

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00012 vom 18. September 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00012

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00012 du 18 septembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00012 del 18 settembre 2018

Erwägungen

E. 1

unten).

Mit Verfügung vom 17. August 2017 sprach ihm die Suva eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von 10 %

zu, schloss den Fall per 30. September 2017 ab und verneinte einen Rentenanspruch (Urk. 10/327). Die vom Versicherten dagegen am 13. September 2017 erhobene Einsprache (Urk. 10/339/1-7) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 30. November 2017 ab (Urk. 10/345 = Urk. 2).

E. 1.1

Am 1.

Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten 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). Dem entsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen). Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am

E. 1.3

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.4

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus vernehmungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE

115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/ aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

E. 1.5

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa): - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auf fallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfall bezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso

mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenz bereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb , vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa ; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

E. 1.6

Nach der Rechtsprechung ist bei der Beurteilung der Adäquanz von psychischen Unfallfolgeschäden wie folgt zu differenzieren: Zunächst ist abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies der Fall, sind bei Unfällen aus dem mittleren Bereich die in BGE 117 V 359 E. 6a und 382 E. 4b umschriebenen Kriterien anzuwenden. Andernfalls erfolgt die Adäquanzbeurteilung in den dem mittleren Bereich zuzuordnenden Fällen nach den Kriterien gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/ aa .

Ergeben die Abklärungen, dass die versicherte Person ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine diesem äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirn trauma erlitten hat, ist zusätzlich zu beurteilen, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Ist dies der Fall, sind für die Adäquanzbeurteilung bei Fällen aus dem mittleren Bereich die in BGE 115 V 133 E. 6c/ aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden festgelegten Kriterien (und nicht jene für Fälle mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule, äquivalenter Verletzung oder Schädel-Hirntrauma gemäss BGE 117 V 359 E. 6a und 382 E. 4b) massgebend (BGE 127 V 102 E. 5b/ bb , 123 V 98 E. 2a).

E. 1.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 , 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 2

5. April 2013 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten

gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weg gedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, die durchgeführten Untersuchungen hätten kein organisches Substrat im Sinne struktureller Veränderungen ergeben, weshalb die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs offenbleiben könne (S. 8 Ziff. 1).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), seine Beschwerden seien zumindest teilweise Folge des erlittenen Unfalls und die psychischen Beschwerden hätten sich ausschliesslich nach dem Unfall entwickelt, weshalb der natürliche Kausalzusammenhang erstellt sei (S. 7 Ziff. 1.1). Aus den Strafakten ergebe sich, dass er vorerst das Bewusstsein verloren und dieses erst allmählich wiedererlangt habe, womit die Feststellung von Dr. B. ____, es habe keine Hirnverletzung vorgelegen, nicht hinreichend begründet sei (S. 8 f. Ziff. 2.1). Dr.

C. ____ habe festgehalten, weil die Verletzung des Gesichts- und Geschmackssinnes Folge des Unfalls seien, sei erstellt, dass ein Hirntrauma vorgelegen habe (S. 9 Ziff. 2.3). Auch der von der Beschwerdegegnerin beauftragte Psychiater sei der Auffassung gewesen, es liege ein psychoorganisches Syndrom nach Schädelhirntrauma vor (S. 9 Ziff. 2.3). Bezüglich Adäquanz sei die Praxis gemäss BGE 117 V 363 und BGE 134 V 109 massgebend (S.

9 f. Ziff. 3.1). Die Adäquanz sei schon angesichts der Vergleichbarkeit des Sachverhalts mit zwei anderen, näher beschriebenen Fällen zu bejahen (S. 10 Ziff. 3.2). Es seien mehrere, einzeln genannte Kriterien erfüllt und damit die Adäquanz zu bejahen (S. 11 f. Ziff. 4). Schliesslich sei die Höhe der Integritätsentschädigung in der Einsprache zwar nicht explizit, aber sinngemäss sehr wohl in Frage gestellt worden, weshalb auch für die psychischen Beschwerden eine solche - von mindestens 50 % - zuzusprechen sei (S. 12 Ziff. 5).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob im Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids noch vorhandene Beschwerden in rechtsgenügendem Kausalzusammenhang zum erlittenen Unfall stehen, wovon abhängt, ob die Beschwerdegegnerin eine weitergehende Leistungspflicht trifft.

E. 3

1. Juli 2013 (Urk. 10/24) aus, d er Verlauf nach der Ulnafraktur sei gut (Ziff. 2a) , die Prognose ebenfalls (Ziff. 2b) . Der Versicherte beklage seit dem Unfallereignis Gedächtnisstörungen und Schwindel und befinde sich deswegen in neurologischer Behandlung (Ziff. 2c) . Aktuell erfolge eine Rehabilitationsbehandlung (Ziff. 3a).

In seinem Zwischenbericht vom 17. September 2013 (Urk. 10/31) führte Dr. E.____ aus, der Patient habe am linken Unterarm ein fast normales Bewegungs ausmass bezüglich Flexion/Extension im Ellbogen und Handgelenk sowie der Pronation/Supination erreicht. Gestört fühle er sich durch eine schmerz hafte Dysästhesie im Sinne einer Allodynie im Bereich Operationsnarbe. Dr. E.____ verordnete eine Behandlung zur Desensibilisierung der Narbe.

Am 31. Oktober 2013 wurde das Osteosynthesematerial entfernt (Urk. 10/59).

E. 3.1

Gemäss Unfallmeldung vom 25. April 2013 (Urk. 10/1) wurde der Beschwerdeführer am 25. April 2013 gegen 01.00 Uhr morgens auf der Strasse tätlich angegriffen (Ziff. 4-6) und zog sich Verletzungen im Gesicht und am linken Arm zu (Ziff. 9) , insb esondere ein Lidhämatom und ein

subkonjunktivales Hämatom am rechten Auge, eine Orbitabodenfraktur und eine Jochbeinfraktur rechts sowie eine geschlossene Trümmerfraktur der linken Ulna (vgl. Urk. 10/187 S. 9 Mitte).

E. 3.2

Im Bericht über die am 25. April 2013 erfolgte Notfallbehandlung (Urk. 10/174) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei gemäss seinen eigenen Angaben gegen 01.00 Uhr auf der Strasse angegriffen worden . Er habe sich sichtbar in alkoholisiertem Zustand befunden und angegeben, er habe 5 Gläser Wein getrun ken. Die Untersuchung habe einen normalen neurologischen Status ergeben. Der Versicherte sei wach und bewusstseinsklar, alkoholisiert , mit einem Glasgow Coma Score (GCS) von 15 gewesen. Der Blutalkoholspiegel um 04.41 Uhr habe 2.57 g/l betragen.

In einem CT des Kopfes und des Gesichtsschädels vom 25. April 2013 wurden eine Fraktur des rechten Orbitabodens und eine Schleimhautverdickung im linken Sinus maxillaris festgestellt (Urk. 10/40 = Urk. 10/176).

