletzung stünden (Urk. 1 S. 11). Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten einzuholen (Urk. 1 S. 11-12).

E. 3.1

2

Das Z. ___ dokumentierte in der Krankengeschichte vom 25. November 2013, dass der Beschwerdeführer habe schon immer Kopfschmerzen gehabt. Als Kind habe er an Migräne gelitten, wobei er diese mit circa 20 Jahren durch Akupunktur weg gebracht habe. Seit dem Autounfall mit 27 Jahren habe er dann wieder mehr Kopfschmerzen gehabt und circa zweimal wöchentlich Schmerzmittel nehmen müssen (Urk. 11/49 S. 1).

E. 3.2

Das Z. ___, Neurologische Klinik, berichtete am 20. September 1993, computer tomographisch sei keine demarkierte Kontusionsmarke nachweisbar gewesen. Der Beschwerdeführer klagt nach vorübergehend fast vollständiger Erholung über seit mehreren Jahren chronifiziert drei- bis viermal wöchentlich auftretende bi-temporale, stechende Kopfschmerzen mit Zusammenziehen im Augenbereich und Lichtscheu. Seit einem halben Jahr bestehe deutlich verstärkt vermehrte Tagesmüdigkeit (Urk. 7/4 S. 1). Der gesamte, detailliert geprüfte neurologische Status sei ohne pathologische Befunde. Das Schädel-CT vom 6. Juli 1993 sei normal ausgefallen. Der beurteilende Arzt gelangte zum Schluss, der Beschwerdeführer habe vor nunmehr vier Jahren ein Schädelhirntrauma mit diffuser Hirndruckerhöhung, jedoch ohne Nachweis einer fokalen Kontusion erlitten. Bei einer insgesamt guten Erholung seien subjektiv als Residuum Kopfschmerzen verblieben. Die Untersuchungsbefunde hätten organisch neurologisch sowie neuropsychologisch durchwegs unauffällige Resultate ergeben. Einzig bestehe ein leichtes zervikales Schmerzsyndrom. Aufgrund der klinischen Befunde handle es sich um eine Mischform zervikozephaler und postkontusioneller Kopfschmerzen. Empfohlen würden eine mehrmonatige Intervalltherapie sowie eine Reduktion des Nikotinkonsums. Falls die Intervalltherapie keine Besserung bringe, sei eine pulmonologische Abklärung angezeigt (Urk. 7/4 S. 2).

E. 3.3

Am 27. September 1994 berichtete Dr. F.____, Facharzt für Radiologie, über das von ihm durchgeführte Spiral-CT des Schädels. Er gab an, keinen pathologischen Befund vorgefunden zu haben, namentlich keine Hinweise für einen intrakraniellen Tumor oder einen sonstigen krankhaften Befund. Ebenso wenig sei ein Infarkt oder ein Hirnödem nachweisbar gewesen (Urk. 7/5).

E. 3.4

Dem Bericht des Z.____, Neurologische Klinik und Poliklinik, Abteilung für Kopfweh und Schmerz, vom 27. Februar 1997 ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer leide seit August 1996 an streng rechtsseitigem Kopfweh, wobei kein auslösendes Ereignis eruiert sei. Daneben bestünden seit zirka dem 20. Lebensjahr episodische Spannungstyp-Kopfschmerzen, welche auf einfache Analgetika gut ansprechen würden. Anamnestisch habe zudem vom etwa fünften bis zum 20. Lebensjahr eine Migräne ohne Aura bestanden (Urk. 7/6 S. 1).

E. 3.5

Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, führte in seinem Bericht vom 10. Januar 2007 aus, der Beschwerdeführer sei aktuell vor allem durch seine limitierenden Rückenschmerzen beeinträchtigt. Es mache aber auch den Anschein, dass das Schädelhirntrauma von 1989 noch nicht ganz überstanden sei. Der Beschwerdeführer gebe nach wie vor starke Konzentrationsschwierigkeiten und oft starke Müdigkeit an. Er erscheine im Gespräch auch als nicht sehr alert und auffassungsfähig, wobei die Hirnleistung 1993 als normalisiert betrachtet worden sei (Urk. 3/3 S. 1).

