

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00283

vom 9. April 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-04-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00283

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00283 du 9 avril 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00283 del 9 aprile 2013

Erwägungen

E. 1

9. Juni 2008

als Fussgänger bei einer Kollision mit einem Radfahrer multiple Verletzungen am Kopf zuzog (Urk. 9/1).

Nach getätigten Abklärungen stellte die S uva die bis dahin erbrachten Leistungen mit Verfügung vom 24. Oktober 2011 per Ende Oktober 2011 ein und verneinte einen Rentenanspruch und einen solchen auf Integritätsentschädigung (Urk. 9/147). Die vom Versicherten am

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 9. Juni 2008 (vgl. Urk. 9/1) ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als

eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung 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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.4

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, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.5

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). 2.

E. 2

7. März 2019 zur Kenntnis gebracht (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte die Leistungen mit der Begründung ein (Urk. 2), aufgrund der wiederholt durchgeführten apparativen Untersuchungen und der gutachterlichen Feststellungen bestehe in Bezug auf die heute noch geklagten Beschwerden kein unfallbedingtes organisches Korrelat (S. 7 oben). Bildgebend oder mit anderweitigen apparativen Methoden liessen sich keine relevanten, unfallbedingten und objektivierbaren Schädigungen mehr nachweisen (S. 8 oben). Den medizinischen Akten seien keine Hinweise auf ein unfallbedingtes Schleudertrauma der Halswirbelsäule zu entnehmen und eine Bewusstseinsstörung habe nicht festgestellt werden können. Es sei höchstens von einem leicht gradigen Schädelhirntrauma auszugehen, weshalb die Prüfung der Adäquanz unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall zu erfolgen habe (S. 9). Diese führe vorliegend dazu, dass der adäquate Kausalzusammenhang nicht gegeben sei (S. 19).

E. 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer ein (Urk. 1), beim Gutachter Dr. Z.____ liege eine objektiv begründete Befangenheit vor, welche zur Unverwertbarkeit des neurologischen Gutachtens führen müsse (S. 5). Gemäss Dr. A.____ handle es sich bei den Restbeschwerden ätiologisch um organische verursachte Folgen, bei denen die Adäquanz ohne weitere Adäquanzkriterien zu bejahen sei (S. 7 f.). Aufgrund des Gesagten werde eine Ausrichtung einer Integritätsentschädigung von 50 % wegen der Folgen der erlittenen Schädel- und Gesichtsfrakturen, beziehungsweise wegen des gemischten chronifizierten Schmerzsyndroms, beantragt (S. 10). Sodann sei der Endzustand selbst aufgrund des Gutachtens Z.____ erst per 31. Mai 2017 erreicht. Eine Rückwirkung bis ins Jahr 2012 werde nicht begründet. Die Beschwerdegegnerin bleibe bis zum 31. Mai 2017 für das Taggeld leistungspflichtig (S. 11).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob noch objektivierbare organische Unfallfolgen vorliegen. 3.1

Dr. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete sein Teilgutachten am 1. September 2015 (Urk. 9/276) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchung des Beschwerdeführers. Er nannte folgende Diagnosen (S. 14): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - anhaltende Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - dysfunktionales Krankheitserleben und -verhalten

Er führte aus, gemäss fremdanamnestischen Angaben der Ehefrau habe sich der Beschwerdeführer seit dem Unfall sehr verändert. Er sei reizbar, zurückgezogen, desinteressiert und eigenbrötlerisch geworden. Dies liesse bei einer relevanten traumatischen Hirnverletzung, insbesondere mit frontaler Lokalisation, an eine hirnorganisch (mit-)bedingte Wesensänderung denken. Gemäss den neurologischen und neuroradiologischen Befunden liege jedoch eine MTBI (mild traumatic