Ebenfalls am 25. April 2013 erfolgte eine Plattenosteosynthese an der linken Ulna (Urk. 10/43).

Im Austrittsbericht vom 26. April 2013 (Urk. 10/178; vgl. Urk. 10/177) wurde ausgeführt, radiologisch nachgewiesen

seien eine geschlossene Trümmerfraktur der linken Ulna und eine Jochbeinfraktur rechts. Eine begleitende Okulomotorik störung liege nicht vor .

E. 3.3

Im Bericht über eine Computertomographie des Gehirns und Gesichts vom 10. Mai 2013 (Urk. 10/37 = Urk. 10/339/58) wurden eine kleine

Stufenbildung im vorderen Anteil des rechten Orbitabodens ohne muskuläre Einklemmung und eine polypoide Verdickung der Schleimhaut im linken Sinus maxillaris beschrieben .

Weitere knöcherne Läsionen wurden nicht beschrieben . Eine cerebrale Läsion wurde nicht erwähnt.

E. 3.4

Am 27. Mai 2013 erstattete Dr. D.____ , Fachärztin für Neurologie, einen Zwischenbericht (Urk. 10/41 = Urk. 10/339/10). Sie führte unter anderem aus , der Patient sei am 25. April 2013 angegriffen worden und habe eine traumatische Hirnverletzung mit Bewusstseinsverlust, Unterarmfrakturen, Rippentrauma, Kieferfraktur rechts und Ulnafraktur rechts erlitten. Er leide unter anhaltendem Schwindel, einer Diplopie (Doppelbilder) des rechten Auges und vor allem an Verwirrtheit und Konzentrationsstörungen. Die Computertomographie des Kopfes vom 25. April 2013 sei normal gewesen. Sie gehe davon aus, dass die von ihr näher beschriebenen Konzentrationsstörungen auf ein subjektives postkommotionelles Syndrom des Versicherten zurückgingen, welcher von dem Angriff schockiert sei.

E. 3.5

Im Bericht über ein MRI des Kopfes vom 4. Juni 2013 (Urk. 10/39) wurde in der hinteren Schädelgrube ein Normalbefund beschrieben . Auch supratentoriell fanden sich keine Signalveränderung des Hirnparenchyms und keine Hinweise auf ein intra- oder perizerebrales Hämatom.

E. 3.6

Dr. E.____ , Facharzt für Chirurgie und Traumatologie , führte in seinem Zwischenbericht vom

E. 3.7

Dr. D.____ (vorstehend E. 3.4) berichtete am 27. September 2013 (Urk. 10/36) , der Versicherte klagt über Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen. Es liege ein reaktiver depressiver Zustand vor. Die Bildgebung sei normal gewesen. Es sei eine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt worden .

E. 3.8

Am 10. Dezember 2013 erstattete Dr.

F.____ , Fachärztin für Psychiatrie , einen Zwischenbericht (Urk. 10/62). Auf Ersuchen seines Hausarztes habe sich der Versicherte erstmals am 15. November 2013 wegen posttraumatischer psychischer und kognitiver Störungen vorgestellt (Ziff. 1) . Er habe eine depressive Verstimmung mit Reizbarkeit, Rückzugstendenzen, ängstlichem Grübeln gezeigt (Ziff. 2) . Er weise eine Hypervigilanz und Schreckreaktion auf und fühle sich außerhalb seiner Wohnung unsicher. Er habe Gedächtnis-, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen beklagt. Bei ihrer Untersuchung habe sie ängstlich-depressive Symptome mit Charakteristika einer posttraumatischen Belastungsstörung gefunden. Die von einer Neurologin festgestellten kognitiven Störungen seien von ihr bezüglich Organizität oder Subjektivität nicht einzuordnen , eine weitere Abklärung wäre nützlich (Ziff. 3) . Die Beschwerden des Versicherten seien zweifelsfrei eine Folge der Aggressionshandlung vom 25. April 2013 (Ziff. 4) . Es sei

am 15. November 2013 eine medikamentöse antidepressive Behandlung begonnen worden (Ziff. 6) . Für eine prognostische Aussage sei es noch zu früh (Ziff. 7) .

E. 3.9

Am 7. Januar 2014 erstattete Dr. C.____ , Fachärztin für Neuro logie, einen Zwischenbericht (Urk. 10/65 = Urk. 10/339/19-22). Diagnostisch hielt sie unter anderem ein Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstseinsverlust mit Orbitabodenfraktur rechts, einen Verdacht auf posttraumatische Belastungs störung (PTBS) und eine Ulnafraktur links fest (S. 1 unten). Der Schwindel habe sich gemäss den Angaben des Patienten praktisch vollständig zurückgebildet . Auch die initial vorhandenen Kopfschmerzen seien teilweise verschwunden. Das S ehen sei gut, es lägen keine Doppelbildwahrnehmungen oder Einschränkungen des Gesichtsfelds vor . Gelegentlich träten noch Ohrgeräusche auf. Unter der Behandlung habe sich die Stimmung verbessert. Noch immer werde d er Patient durch banale Ereignisse verängstigt. Im Verhalten sei er reizbar und cholerisch geworden, habe Mühe, seine Gefühle zu bremsen. Hauptbeschwerde seien die Konzentrationsstörungen. Das Altgedächtnis sei erhalten, hingegen ver gesse er kurz zurückliegende Ereignisse (S 2) . Zum Status führte sie aus, der Patient sei in erhaltenem Allgemeinzustand, wirke nur m ä ssig gepflegt, affektiv herab gestimmt, verängstigt und verlangsamt . Seine Schilderungen seien ungenau und wenig ergiebig (S. 3 oben) . Im Vordergrund stünden eine verminderte kör perliche und geistige Ausdauer und neuropsychiatrische Störungen. Ferner bestehe links eine Anosmie (S. 3 Mitte).

Der Patient dürfe wegen des Verdachts auf Absenzen sowie neuropsychiatrischen und neuropsychologischen Störungen kein Fahrzeug lenken. Die Arbeitsun fähig keit betrage weiterhin 100 % (S. 3 unten).

E. 3.10

In einem EEG vom 5. Februar 2 014 wurden während ein er 90-minütigen Ablei tung ein normale r Wachrhythmus und einige Minuten im Schlafstadium I be schrieben (Urk. 10/70) .

Am 1. und 5. Februar 2014 erfolgte eine neuropsychologische Untersuchung , über welche am 11. Februar 2014 berichtet wurde (Urk. 10/74/4-6 = Urk. 10/339/23-25). Beschrieben wurden eine verbale Merkspanne an der Grenze der unteren Norm, eine Teilleistungsminde rung der Aufmerksamkeit sowie starke Hinweise auf eine Angststörung und mittelstarke auf eine Depression. Sprache, Wahrnehmung, Rechnen, Gedächtnis- und Exekutiv-Funktionen wurden als nor mal be urteilt. D ie Befunde stimmten mit den Beschwerden des Versicherten und den

Schilderungen der Ehefrau überein und seien mit einer traumatischen Hi rn verletzung vereinbar. D ie Fahreignung soll t e überprüft werden (S. 3).