E. 3.6

Dr. A.____ berichtete am 15. Februar 2007 über ihre vertrauensärztliche Untersuchung (Urk. 17). Sie diagnostizierte langjährig vorbestehende chronisch rezidivierende Rückenschmerzen. Weiter nannte sie als Diagnose einen Status nach unfallbedingtem Schädelhirntrauma 1989, welches zwischenzeitlich reziduenfrei abgeheilt sei mit einer Normalisierung der initial dokumentierten neuropsychologischen Defizite (S. 11 und S. 16). Sie führte aus, weder in der grobkursorisch durchgeführten neurologischen Untersuchung noch im vertrauensärztlichen Gespräch habe sich ein Hinweis für das Vorliegen einer neuropsychologischen Funktionsstörung ergeben (S. 13). Die in einer neuropsychologischen Austestung unmittelbar nach dem Unfall festgestellten Defizite hätten sich in einer zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführten Verlaufsuntersuchung praktisch normalisiert gezeigt und prognostisch seien weitere Verbesserungen erwartet worden, sodass das Vorliegen von leistungsbeeinträchtigenden Residuen sehr unwahrscheinlich sei (S. 15). Dr. A.____ gelangte zum Schluss, der Beschwerdeführer sei in einer Tätigkeit mit leichter Körperarbeit in Wechselbelastung zu 100 % arbeitsfähig (S. 15).

E. 3.7

Dr. med. M.____, Facharzt für Rheumatologie und Rehabilitation, äusserte sich in seinem Bericht vom 14. Mai 2007 zu den Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers und hielt fest, möglicherweise würden auch gewisse neuropsychologische Ausfälle nach einem Schädelhirntrauma eine Rolle spielen (Urk. 3/4). Am 14. Juni 2015 gab er an, nebst einer körperlichen Behinderung bestehe beim Beschwerdeführer eine neuropsychologische Schwäche, welche wahrscheinlich Folge des 1989 erlittenen Schädelhirntraumas sei. Bei den neuartigen Fähigkeiten als Bauführer entsprechenden Hilfstätigkeiten scheitere er nicht nur

wegen seiner Schmerzen, sondern vor allem wegen seiner neuropsychologischen Verlangsamung. Die regelmässigen Kündigungen und Auseinandersetzungen mit Vorgesetzten würden immer wieder zu schwer behandelbaren Schmerzexazerbationen führen. Ab nächstem Monat sei er ausgesteuert und habe ernsthafte finanzielle Probleme, welche die belastende Situation zusätzlich erschweren würden (Urk. 11/79 S. 1).

E. 3.8

Dr. G.____ hielt in ihrem Bericht vom 1. September 2009 unter „Klinik“ fest, der Beschwerdeführer leide an seit einigen Monaten neu aufgetretenen Beschwerden, nämlich Schwindel und Kopfschmerzen bei einem Status nach älterem massivem Schädelhirntrauma (Urk. 11/40).

E. 3.9

Dr. I.____ führte in seinem Bericht vom 8. Januar 2013 aus, der Beschwerdeführer habe seit Monaten häufig Kopfschmerzen. Im Vordergrund stünden psychosoziale Probleme, besonders berufliche. Die Schmerzen und die Missempfindungen im Kopf seien wahrscheinlich durch psychosoziale Belastungen verursacht (Urk. 11/41).

E. 3.10

Laut Prof. J.____ zeigte die MR-Untersuchung des Schädels vom 31. Januar 2013 einen Zustand nach hämorrhagischer Kontusion frontal links und Zeichen möglicher „shear injuries“ am Marklager beider Grosshirnhemisphären und im Übrigen einen altersentsprechend normalen Befund (Urk. 11/58).