brain

injury = milde traumatische Hirnverletzung) vor, die definitions gemäss keine mit üblichen diagnostischen Verfahren nachweisbaren und anhaltenden organischen strukturellen Defizite zur Folge habe. Des Weiteren falle auf, dass die Folgen der Wesensänderung vor allem im häuslichen Umfeld aufträten, währenddessen sich der Beschwerdeführer in der Untersuchung gut beherrschen könne und das fragliche Verhalten nicht zeige. Ebenso wenig scheine es während der Arbeitstätigkeit aufgetreten zu sein. Bei einer organisch begründbaren « Wesensänderung » wäre ein etwas anderes klinisches Bild mit vermehrter Enthemmung und geringerer Steuerbarkeit in unterschiedlichen Kontexten zu erwarten. Dieses Verhalten lasse sich besser durch eine Depression oder aber durch dysfunktionales Krankheitserleben und -verhalten erklären, was im Folgenden untersucht werde (S. 14).

Gemäss den diagnostischen Kriterien der ICD-10 liege

mit den Symptomen des Beschwerdeführers eine mittelgradige depressive Episode vor und dies mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht erst aktuell, sondern bereits seit Jahren, also noch zur Zeit der Arbeitstätigkeit. Eine schwere depressive Episode wäre nicht mit dem relativ hohen Arbeitspensum von 70 % vereinbar gewesen. Klinisch entspreche der Schweregrad eher einer mittelgradigen als dem einer schweren Depression, da die einzelnen Symptome zum Teil nur in leichter oder mittlerer Ausprägung vorlägen. Der Beginn der D

epression könne aus den Unterlagen nicht sicher rekonstruiert werden. Am ehesten sei von einer langsamen Steigerung auszugehen, wobei die Arbeitstätigkeit rein aus psychiatrischer Sicht vermutlich einen stabilisierenden und antidepressiven Effekt gehabt habe. Aus psychiatrischer Sicht habe bislang keine suffiziente Behandlung der Depression stattgefunden. Der Beschwerdeführer

sei gegenüber einer solchen, insbesondere gegenüber einer Psychotherapie, ablehnend. Parallel zu der Depression habe der Beschwerdeführer ein dysfunktionales Krankheitserleben und -verhalten mit ausgeprägter Vermeidung, sozialem Rückzug und Dekonditionierung und damit Absenkung der Schmerzschwelle entwickelt, das einerseits das Schmerzerleben und andererseits die Depression verstärkte und überforme. Schmerzerleben und Depression wiederum verstärkten sich gegenseitig. Mit dem Wegfall der Arbeit habe der Beschwerdeführer eine wichtige Säule seiner Identität verloren, die er nicht durch andere Tätigkeiten, Interessen oder Aktivitäten ersetzt habe, was jedoch nicht rein auf die Depression zurückzuführen sei, sondern persönlichkeits-, bildungs- und kulturelle Einflüsse habe. Die Schmerzätiologie sei bis anhin kontrovers diskutiert worden. Berichten, die auf nicht organisch erklärbare Ausformung und Präsentation hinweisen würden, stünden solchen gegenüber, die eine vollständige organische Erklärbarkeit postulierten. Aus rein psychiatrischer Sicht sei den Behandlern dabei aber entgangen, dass selbst organische Schmerzen häufig nicht nur mit rein somatischen Mitteln bewältigt werden könnten, sondern dass daneben oft eine (Schmerz-)Psychotherapie indiziert sei. Beim Beschwerdeführer sei allerdings zu berücksichtigen, dass er einer solchen Behandlung heute nicht offen gegenüberstehe, so dass es überwiegend wahr scheinlich einer aufwändigeren Motivations- und Aufklärungsarbeit durch den Hausarzt gebraucht hätte, um das Verständnis und die Bereitschaft dafür zu wecken (S. 15 f.).