E. 3.11

Dr.

C.____ (vorstehend E. 3. 9) erstattete am 3. Juni 2014 einen Zwi schenbericht (Urk. 10/81 = Urk. 10/87/3-6). Der Versicherte sei gemäss eigenen Angaben kaum aktiver geworden. Er arbeite etwas im Garten , ermüde aber sehr schnell. Bei raschem Lagewechse l komme es zu Schwindel. Einmal habe er beim raschen Aufstehen kurz das Bewusstsein verloren (S. 2 oben) . Zur Untersuchung habe sich der Versicherte erstmals gepflegt vorgestellt. Die

Stimmung sei nur m ä ssig gedrückt, bei der Erwähnung der Kündigung - per 3 1. Juli 2014 (Urk. 10/76) - durch die Arbeitgeberin

seien ihm allerdings Tränen gekommen . Insgesamt habe er dynamischer gewirkt. Seine Schilderungen seien ausdrucksrei cher und genauer gewesen. (S. 3 Mitte).

E. 3.12

Am 2.

Mai 2014 wurde über eine am 2 3. April 2014 erfolgte rhinologische Untersuchung berichtet (Urk. 10/134/2-3). Es wurde n eine chronische Rhinosin u sitis , ein Status nach einem Papillom der linken Nasenhöhle, eine bilaterale Hyposmie , eine linksseitige Minderung des Geschmackssinns sowie Phantosmien diagnostiziert (S. 1 unten) .

Eine Röntgenuntersuchung des linken Handgelenks am 2 2. August 2014 zeigte eine gute Stellung der Knochenstrukturen (Urk. 10/100).

E. 3.13

Dr.

C.____ (vorstehend E. 3.9) berichtete am 2. September 2014 (Urk. 10/106), die Schwindelsymptomatik sei weniger stark ausgeprägt. Seit ein er Brillenanpassung träten keine Doppelbilder mehr auf. Die Stimmung habe sich leicht verbessert, Angstanfälle seien weniger häufig. Im Vordergrund stünden eine physische und mentale Erschöpfung, die den Versicherten sehr stark ein schränkten (S. 2 Mitte) . Bis zur nächsten Konsultation sei e ine Arbeitsunfähigkeit von 100 % beizubehalten (S. 2 unten).

Am 9.

Dezember 2014 berichte te Dr.

C.____ (Urk. 10/121), auf

Anra ten von Freunden habe der Versicherte Mitte November alle Medikamente abge setzt. Er sei darauf hin am Abend des 3 0. November 2014 n otfall m ä ssig hospita lisiert werden (vgl.

Urk. 10/123) . Er s ei gewalttätig und desorientiert gewesen und habe von den Rettungs sanitä te rn kaum gebändigt werden können. Er habe absichtlich den Kopf an die Wand geschlagen und sei gegenüber seiner Ehefrau gewalttätig geworden. Er sei drei Tage hospitalisiert gewesen und habe nur ein geschränkte Erinnerungen an das Ereignis. Noch immer könne er infolge eines Angstgefühls das Haus nicht verlassen. Er habe Angst vor Menschen und den Eindruck, schief angesehen zu werden. Auch befürchte er, dass etwas Schlimmes geschehen könne (S. 2 oben) . Nach Aussagen der Ehefrau fühle sich der Versi cherte zu Hause wohl, vor alle m wenn die Wohnung abgeschlossen sei (S. 2 Mitte) .

In ihrem Zwischenbericht vom 1 0. März 2015 (Urk. 10/132) führte Dr.

C.____ aus , d er Versicherte habe weiterhin über Müdigkeit geklagt und fühle sich gar erschöpft. Er könne kaum vor 09.30 oder 10.00 Uhr morgens aufstehen und könne tagsüber nichts erledigen. Die Stimmung habe sich leicht verbessert, es träten weniger Stimmungsschwankungen auf. Bei den leichtesten Zwischen fällen rege er

si c h auf. Nach Angaben der Ehefrau gehe es kaum besser. Unter Medikamenten sei ihr Mann ruhiger (S. 2 oben) .

In ihrem Zwischenbericht vom 2. Juni 2015 (Urk. 10/137 = Urk. 10/150) führte Dr.

C.____, aus, und immer stehe die Müdigkeit im Vordergrund. Der Versicherte habe auch eine Lärmempfindlichkeit angegeben. Die Tagesplanung funktioniere nicht (S. 2). Der Patient sei klarerweise zu keiner wie auch immer gearteten beruflichen Tätigkeit fähig (S. 3 oben).

E. 3.14

Am 6. Juli 2015 erstattetete Dr. F.____ (vorstehend E. 3.8) einen Zwischenbericht (Urk. 10/154 = Urk. 10/339/13-14). Darin führte sie aus, der Versicherte habe seinen früheren Zustand noch nicht wieder erreicht. Er fühle sich verlangsamt, abgeschlagen und ermüdbar, beklage Konzentrationsstörungen, sozialen Rückzug und Verhaltensveränderungen. Ausserdem habe er Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen. Aktuell werde er mit einem Antidepressivum sowie einem sedierenden und stimmungsstabilisierenden Antipsychotikum behandelt. Im Verlauf hätten sich die Stimmung und die posttraumatischen Symptome deutlich verbessert. Eine zumutbare Arbeitsfähigkeit bestehe nicht (S. 1).

E. 3.15

Dr.

G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 8. Juli 2015 einen Zwischenbericht (Urk. 10/156 = Urk. 10/339/27-28). Darin führte er aus, die neuropsychologischen und neuropsychiatrischen Symptome hätten sich im Verlauf leicht gebessert. Die Hauptsymptome seien immer noch stark hindernd und schränkten den Versicherten selbst bei einfachen Tätigkeiten zu Hause ein. Mit Hilfe von Therapeuten und der Ehefrau sei ein Aktivitätenplan erstellt worden, der ein Minimum an körperlicher und mentaler Aktivität vorsehe. Die Stimmung sei unter der aktuellen Behandlung stabilisiert, dennoch müssten Stressfaktoren vermieden werden (S. 1 Ziff. 1). Der Versicherte beklage in erster Linie eine extreme Müdigkeit, sobald er eine Tätigkeit beginne, welche Konzentration oder körperliche Anstrengung erfordere. In neuen Situationen wisse er sich nicht alleine zu helfen. Er verlege Gegenstände, habe Mühe einer Konversation mit mehreren Personen zu folgen, sei lärmempfindlich und fühle sich oft kritisiert. Der Versicherte sei im Verlauf etwas zugänglich geworden und beteilige sich aktiver an der Behandlung. Er habe aber wenig Zukunftshoffnungen, eine Schwunglosigkeit und eine affektive Monotonie (S. 1 f. Ziff. 2). Es sei eine langfristige medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung erforderlich. Die Prognose sei auf funktioneller Ebene als schlecht anzusehen. Im Vordergrund stehe die Verbesserung der Lebensqualität (S. 2 Ziff. 4). Eine Arbeitstätigkeit sei nicht zumutbar (S. 2 Ziff. 5).