Dr. med. N.____, Fachärztin für Neurologie, und Prof. E.____ berichteten am 31. Januar 2013 beziehungsweise am 22. Februar 2013, die neuropsychologische Untersuchung vom 28. Januar 2013 habe eine mit den Schmerzen verbundene Verstimmung, eine verminderte Konzentrationsspanne und eine psychomotorische Verlangsamung bei sehr genauer Arbeitsweise ergeben. Kognitiv im Vordergrund stünden eine nicht sprachlich betonte Lern- und Gedächtnisschwäche, eine diskrete visuelle Erkennungsschwäche sowie ein vermindertes konzeptuelles Denken und Umstellen. Diese Befunde seien lokalisatorisch hinweisend auf eine bifronto-temporale Funktionsstörung. Zusammen mit den anamnestischen Angaben und den Befunden der Zusatzuntersuchungen seien die aktuellen neuropsychologischen Symptome vereinbar mit Spätfolgen des 1989 erlittenen Schädelhirntraumas. Die aktuellen neurokognitiven Beschwerden und die zunehmende Leistungseinschränkung im Verlauf liessen sich durch abnehmende kognitive Kompensationsmechanismen (altersbedingte Ressourcenlimitierung, zusätzliche Schmerzkomponente) erklären (Urk. 11/11 S. 4, Urk. 11/22 S. 2, Urk. 11/26 S. 2, Urk. 11/31 S. 2).

Dr. I.____ führte dazu am 28. Mai 2013 aus, entgegen dem Eindruck während der Konsultationen hätten sich nach einer neuropsychologischen Untersuchung deutliche kognitive Defizite gezeigt. Dies erkläre die Schwierigkeiten am Arbeitsplatz und das Überforderungsgefühl des Beschwerdeführers bei der Arbeit als Bauführer. Eventuell seien Kopfschmerzen und Schwindel auch Ausdruck dieser Überforderung und Überlastung. Nach Klinik und MRI sei keine vestibuläre und keine zerebrale Pathologie als Ursache von Schwindel oder Kopfschmerzen zu erkennen (Urk. 11/38 S. 2).

E. 3.11

Dem Neuro-Otologie-Bericht des Z.____, Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen, vom 31. Juli 2013 lässt sich die Diagnose rezidiierender Schwankschwindelanfälle bei Verdacht auf vestibuläre Migräne bei Migräne in der Kindheit, entnehmen, wobei differentialdiagnostisch eine zusätzliche zervikogene Komponente oder eine zusätzliche psychische Belastung angeführt wurden. Die Ärzte gaben an, sie interpretierten die subjektiv geschilderten Beschwerden weiterhin im Rahmen einer vestibulären Migräne. Die Beschwerden hätten sie nicht objektivieren können (Urk. 11/39 S. 1).

In ihrem Bericht vom 19. November 2013 nannten sie die Diagnose einer posttraumatischen vestibulären Migräne bei Status nach Autounfall mit schwerem Schädelhirntrauma 1989. Differentialdiagnostisch führten sie erneut eine zusätzliche zervikogene Komponente oder eine zusätzliche psychische Belastung an (Urk. 11/50 S. 1).

E. 3.13

Dr. med. O.____, Facharzt für Neurologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, gab in seiner neurologischen Standortbestimmung vom 11. Januar 2014 an, die von Prof. E.____ detailliert festgehaltenen erheblichen neuropsychologischen Funktionsstörungen mittelschweren Grades seien im Zeitpunkt des Fallabschlusses vor gut 20 Jahren sicher schon vorhanden gewesen. Bei seiner Untersuchung habe er klassisch neurologisch erhebliche Störungen beim Bewegungssehen und eine leichte, aber signifikante Beeinträchtigung der Beinmotorik links beim Hüpfen gefunden. Die meisten, vorwiegend auf Erfahrung und Routine basierenden Verrichtungen als Maurerpolier habe er offenbar gut verrichten können. Sobald es aber wegen einer Rückenaffektion zu einer Umschulung zum Bauführer gekommen sei, habe er mehrheitlich aufgrund grosser Schwierigkeiten beim Lernen versagt. Dies sei absolut nachvollziehbar und entspreche seiner langjährigen Erfahrung im Umgang mit hirnerkrankten Menschen. Typischerweise sei es bei der damit verbundenen chronischen Überforderung in den letzten Jahren zu verstärkten Problemen mit Kopfschmerzen verschiedener Art gekommen (Urk. 11/60 S. 6).