Die Angaben zu den Beschwerden oder die demonstrierten Defizite zum Beispiel im Gedächtnisbereich seien zum Teil nicht nachvollziehbar, so dass hier zumindest von einer zusätzlichen Verdeutlichung, eventuell sogar von Aggravationstendenzen ausgegangen werden müsse. Letztere seien auch im neuropsychologischen Gutachten als möglich erachtet worden. Gerade in diesem Zusammenhang gebe auch die für eine mittelgradige Depression erstaunlich hohe realisierte Arbeitsfähigkeit von 70 % bei zusätzlichen und subjektiv im Vordergrund stehenden Schmerzen zu denken (S. 16).

Die angegebenen psychischen Beschwerden seien mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mittelbar auf den Unfall vom 19. Juni 2008 zurückzuführen, würden aber zunehmend durch das dysfunktionale Krankheitserleben und -verhalten überformt (S. 17).

Aus rein psychiatrisch-gutachterlicher Sicht seien als unfallfremde Faktoren vor allem eine suboptimale Betreuung mit Vernachlässigung der integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung der Depression und der Schmerzen zu benennen. Es wäre eine rasche schmerzpsychotherapeutische Behandlung sinnvoll gewesen, um den Umgang des Beschwerdeführers mit seinen Schmerzen zu modifizieren und die Grenze der Belastbarkeit herauszufinden und mindestens wahrscheinlich auch zu verschieben. Ausserdem hätte die sich entwickelnde Depression rasch behandelt werden müssen, am besten nicht nur psychopharmakologisch, sondern auch psychotherapeutisch. Beide Problemfelder ließen sich prinzipiell in einer Behandlung integriert bearbeiten. Der sich jahrelang hinziehende Rechtsstreit mit entsprechender Unsicherheit über den Ausgang sei mindestens mit Wahrscheinlichkeit ebenfalls ein relevanter unfallfremder

Faktor. Die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit und später der altersbedingte Wegfall der Arbeit hätten dem Beschwerdeführer die wahrscheinlich wichtigste Stütze seines Selbstwerts und einen Grossteil seines Lebensinhalts genommen. Dass der Beschwerdeführer dafür keinen Ersatz gesucht habe, habe auch unfallfremde Gründe beziehungsweise

Einflüsse (S. 17).

Rein medizinisch-theoretisch sei bei Hilfsarbeiten ohne relevante kognitive Anforderungen von einer (mindestens) 70%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen, zumal die Arbeit eine n tagesstrukturierenden, selbstwertstabilisierenden und antidepressiven Effekt habe. Am ehesten sei dies bei einer Hilfsarbeitertätigkeit auf 90 % Arbeitsfähigkeit

in leistungsmässiger und 80 % Arbeitsfähigkeit in zeitlicher Hinsicht aufzuteilen (S. 18).

Neben der beschreibbaren psychischen Symptomatik seien eindeutige Auswirkungen auf kognitive Leistungen wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Konzentration und Antriebsfahigkeit. Sie beeinträchtigen das alltägliche Leben. Ob die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen reduziert gewesen sei, lasse

sich nachträglich nicht mehr sicher bestimmen. Begründet worden sei die (Selbst-) Limitierung jedenfalls rein somatisch mit den Schmerzen. Zwar träten die Defizite erst bei Anforderungen, die das alltägliche Ausmass überschreiten würden, auf. Es sei jedoch medizinisch-theoretisch zu postulieren, dass bei zumutbarer Willensanstrengung eine Therapie möglich und sinnvoll wäre. In diesem Fall bestünde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Möglichkeit einer signifikanten Verbesserung der psychiatrischen Symptomatik. Diese Voraussetzung sei

jedoch aus nicht-störungsbedingten Gründen nicht gegeben (S. 19). 3.2

Dr. A.____, praktischer Arzt, Zentrum C.____, erstattete sein zahnmedizinisches Gutachten am 4. Juli 2016 (Urk. 9/274) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchung des Beschwerdeführers. Er nannte folgende Diagnosen (S. 5 f.): - Tendomyopathie der Kaumusculatur - schmerzhafte posttraumatische Trigemimusneuropathie - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Er führte aus, dass keine regionale Lymphadenopathie bestanden habe. Die Sensomotorik des Gesichtes sei symmetrisch bei Prüfung auf leichte Berührung und Kälte

