

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00072**

## **vom 9. März 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2018.00072](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00072)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00072 du 9 mars 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00072 del 9 marzo 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1958, arbeitete seit dem 1. Januar 2010 in einem Pensum von 60 % bei der Y.\_\_\_\_ als Leiter Finanzen und war in dieser Eigenschaft bei der Suva gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert. Mit Unfallmeldung vom 13. Mai 2015 wurde der Suva angezeigt, dass der Versicherte am 4. Mai 2015 im Verlauf eines Fahrlehrgangs auf dem Z.\_\_\_\_ infolge einer Kühlmittelspur eines vor ihm fahrenden Teilnehmers ins Schleudern geriet und trotz Gegenlenkung und Einleitung einer Notbremsung in die Leitplanken geprallt sei (Urk. 8/1). Die Ärzte des A.\_\_\_\_ hielten in ihrem Bericht vom 4. Mai 2015 fest, dass anamnestisch weder eine Amnesie noch eine Bewusstlosigkeit vorgelegen habe. Klinisch sei der Versicherte wach und orientiert, die Pupillenreaktion sei prompt und seitengleich. Er habe leichte Nackenschmerzen, das Abdomen sei weich und schmerzlos. Beim Röntgen der Halswirbelsäule (HWS) in zwei Ebenen sei kein Hinweis auf frische knöcherne Verletzungen zu erkennen. In der Sonographie des Abdomens sei keine freie Flüssigkeit oder Organverletzungen zu erkennen. Der Versicherte lehne eine stationäre Überwachung gegen Unterschrift ab (Urk. 8/30).

Die Suva trat auf den Schaden ein und erbrachte die gesetzlichen Leistungen. Die Suva teilte dem Versicherten mit Verfügung vom 18. Mai 2016 mit, dass sie die Leistungen mit Wirkung ab dem 1. Mai 2016 kürzen würden, da es sich bei dem Sportfahrlehrgang um ein Wagnis gehandelt habe (Urk. 8/119). Am 25. Mai 2016 verfügte die Suva die Einstellung der Leistungen per 30. Juni 2016, da die noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar seien und die Adäquanz zu verneinen sei (Urk. 8/123). Der Versicherte erhob am 31. Mai 2016 Einsprache gegen die Verfügung vom 18. Mai 2016 (Urk. 8/126; ergänzende Einsprache vom 11. Juli 2016, Urk. 8/132) und am 3. Juni 2016 gegen die Verfügung vom 25. Mai 2016 (Urk. 8/127; ergänzende Einsprache vom 11. Juli 2016, Urk. 8/133). Die Krankenversicherung des Versicherten erhob am 9. August 2016 Einsprache gegen die Verfügung vom 25. Mai 2016 (Urk. 8/140). Die Suva teilte dem Rechtsvertreter des Versicherten am 2. Februar 2017 telefonisch mit, dass sie ihre Verfügungen zurückzögen und die Leistungen vorläufig weiterhin erbringen würden (Urk. 8/166).

Nach den Untersuchungen des Versicherten durch den Konsiliarpsychiater der Suva med. pract. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 11. April 2017 (Urk. 8/216; ergänzender Bericht vom 12. Juni 2017, Urk. 8/238) und durch Kreisarzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, vom 13. Juni 2017 (Urk. 8/240) verfügte die Suva erneut die Einstellung der Leistungen per 30. Juni 2017 infolge fehlender Adäquanz der noch geklagten Beschwerden, welche organisch nicht hinreichend nachweisbar seien. Die Abklärungen zur Hörschädigung würden noch laufen und sie würden diesbezüglich separat

informieren, ob ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung bestehe ( Verfügung vom 19. Juni 2017, Urk. 8/249). Der Versicherte erhob hiergegen am 18. August 2017 Einsprache ( Urk. 8/263 ). Mit Schreiben vom 14. September 2017 teilte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, der Suva mit, dass vom 16. Oktober 2017 bis zum 15. Januar 2018 ein Belastbarkeitstraining stattfinden werde ( Urk. 8/272). Am 17. August 2017 untersuchte die Kreisärztin Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Oto - Rhino -Laryngologie und Arbeitsmedizin, den Versicherten ( Urk. 8/275). Mit Verfügung vom 3. Oktober 2017 sprach die Suva dem Versicherten eine Integritätsentschädigung von 5 % in Höhe von Fr. 6'300.-- zu ( Urk. 8/278), woraufhin der Versicherte seine Einsprache ergänzte ( Urk. 8/280). Mit Einspracheentscheid vom 21. Februar 2018 wies die Suva die Einsprache gegen die Verfügung vom 19. Juni 2017 ab ( Urk. 2).

### **E. 1.1**

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Einspracheentscheid dafür (Urk. 2), dass ausserhalb der Hörschädigung des Beschwerdeführers und des zeitlich verheilten unfallbedingten Schulterschadens rechts kein objektives organisches Substrat mehr vorhanden sei, das die Beschwerden erkläre. Damit sei die leichte bis mittelgradige neuropsychologische Funktionsstörung nach der Rechtsprechung letztlich einer psychischen Beschwerdeproblematik gleichzusetzen. Der Beschwerdeführer leide unter einem Beschwerdebild eines HWS-Schleudertraumas, womit der Kausalzusammenhang nach der Schleudertrauma-Praxis zu prüfen sei. Dabei sei von einem mittelschweren Unfall auszugehen, wobei keines der bundesgerichtlich erstellten Kriterien erfüllt sei. Damit sei die adäquate Kausalität der noch bestehenden Beschwerden zum Unfall vom 4. Mai 2015 zu verneinen.

### **E. 1.2**

Der Beschwerdeführer brachte demgegenüber im Wesentlichen vor (Urk. 1), dass der medizinische Endzustand noch nicht erreicht sei, da insbesondere von der Ergotherapie noch namhafte Verbesserungen des Gesundheitszustandes erwartet würden. Ginge man von einem medizinischen Endzustand aus, so sei festzuhalten, dass die natürliche Kausalität gegeben sei. Die adäquate Kausalität sei des Weiteren klar zu bejahen, da es sich vorliegend um einen schweren Unfall gehandelt habe. Allerdings wären auch ausreichend Kriterien erfüllt um die Adäquanz zu bejahen, wenn man von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu einem schweren Unfall ausgehen würde.

Bezüglich Integritätsentschädigung sei festzuhalten, dass diese gestützt auf die Tabelle 19 bei leicht bis mittelschweren psychischen Schäden in Höhe von 20 bis 35 % festzusetzen sei. Med. pract. B.\_\_\_\_ habe eine Depression leichten bis mittleren Grades diagnostiziert, so dass er Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von mindestens 30 % habe, wobei diesbezüglich die HWS-Einschränkungen noch nicht berücksichtigt würden.

Die Heilbehandlungsleistungen seien gestützt auf Art. 21 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) weiterhin zu übernehmen, da er zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedürfe.

Eventualiter sei ein polydisziplinäres Gutachten anzuordnen, da unfallkausale HWS-Verletzungen ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle von BGE 141 V 281 klar erfasst würden.

### **E. 1.3**

Die Beschwerdegegnerin hielt mit Beschwerdeantwort und Duplik fest ( Urk.

#### **E. 1.4**

Replicando konstatierte der Beschwerdeführer ergänzend, dass er aufgrund der zahlreichen somatischen und psychischen Leiden weiterhin zu 80 % erwerbsunfähig sei. Die kreisärztlichen Einschätzungen hätten weniger Gewicht als diejenige der behandelnden Ärzte, da diese in einem Abhängigkeitsverhältnis zur Beschwerdegegnerin stünden. Der Endzustand sei des Weiteren auch nicht erreicht, da die Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung erst am 24. November 2017 abgebrochen worden seien ( Urk. 13).  
2.

#### **E. 2**

Der Versicherte erhob hiergegen am 20. März 2018 Beschwerde und beantragte, es sei der Einsprache-Entscheidung vom 21. Februar 2018 aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen (insbesondere Taggelder und Heilungskosten) auch nach dem 30. Juni 2017 bis zur Erlangung des medizinischen Endzustandes weiterhin auszurichten. Es sei ihm nach Abschluss der Eingliederungsmassnahmen und/oder bei Erreichung des medizinischen Endzustandes eine mindestens 50%ige Invalidenrente auszurichten und es sei ihm eine Integritätsentschädigung auf der Basis einer Integritätseinschränkung von mindestens 30 % zuzusprechen. Des Weiteren sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, auch für die zukünftigen, noch anfallenden medizinischen Massnahmen, welche zur Erhaltung des Gesundheitszustandes dienen, aufzukommen. Eventualiter sei der Fall an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und es sei unter Berücksichtigung der neuen Schmerzrechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 ein neutrales polydisziplinäres Gutachten anzuordnen ( Urk. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 18. April 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde ( Urk.