In seiner Stellungnahme vom 22. April 2014 merkte Dr. O.____ an, der Beschwerdeführer habe angegeben, praktisch nie kopfschmerzfrei gewesen zu sein. Verstärkte Kopfschmerzen bei vermehrter Belastung, hier durch Büroarbeit und intensives Lernen, seien bei hirnerkrankten Menschen klassisch (Urk. 11/70 S. 58).

E. 3.14

Dr. B.____ gab seine neurologische Beurteilung am 21. Februar 2014 ab (Urk. 11/64). Dabei führte er gestützt auf die Akten inklusive Bildgebung (Urk. 11/64 S. 1-9) aus, auch der vom Beschwerdeführer ab dem Jahr 2011 wie derholt wegen Kopfschmerzen aufgesuchte Dr. I.____ habe psychosoziale Faktoren für die Beschwerden verantwortlich gemacht und halte den Beschwerdeführer für neuropsychologisch unauffällig. Ferner sei der Beschwerdeführer im Jahr 2007 sehr eingehend durch Dr. A.____ begutachtet worden, wobei er keine auf den Unfall von 1989 zurückzuführenden Beschwerden geltend gemacht habe (Urk. 11/64 S. 10). Weiter hielt Dr. B.____ fest, ein kausaler Zusammenhang sei schon aufgrund des langen beschwerdefreien Intervalls nicht als überwiegend wahrscheinlich zu erachten. Demnach stünden die erstmals seit 2009 wie derholt dokumentierten Schwindel- und Kopfschmerzbeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in einem kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 11. Mai 1989. Bezüglich der Kopfschmerzen seien das lange beschwerdefreie Intervall und die wechselnde Präsentation

seit 2009 anzuführen. Was die Schwindelbeschwerden betreffe, so liege kein echtzeitliches Verletzungskorrelat vor, die P.____-ärztlichen Untersuchungen hätten Normalbefunde ergeben (Urk. 11/64 S. 11). Die klinischen Kriterien einer vestibulären Migräne seien nicht erfüllt (Urk. 11/64 S. 11-12). Was die beklagten kognitiven Einbußen betreffe, sei der berufliche Werdegang des Beschwerdeführers nach seiner Unfallverletzung das stärkste Argument gegen eine mit Funktionseinbußen verbundene Hirnschädigung. Dagegen spreche auch nicht der Nachweis kleinerer, möglicherweise posttraumatischer, vorwiegend links frontaler Veränderungen in der Magnetresonanztomographie. Die erhobenen neuropsychologischen Befunde bei gleichzeitig vorliegender depressiver Verstimmung seien unspezifisch und im Übrigen nicht validiert worden (Urk. 11/64 S. 12).

In der Stellungnahme vom 30. Oktober 2014 nahm Dr. B.____ eingehend zu den zusammen mit der Einsprache eingereichten Akten (Urk. 11/70) Stellung (Urk. 11/80 S. 2-6) und gelangte zum Schluss, er sehe sich nicht veranlasst, von seiner Beurteilung vom 21. Februar 2014 abzuweichen (Urk. 11/80 S. 6). Den noch schlug er vor, die MRI-Untersuchungen aus den Jahren 2009 und 2013 extern nachbefunden zu lassen (Urk. 11/80 S. 6).