intakt gewesen. Die Spitz-/Stumpf-Diskriminierung sei nicht konklusiv gewesen, wobei unklar gewesen sei, ob sprachliche Schwierigkeiten das Ergebnis beeinflusst hätten. In beiden Kiefergelenken sei kein Krepitus auskultiert worden. Die Kiefergelenke seien beidseits nicht druckdolent und das Gelenkspiel unauffällig gewesen (S. 5).

Heute imponiere ein gemischtes Schmerzbild im Gesichtsbereich. Der Ruheschmerz mit kauabhängiger Verstärkung sei auf eine Tendomyopathie der Kaumusculatur zurückzuführen, denn die Kaumusculen seien druckdolent und deren Palpation reproduziere die beklagten Beschwerden. Aufgrund der erlittenen Hart- und Weichteilverletzungen sei die gesteigerte Gesichtsempfindlichkeit (Allodynie und Hyperalgesie) sowie der brennende, teilweise stechende Schmerzcharakter im Bereich der Ober- und Unterlippen mit einer schmerzhaften posttraumatischen Trigemimusneuropathie zu vereinbaren. Die Kriterien für die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F45.41 seien im vorliegenden Fall ebenfalls erfüllt. Diese

Diagnose bedürfe aber der zusätzlichen psychiatrischen Einschätzung (S. 5 f.) .

Keine der beklagten Beschwerden sei organisch nachweisbar. Die Ermangelung eines « Biomarkers » für schmerzassoziierte neurobiologische und neuropsychologische Prozesse bedeute aber keineswegs, dass diese einer strukturellen Grundlage entbehren würden. So hätten zum Beispiel aktuell verfügbare bildgebende Verfahren eine begrenzte Auflösung. Sie könnten auch keine molekularen oder zellulären Veränderungen an Nerven dokumentieren, die höchstwahrscheinlich chronischen Schmerzen zugrunde lägen. Im forensischen Kontext gebe es in den USA zwar Anstrengungen, mittels sogenannt «funktioneller Magnetresonanztomographie» anhaltende Schmerzen bei organisch nicht nachweisbarem Substrat als Beweismittel vorzubringen, aber die genutzten Verfahren seien für diesen Zweck derzeit wissenschaftlich nicht anerkannt. Bekannt sei, dass Gewebeschädigungen unterschiedlicher Art und variablen Grades chronische Schmerzen nach sich ziehen könnten. Im Gesichtsbereich seien die andernorts vielfach beobachteten trophischen Gewebeeränderungen im Sinne eines « chronic regional pain Syndroms » (CRPS) kaum je zu beobachten. Dass aber an diversen Körperregionen Schmerzen relativ häufig länger als 3-6 Monate anhaltend sein könnten, sei am besten nach chirurgischen Eingriffen untersucht. Welche Personen nach Gewebeerletzungen chronische postoperative Schmerzen entwickeln würden, lasse sich nicht voraussagen. Ebenso wenig ließen sich die vielfältigen und individuell variabel ausgeprägten Prozesse mittels heute verfügbarer Messmethoden (Bildgebung, Elektrophysiologie, quantitative sensorische Testung) erfassen, welche dem Übergang von akuten zu chronischen Schmerzen zugrunde lägen. Entsprechend sei es im vorliegenden Fall nicht sinnvoll, weitere Abklärungen zu veranlassen in der Hoffnung, damit eine singuläre organische Schmerzurrsache nachweisen oder widerlegen zu können

(S. 6 f.) .