#### **E. 2.1**

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

4. Mai 2015 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

#### **E. 2.2**

Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) sind Versicherungsleistungen - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1-2 mit Hinweisen).

### **E. 2.3**

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C\_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbes. auf BGE 134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

Für die Einstellung der vorübergehenden Leistungen braucht der Entscheid der Invalidenversicherung über Eingliederungsmassnahmen nicht abgewartet zu werden, wenn von weiterer ärztlicher Behandlung keine namhafte gesundheitliche Besserung mehr erwartet werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_588/2013 Urteil vom 16. Januar 2014 E. 3.3) und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass durch allfällige Eingliederungsmassnahmen das der Invaliditätsbemessung der Suva gestützt auf die medizinischen Abklärungen zugrunde gelegte Invalideneinkommen verbessert und so der die Invalidenrente der Unfallversicherung bestimmende Invaliditätsgrad beeinflusst werden kann (vgl. Urteil des Bundesgericht 8C\_588/2013 vom 16. Januar 2014 E. 3.5).

### **E. 2.4.1**

Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang

zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 359 E. 4b).

#### **E. 2.4.2**

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzu beziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; - fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; - erhebliche Beschwerden; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/ aa und 367 E. 6a).

#### **E. 2.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben

worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

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 aller dings 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). 3.

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen folgendermassen: 3.1

Die Ärzte des A.\_\_\_\_ hielten in ihrem Bericht vom 4. Mai 2015 fest, dass anamnestisch weder eine Amnesie noch eine Bewusstlosigkeit vorgelegen habe. Klinisch sei der Beschwerdeführer wach und orientiert, die Pupillenreaktion sei prompt und seitengleich. Er habe leichte Nackenschmerzen, das Abdomen sei weich und schmerzlos. Beim Röntgen der Halswirbelsäule (HWS) in zwei Ebenen sei ein Hinweis auf frische knöcherne Verletzungen zu erkennen. In der Sonographie des Abdomens sei keine freie Flüssigkeit oder Organverletzungen zu erkennen. Der Beschwerdeführer lehne eine stationäre Überwachung gegen Unterschrift ab (Urk. 8/30). Sie attestierten eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 4. bis 9. Mai 2015 (Urk. 8/50). 3.2

Dr. med.

E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, untersuchte den Beschwerdeführer am 12. Mai 2015 (Urk. 8/10; vgl. auch Urk. 8/32). Er attestierte dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsunfähigkeit bis zum 28. Mai 2015. Ab dem 29. Mai 2015 sei er zu 25% arbeitsfähig. Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, dass der Beschwerdeführer sofort unter Nackenschmerzen, Schwindel und Hörstörungen gelitten habe. Kopfschmerzen sowie Schlafstörungen seien nach 72 Stunden aufgetreten. Hinzu seien sofortige Beschwerden in der Brust- und Lendenwirbelsäule gekommen (BWS und LWS). 3.3

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, untersuchte den Beschwerdeführer am 28. Mai 2015 (Urk. 8/91).

Dr. F.\_\_\_\_ diagnostizierte einen Zustand nach Knalltrauma und eine Schwerhörigkeit beidseits. 3.4 3.4.1

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 24. Juni 2015 (Urk. 8/16) eine posttraumatische, subtotale Supraspinatussehnenruptur, MR-tomographisch verifiziert (02.06.2015), mit Instabilität der langen Bizepssehne an der rechten Schulter. Als Nebendiagnosen hielt er 1) Gehörprobleme, verstärkt nach Airbag-Explosion, 2) HWS-Distorsion im Rahmen des Verkehrsunfalles vom 4. Mai 2015 und 3) PAVK, Status nach Dissektion der A. iliaca

commun is rechts 2006 (Stent-Einlage) fest.

Dr. G.\_\_\_\_ konstatierte, dass er neben dem Fortführen der Physiotherapie bei entsprechendem Leidensdruck sicherlich die arthroskopische Sehnennaht und insbesondere auch die Bizepsversatzoperation empfohlen habe. Nach 3 Monaten würden sie eine neue Standortbestimmung durchführen, bis dahin erfolge weiter Physiotherapie. 3.4 .2

Am 7. August 2015 erfolgte die arthroskopische

Rotatorenmanschettenrekonstruktion durch Dr. G.\_\_\_\_ ( Urk. 8/26). Dr. G.\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsunfähigkeit während 6 Wochen. Im Austrittsbericht vom 9. August 2015 wurde ein regelrechter peri - und postoperativer Verlauf geschildert ( Urk. 8/33). 3 .4 .3

Anlässlich der Kontrolle 6 Wochen nach der Operation führte Dr. G.\_\_\_\_ aus, dass sich ein radiologisch unauffälliger Befund 5 Wochen nach der Operation zeige. Sobald der rechte Arm auf Brusthöhe geführt werden könne, sei das Autofahren wieder erlaubt. Bis dahin sei der Beschwerdeführer voll arbeitsunfähig (Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 17. September 2015, Urk. 8/51). 3.5

Die Ärzte der Neurologie der H.\_\_\_\_ hielten in ihrem Bericht vom 15. Oktober 2015 folgende Diagnosen fest ( Urk. 8/59): - Posttraumatische subtotale Supraspinatussehnenruptur der Schulter rechts mit Status nach arthroskopischer

Rotatorenmanschettenrekonstruktion und Tenotomie der langen Bizepssehne am 7. August 2015 - Anamnestisch Hypakusis beidseits rechtsbetont, nach Airbag-Explosion verstärkt - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung - Klinisch: Hirnnerven bland (Hypakusis sei gering ausgeprägt vorbestehend), Spurling -Test beidseits negativ, Hinweise auf Affekt-Labilität - EMNG 14. Oktober 2015: N. medianus und N. ulnaris rechts mit Normalbefund, keine Denervationszeichen . M. supra- und infraspinatus , M. tri zeps

brachii rechts - MRI HWS 14. Oktober 2015: keine relevante Neurokompression

Im neurologischen Status zeige sich bis auf die aktuell operierte rechte Schulter, welche nach Kraftgraden noch nicht beurteilt werden könne, ein normaler Befund mit blanden Hirnnerven und keinen Hinweisen auf eine zervikale Radikulopathie . MR-tomographisch fänden sich degenerative Veränderungen mit Osteochondrosen und leichter Diskusprotrusion ohne relevante Neurokompression. Korrelierend hierzu zeige sich auch ein unauffälliger neurologischer Status. Bezüglich der angegebenen Kribbelparästhesien der rechten Hand intermittierend habe sich auch in der Medianus - und Ulnarisneurographie ein Normalbefund gezeigt , sie gingen am ehesten von myofaszialen Beschwerden aus. In der Untersuchung falle eine leichte Affektlabilität auf. Nach ausgeprägtem Beschleunigungstrauma mit Vollbremsung nach 200

km/h hätten sie zum Ausschluss von vor allem frontalen shearing

injuries ein MRI des Schädels durchführen lassen. Die Beschwerden seien jedoch auch möglich im Rahmen eines posttraumatischen Belastungssyndroms, weshalb sie je nach Bildbefund gegebenenfalls eine psychologische, psychiatrische oder medikamentöse Therapie besprechen würden. 3.6

Dr. G.\_\_\_\_ konstatierte in seinem Bericht vom 3. November 2015, dass es seitens der Schulter tadellos gehe. Schmerzmittel würden keine mehr eingenommen. Im Rahmen des MTT solle nun eine Kräftigung erfolgen. Bis in 3 Monaten eine Standardkontrolle

durchgeführt werde, betrage die Arbeitsunfähigkeit 100 % ( Urk. 8/65). 3.7 3.7 .1

Am 4. November 2015 wurde ein MRI des Schädels durchgeführt. Die Ärzte der Neurologie der H.\_\_\_\_ diagnostizierten in Folge vereinzelte subkortikale Marklagerveränderungen, einzelner kleiner Signalausfall links parietal (differentialdiagnostisch Verkalkung, Mikroblutung), kein akuter Hirninfarkt, kein SDH, HW auf shearing

injuries .