E. 3.16

Am 3. August 2015 erstattete Dr. H.____, Facharzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Suva, Bereich Arbeitsmedizin,

eine ärztliche Beurteilung. Darin führte er aus, bei dem Versicherten sei in der früheren Anamnese eine Polyposis

nasi bekannt, welche allerdings nicht im kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 25. April 2013 stehe. Weitere ORL-ärztlich relevante Beschwerden seien in den verfügbaren Unterlagen nicht feststellbar (Urk. 10/162).

E. 3.17

Dr.

C. ___ führte in ihrem Zwischenbericht vom 25. August 2015 (Urk. 10/167) aus, der Versicherte klagt weiterhin über starke Müdigkeit. Er könne kaum vor 11.00 Uhr morgens aufstehen. Reizbarkeit trete jetzt überwiegend am Ende des Tages auf. Noch immer liege eine starke Lärmempfindlichkeit vor. Die Stimmung werde als gut beschrieben. Die Neurologin hielt den Zustand für stabilisiert. Er sei jedoch nicht arbeitsfähig.

E. 3.18

Dr. I. ___ führte in einer ORL-ärztlichen Stellungnahme vom 25. August 2015 (Urk. 10/175) aus, der Versicherte sei am 26. April 2013 konsiliarisch wegen einer nicht-dislozierten Orbitabodenfraktur gesehen worden. Er habe eine Schwellung, ein Monokelhämatom, eine Lidwunde und eine subkonjunktivale Einblutung aufgewiesen. Es habe keine Störung der Okulomotorik und kein Doppelsehen vorgelegen, auch keine Sensibilitätsstörung im Versorgungsbereich des zweiten Trigeminusastes oder der Zähne. Eine chirurgische Operationsindikation habe nicht bestanden. Eine weitere Untersuchung sei am

2. Juli 2013 erfolgt. Der Verlauf sei günstig gewesen. Man habe eine orthoptische Untersuchung wegen leichter Akkommodationsstörungen vorgelegen. Eine MRI Untersuchung des Kopfes habe einen Normalbefund ergeben. Eine Computertomographie des Gesichtsschädels habe einen Polypen im linken Sinus maxillaris nachgewiesen. Es habe auch ein paroxysmaler posttraumatischer Schwindel mit Ohrgeräuschen und Kopfschmerzen vorgelegen.

E. 3.19

Gemäss dem radiologischen Bericht vom 7. September 2015 (Urk. 10/183 = Urk. 10/339/46-47 = Urk. 10/339/60-61) zeigte ein MRI des Kopfes keine wesentliche Anomalie, insbesondere keine verdächtige Signaländerung auf Hämosiderin-sensitiven Sequenzen. Es wurden keine Raumforderung, keine pathologische Kontrastmittelaufnahme oder Signalalteration im Sinne einer posttraumatischen Veränderung beschrieben. Bestimmte kleinste Signalalterationen seien aufgrund ihrer geringen Zahl und Verteilung als nicht spezifisch anzusehen.

E. 3.20

Dr. B. ___, Facharzt für Neurologie, Suva Versicherungsmedizin, gab am 1. Oktober 2015 eine ärztliche Beurteilung ab (Urk. 10/187). Er hielt anamnestisch fest, der zum Unfallzeitpunkt 47-jährige Versicherte sei am frühen Morgen des 25. April 2013 Opfer einer Aggression geworden. Laut Polizeibericht sei er beim Besteigen seines Fahrzeugs von einem Unbekannten ins Gesicht geschlagen worden. Er habe sich dabei ein Lidhämatom und ein subkonjunktivales Hämatom am rechten Auge mit 1.5 cm grosser Platzwunde sowie eine Orbitabodenfraktur und eine Jochbeinfraktur rechts zugezogen. Hinzu kam als mögliche Parierverletzung eine geschlossene Trimmerfraktur der linken Ulna. Beim Spital eintritt sei ein GCS von 15 dokumentiert, der neurologische Status sei als unauffällig angegeben worden. Die Bildgebung vom 25. April 2013 sei bezüglich intrakranieller Strukturen als unauffällig befunden worden. Die Platzwunde sei mit Klebestreifen adaptiert, die Ulnafraktur osteosynthetisch behandelt worden. Der Versicherte sei am Folgetag nach Hause entlassen worden (S. 9 Mitte).

Echtzeitlich seien keine Bewusstlosigkeit und keine Amnesie für das Ereignis dokumentiert. Von einem Bewusstseinsverlust bei dem Ereignis vom 25. April 2013 sei erst in dem Bericht der Neurologin Dr. D.____ vom 27. Mai 2013 die Rede (vgl. vorstehend E. 3.4). Die Vorstellung bei der Neurologin und weitere Bildgebung seien wegen anhaltender Beschwerden wie Schwindel, Doppeltsehen des rechten Auges und vor allem Verwirrtheit und Konzentrationsstörungen erfolgt. MR-tomographisch hätten sich am 4. Juni 2013 keine Traumafolgen nachweisen lassen (vgl. vorstehend E. 3.5). Auch eine weitere Untersuchung am 7. September 2015, welche explizit nach Traumafolgen gefahndet habe (vgl. vorstehend 3.19), habe keine dementsprechenden Hinweise gegeben (S.

9 unten).

Störungen von Riech- und Geschmackssinn habe der Versicherte erst anlässlich der ersten Konsultation bei der Neurologin Dr.

C.____ im Januar 2014 angegeben (vgl. vorstehend E. 3.9).

Der zweimal konsultierte Rhinologe habe eine bilaterale, links-betonte Riechstörung bei gleichzeitig vorliegender chronischer Rhinosinusitis festgestellt (vgl. vorstehend E. 3.12). Er habe die Befunde im Verlauf diskutiert und sie im Sinn einer unfallbedingten Verschlechterung des Vorzustandes

interpretiert, da die im Verlauf eingetretene Besserung nur schwer mit der stabilen Rhinosinusitis zu erklären sei. Allerdings lasse sich vom Unfallmechanismus und der Bildgebung her eine Verletzung des Frontalhirns beziehungsweise des Riechnervs nicht nachvollziehen (S. 9 f.).

Die geklagten Doppelbilder gingen nach Auswertung des Dossiers nicht auf die Orbitabodenfraktur, sondern auf einen nicht korrigierten Astigmatismus zurück, nach Anpassung einer geeigneten Brille seien sie rückläufig gewesen (S. 10 oben).