Aufgrund der besprochenen Limitationen hinsichtlich des Nachweises einer strukturellen Nervenschädigung sei die überwiegende Wahrscheinlichkeit eines kausalen Zusammenhangs zwischen den beklagten Beschwerden und dem Unfall vom 19. Juni 2008 lediglich aufgrund des evidenten zeitlichen Zusammenhangs gegeben. Aus schmerzmedizinischer Sicht sei es nicht ungewöhnlich, dass sich das Beschwerdebild des Beschwerdeführers auch noch Monate nach der Erstverletzung verändert habe. Um dieser Dynamik der komplexen Veränderungen Ausdruck zu verleihen, bestünden im neurowissenschaftlichen Fachjargon unterschiedliche Begriffe wie Neuroplastizität, Neurale Sensitivierung (Sensitization), Langzeit-Potenzierung oder « Dynamic Pain Connectome ». Klinische Studien würden auch beim Menschen verstärkte Schmerzempfindungen nach trigeminalen Nervenverletzungen belegen, wobei eine grosse Bandbreite der Schmerzintensität beobachtet werde. Psychometrische Untersuchungen würden zudem eine individuell variable physische beziehungsweise psychosoziale Beeinträchtigung belegen. Die Verteilung der Schmerzintensitäten korreliere in der Regel nicht mit der Art des Traumas, dem Geschlecht, dem Alter oder der Dauer seit dem Trauma. Eine starke Fluktuation der Schmerzintensität und des Schmerzcharakters im Tagesverlauf sowie im gesamten Zeitverlauf werde häufig beobachtet. Für den vorliegenden Fall gelte zu beachten, dass nicht zwingend am makroanatomisch sichtbaren Nervenstamm nachweisbare Schäden zu sehen seien, sondern auch Verletzungen kleinerer Nervenäste zu einer ähnlichen Symptomatik führten. Die vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden (Stirnkopfschmerzen, Brennen der Lippen und Kieferschmerzen) und die

Befunde gemäss Untersuchung an der Neurologischen Klinik am Universitätsspital D.____ vom 14. Mai 2009 (verminderte Sensibilität für Berührung, Schmerz und Temperatur im Bereich der Stirne, der Wangen sowie des Unterkiefers) seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 19. Juni 2008 beziehungsweise auf die unfallbedingte Operation zurückzuführen (S. 7 ff.) .

Hinsichtlich der Tendo myopathie der Kaumuskulatur könne eine erhebliche Verbesserung mittels weniger Biofeedback-Sitzungen im Rahmen einer schmerz psychologischen Behandlung erreicht werden. Von einer verbesserten Körper wahrnehmung und einer entspannteren Unterkieferlage könne eine Schmerzlinderung des Ruheschmerzes erwartet werden. Nicht vorauszusehen sei, ob sich dadurch auch der Kauschmerz lindern werde. Generell sei eine Akzeptanz- und Commitmenttherapie in ähnlichen Fällen hilfreich, wobei die Aussicht auf Erfolg im vorliegenden Fall durch die psychotherapeutische Fachexpertise zu klären sei.

Hinsichtlich der schmerzhaften posttraumatischen Trigemini-neuropathie seien in der Vergangenheit diverse Medikamente eingesetzt worden. Mit der aktuellen Dosierung von Remeron und Lyrica scheine ein akzeptabler Kompromiss zwischen Wirkung und Nebenwirkung gefunden worden zu sein. Eine Verbesserung sei von weiteren Behandlungsmassnahmen nicht zu erwarten (S. 9) . 3.3

Dr. Z.____, Facharzt für Neurologie,

Institut E.____, erstattete sein Gutachten am 31. Mai 2017 (Urk. 9/272) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchung des Beschwerdeführers. Er nannte folgende Diagnosen (S.