MR-tomographisch ergebe sich kein klares Korrelat infolge des Verkehrsunfalls, v.a. keine Hinweise auf Scherungsverletzung nach erfolgtem Beschleunigungstrauma. Die beschriebenen neurokognitiven und vegetativen Störungen sähen sie somit am ehesten im Rahmen einer posttraumatischen Reaktion, welche sich 5 Monate nach dem Verkehrsunfall noch gut in einem Wandel befinden können. Unterstützend hätten sie eine antidepressive und schmerz- und distanzierende Therapie mit Citalopram vorerst 20

mg begonnen und würden die Verträglichkeit in ca. 3 Wochen in einer Telefonsprechstunde mit dem Beschwerdeführer anschauen. Zudem hätten sie auch die Möglichkeit einer psychologischen/ psychotherapeutischen Unterstützung erwähnt, er möchte aber zunächst den Verlauf abwarten. Bezüglich der subkortikalen Marklagerveränderung empfahlen sie eine weitere gute Kontrolle der vaskulären Risikofaktoren mit vor allem Einstellung des Blutdrucks mit den Zielwerten unter 140/90 mmHg . Bezüglich der pAVK werde bereits Aspirin 100 mg/d eingenommen. 3.7 .2

Am 25. November 2015 fand eine Telefonkonsultation statt, anlässlich derer der Beschwerdeführer berichtet habe, sich nach Durchsicht der im Beipackzettel erwähnten Nebenwirkungen gegen eine medikamentöse Therapie entschieden zu haben. Er möchte zunächst, wie auch von ihnen empfohlen, eine psychologische bzw. psychotherapeutische Unterstützung bei Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung in Anspruch nehmen. Sie hätten mit dem Beschwerdeführer besprochen, dass Citalopram unter den Antidepressiva und schmerz- und distanzierenden Medikamenten mit Präparaten aus derselben Medikamentengruppe ein vergleichsweise geringes Nebenwirkungspotential aufweise, dennoch unterstützten sie ebenso eine psychologische und psychotherapeutische Behandlung, welche zur Verarbeitung des Erlebten und beim Erlernen von Verhaltensstrategien sicher einen positiven Einfluss haben werde. Sie hätten keinen weiteren Termin vereinbart ( Urk. 8/77 ). 3.8

Der Kreisarzt Dr. C.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 1. Dezember 2015 fest, dass bezüglich der HWS und dem Schädel strukturelle Läsionen nicht überwiegend wahrscheinlich seien. In Bezug auf die Schulter könne mit einer weiteren Behandlung eine namhafte Besserung erreicht werden, nicht aber bezüglich HWS, da keine überwiegend wahrscheinliche unfallbedingte strukturelle Läsion vorliege ( Urk. 8/69). 3.9

Dr. G.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 9. Februar 2016 fest, dass der Verlauf klinisch und sonographisch sehr erfreulich sei. Es zeige sich eine seitengleiche, schmerzfreie Abduktionskraft bei voller Wiederherstellung der Schulterfunktion. Er habe die Behandlung abgeschlossen, weise jedoch daraufhin, dass die Arbeitsfähigkeit aufgrund der neurologischen Begleiterkrankung/Verletzung nicht wie derhergestellt sei ( Urk. 8/93). 3.10

Am 25. Februar und 3. März 2016 wurde die kognitive Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die Ärzte der I. \_\_\_

abgeklärt (Urk. 8/104). Im Bericht vom 9. März 2016 diagnostizierten die Untersucher eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) und hielten fest, dass

der Beschwerdeführer über ein im oberen Durchschnittsbereich liegendes Intelligenzniveau verfüge. Die kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit und Konzentrationsfähigkeit des Beschwerdeführers seien erheblich eingeschränkt. Das verbale Gedächtnis sei ungestört, ebenfalls die visuokonstruktiven Fertigkeiten. Betreffend die Exekutivfunktionen ergäben sich leichte bis mittelgradige Defizite hinsichtlich der kognitiven Flexibilität und Problemlösefähigkeit. Deutliche Leistungseinbußen ergäben sich hinsichtlich der Aufmerksamkeitsfunktionen: Das Arbeitstempo sei bei einer sehr genauen und sorgfältigen Aufgabenbearbeitung massiv reduziert. In der vorliegenden Untersuchung zeige sich das Bild eines rasch überforderten Beschwerdeführers mit Schwierigkeiten, sich veränderten Umständen flexibel und weidig anzupassen. Am ehesten seien die festgestellten Defizite vor dem Hintergrund einer depressiven Symptomatik zu interpretieren. Es fänden sich bei intakten Gedächtnis- und Wahrnehmungsfunktionen sowie fehlender Perseverationsneigung keine Hinweise auf hirnorganisch bedingte Abbauprozesse. 3.11

Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin diagnostizierten die Behandler der I. \_\_\_ im Bericht vom 4. April 2016 (Urk. 8/110) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Es hätten keine Beschwerden vorbestanden. Der Beschwerdeführer gebe an, dass er seit dem Unfall vom 3. Mai 2015 von Gefühlüberflutungen geplagt sei, aus nichtigem Anlass weine, sich zeitweise gereizt, ungeduldig, dünnhäutig und nervös fühle. Er leide unter Wortfindungsstörungen und stottere leicht. Eine Durchschlafstörung raube ihm die Tagesenergie. Er könne sich oft nicht konzentrieren und habe häufig wenig Antrieb. Die Freude und das Interesse an einigen früher geliebten Tätigkeiten seien ihm verloren gegangen. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer 50 % arbeitsfähig. Allerdings bestehe bei dieser 50%igen Anwesenheit eine Leistungseinbuße von 50 % aufgrund aktueller kognitiver Defizite. 3.12

Kreisärztin Dr. med. J. \_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrer Kurzstellungnahme vom 20. April 2016 aus, dass die gegenwärtig bestehenden psychischen Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit natürlich kausal auf den Unfall vom 4. Mai 2015 zurückzuführen seien. Die Kostengutsprache für die Behandlung in der I. \_\_\_ könne gegeben werden. Ein Verlaufsbericht sei in ca. 4 Monaten einzuholen (Urk. 8/111). 3.13

Dr. C. \_\_\_ konstatierte am 20. Mai 2016, dass bezüglich der rechten Schulter keine weitere Verbesserung mehr zu erwarten sei und es könne diesbezüglich von einem stabilen Zustand ausgegangen werden (Urk. 8/113). 3.14

Dr. F. \_\_\_ untersuchte den Beschwerdeführer erneut am 28. Mai und 23. Juni 2016. Er führte aus, dass der Belästigungsgrad und die subjektive Lautheit des Tinnitus zuzunehmen schienen. Eine einfache Maskierungsbehandlung habe keinen Erfolg gehabt. Bei zunehmender Dekompensation sei eine intensive Dauerbehandlung zu erwägen (Urk. 8/193). 3.15

Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie/ Interventionelle Schmerztherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 8. Juli 2016 eine therapiefraktäre

Zervikobrachialgie beidseits mit: - Verdacht auf zervikospondylogenes Schmerzsyndrom bei - Status nach whiplash Trauma der HWS 2015 - Status nach operativer Versorgung einer traumatischen Schulterverletzung rechts 2015 - Verdacht auf posttraumatische Schmerzverarbeitungsstörung - Cannabinoidtherapie

Er halte basierend auf den empfohlenen ISIS-Guidelines die Indikation gegeben für eine interventionelle Blockade der medial branches, vorerst C4-7 beidseits, allenfalls erweitert nach C2-3. Der Beschwerdeführer werde sich dies überlegen und bei Bedarf wieder in der Sprechstunde vorstellig werden (Urk. 8/132). 3.16

Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie, führte in ihrem Bericht über das MRI der HWS vom 11. November 2016 aus (Urk. 8/181), dass multisegmentale degenerative Veränderungen mit Osteochondrose, Spondylose, Spondylarthrosen und Unkovertebralarthrosen mit konsekutiver hochgradiger foraminaler Stenose im Segment C3/C4 links und C6/C7 rechts sowie mässiger foraminaler Stenose im Segment C3/C4 rechts, C4/C5 links, C5/C6 links und C6/C7 links ersichtlich seien. Darüber hinaus bestünden multisegmentale Diskusprotrusionen mit leichter linksseitiger Myelonimpression im Segment C5/C6. Eine höhergradige Spinalkanalstenose liege nicht vor. 3.17

Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in seinem Bericht vom 1. Dezember 2016 die (gekürzt wiedergegebenen) Diagnosen 1) ein chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom, 2) einen Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung und 3) einen Verdacht auf posttraumatische Wortfindungsstörungen bei Status nach Verkehrsunfall vom 4. Mai 2015 fest (Urk. 8/186). In den MRI-tomographischen Aufnahmen der HWS hätten multisegmentale degenerative Veränderungen (Osteochondrosen, Spondylose, Spondylarthrose und Unkovertebralarthrosen) der HWS nachgewiesen werden können. Aufgrund des anamnestischen positiven Ansprechens der bis dato in Anspruch genommenen Wärmebehandlungen/Wärmetherapien empfehle er diese bis auf weiteres fortzuführen. Der Beschwerdeführer berichte diesbezüglich, dass er Zuhause eine Sauna habe und diese nahezu täglich in Anspruch nehme. Zusätzlich könnte eine häusliche Infrarot-Therapie in Form einer Infrarot-Lampe, welche im Internet käuflich erworben werden könne, in Erwägung gezogen werden. Um die Genesung und dem Wohlbefinden zusätzlich zu dienen, könnten auch warme Heublumenwickel/Kirschkernkissen oder Fango-Behandlung in Erwägung gezogen werden. Auch alternative Therapieverfahren/Therapiemassnahmen wie Cranio-Sakral-Behandlungen sollten in Erwägung gezogen werden. Längerfristig würde der Beschwerdeführer aufgrund des positiven Ansprechens der zuvor in Anspruch genommenen physiotherapeutischen Massnahmen von einer Langzeit-Physiotherapie profitieren. Der Beschwerdeführer äussere sich mit der Vorgehensweise einverstanden. 3.18

Dr. C.\_\_\_\_ führte auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin am 23. November 2016 aus, dass die von Dr. K.\_\_\_\_ festgehaltenen Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal seien. Ob die Behandlungsempfehlung krankheitsbedingt Sinn mache und eine wesentliche Verbesserung zu erwarten sei, sei in diesem Kontext nicht relevant, unfallbedingt bestehe keine Indikation dazu (Urk. 8/153). 3.19

Dr. K.\_\_\_\_ notierte in seinem Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 26. November 2016, dass sich der Beschwerdeführer seit der Erstkonsultation nicht mehr gemeldet habe, die von ihm vorgeschlagenen Massnahmen seien somit nicht umgesetzt worden ( Urk. 8/156). 3.20

Die Behandler der I.\_\_\_\_ diagnostizierten im Verlaufsbericht vom 3. März 2017 eine mittelgradig e depressive Episode mit somatischen Syndrom (ICD-10 F32.11). Es finde eine supportive Psychotherapie mit Anteilen aus der Verhaltenstherapie sowie eine Psychopharmakotherapie statt. Der Beschwerdeführer erscheine regel mässig zur 2-3-wöchigen Konsultation und zeige sich durchgehend compliant .

Das Zustandsbild habe sich nicht gravierend verändert seit dem letzten Bericht. Der Beschwerdeführer sei sehr bemüht, alle therapeutischen Möglichkeiten auszuschöpfen, um sein körperliches, geistiges und psychisches Befinden zu verbessern. Es enttäusche ihn, dass dies nur sehr bedingt gelinge ( Urk. 8/174). 3.21

Der Kreisarzt med. pract . B.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte am 14. März 2017 aus, dass aufgrund der Behandlungsberichte der I.\_\_\_\_ leider keine namhafte Besserung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit/Leistungsfähigkeit erkennbar sei. Im neuropsychologischen Bericht vom 4. April 2016 werde zudem darauf hingewiesen, dass die kognitiven Einschränkungen am ehesten mit dem depressiven Zustandsbild erklärbar seien und es keine Hinweise auf eine hirnrnorganisch verursachte, neuropsychologische Störung gebe. Somit spreche heute, knapp zwei Jahre nach dem Unfallereignis, aufgrund der Berichte alles für einen bereits vorhandenen stabilen Gesundheitszustand, auf allerdings bescheidenem Niveau. Die unglückliche Entwicklung seit dem Unfall ereignis hinterlasse den Eindruck, als hätten sich manche, allenfalls auch vorbe stehende und/oder unfallfremde Faktoren auf die durch das Unfallereignis verursachte/ausgelöste Schmerz- und Beschwerdeentwicklung gewissermassen aufgeladen. Er sei allerdings nicht ganz sicher, ob man lediglich mit einer aktenmässigen Beurteilung der Situation im Hinblick auf einen Fallabschluss gerecht werde. Er schlage eine psychiatrische Untersuchung vor. 3.22

Am 21. März 2017 erfolgte ein weiteres MRI des Schädels an der N.\_\_\_\_ durch Prof. Dr. med. O.\_\_\_\_ Facharzt für Neuroradiologie. Dieser hielt unspezifische Marklagerveränderungen, die am ehesten mikroangiopathisch bedingt seien, fest. Fraglich sei , ob kardiovaskuläre Risikofaktoren oder Hinweise auf eine Vaskulitis beständen. Auch ein kleines Kavernom angrenzend an das Hinterhorn des linken Seitenventrikels sei feststellbar ( Urk. 8/203). 3.23

Am 16. März 2017 wurde der Beschwerdeführer verhaltensneurologisch-neuropsychologisch untersucht und am 6. April 2017 wurde das MRI besprochen. Dr. med. P.\_\_\_\_ , Fachärztin für Neurologie führte in ihrem Bericht dies bezüglich aus ( Urk. 8/209) , dass die Befunde einer formal leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Funktionsstörung entsprächen, die überwiegend durch die somatischen Beschwerden, respektive Schmerzinterferenzen und eine psychische Fehlverarbeitung seit dem Unfallereignis (differentialdiagnostisch Anpassungsstörung?) bedingt seien . Die spontansprachlichen Auffälligkeiten entsprächen dabei einer funktionellen/dissoziativen Störung. Die sonstigen sprach lichen und sprachassoziierten Funktionen seien unauffällig, insbesondere ergä ben sich keine Hinweise auf eine neurodegenerative oder eine sonstige Hirner krankung. Die Ursache für den sehr protrahierten Verlauf nach dem Unfallereig nis 05/2015 sei nicht klar und müsste allenfalls auch im Hinblick auf aktuell noch vorliegende

Unfallfolgen im Rahmen eines interdisziplinären Gutachtens geklärt werden. Unter Berücksichtigung des Fehlens einer im Rahmen des Unfallereignisses zugezogenen traumatischen Hirnverletzung und auch den wiederholten Schädel-MRIs, die strukturelle traumatisch bedingte Läsionen ausschliessen, seien oben aufgeführte neurokognitive Befunde aber als nicht direkt unfallbedingt zu werten. Die MRI Verlaufsuntersuchung habe zudem keine sonstigen relevanten strukturellen Auffälligkeiten, die allenfalls die fehlende Erholung im posttraumatischen Verlauf erklären könnten, gezeigt.

Aus rein neuropsychologischer Sicht sei aktuell unter Berücksichtigung der glaubhaft verminderten Belastbarkeit (differentialdiagnostisch Folge einer Dekonditionierung im Verlauf), der defizitären Aufmerksamkeitsleistung, der verminderten Merkschwäche und der Ermüdbarkeit theoretisch von einer Einschränkung von 50-70 % auszugehen. Da im Vordergrund eine affektpathologische Erkrankung stehe, müsse bezüglich Arbeitsfähigkeit in erster Linie aus fachpsychiatrischer Sicht Stellung genommen werden. Im Hinblick auf die Beurteilung der Belastbarkeit seien IV-Reintegrationsmassnahmen dringend empfehlenswert.

Ergotherapeutische Behandlung mit Hirnleistungstraining, insbesondere zur Verbesserung der Aufmerksamkeitsleistung und zur Steigerung der Belastbarkeit sei empfehlenswert. Eine entsprechende Verordnung sei abgegeben worden. Eine engmaschige fachpsychiatrische Betreuung sei ebenfalls zu empfehlen. 3.24 3.24 .1

Med. pract . B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Konsiliarpsychiater der Beschwerdeführerin, untersuchte den Beschwerdeführer am 11. April 2017. In seinem Bericht vom 3. Mai 2017 hielt er folgende Diagnosen fest (Urk. 8/216/8): - Depressive Störung, aktuell eher leichteren Grades, im Längsverlauf aber bis mittleren Grades

( ICD-10 F32.0/32.1) - Verdacht auf Konversionssymptomatik, am ehesten im Rahmen der Affektstörung und weniger als eigenständige dissoziative Störung zu sehen - Hyperthymie (differentialdiagnostisch zyklotymie) Persönlichkeitsakzentuierung. Differentialdiagnose: Verdacht auf Zyklotymia (ICD-10 F34.0).