E. 3.15

Die Nachbefundung erfolgte am 6. November 2015 durch Prof. C.____. Dieser gab an, die auf dem MRT-Bild aus dem Jahr 2009 ersichtlichen Substanzdefekte in der Schädelkalotte frontal links sowie kortikal und subkortikal im Gyrus frontalis medialis entsprächen sehr wahrscheinlich dem Zustand nach Einlage einer Hirndruckmesssonde frontal links mit leichtgradigem Parenchymdefekt. Ansonsten bestünden keine posttraumatischen Veränderungen (Urk. 11/82 S. 1). Im MRT-Bild vom 31. Januar 2013 sei eine geringe hämorrhagische Transformation des bereits genannten Substanzdefekts ersichtlich. Die sehr diskrete Hämosiderinablagerung im Sulcus frontalis superior entspreche insgesamt einem kleinen Parenchymdefekt sowie einer intraparenchymatösen und subarachnoidalen Einblutung nach Hirndrucksonde frontal links. Ansonsten sei keine posttraumatische Veränderung nachweisbar, insbesondere keine hämorrhagischen oder nicht hämorrhagischen diffusen axonalen Injurien (DAI) oder Hirnkontusionen. Entsprechend gelangte Prof. C.____ zum Schluss, es lägen keine direkten traumatischen Veränderungen des Gehirnparenchyms vor. Einziger vorliegender Befund sei der Zustand nach wahrscheinlich Hirndrucksondeneinlage (Urk. 11/82 S. 2).

Gestützt auf diese Befundbeschreibung durch Prof. C.____ hielt Dr. B.____ an seinen Beurteilungen vom 21. Februar und 30. Oktober 2014 fest. Er gab an, die Befundbeschreibung entspreche dem klinischen Ablauf, wonach sich der Beschwerdeführer beim Unfallereignis vom 11. Mai 1989 ein primäres Hirnödem zugezogen habe, welches durch Einlage einer ICP-Sonde überwacht worden sei. Prof. C.____ habe seine Auffassung bestätigt, wonach keine axonalen Scherverletzungen nachweisbar seien. Die von Prof. J.____ beschriebenen Veränderungen im Marklager hätten sich als nicht nachvollziehbar erwiesen. Somit fehle den geltend gemachten Einschränkungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit das organische Korrelat und die Schlussfolgerung von Prof. E.____, wonach das Leistungsbild des Beschwerdeführers lokalisatorisch auf eine bifronto-temporale Funktionsstörung hinweisend sei, entbehre einer Grundlage (Urk. 11/83 S. 2).

E. 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 Widmer

E. 4.1

Wird eine erneute Verschlechterung eines Vorzustandes im Rahmen eines Rückfalls geltend gemacht, handelt es sich um eine anspruchsbegründende Tatfrage, für die die versicherte Person die Beweislast trägt. Aufgrund des grossen zeitlichen Abstandes zwischen dem Unfall und der Rückfallmeldung sind dabei hohe Anforderungen an den Wahrscheinlichkeitsbeweis zu stellen (vgl. E. 1.5 vorstehend). Der Beschwerdeführer brachte vor, der Kausalzusammenhang sei bereits aufgrund der Schwere der Ursprungsverletzung in Verbindung mit den vorliegenden Röntgenbildern zu bejahen. Mit den von Prof. J. ___ vorgefundenen shear injuries seien unfallbedingte traumatische Veränderungen im Hirn nachgewiesen (Urk. 1 S. 9-10). Diese seien das somatische Korrelat der von Prof. E. ___ beobachteten kognitiven Defizite (Urk. 1 S. 8-11).