49 Ziff. 1): - chronische Kopf- und Gesichtsschmerzen im Anschluss an einen Velo unfall am 19. Juni 2008, laut Aktenlage mit Commotio cerebri, einer Gesichtsfraktur Le Fort II, weiteren Mittelgesichtsfrakturen sowie einer Rissquetschwunde supraorbital links - subjektive Sensibilitätsstörung an Kopf und Gesicht, ohne sicheres organ pathologisches Korrelat - gestörte Schmerz- und Symptomverarbeitung, mit Symptomausweitung und dysfunktionalem Verhalten - mittelgradige depressive Episode (ICD -

E. 6

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art.

E. 8

ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

E. 10

F45.41) Er führte aus, eine strukturelle Hirnverletzung oder eine Läsion intrakranieller schmerzsensitiver Strukturen sei in der gesamten Versicherungsakte nicht nachgewiesen worden. Das CT des Kopfes vom 19. Juni 2008 sei normal gewesen. Es hätten sich keine intrakraniellen Verletzungsfolgen durch den Unfall gezeigt. Aufgrund anhaltender Beschwerden sei am 4. Juni 2009 ein MRI des Kopfes durchgeführt worden, welches einen unauffälligen Befund zeigt. Zum sicheren Ausschluss traumatischer Läsionen sei am 27. Oktober 2009 ein MRI des Schädels mit T-Sequenzen erfolgt, die keinen Hinweis auf Hämosiderinablagerungen ergeben hätten. Damit habe sich erneut ein normaler intrakranieller Befund ohne Hinweise für ein strukturelles Hirntrauma oder eine

traumatische Verletzung intrakranieller schmerzsensitiver Strukturen wie zum Beispiel der Hirngefäße oder der Meningen gezeigt (S. 36). Die hier vorgetragene Kopfschmerzen entsprechen phänotypisch am ehesten einem chronischen Spannungskopfschmerz. Als Schmerzqualität werde ein Kopfdruck angegeben. Der Kopfdruck sei holocephal oder fronto-temporal beidseits lokalisiert. Vegetative Begleitbeschwerden würden nicht berichtet. Es habe sich kein Anhalt für eine Migräne oder eine andere trigemino-autonome Kopfschmerzkrankung ergeben. Die ständige Gleichheit und nicht Modulierbarkeit der Schmerzintensität spreche für ein nicht-organisches Geschehen. Auch die teilweise unscharfen, teilweise sogar widersprüchlichen Angaben (zunächst gar keine Modulierbarkeit, dann doch Verschlechterung bei Kälte oder Wetterwechsel) sprechen nicht für ein organisches Kopfschmerzsyndrom. Eine Verstärkung bei Kopfbewegungen sei hier nicht vorgetragen worden, im Gegensatz zu manchen Berichten in der Versicherungsakte. Die Behauptung, dass die Kopfschmerzen durch Analgetika wie Paracetamol oder Metamizol nicht beeinflussbar seien, spreche gegen einen organopathologisch verstehbaren Schmerz. Die Tatsache, dass durch Kieferbewegungen beim Kauen eine Verschlechterung hervorgerufen werde, sei untypisch für einen Spannungskopfschmerz. Die mehrfach durchgeführte Bildgebung habe keine intrakranielle strukturelle Verletzungsfolge zeigen können. Insofern sei es zu keiner Schädigung von Hirngewebe oder intrakraniellen schmerzsensitiven Strukturen gekommen. Entsprechend sei als Diagnose nach dem Zusammenprall eine Commotio cerebri zu diagnostizieren, nicht jedoch eine höhergradige, strukturelle Hirnverletzung. Aufgrund der eher kurzen Bewusstlosigkeit sei eine leichte Commotio cerebri zu diagnostizieren. Leichte Gehirnerschütterungen würden in der Regel innerhalb von 4 Wochen abheilen. Bei einer verzögerten Heilung könne es gelegentlich zu einer Kopfschmerzpersistenz von 3-6 Monaten kommen. Eine länger als 12 Monate anhaltende Kopfschmerzsymptomatik könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das allenfalls leichte Schädelhirntrauma mit Commotio cerebri kausal bezogen werden (S. 37). Die neurologischen Kollegen interpretierten die mittelschweren bis schweren kognitiven Störungen differentialdiagnostisch entweder im Rahmen des Schmerzsyndroms oder auch im Rahmen des milden Schädelhirntraumas. Hierzu sei anzumerken, dass eine schwere kognitive Störung zunächst einmal im Alltag hätte