Med. pract . B.\_\_\_\_ konstatierte (Urk. 8/216/8 ff.), dass sich beim Beschwerdeführer anlässlich der Exploration ein buntes und jeweils rasch wechselndes, effektives Mischbild manifestiere. Immer wieder sei

er den Tränen nahe, kurze Zeit später könne er wieder Lachen, oder er reagiere, innerlich sichtlich angespannt mit psychomotorischer Unruhe, manchmal auch unwillkürlichen Tics im Gesicht oder nervösem Kratzen des Kopfes. Zusammenfassend müsse von einem hyperthymen, gewissermassen also unwillkürlich übersteuerten Ausdruck der rasch wechselnden Affekte gesprochen werden. Insgesamt überwiege die depressive Stimmungslage, mit zwischendurch aufblitzendem Lachen, je nach erzähltem Inhalt, phasenweise aber durchaus auch emotional entspannteren Momenten, wenn er zum Beispiel über seine familiäre Herkunft, oder auch gewisse Phasen seines früheren Berufslebens berichte.

Auf der kognitiven Seite zeige sich ein vor allem zu Beginn spurghaftes Denken, durch das ganze Gespräch hindurch bleibe das Denken aber zumindest assoziativ. Diese persönlichen Eigenarten seien dem Beschwerdeführer durchaus auch bewusst und er bestätige, dass die Umgebung öfters mit seinem Denk-, Sprech- und Arbeitstempo Mühe gehabt habe.

Die ganze, an sich sehr lebendige Art des Beschwerdeführers lege den Schluss nahe, dass schon vor dem Unfallereignis vom Mai 2015 gewisse Persönlichkeits eigenheiten vorgelegen hätten, welche im Mindesten als

hyperthymen Persönlichkeitsstil bezeichnet werden könnten. Wie weit sogar von einer eigentlichen zylothymen Persönlichkeit auszugehen sei, oder ob sich die affektive Störung auch schon im Bereiche einer sogenannten Bipolar-II-Affektstörung bewegt haben könnte, sei aufgrund einer nur einmaligen Untersuchung und nur weniger fremdanamnistischen Angaben offen zu lassen. Einem solchen Persönlichkeitsstil komme per se kein Krankheitswert zu. Er könne aber selbstverständlich in bestimmten Lebenssituationen, zum Beispiel in der Bewältigung von körperlichen Einschränkungen, oder allgemein in der Bewältigung von vorübergehenden, oder auch andauernden Leistungseinschränkungen eher erschwierend wirken.

Im Verlauf seit dem Unfallereignis spreche bei diesem Beschwerdeführer

manches dafür, dass ihm genau diese Einschränkungen grösste Mühe bereiten und er bis heute keinen geeigneten Umgang damit finden können. Er habe einerseits mit einer depressiven Entwicklung reagiert, andererseits aber auch mit konversionsneurotischen Symptomen, wie das Stottern und anderen unbewussten Reaktionen wie mimischen Tics und Tic-artigem, nervösen Kratzen der Kopfhaut. Insofern gehe er mit der im verhaltensneurologischen Bericht von Fr. Dr. P. \_\_\_ / Fr. Q. \_\_\_ geäusserten Einschätzung, dass beim gesamten psychischen Zustandsbild auch konversionsneurotische Anteile mitwirkten, durchaus einig. Das hilflose Ausgeliefert-Sein den körperlichen Symptomen gegenüber, die sich schon früh ankündigende, verzögerte Genesung mit Schulteroperation und verstärkten Tinnitusbeschwerden, der drohende und auch eingetretene Verlust der Arbeitsstelle, die Belastung durch einen durch ihn selbst nicht mehr zu führenden selbständigen Handel mit Musikinstrumenten und vor allem auch der Verlust des Musizierens als Schlagzeuger, hätten sehr bald eine depressive Entwicklung nach sich gezogen. Die depressive Störung habe anamnestisch phasenweise den mittleren Grad erreicht, dürfte sich aktuell aber in einem eher leichteren Grad bewegen. Prägend insbesondere bezüglich der Belastbarkeit im Alltag schein e heute viel eher eine sehr instabile, auch für den Beschwerdeführer nicht verlässliche Affektlage, mit Überforderungsgefühlen, aber auch einer ganz erheblichen Affekt labilität und -irritabilität.

Die Schmerzproblematik, des Nackens, der Schulter und des Rückens schein e zumindest aktuell eher im Hintergrund zu stehen, der Tinnitus persistiere seit dem Unfallereignis gegenüber dem Vorzustand auf erhöhtem Niveau. Der in den psychiatrischen Berichten beschriebene Verlauf zwischen Frühjahr 2016 und Frühjahr 2017, insbesondere auch die gleich gebliebene Einschätzung bezüglich der

Arbeitsfähigkeit, sowohl in zeitlicher, als auch in leistungsmässiger Hinsicht, legt en einen psychisch stabilen Gesundheitszustand nahe. Zwar sei der Vorschlag einer ambulanten Ergotherapie grundsätzlich auch aus psychiatrischer Sicht sinnvoll. Dass hier ein Hirnleistungstraining allerdings wesentliche Verbesserungen bezüglich der kognitiven Leistungsfähigkeit zu bringen vermöge, sei zu bezweifeln. Auch dass eine namhafte Besserung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit mittels ergotherapeutischen Massnahmen erreicht werden könne, dürfe nicht ohne weiteres erwartet werden. Die nur noch in 2-3wöchentlichem Rhythmus durchgeführte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dokumentiere ebenfalls, dass seitens der Behandler nicht mehr mit einer

namhaften Besserung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit gerechnet werden.

Med. pract. B. \_\_\_ vertrat die Meinung, dass auf längere Sicht eine Arbeitsfähigkeit von insgesamt 50 % (ca. 50 % zeitlich, bei 100% Leistungsfähigkeit) aus psychiatrischer Sicht durchaus realistisch erwartet und auch zugemutet werden dürfte. Allerdings sollte der Beschwerdeführer im Rahmen zum Beispiel eines Belastbarkeitstrainings schrittweise an eine solche Arbeitsfähigkeit auch auf dem offenen Stellenmarkt herangeführt werden. Einen Wiedereingliederungsversuch im Sinne eines Belastbarkeitstrainings, beginnend mit 50 % Präsenzzeit, halte er ab sofort für zumutbar. Eine halbtägige Arbeitstätigkeit, vorerst in geschütztem Rahmen einer IV-Massnahme und danach auf dem offenen Stellenmarkt, würde das Wiedererlangen auch einer psychischen Stabilität jeden falls eher unterstützen.

3.24.2

Auf Rückfrage der Verwaltung führte med. pract. B. \_\_\_ am 13. Juni 2017 ergänzend aus, dass er abweichend von den vorhergehenden Einschätzungen von einer zeitlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgehe, aber nicht ohne weiteres bzw. ohne eine konkrete und qualifiziert durchgeführte Abklärung der Belastbarkeit im Rahmen einer beruflichen Massnahme von einer zusätzlichen leistungsmässigen Einschränkung auszugehen sei. Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine Einwände gegen einen möglichst baldigen Fallabschluss.