E. 4.2

Prof. J. ___ bestätigte in seinem Bericht vom 31. Januar 2013 als pathologischen Befund einzig Zeichen möglicher shear injuries (E. 3.10 vorstehend), was angesichts der blossen Möglichkeit von vornherein nicht mit dem Grad der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Vorhandensein von shear injuries schliessen lässt. Dies gilt umso mehr, als Prof. C. ___ den ersichtlichen Substanzdefekt als Zustand nach Hirndrucksonneneinlage beschrieb und das Vorhandensein von DAI oder Hirnkontusionen respektive insgesamt von direkten traumatischen Veränderungen des Gehirnparenchyms verneinte (E. 3.15 vorstehend). Dementsprechend hielt auch Dr. B. ___ fest, die von Prof. J. ___ beschriebenen Veränderungen im Marklager hätten sich als nicht nachvollziehbar erwiesen. Dr. G. ___ fand ebenfalls keine Anhaltspunkte für eine neoplastische Raumforderung oder eine Veränderung intrakraniell, supra- und infratentoriell (Urk. 11/40). Bereits im Jahr 1993 fiel das Schädel-CT normal aus und es war keine fokale Kontusion nachweisbar (E. 3.2 vorstehend). Die Einschätzung von Dr. B. ___, den geltend gemachten Einschränkungen fehle mit überwiegender Wahrscheinlichkeit das organische Korrelat und die Schlussfolgerung von Prof. E. ___ entbehre folglich einer Grundlage (vorstehend E. 3.15 am Ende, Urk. 11/80 S. 4), ist vor diesem Hintergrund nachvollziehbar.

Wenige Monate nach dem Unfall hatte sich der Beschwerdeführer gut erholt und es wurden eine weitere Besserung sowie eine baldige Fahrtauglichkeit prognostiziert (E. 3.1 vorstehend). 1993 war der gesamte detailliert geprüfte neurologische Status ohne pathologische Befunde und auch neuropsychologisch ergaben sich durchwegs unauffällige

Resultate, wobei der Beschwerdeführer nach vorübergehend fast vollständiger Erholung über Kopfschmerzen klagte (E. 3.2 vorstehend). Streng rechtsseitiges Kopfweh wies er erst ab August 1996 auf (vorstehende E. 3.4). Gemäss dem Bericht von Dr. A.____ war das Schädelhirn trauma 2007 residuenfrei abgeheilt und die neuropsychologischen Defizite hatten sich normalisiert (E. 3.6 vorstehend). Schwindel und Kopfschmerzen wurden im Jahr 2009 als neu aufgetreten angegeben (E. 3.8 vorstehend) und häuften sich ab Januar 2013 (E. 3.9 vorstehend). Bei diesem Verlauf, bei welchem jahrelang keine Beschwerden dokumentiert wurden und von einem vollständigen Abheilen des Schädelhirntraumas ausgegangen wurde, überzeugen die Ausführungen von Dr. B.____, wonach die Kopfschmerzen und die linksseitigen fein motorischen Störungen bereits früher aufgetreten wären, wenn sie vom Unfall herrühren würden (Urk. 11/80 S. 5-6). Die genannten Berichte bilden keine Grundlage, um von noch vorhandenen unfallbedingten Einschränkungen auszugehen.