auffallen müssen und in den Vorbefunden nicht dokumentiert worden sei. Die neuropsychologische Testung habe keine Symptomvalidierung

inkorporiert, insofern sei auch eine motivationale Verzerrung als Ursache der Befunde gut denkbar, insbesondere bei einer gleichzeitigen Depression. Die Behauptung, dass eine Commotio cerebri, die initial zu keinen kognitiven Defiziten geführt habe, wie in der Versicherungsakte gut dokumentiert, mit einem Abstand von fast einem Jahr nach dem Ereignis plötzlich zu einer mittelschweren bis kognitiven Störung führen sollte, sei

ätiopathogenetisch nicht plausibel. Der Verdacht einer Trigeminusneuralgie oder einer Trigeminusneuropathie sei von den Neurologen des D.____ nicht geäußert worden. Es sei auch darauf hingewiesen worden, dass die Gesichtsschmerzen keine sicheren Anzeichen eines neuropathischen Schmerzes hätten. Es seien keine Angaben zur Ätiopathogenese der Sensibilitätsstörungen im Gesicht gemacht worden. Sollte eine organopathologische Genese angenommen werden, wäre die Diagnose eines atypischen Gesichtsschmerzes nicht zu stellen, da dies entsprechend der internationalen Kriterien eine Ausschlussdiagnose sei und eine organopathologische Genese nicht impliziere, sondern ausschliesse. Insbesondere seien

nachweisbare Schädigungen oder Erkrankungen von Hirnnerven oder deren Ästen von dieser Diagnose ausgeschlossen. Insofern widersprechen sich die Neurologen des D.____ hier selbst

(S. 38 f.) . Insgesamt sei der hiesige sensible Befund nicht konsistent mit den in der Akte vorbeschriebenen Befunden. Er entspreche keinem zu erwartenden Befund bei einer Trigeminusläsion oder Trigeminusastläsion. Auch durch diffuse Nervenendastläsionen der Trigeminusäste, wie von manchen untersuchenden Ärzten postuliert, wäre dieser Befund insgesamt nicht zu erklären. Hinweise für einen neuropathischen Schmerz im Sinne einer Allodynie oder einer Hyperalgesie hätten sich nicht ergeben. Die postulierte Diagnose eines neuropathischen Schmerzsyndroms im Anschluss an eine diffuse Weichteilschädigung sei