Die Ergotherapie mache Sinn, bis eine geeignete Tagesstruktur im Sinne einer beruflichen Wiedereingliederung aufgegleist sein werde. Behandlungstechnisch sei keine namhafte Besserung mittels weiterer psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung zu erwarten. Er würde den Zeitpunkt des zweiten Verlaufsberichtes der I. \_\_\_ vom 3. März 2017 als Zeitpunkt für das Erreichen des stabilen psychischen Gesundheitszustandes annehmen (Urk. 8/238). 3.25

Kreisarzt Dr. C. \_\_\_ untersuchte den Beschwerdeführer am 13. Juni 2017 und stellte folgende Diagnosen (Urk. 8/240/8): - Status nach Autounfall am 04.05.2015 mit HWS-Distorsion und Schulterkontusion rechts mit Supraspinatussehnenruptur und Instabilität der langen Bizepssehne rechtsseitig und arthroskopischer

Rotatorenmanschettentrekonstruktion und Tenotomie der langen Bizepssehne am 07.08.2015 - Keine unfallbedingten strukturellen Läsionen an der HWS

Subjektiv traten manchmal spontane Schmerzen an der rechten Schulter auf, Kälteintoleranz und Schmerzen im Nacken, Zunahme des Tinnitus und Abnahme der Hörfähigkeit. Objektiv fanden sich eine vollständig unauffällige rechte Schulter mit seitengleicher Beweglichkeit und Kraftentwicklung, eine leichte Bewegungseinschränkung der HWS und muskuläre Verspannungen paravertebral beidseits im Bereich der gesamten Wirbelsäule. Bezüglich der rechten Schulter finde sich ein sehr erfreuliches und nicht alltägliches Operationsergebnis mit voller Funktionsfähigkeit. Bezüglich der HWS sei schon früher Stellung genommen worden, dass keinerlei unfallbedingte strukturelle Läsionen aufgetreten seien. Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden seien auf die mehrfach nachgewiesenen, ausschliesslich degenerativen Veränderungen zurückzuführen, so dass sowohl in Bezug auf die rechte Schulter als auch in Bezug auf die HWS keine weitere unfallbedingte Therapie notwendig sei. Bei dem ausgezeichneten Ergebnis sei auch nicht zu erwarten, dass durch weitere Massnahmen noch eine Verbesserung auftreten könne. Von somatischer Seite bezüglich der HWS und bezüglich der rechten Schulter wäre somit ein administrativer Abschluss möglich. Bezüglich der

psychischen Situation und des Gehörs verweise er auf die Beurteilung der entsprechenden Fachärzte. Von Seiten der rechten Schulter und der HWS werde die Erheblichkeitsgrenze für eine Integritätsentschädigung nicht erreicht. 3.26

Am 17. August 2017 führte Dr. D.\_\_\_\_ eine audiologische Untersuchung durch und diagnostizierte dabei einen Status nach Unfallereignis am 4. Mai 2015 bei einem Fahrlehrgang auf dem Z.\_\_\_\_ mit - HWS-Distorsion und Schulterkontusion rechts mit Supraspinatussehnenruptur - vorbestehende Hochtoninnenschwerhörigkeit beidseits - Zunahme eines vorbestehenden Tinnitus

Dr. D.\_\_\_\_ hielt fest, dass es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch die Airbag-Explosion beim Autounfall zu einem akustischen Trauma im Bereich des Innenohres beidseits gekommen sei, sodass die Unfallkausalität zwischen einer Verschlimmerung vorbestehender Ohrgeräusche und dem Ereignis am 4. Mai 2015 anzuerkennen sei. Die vorbestehende Hochtoninnenschwerhörigkeit habe sich unfallbedingt nicht auf ein erhebliches Mass ausgeweitet. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers

sei aus ORL-fachärztlicher Perspektive nicht eingeschränkt. Weitere therapeutische Massnahmen halte sie bei seit mehr als 30 Jahren bestehenden Ohrgeräuschen für nicht zielführend oder erforderlich. Der Beschwerdeführer sei darüber orientiert, dass die Wahrscheinlichkeit, dass die Ohrgeräusche spontan sistieren, als gering einzuschätzen sei. Vom erreichten Endzustand könne ausgegangen werden. Eine kausale Tinnitus-Therapie sei nicht bekannt, von einer allfälligen Hörgeräteanpassung, ggf. mit Tinnitus-Noise wäre jedoch gemäss ORL-ärztlicher Erfahrung ein Hörgewinn zu erwarten, mit dem üblicherweise auch eine Reduzierung der Ohrgeräusche durch Anhebung der Hörschwellen erzielt werden könne. Bei entsprechendem Therapiewunsch wäre diese Massnahme als leitliniengerechte und evidenzbasierte Therapieoption zulasten des Unfallereignisses zu übernehmen nach Vorliegen einer ORL-fachärztlichen Hörgeräteexpertise (Urk. 8/275/7).

Aufgrund des audiometrisch dokumentierten Verlaufes ergebe sich für die Einbusse der Hörleistung bei posttraumatisch nicht erreichter Erheblichkeitsgrenze keine unfallbedingte Einbusse der Integrität gemäss Tabelle 12 der Integritätsentschädigungen. Für den vorbestehenden, seit dem Unfallereignis vermehrten Tinnitus schätze sie einen unfallbedingten Integritätsschaden gemäss Tabelle 13 in Höhe von 5 % bei überwiegend dauernd bestehendem, doppelseitigem Ohrgeräusch mit deutlicher subjektiver Belästigung, in Ruhe als störend empfunden, Verrichtungen wie Lesen, Schreiben und Zuhören sowie Konzentration erfordernde Arbeiten in ruhiger Umgebung dauernd mässig oder zeitweise stark beeinträchtigend, also höchstens mittelgradig kompensiert und von mittelgradigem Persönlichkeitswert (Leidensdruck). Bei der Bemessung der Integritätsentschädigung sei der pathologische Vorzustand berücksichtigt worden (Urk. 8/275/6). 4.

Zu prüfen ist vorab, ob der Fallabschluss per 30. Juni 2017 zu Recht erfolgte und falls ja, ob die weiterhin bestehenden Restbeschwerden noch kausal zum Ereignis vom 4. Mai 2015 sind.

In casu nicht zu prüfen ist des Weiteren die Höhe der Integritätsentschädigung für den Tinnitus bzw. die Hörschädigung, da diese in einer separaten Verfügung vom 3. Oktober 2017 verfügt wurde (Urk. 8/178) und damit nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet (vgl. auch Urk. 8/280/20 E. 7.4). 4.1

Die Einschätzungen von med. pract. B.\_\_\_\_, Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_

beruhen auf fundierter Aktenkenntnis und eigenen Untersuchungen (E. 3.24, E. 3.25 und E. 3.26). Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist schlüssig und die Beurteilung der medizinischen Situation leuchtet ein. Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Stellungnahmen sprechen, bestehen keine.

Med. pract. B. \_\_\_ führte in seinem Untersuchungsbericht vom 3. Mai 2017 und der Stellungnahme vom 13. Juni 2017 nachvollziehbar aus, dass behandlungs-technisch keine namhafte Besserung mittels weiterer psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung zu erwarten sei. Der in den psychiatrischen Berichten beschriebene Verlauf zwischen Frühjahr 2016 und Frühjahr 2017 lege einen psychisch stabilen Gesundheitszustand nahe. Auch die Behandlung in Abständen von 2-3 Wochen

dokumentiere, dass seitens der Behandler nicht mehr mit einer namhaften Besserung gerechnet werde. Die Ergotherapie mache Sinn, bis eine geeignete Tagesstruktur aufgeleitet sei (E. 3.24.1-2).

Dr. C. \_\_\_ konstatierte, dass bezüglich der HWS keine unfallbedingten strukturellen Läsionen vorlägen (E. 3.25), was auch von den Ärzten der Neurologie der H. \_\_\_ (E. 3.7.1) und von Dr. P. \_\_\_ (E. 3.23) bereits früher bestätigt wurde. Für den Fallabschluss zu berücksichtigen ist nur der unfallbedingte, nicht aber der krankheitsbedingte Gesundheitszustand (vgl. Rumo-Jungo /Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], Zürich/Basel/Genf 2012, 4. Aufl., S. 101).

In Bezug auf die rechte Schulter führte Dr. G. \_\_\_ bereits im Bericht vom 9. Februar 2016 aus, dass die Schulterfunktion voll wiederhergestellt sei und er die Behandlung abschliesse (E. 3.9), was auch von Dr. C. \_\_\_ entsprechend übernommen wurde (E. 3.25).

Dr. D. \_\_\_ hielt bezüglich der Hochtoninnenschwerhörigkeit fest, dass sich diese unfallbedingt nicht auf ein erhebliches Mass ausgeweitet habe. Es könne auch beim Tinnitus vom erreichten Endzustand ausgegangen werden. Eine Arbeitsunfähigkeit bestehe aus ORL-fachärztlicher Perspektive nicht (vgl. E. 3.26). Für den Tinnitus, welcher sich durch den Unfall verschlimmert habe, bemass Dr. D. \_\_\_ die Integritätsentschädigung auf 5%, was allerdings nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet (vgl. E. 4). 4.2

#### 4.2.1

Hiergegen brachte der Beschwerdeführer vor (Urk. 1 S. 18), dass der medizinische Endzustand noch nicht erreicht sei, da er sich weiterhin in diversen medizinischen Behandlungen befinde und insbesondere von der Ergotherapie Verbesserungen der Hirnleistungen erwartet würden.