Die im Februar 2014 erhobenen neuropsychologischen Befunde seien mit einer traumatischen Hirnverletzung für vereinbar gehalten worden (vgl.

vorstehend E.

3.10). Allerdings seien pathologische Befunde wie eine verbale Merkspanne an der Grenze der unteren Norm und Teilleistungsminderungen im Bereich der Aufmerksamkeit lokalisatorisch und ätiologisch unspezifisch. In diesem Zusammenhang sei daran zu erinnern, dass eine unfallbedingte strukturelle Hirnläsion nicht nachgewiesen sei. Differentialdiagnostisch seien hier die dokumentierten Hinweise auf eine Angststörung und auf eine Depression zu beachten (S. 10).

Zudem sei der Versicherte bei dem Ereignis vom 25. April 2013 stark alkoholisiert gewesen, was übereinstimmend aus dem Notfallbericht und dem Polizeirapport hervorgeht und durch Blutuntersuchung mit Nachweis eines Blutalkoholspiegels von 2.57 g/l bestätigt worden sei. Die Angabe des Versicherten über den Genuss von lediglich 5 Gläsern Wein am betreffenden Abend wirke in diesem Zusammenhang wenig glaubhaft. Man müsse im Gegenteil aus der Tatsache, dass er in diesem Zustand zu Fuß

zu seinem Auto gegangen sei und später im Notfall keine Gleichgewichtsstörungen aufgewiesen habe, schliessen, dass bei ihm eine erhebliche Gewöhnung an Alkohol, möglicherweise vom Ausmass einer Alkoholabhängigkeit, vorliege. Diese Annahme werde auch durch die vorliegende Bildgebung mit einer das Altersmass übersteigenden Hirnatrophie gestützt (S. 10 Mitte).

Dr. B. formuliert als Schlussfolgerung, der Beschwerdeführer habe beim Ereignis vom 25. April 2013 ein Trauma des rechtsseitigen Gesichtsschädels erlitten. Dieses sei anamnestisch, fotografisch und radiologisch belegt. Hinweise für eine traumatische Hirnverletzung ergeben sich aus der Anamnese und den echtzeitlichen Befunden jedoch nicht. Auch habe durch adäquate Bildgebung wiederholt keine strukturelle, auf das Ereignis vom 25. April 2013 zu beziehende Hirnläsion festgestellt werden können. Somit seien aus neurologischer Sicht die geschilderten Beschwerden wie Müdigkeit, Reizbarkeit, Schwunglosigkeit und affektive Monotonie nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das genannte Ereignis zurückzuführen. Differentialdiagnostisch zu erwägen seien Angststörung, Depression, Alkoholabhängigkeit oder beginnende Demenz (S. 10 unten).

E. 3.21

Am 14. Oktober 2015 gab Dr. J., Fachärztin für Chirurgie, eine kreisärztliche Beurteilung ab (Urk. 10/192). Sie führte aus, bezüglich der Folgen der Orbitabodenfraktur sei die Situation stabilisiert und rechtfertige keinen Integritätschaden. Die psychischen Unfallfolgen sollten gesondert beurteilt werden. Was die Fraktur der linken Ulna betreffe, so sei der Verlauf zufriedenstellend. Röntgenaufnahmen vom 20. August 2014 zeigten erhaltene Gelenkverhältnisse. Es gebe keinen Anlass, eine langfristige Behandlung zu übernehmen, ausser allenfalls Entzündungshemmer und Schmerzmittel bei wieder aufflammenden Beschwerden. Für den Status nach Fraktur, Osteosynthese und Materialentfernung des Osteosynthesematerials an der distalen Ulnadiaphyse sei keine Integritätschädigung geschuldet (S. 7).

E. 3.22

Dr.

C. führte in ihrem Bericht vom 20. November 2015 (Urk. 10/196) aus, der Versicherte klagt weiterhin über Müdigkeit und Ermüdbarkeit, die Lärmempfindlichkeit sei schwer ausgeprägt. Die Stimmung sei gut, die psychiatrische Behandlung tue ihm gut (S. 2 Mitte). Eine

rhinologische Untersuchung am 18. Februar 2015 habe eine mehr oder weniger stabile Situation gezeigt (Anosmie links, Hyposmie rechts und Dysgeusie). Im neurologischen Status sei die Stimmung gegenüber dem Befund vom 25. August 2015 verbessert, die Krankheitseinsicht habe zugenommen. Insgesamt sei die Situation 2 Jahre und 7

Monate nach der traumatischen Hirnverletzung stationär (S. 2). Noch immer sei der Versicherte nicht in der Lage, irgendeine berufliche Aktivität auszuüben (S. 3 oben).

E. 3.23

Am 24. November 2015 erstattete Dr. K., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Abteilung Versicherungsmedizin, eine psychiatrische Beurteilung (Urk. 10/197). Eine traumatische Hirnverletzung sei nicht objektivierbar und unsicher. Die Frage nach Ätiologie und Diagnostik des aktuellen Beschwerdebildes sei deshalb mit einer breit

offenen Differential diagnose neu aufzurollen (S. 4 unten) . Sie diskutierte die Umstände des Ereignisses vom 2 5. April 2013 , insbesondere die Tatsache, dass der Versicherte zum Tatzeitpunkt einen Blutalkoholspiegel von 2 . 57 g/l aufgewiesen habe, und deutete diese im Sinne einer Toleranzentwicklung des Versicherten gegenüber Alkohol, welche für eine chronische erhebliche Alkoholfuhr, möglicherweise vom Ausmass einer Alkoholabhängigkeit, spreche. Die in der Bildgebung aufgedeckte Hirn atrophie mit Beteiligung des Kleinhirns spreche ebenfalls stark für diese Annahme (S. 5) . Bezüglich einer möglichen posttraumatischen Belastungs störung fehlten die entsprechenden Kardinalsymptome. Das Zustands bild des Versicherten passe sowohl zu einer depressiven Symptomatik als auch zu einem hirnorganischen Prozess oder zu einer Kombination dieser beiden Störungen (S.

E. 3.24

Dr.

C.____ führte in ihrem Bericht vom 2 6. Februar 2016 (Urk. 10/212) aus, seit den drei Monaten seit der letzten Untersuchung sei die Entwicklung relativ stationär (S. 2 unten). Angesichts der erheblichen Müdigkeit des Versicherten stelle sie die Frage nach einem allfälligen Schlaf-Apnoe-Syndrom. Hinsichtlich der vom Versicherten geschilderten Anstrengungsdyspnoe werde sie eine pneumologische Abklärung veranlassen (S. 3 oben).