Zudem ist der Hinweis von Dr. B.____ zutreffend, dass die von Prof. E.____ erhobenen Befunde bei gleichzeitig vorliegender depressiver Verstimmung (vgl. Urk. 11/31 S. 2) unspezifisch seien (E. 3.14 vorstehend). Zu Recht beanstandete er, dass sie mögliche Auswirkungen von Schmerzen und Verstimmung auf die Leistungsfähigkeit nicht diskutierte (Urk. 11/80 S. 5), könnten doch die kognitiven Funktionen auch deswegen eingeschränkt sein. Ferner wies auch Prof. E.____ auf einen Einfluss des Alters sowie der Schmerzen auf die kognitiven Fähigkeiten hin (Urk. 11/31 S. 2). Selbst der Beschwerdeführer hatte im Zusammenhang mit der Umschulung mehrfach Bedenken wegen seiner (nicht unfallbedingten) Rückenschmerzen, der deshalb einzunehmenden Medikamente, der dadurch verursachten Beeinträchtigung der Konzentration sowie wegen seines Alters geäussert (Urk. 3/6 S. 1, Urk. 3/7 S. 4, Urk. 3/13, Urk. 11/80 S. 2-3), wobei er die körperlichen Einschränkungen betonte (Urk. 3/6 S. 2). Seine Aufnahmefähigkeit erachtete er hingegen nur im Vergleich zu den jungen Kommilitonen - also wegen des höheren Alters - als vermindert (Urk. 3/2 S. 3). Zudem zweifelte er daran, dass er das für die Umschulung nötige Grundwissen noch präsent habe (Urk. 11/80 S. 2). An Spannungstyp-Kopfschmerzen sowie an Migräne hatte er bereits vor dem Unfall gelitten (vorstehende E. 3.4 und E. 3.12). Ferner wurden von den behandelnden Ärzten als mögliche Gründe für die Kopfschmerzen psychosoziale beziehungsweise berufliche Probleme genannt (vorstehende E. 3.7 und E. 3.9). Die angegebenen Schwindel-Beschwerden konnten nicht objektiviert werden und wurden differentialdiagnostisch mit einer zusätzlichen psychischen Belastung begründet (E.3.11 vorstehend). Mithin kommen für die allfälligen kognitiven Beeinträchtigungen sowie für die Kopfschmerzen und den Schwindel insgesamt etliche unfallfremde Ursachen in Frage, womit deren Unfallkausalität höchstens möglich, nicht hingegen überwiegend wahrscheinlich ist.

E. 4.3

Dr. M.____ äusserte sich als Rheumatologe fachfremd zu neuropsychologischen Beeinträchtigungen. Ferner begründete er die im Jahr 2015 als wahrscheinlich bezeichnete Kausalität zum Unfall vom Jahr 1989 nicht (E. 3.7, Urk. 11/79). Folglich vermag sein Bericht keine rechtsgenügende Unfallkausalität der allfälligen neuropsychologischen Schwäche darzutun.

Dr. O.____ gab an, die von Prof. E.____ festgehaltenen neuropsychologischen Funktionsstörungen mittelschweren Grades seien im Zeitpunkt des Fallabschlusses sicher schon vorhanden gewesen. Eine Verstärkung der Kopfschmerzen bei vermehrter Belastung

sei bei hirnerkrankten Menschen klassisch (E. 3.13 vorstehend). Hierzu merkte Dr. B. ___ an, aus der Tatsache, dass bei Hirnerkrankten kognitive Belastungen häufig Kopfschmerzen hervorrufen oder verstärken können, könne kein Rückschluss auf die Ursache der Kopfschmerz-Beschwerden des Beschwerdeführers gezogen werden, da dieses Phänomen unspezifisch und bei vielen Kopfschmerzformen zu beobachten sei. Diese Anmerkung von Dr. B. ___ überzeugt. Dies gilt umso mehr, als Kopfschmerzen in der gesamten Bevölkerung zu den häufigsten vorkommenden Beschwerden zählen und sich selbst nach einer traumatischen Hirnerkrankung mit Bewusstlosigkeit bei mehr als 95 % der Patienten innerhalb von weniger als einem Monat komplett zurückbilden (Urk. 11/80 S. 5). Mithin spricht auch dieser Bericht nicht gegen eine bloss mögliche Unfallkausalität.

E. 4.4

Nach dem Gesagten steht fest, dass höchstens ein möglicher, jedoch kein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang der geltend gemachten Beschwerden zum Unfall erstellt werden kann. In diesem Sinne sind auch von weiteren Abklärungen keine entscheidungsrelevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abgesehen werden kann (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 136 I 299 E. 5.3 mit Hinweisen). Demzufolge ist die Beschwerde betreffend die UVG-Leistungen abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Ursula Sintzel - Rechtsanwalt Reto Bachmann - Bundesamt für Gesundheit

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