Der Zeitpunkt des allfälligen Fallabschlusses - und damit der in diesem Zusammenhang gegebenenfalls vorzunehmenden Adäquanzprüfung - ist dann gegeben, „wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des - unfallbedingt beeinträchtigten - Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann“ (BGE 137 V 199 E. 2.2.3.1). Die namhafte Verbesserung bezieht sich hierbei in erster Linie auf die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 4.3).

Med. pract. B. \_\_\_ führte diesbezüglich allerdings nachvollziehbar aus, dass von der Ergotherapie bzw. dem Hirnleistungstraining keine wesentliche Verbesserung bezüglich der kognitiven Leistungsfähigkeit und auch keine namhafte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei (E. 3.24.1).

An der Einschätzung von med. pract . B.\_\_\_\_ vermag auch der replicando einge reichte Bericht der Behandler der I.\_\_\_\_ vom 1 9. Juni 2018 nichts zu ände rn ( Urk. 14/1) – sie führten aus, dass es zwischenzeitlich im Jahr 2016 zu kurzen Verbesserungen gekommen sei, im Anschluss habe es immer wieder Verschlech terungen gegeben und seit einem knappen Jahr verschlechtere sich der psychische Zustand zunehmend. Entsprechend attestierten sie seit dem 1. Januar 2016 eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit ( Urk. 14/1/5). Dies lässt auch auf einen thera peutisch nicht mehr besserungsfähigen psychischen Gesundheitszustand schlies sen. 4.2.2

Der Beschwerdeführer argumentierte, der Fallabschluss sei auch klar verfrüht erfolgt, da die Eingliederungsmassnahmen der IV-Stelle erst am 2 4. November 2017 abgeschlossen worden seien ( Urk. 13 S. 6). Dabei verkennt der Beschwerde führer, dass im vorliegend massgeblichen Zeitpunkt des Erlasses des Einsprache entscheidendes vom 2 1. Februar 2018 die Eingliederungsmassnahmen abgeschlossen waren. Darüber hinaus hätte der Entscheid der Invalidenversicherung über Ein gliederungsmassnahmen nicht abgewartet werden müssen , da von weiterer ärzt licher Behandlung keine namhafte gesundheitliche Besserung mehr erwartet wer den konnte und keine Anhaltspunkte dafür vorla gen, dass durch allfällige Ein gliederungsmassnahmen der unfallversicherungsrechtliche Invalidi tätsgrad beeinflusst werden konnte (vgl. E. 2.3). 4.3

Zusammenfassend ist die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen, dass nach dem 3 0. Juni 2017 keine namhafte Ve rbesserung mehr zu erwarten ist . 5.

Mit dem Fallabschluss ist anhand der Schleudertrauma-Praxis zu prüfen, ob ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall des Beschwerdeführers und den über den 3 0. Juni 2017 hinaus noch vorhandenen Beschwerden vorliegt (vgl. E. 2.4.2). 5.1

Strittig ist, ob das Unfallereignis als schwer oder mittelschweres Ereignis zu qua lifizieren ist. 5.1.1

Im Unfallschein vom 1 3. Mai 2015 wurde festgehalten, dass der Beschwerdefüh rer im Verlauf des Fahrerlehrgangs infolge einer Kühlmittelspur eines vor ihm fahrenden Teilnehmers ins Schleudern geraten und trotz Gegenlenkung und Ein leiten einer Notbremsung in die Leitplanken geprallt sei ( Urk. 8/1; vgl. auch Bestätigung Sportfahrerlehrgang, Urk. 8/10/5). Dabei sass der Beschwerdeführer in einem Schalensitz mit 6-Punkt-Gurt und trug zusätzlich einen Helm. Alle Air bags lösten aus (Unfalldokumentation vom 1 7. September 2015, Urk. 8/46).

In der Beschwerde führte der Beschwerdeführer aus, dass er seitlich frontal mit einer Geschwindigkeit von über 200

km/h mit der Leitplanke kollidiert sei und nur dank 5-Punkt-Gurt, Sturzhelm und verstärkter Fahrgastzelle überlebt habe ( Urk. 1 S. 22). 5.1.2

Das Bundesgericht qualifizierte folgende Unfälle als mittelschwer im engeren Sinne: - Das Fahrzeug der Versicherten wurde bei der Kollisi on auf der rechten (Bei fahrer-) Seite auf der Höhe der Hinterachse von der Front eines anderen Perso nenwagens gerammt. Es drehte sich um die eigene Achse und prallte dann in einen Wegweiser. Der Unfallverursacher war bei der Kollision mit einer Geschwindigkeit von 105 bis 115 Stundenkilometern im Zuge eines Strass enrennens unterwegs gewesen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_611/2016 vom 1 6. Dezember 2016 E. 3.2-3.3) - B eim Abbiegen nach links auf eine Autobahneinfahrt kollidierte ein entgegen kommender Personenwagen frontal mit der rechten Fahrzeugseite

des Autos. Die Versicherte zog sich dabei ein Polytrauma zu (Urteil des Bundesgerichts 8C\_268/20 vom 9. September 2014 E. 3.6)

- Die Versicherte fuhr mit ihrem Personenwagen auf der Hauptstrasse, als ein Autofahrer ein Stopp-Signal überfuhr und mit ca. 40 km/h abgebremst seitlich-frontal mit ihr kollidierte (Urteil des Bundesgerichts 8C\_303/2013 vom 12. Dezember 2013 E. 5.2) - Das Fahrzeug der versicherten Person wurde bei einem Überholmanöver mit ca. 100 km/h abrupt abgebremst, geriet dabei ins Schleudern, prallte gegen einen Strassenwall, überschlug sich und kam auf die Fahrerseite zu liegen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_169/2007 vom 5. Februar 2008 E. 4.2) - Ein Auto kam auf der Autobahn in einer Kurve ins Schleudern, überschlug sich und kam auf dem Dach liegend zum Stillstand (Urteil des Bundesgerichts U 258/06 vom 15. März 2007 E. 5.2) - Der Personenwagen überschlug sich bei einer Geschwindigkeit von ca. 90 km/h auf einer Autobahn über die Mittelplanke hinweg – wobei der Versicherte hinausgeschleudert wurde – und kam mit Totalschaden auf der Gegenfahrbahn auf dem Dach zu liegen (Urteil des Bundesgerichts vom U 492/06 vom 16. Mai 2007 E. 4.2). 5.1.3

Unter Berücksichtigung der hohen Geschwindigkeit, des Einleitens der Notbremsung, die die Geschwindigkeit überwiegend wahrscheinlich vor dem Aufprall stark reduzierte (vgl. hierzu auch Expertise vom 9. August 2015, Urk. 9), der seitlich-frontalen Kollision mit Sicherheitsabsperrungen und den vorhandenen zusätzlichen Sicherheitsinstallationen im Auto ist unter Berücksichtigung der oben genannten bundesgerichtlichen Rechtsprechung von einem im engeren Sinne mittelschweren Unfall auszugehen. 5.2

Bei im engeren Sinne mittelschweren Unfällen müssen drei der massgeblichen Kriterien oder eines der Kriterien ausgeprägt erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C\_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5). 5.2.1

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. Der nachfolgende Heilungsprozess wird bei diesem Kriterium nicht einbezogen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_372/2013 vom 28. Oktober 2013 E. 7 mit Hinweisen auf nicht publ. E. 3.5.1 des Urteils BGE 137 V 199

; SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7 E. 6.1 sowie Urteil 8C\_15/2013 vom 24. Mai 2013 E. 7.1).

Vorliegend liegen weder besonders dramatische Umstände noch eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vor, da im Rahmen eines derartigen Sportfahrerlehrgangs die Sicherheitsmassnahmen hoch sind und der geschilderte Unfallablauf sich im Rahmen dessen bewegte, womit bei derartigen Tätigkeiten gerechnet werden muss.