E. 3.25

Kreisärztin Dr. J.____ (vorstehend E. 3.21) führte in ihrer Beurteilung vom 2 5. April 2016 (Urk. 10/219) aus, bezüglich der Fraktur der linken Ulna liege keine residuelle Läsion im Radiokarpalgelenk vor. Unter Berücksichtigung der objektiven Befunde habe man keine Veranlassung, irgendwelche Einschränkungen zu formulieren, einen Integritätsschaden anzunehmen oder eine langfristige Behandlung zu übernehmen (S. 8) .

E. 3.26

Dr.

C.____ führte in ihrem Bericht vom 3 1. Mai 2016 (Urk. 10/236) aus, das Absetzen eines bestimmten Medikamentes durch den behandelnden Psychiater habe die Ermüdbarkeit nicht vermindert. Im Gegenteil hätten sich seit dem Lärmempfindlichkeit und Reizbarkeit verstärkt (S. 2 Mitte). Drei Jahre und einen Monat nach dem Unfallereignis sei der Verlauf stationär (S. 3 oben) . Noch immer sei der Versicherte für eine berufliche Tätigkeit nicht geeignet (S. 3 Mitte) .

E. 3.27

Am 1. Juli 2016 wurde über eine am 1. Juni 2016 erfolgte polysomnographische Untersuchung im Schlaflabor berichtet (Urk. 10/241 = Urk. 10/242). Die Untersuchung habe ergeben, dass der Patient etwas weniger als 8 Stunden 30

Minuten schlafe. Die Schlaffeffizienz sei aufgrund einer gewissen Fragmentierung des Schlafs leicht vermindert. Es liege eine Verminderung des Tiefschlafs und eine Vermehrung des leichten Schlafs vor. Letztere stehen im Zusammenhang mit einem Schlafapnoe-Syndrom . Die Untersuchung habe darüber hinaus häufige periodische Bewegungen der Beine im Schlaf ergeben , welche gelegentlich mit Armbewegungen assoziiert seien. Auch liege eine exzessive Tagesschläfrigkeit vor, zu der auch eine depressive Symptomatik beitrage. Vorgeschlagen wurden eine CPAP-Therapie sowie

Laboruntersuchungen zur

Abklärung der Beinbewegungen (S. 2 Mitte) .

E. 3.28

Am 17. August 2016 erstattete Dr. B.____ (vorstehend E. 3.20) eine weitere neurologische Beurteilung (Urk. 10/248). Er führte aus, polysomnographische Untersuchungen erlauben keinen Rückschluss auf eine allfällige Hirnverletzung, eine solche sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Das obstruktive Hypopnoe-Syndrom trete

beim Beschwerdeführer vorwiegend in Rückenlage auf

und werde durch dessen Adipositas begünstigt. Auch im kausalen Zusammenhang der Hypopnoen und der periodischen Beinbewegungen im Schlaf mit dem Ereignis vom 25. April 2013 sei nicht überwiegend wahrscheinlich (S. 4 Mitte) .

E. 3.29

Dr. H.____

(vorstehend E. 3.16) berichtete am 30. September 2016 über seine am 13. September 2016 erfolgte Untersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 10/256) . Er kam zusammenfassend zum Schluss, es sei eine schwere Entzündung der oberen Luftwege mit ausgeprägter Schleimhauteosinophilie

nachweisbar, begleitet von einer reduzierten Nasenatmung sowie von einer eher diskreten Hyposmie . Erhebliche Unfallfolgen lägen zum Untersuchungszeitpunkt aus ORL ärztlicher Sicht nicht vor (S. 3 Mitte).

Am 24. Oktober 2016 wandte sich Dr. M.____, Universitätsspital N.____, an Dr. H.____ und legte dar, aus welchen Gründen er mit dessen Beurteilung nicht einverstanden sei (Urk. 10/261 = Urk. 10/339/64-65) .

Dr. H.____

führte sodann am 8. November 2016 aus, bei den von Dr. M.____ erhobenen, ursächlich dem Unfallereignis vom 25. April 2013 zugeordneten Befunden handle es sich um eine erhebliche Störung des Geruchsinnes, die doch einem unfallbedingten, entschädigungspflichtigen Integritätsschaden von 10 % entspreche (Urk. 10/266) .

Dr. M.____ führte in seinem Bericht vom 23. Februar 2017 über die am Vortag erfolgte Konsultation (Urk. 10/295

=

Urk. 300/2-3 = Urk. 10/339/66-67) unter anderem aus, die Beurteilung der Integritätseinbusse mit 10 % erscheine ihm vernünftig (S. 1 unten).

Am 18. Juli 2017 hielt Dr. H.____

fest, rein aus ORL ärztlicher Sicht könne dem Versicherten seine frühere Tätigkeit voll zugemutet werden (Urk. 10/323) .

E. 3.30

Dr.

C.____

attestiert in ihren Berichten vom 6. Dezember 2016 (Urk. 10/280), 7. März (Urk. 10/299) , 30. Mai (Urk. 10/307), 29. August (Urk. 10/336 = Urk. 10/339/29-32) und 4. September 2017 (Urk. 10/338 = Urk. 10/339/62-63) weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit. 4. 4.1

In einem ersten Schritt ist zu klären, wie es sich mit einem allfälligen Schädel-Hirn-Trauma verhält.

Bildgebend wurde zu keinem Zeitpunkt eine Hirnverletzung festgestellt , weder eine frische im April (vorstehend E. 3.3), Mai (vorstehend E. 3.3) und Juni 2013 (vorstehend E. 3.5), noch eine durchgemachte im September 2015 (vorstehend E.

3.19). Vor diesem Hintergrund erweist sich die Schlussfolgerung Dr. B.____ s, aus der Anamnese und den echtzeitlichen Befunden ergäben sich keine Hinweise auf eine traumatische Hirnverletzung, weshalb für die geschilderten Beschwerden andere Ursachen (eine Angststörung, eine Depression, eine Alkoholabhängigkeit, und - möglicherweise damit zusammenhängend - eine Hirnatrophie oder eine beginnende Demenz) in Betracht fielen (vorstehend E. 3.20), als nachvollziehbar begründet und gut belegt.

Dass der Beschwerdeführer im Rahmen der polizeilichen Befragung (Urk. 3/6) angab, nach dem Fausthagel habe er ein Blackout gehabt und könne sich nur noch an einzelne Stimmen und sodann die Ambulanz erinnern (S. 1 Mitte), belegt keinen effektiven Bewusstseinsverlust und schon gar nicht eine (bildgebend inexistente) Hirnverletzung, sondern ist ohne weiteres mit dem extrem hohen Alkoholpegel in diesem Zeitpunkt erklärbar. Die Neurologinnen Dr. D.____ (vorstehend E. 3.4) und Dr. C.____ (vorstehend E. 3.9) erwähnten in ihren Berichten zwar einen Bewusstseinsverlust, nannten für ihre Angabe jedoch keinerlei Begründung, so dass sie nicht nachvollziehbar bleibt. Dass der begutachtende Psychiater ein postkommotionelles Syndrom diagnostizierte (vorstehend E. 3.23), kann nicht ausschlaggebend sein, wenn bildgebend gar keine Hirnverletzung festzustellen war. Gleiches gilt für die Angabe, aus neuropsychologischer Sicht seien die Befunde mit einer traumatischen Hirnverletzung vereinbar (vorstehend E. 3.10).