### 5.2.2

Die Diagnose einer HWS-Distorsion (oder einer anderen, adäquanzrechtlich gleich zu behandelnden Verletzung) genügt für sich allein nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung. Zur Bejahung dieses Kriteriums bedarf es einer besonderen Schwere der für das Schleudert trauma beziehungsweise für die adäquanzrechtlich äquivalente Verletzung typischen Beschwerden oder besonderer

Umstände, die das Beschwerdebild beeinflussen können. Es kann sich dabei zum Beispiel um eine beim Unfall eingenommene spezielle Körperhaltung und die dadurch bewirkten Komplikationen handeln. Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma, der äquivalenten Verletzung der HWS oder dem Schädel-Hirn trauma beim Unfall zugezogen hat, können bedeutsam sein (BGE 134 V 109 E. 10.2.2).

Der Beschwerdeführer zog sich keine strukturell nachweisbaren Läsionen an der HWS zu, erlitt allerdings eine Verletzung der rechten Schulter, welche zwischen zeitlich wieder abgeheilt ist .

Darüber hinaus verschlimmerte sich sein Tinnitus (vgl. E. 3). Damit sind die Verletzungen allerdings entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers weder als schwer noch als besondere r Art zu qualifizieren, so dass dieses Kriterium ebenfalls zu verneinen ist. 5.2.3

Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung bis zum Fallabschluss ( BGE 134 V 109 E. 10.2.3) bedingt, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer. Blosser ärztliche Verlaufskontrollen und Abklärungsmassnahmen sowie manualtherapeutische und medikamentöse Behandlungen vermögen das Kriterium nicht zu erfüllen ( Urteil des Bundesgerichts 8C\_62/2013 vom 11. September 2013 E. 8.3 ). Dies gilt auch für ärztlich/physiotherapeutische Behandlungen, medizinische Trainingstherapie sowie für einen stationären Aufenthalt in einer Rehaklinik, soweit sich die Behandlungen in einem nach HWS-Distorsionen üblichen Umfang bewegen. Insbesondere können Behandlungen mit Massage, Heimgymnastik, Atlasterapie, Kraniosakraltherapie , Neuraltherapie sowie Kortisoninfiltration oder Lymphdrainage nicht als überdurchschnittlich belastend im Sinne der Rechtsprechung bezeichnet werden; praxismässig werden an dieses Kriterium deutlich höhere Anforderungen gestellt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_635/2013 vom 9. April 2014 E. 4.4.3 mit Hinweis auf Urteil 8C\_910/2009 vom 13. Januar 2010 E. 4.4 ). Daran ändert auch nichts, wenn Schmerzmittel verabreicht oder Psychopharmaka eingenommen wurden und letztere allenfalls Nebenwirkungen aufwiesen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.3.2 und 8C\_29/2010 vom 27. Mai 2010 E. 5.3).

Der Beschwerdeführer befand sich lediglich für die Operation an der Schulter in stationärer Behandlung. Die physiotherapeutischen Behandlungen bewegten sich ebenfalls in einem üblichen Rahmen. Die 2-3wöchentlich stattfindenden Therapien in der I.\_\_\_\_, die Ergotherapie und die weiteren wahrgenommenen Behandlungen reichen ebenfalls nicht aus, um das Kriterium der belastenden ärztlichen Behandlung zu erfüllen. 5.2.4

Adäquanzrelevant können nur in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_682/2013 vom 14. Februar 2014 E. 11.2 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 10.2.4).

Dr. G.\_\_\_\_ hielt bereits in seinem Bericht vom 3. November 2015 fest, dass keine Schmerzmittel mehr eingenommen würden (E. 3. 6) . Im ausführlichen Bericht der I.\_\_\_\_ vom 4. April 2016 figurieren Schmerzen nicht unter den vom Beschwerdeführer

angegebenen Beschwerden ( Urk. 8/110). Damit ist dieses Kriterium nicht erfüllt. 5.2.5

Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, liegt klarerweise nicht vor. 5.2.6

Auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen (BGE 134 V 109 E. 10.2.6) darf nicht schon aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden geschlossen werden. Es bedarf vielmehr besonderer Gründe, welche die Genesung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben. Der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte und der Heilungsverlauf nicht linear verlief, genügt hierfür nicht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_682/2013 vom 14. Februar 2014 E. 11.3 und 8C\_29/2010 vom 27. Mai 2010 E. 5.3).

Die beiden Teilaspekte des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen müssen nicht kumulativ erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C\_29/2010 vom 27. Mai 2010 E. 5.3 mit Hinweis auf SVR 2009 UV Nr. 41 S.

142).

Die Verletzung der rechten Schulter heilte ohne wesentliche Komplikationen ab und seitens der HWS liegt ebenfalls kein schwieriger Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen vor. Die psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung erfolgt alle 2-3 Wochen, womit auch hier nicht von einem schwierigen Heilungsverlauf bzw. erheblichen Komplikationen ausgegangen werden kann. Damit ist dieses Kriterium zu verneinen. 5.2.7

Was das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen anbelangt, ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus als eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Darin liegt der Anreiz für die versicherte Person, alles daran zu setzen, wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig zu werden. Gelingt es ihr trotz solcher Anstrengungen nicht, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei ist auch der persönliche Einsatz im Rahmen von medizinischen Therapiemassnahmen zu berücksichtigen. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_252/2007 vom 16. Mai 2008 E. 7.7.1 mit Hinweis auf

BGE 134 V 109 E. 10.2.7; vgl. auch Urteil 8C\_635/2013 vom 9. April 2014 E. 4.4.5).

Das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen bis zum Fallabschluss bezieht sich nicht nur auf den angestammten Beruf, sondern auch auf alternative leidensangepasste Arbeiten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_62/2013 vom 11. September 2013 E. 8.7 mit Hinweis auf BGE 134 V

109 E. 10.2.7).

Der Beschwerdeführer war in i tial zu 100 % , ab dem 1. Jul i 2016 zu 75 % erwerbs unfähig geschrieben, weshalb dieses Kriterium allenfalls als erfüllt gelten könnte . V or dem Hintergrund, dass der Beschwerdeführer das Belastbarkeitstraining, das eine zweistündige Präsenzfähigkeit erforderte, nach gut einem Monat am 2 4. November 2017 abbrach ( Urk. 8/284), ist es allerdings jedenfalls nicht in aus geprägter Weise erfüllt. 5.3

Z usammenfassend lieg t

höchstens ein Kriterium in nicht ausgeprägter Weise vor, so dass die Beschwerdegegnerin zu Recht einen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 4. Mai 2015 und den über den 3 0. Juni 2017 hinaus geklagten Beschwerden verneint hat. 6. 6.1

Entsprechend erweist sich eine Prüfung der natürlichen Kausalität als auch die Prüfung eines Anspruchs auf Integritätsentschädigung für die weiterhin beklag ten Beschwerden hinfällig, wobei der Vollständigkeit halber zu erwähnen ist, dass die Integritätsentschädigung für den unfallkausal verschlimmerten Tinnitus nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet (vgl. E. 4). 6.2

6.2.1

Bezüglich der weiterhin geklagten Beschwerden ist – nebst dem als unfallkausal anerkannten verstärkten Tinnitus – aufgrund mangelnder Adäquanz auch keine weitere Prüfung für die weitere Übernahme von Heilungskosten im Sinne von Art. 21 UVG zu prüfen. 6.2.2

Gestützt auf Art. 21 UVG werden n ach der Festsetzung der Rente die Pflegeleis tungen und Kostenvergütungen ( Art. 10–13) gewährt, wenn er: - an einer Berufskrankheit leidet; - unter einem Rückfall oder an Spätfolgen leidet und die Erwerbsfähigkeit durch medizinische Vorkehren wesentlich v erbessert oder vor wesentlicher Beein trächtigung bewahrt werden kann; - zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsf ähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf; - erwerbsunfähig ist und sein Gesundheitszustand durch medizinische Vorkeh ren

wesentlich verbessert oder vor wesent licher Beeinträchtigung bewahrt werden kann.

Der verschlimmerte Tinnitus hat gestützt auf die Ausführungen von Dr. D. \_\_\_ keine Auswir kungen auf die Arbeitsfähigkeit, womit kein Anspruch auf Über nahme der Heilungskosten im Sinne von Art. 21 UVG besteht. 6.3

Von weiteren Abklärungen, wie vom Beschwerdeführer gefordert, sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweis würdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) zu verzichten ist.

Damit ist die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen.

**E. 7**

.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 1 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 61 lit . a ATSG).

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi - 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 HurstCasanova

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