Damit steht fest, dass auf die Beurteilung durch Dr. B.____ abzustellen ist, und es beim Unfall vom 25. April 2013 nicht zu einer Hirnverletzung gekommen ist. 4.2

Verlauf und Prognose der Ulnafraktur wurden bereits im Juli 2013 als günstig beurteilt (vorstehend E. 3.6), was im September 2013 klinisch (vorstehend E. 3.6) und im August 2014 bildgebend (vgl. vorstehend E. 3.12) bestätigt wurde. Die Orbitabodenfraktur

und die Jochbeinfraktur fanden ausser in den Berichten über die Erstbehandlung (vorstehend E. 3.2) in der Folge gar keine Erwähnung mehr. Aus den Berichten der behandelnden Neurologin (vorstehend E. 3.9, 3.11, 3.13, 3.17, 3.22, 3.24, 3.26, 3.30) ergeben sich sodann keine Anhaltspunkte für andere Beeinträchtigungen als die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden wie Müdigkeit, Reizbarkeit, Schwunglosigkeit und affektive Monotonie.

Im Zeitpunkt des angefochtenen Entscheides lagen damit keine objektivierbaren somatischen Beeinträchtigungen mehr vor. 4.3

Beim Unfall ist es nicht zu einer Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule (HWS), einer dieser äquivalenten Verletzung oder einem Schädel-Hirntrauma gekommen. Zudem wurde

bereits im September 2013 über einen reaktiven depressiven Zustand berichtet (vorstehend E. 3.7) und die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung setzte Mitte November 2013, mithin knapp 7 Monate nach dem Unfall, ein (vgl. vorstehend E. 3.8). Für die Adäquanzbeurteilung massgebend ist somit die auf BGE 115 V 133 fussende Praxis (vorstehend E. 1.6). 4.4

Tätlichkeiten ordnet die Rechtsprechung zumeist im Bereich der mittelschweren Unfallereignisse ein (Urteile des Bundesgerichts 8C_893/2012 vom 14. März 2013 E. 4.1 und 8C_681/2010 vom 3. November 2010 E. 6.2). Dies gilt etwa für folgende Urteile: 8C_595/2015 vom 23. August 2016, 8C_681/2010 vom 3. November 2010 E. 6.2, 8C_281/2010 vom 28. September 2010 E. 4.1, 8C_476/2010 vom 7. September 2010 E. 4, 8C_1062/2009 vom 31. August 2010 E. 4.2.1, 8C_1032/2009 vom 11. Mai 2010 E. 4, U 98/06 = SVR 2007 UV Nr. 29 E. 3.2, U

105/05 vom 14. Juni 2005 E. 2.3, U 37/94 vom 21. August 1997 E. 5a und RKUV 1996 Nr. U 256 S. 215, U 215/94 E. 6b/ bb . 4.5

Vereinzelt wurde ein entsprechendes Ereignis als mittelschwer an der Grenze zu einem schweren eingeordnet, so namentlich bei - einem Versicherten, dem im Verlauf einer tätlichen Auseinandersetzung ein grosses Fleischmesser (23 cm lange und 4.2 cm breite Klinge) in den Magen gestochen wurde (8C_519/2008 vom 28. Januar 2009 E. 5.2.2) - einem Versicherten, der nachts von zwei verummten Einbrechern in der eigenen Wohnung mit Eisenstangen auf den Kopf geschlagen wurde (U 382/06 vom 6. Mai 2008 E. 4.2 und 4.3) - einem Versicherten, der von drei Unbekannten zu Boden geworfen und mit Stockschlägen traktiert wurde, dies nach vorangegangenen Erpressungsversuchen und Drohungen (U 36/07 vom 8. Mai 2007 (E. 6.1), - einer Versicherten, die - mit einem Mann und dessen Sohn zusammenlebend - ohne ersichtlichen Anlass und ohne Vorwarnung vom Sohn gepackt, auf den Boden geworfen, mehrmals mit dem Kopf auf den Boden geschlagen, mit Kniestössen traktiert und mit dem Tod bedroht wurde, wo bei das Bundesgericht unterstrich, dass die Drohungen des Angreifers geeignet gewesen seien, die Versicherte in Bezug auf dessen Absichten ernsthaft zu beunruhigen, dass dieser ausserdem zu ihrem Familienkreis gehörte und dass ein Ungleichgewicht der Kräfte (Alter, Geschlecht) bestand (U 9/00 = RKUV 2001 Nr. U 440 S. 350 vom 28. August 2001 E.

6a) - einer Versicherten, die beim Spazieren auf der Strasse von einem Unbekannten angefallen, geschlagen, zu Boden geworfen und mit Tötungsabsicht gewürgt wurde, bevor der Angreifer durch Passanten überwältigt werden konnte (U 215/94 vom 21. Juni 2006 = RKUV 1996 Nr. U 256 S.

215 E. 6)

Im Fall des Versicherten, dem ein Bierglas, das dabei zersplitterte, ins Gesicht geschlagen wurde, wobei er entstellende Verletzungen erlitt, erachtete das Bundesgericht die Einordnung durch die Vorinstanz als mittleres, an der oberen Grenze liegendes Ereignis, als - wenn auch als Grenzfall - vertretbar (8C_96/2017 vom 24. Januar 2018 E. 4.3). 4.6

Der Beschwerdeführer wurde in der Nacht von einem Unbekannten angegriffen und mit Fausthieben zusammengeschlagen, wovon ihn jedenfalls einer frontal im Gesicht traf und zu einer Jochbein- und einer Orbitabodenfraktur führte. Eine Abwehrbewegung mit seinem linken Arm führte ferner zu einer Ulnafraktur.

Vergleicht man diesen Ereignishergang mit den wenigen Fällen, in denen das Bundesgericht das Unfallereignis an der Grenze zu einem schweren eingeordnet hat (vorstehend E. 4.5), so fallen systematische Unterschiede auf, indem in jedem der genannten Fälle gegenüber dem vorliegenden ein zusätzliches qualifizierendes Merkmal (oder mehrere davon) zu konstatieren ist, sei es eine Mehrzahl von (in einem Fall zudem verummten) Angreifern, der Einsatz eines Gegenstandes (zumeist als Schlagwaffe), ein besonderes - im einen Fall bedrohliches, im anderen Fall familiäres - Umfeld, ein zusätzliches mit Tötungsabsicht verbundenes Würgen.

Vor diesem Hintergrund entspricht die Zuordnung des Unfalles zu einem mittleren Ereignis im engeren Sinn durch die Beschwerdegegnerin der massgebenden Rechtsprechung (vorstehend E. 4.4) und der Ereignishergang weist keines der zusätzlichen qualifizierenden Merkmale auf, welche eine Zuordnung an der Grenze zu einem schweren Ereignis zu rechtfertigen vermöchte.

Somit handelt es sich um ein Unfallereignis mittlerer Schwere, so dass drei der massgebenden Kriterien (vorstehend E. 1.5) - oder eines in auffallender oder besonders ausgeprägter Weise - erfüllt sein müssen, damit die Adäquanz bejaht werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 E.

4.5). 4.7

Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens beziehungsweise Angstgefühls der versicherten Person. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Es wird nur das Unfallgeschehen an sich und nicht die dabei erlittene Verletzung betrachtet. Auch wird der nachfolgende Heilungsprozess bei diesem Kriterium nicht einbezogen (Urteile des Bundesgerichts 8C_372/2013 vom 28. Oktober 2013 E. 7, SVR 2013 UV Nr. 3 E. 6.1, Urteil 8C_15/2013 vom 24. Mai 2013 E. 7.1). Vor diesem Hintergrund kann das Kriterium vorliegend - auch wenn dem Vorfall eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abzusprechen sein mag - nicht als erfüllt erachtet werden.

Zur Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihrer erfahrungsgemässen Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, ergibt sich, dass die erlittenen Verletzungen - nebst einer Armfraktur zwei (innere) Frakturen des Gesichtsschädels - zwar durchaus erheblich sind. Als besonders geartet oder ausgesprochen schwer können sie jedoch nicht taxiert werden, weshalb dieses Kriterium nicht erfüllt ist.

Eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung ist gegeben, wenn es sich um eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung handelt, während blosser ärztliche Verlaufskontrollen und Abklärungsmassnahmen sowie medikamentöse Behandlungen das Kriterium nicht zu erfüllen vermögen (Urteil des Bundesgerichts 8C_62/2013 vom 11. September 2013 E. 8.3).

So verhält es sich vorliegend, denn abgesehen von der im November 2013 aufgenommenen psychotherapeutischen Behandlung (vorstehend E. 3.8), die hier gerade nicht berücksichtigt werden kann, sind nach Entfernung des Osteosynthesematerials im Oktober 2013 (vorstehend E. 3.6) nur noch Abklärungen in verschiedener Richtung sowie neurologische

Konsultationen im Abstand von zumeist rund drei Monaten (vgl. vorstehend E. 3.13, 3.24) dokumentiert. Somit ist das Kriterium nicht erfüllt.

Laut den vorhandenen und übereinstimmenden ärztlichen Berichten bestehen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Beschwerden wie Müdigkeit, Reizbarkeit, Schwunglosigkeit und affektive Monotonie (vgl. vorstehend E. 3.20). Das Kriterium körperlicher Dauerschmerzen ist damit nicht erfüllt.

Für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, sowie für einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen

(vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_682/2013 vom 14. Februar 2014 E. 11.3 und 8C_29/2010 vom 27. Mai 2010 E. 5.3)

bestehen keine Anhaltspunkte. Beide Kriterien sind nicht erfüllt.

Eine physisch bedingte Arbeitsunfähigkeit ist anzunehmen für die Dauer der Behandlung der somatischen Unfallfolgen, mithin längstens bis Ende Oktober 2013 (vorstehend E. 3.6). Darüber hinaus bestehen keine Anhaltspunkte für eine physisch bedingte Arbeitsunfähigkeit. Das Kriterium ist mithin nicht erfüllt. 4.8

Insgesamt ergibt sich somit, dass keines der massgeblichen Kriterien erfüllt ist, so dass es den anhaltenden Beeinträchtigungen ohne organisches Substrat im Sinne struktureller Veränderungen an der Adäquanz fehlt. Damit entfällt eine weiter gehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin.

Der angefochtene Entscheid erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Bischoff - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

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

E. 5

unten). Die somatischen Befunde erklären nicht die anhaltende 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten. Zur Beantwortung der versicherungsmedizinischen Fragen sei daher eine eigene psychiatrische Untersuchung erforderlich (S. 6).

Am 13. Januar 2016 berichtete Dr. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Versicherungsmedizin Suva, über seine am 6. Januar 2016 erfolgte Untersuchung (Urk. 10/202). Der Beschwerdeführer habe spontan über Müdigkeit und Vergesslichkeit geklagt, auch habe er starke Konzentrations-schwierigkeiten und könne Stress und Lärm nicht mehr vertragen (S. 5 oben). Auf Befragen habe er das Schlafbedürfnis als deutlich erhöht bezeichnet, im Mittel schlafe er 12 Stunden (S. 5 unten). Die Libido sei nicht vorhanden und er habe keine Zukunftspläne (S. 6 oben). Bezüglich des Alkoholkonsums seien seine Aussagen ungenau gewesen. Gemäss seinen Angaben habe er nach dem Unfallereignis jeglichen Alkoholkonsum eingestellt und vorher habe er nur bei bestimmten Gelegenheiten und selten übermässig getrunken (S. 6 unten).

Dr. L.____ diagnostizierte ein postkommotionelles Syndrom (ICD-10 F07.2).

Eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) und eine psychische und Verhaltensstörung durch schädlichen Gebrauch von Alkohol (F10) nannte er als Verdachtsdiagnosen (S. 8 Mitte).

Eine relevante signifikante depressive Symptomatik liege nicht vor. Es handle sich eher um eine affektive Verflachung mit Apathie und psychomotorischer

Verlangsamung. Eine Angststörung liege ebenfalls nicht vor (S. 8 unten). Der Beschwerdeführer habe keine Intrusionen in Form von Wiedererleben oder Reminiszenzen des Unfallereignisses. Allerdings zeige er seitdem ein starkes Vermeidungsverhalten in Bezug auf Sozialkontakte und die Aussenwelt. Die Symptomatik sei daher teilweise mit der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung vereinbar (S. 8 f.). Es sei nicht zu klären, ob beim Versicherten eine Alkoholabhängigkeit vorliege, allerdings seien zwei Episoden mit erheblichem Alkoholabusus dokumentiert (S. 9 oben).

Die Symptome des Versicherten seien relativ unspezifisch, mit einem postkommotionellen Syndrom vereinbar. Der Beschwerdeführer habe seit langer Zeit eine Krankenrolle eingenommen und sei vollständig von seiner Umgebung, insbesondere von seiner Ehefrau, abhängig. Er habe ein regressives Verhalten entwickelt

(S. 9 Mitte). Es handle sich mithin klarerweise um einen schwerwiegenden

Invaldisierungsprozess, der in diesem Verlaufsstadium sehr schwierig zu korrigieren sei (S. 9 unten).

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