eine Hypothese, die ein neuropathisches Schmerzsyndrom postuliere, das nicht den internationalen diagnostischen Kriterien entspreche. Diffuse Weichteilschädigungen heilten in der Regel mehrheitlich ohne entsprechende Schmerzsyndrome aus. Insbesondere im Gesicht sei die Heiltendenz von Weichteilverletzungen sehr gut, sodass die entsprechende Entität eines neuropathischen Schmerzsyndroms nach diffusen Rezeptoren oder feinen sensiblen Endästchen eine Spekulation, nicht aber eine gesicherte Diagnose darstelle. Zusammenfassend werde festgestellt, dass aufgrund der zahlreichen Inkonsistenzen keine organpathologische Diagnose als Erklärung der Gesichtsschmerzen und der subjektiven Sensibilitätsstörung gestellt werden könne. Eine überwiegend wahrscheinliche Kausalität der anhaltend beklagten Beschwerden mit dem Unfall vom 19. Juni 2008 sei somit nicht gegeben (S. 43 f.) . Im Zusammenhang mit den sensiblen Untersuchungsbefunden, die Dr. A.____ selbst vorgelegt habe, sei im Lichte der Befunde der Versicherungsakte und der Befunde der hiesigen Untersuchung eine überwiegende Unfallkausalität für die beklagten Sensibilitätsstörungen und die beklagten Gesichtsschmerzen nicht gegeben. Seine Schlussfolgerung, dass « die vom Versicherten beschriebenen Beschwerden » seines Erachtens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 19. Juni 2008 beziehungsweise auf die unfallbedingte Operation zurückzuführen seien, werde von ihm nicht plausibel schlüssig nachvollziehbar begründet (S. 47) . Die vom Beschwerdeführer beklagten Kopfschmerzen in Form von chronischem Kopfdruck und die beklagten Gesichtsschmerzen seien nicht durch organpathologische Befunde erklärbar. Weitere Diagnostik sei nicht notwendig. Mehrfache bildgebende Untersuchungen des Kopfes inklusive eines MRIs mit T- Sequenzen hätten keine strukturellen Läsionen gezeigt. Ein hier durchgeführtes EEG habe einen normalen Befund ohne Hinweis für eine Enzephalopathie oder eine andere hirnorganische Störung gezeigt. Die in der Vergangenheit festgestellten mittel schweren bis schweren kognitiven Störungen hätten sich hier und in der neuropsychologischen Testung durch Dr. F.____ nicht mehr nachweisen lassen. Aufgrund von erheblicher Aggravationstendenz seien die Befunde teilweise nicht schlüssig interpretierbar gewesen. Eine wesentliche kognitive Störung schliesse Dr. F.____ aus. In der hiesigen Begutachtung habe sich ebenfalls im verhaltensneurologischen Befund keine wesentliche kognitive Einschränkung gezeigt (S. 49 f.). Die mittelschwere depressive Episode stehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 19. Juni 2008. Die beklagten Schmerzen erklärten sich am ehesten im Rahmen einer psychischen Fehlverarbeitung. Auf neurologischem Fachgebiet beziehungsweise durch organpathologische Befunde ließen sich die Kopfschmerzen und die Gesichtsschmerzen des Versicherten nicht mit

überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal erklären (S. 50) . 4. 4.1

Nach der geschilderten Aktenlage kann als erwiesen gelten, dass der Beschwerdeführer sich ein Schädel-Hirn-Trauma mit einer commotio cerebri, einer Le-Fort-II-Trümmerfraktur sowie einer Rissquetschwunde am Kopf links supraorbital zuzog (vgl. Urk. 9/12) . Laut Bericht der erstbehandelnden Ärzte wurde ein Wert von 15 Punkten gemäss der Glasgow Coma Scale (GCS-Wert) konstatiert und bei Eintreffen im Spital bestätigt (vgl. Urk. 9/

E. 12

).

In der Folge klagte der Beschwerdeführer über Kopf-, Gesichts- und Kiefer schmerzen sowie über ein Kribbeln und ein Taubheitsgefühl perioral und am Mund und gab an, seit dem Unfall schwach und vergesslicher geworden zu sein sowie seine Beweglichkeit verloren zu haben. 4.2

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass die Beurteilung durch Dr. Z.____ (vgl. vorstehend E. 3.3) für die Beantwortung der gestellten Frage betreffend die Objektivierbarkeit der geklagten Beschwerden umfassend ist.

Die Beurteilung berücksichtigt die medizinischen Vorakten ebenso wie die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers und

die Darlegung der medizinischen Befunde so wie deren Beurteilung leuchten ein .

Die Schlussfolgerungen sind zudem nachvollziehbar begründet. So machte der neurologische Gutachter auf die widersprüchlichen Angaben des Beschwerdeführers beziehungsweise Befunde betreffend Sensibilität im Gesicht und am Kopf aufmerksam (Urk. 9/272 S. 42 f.) und führte nachvollziehbar aus, dass aufgrund der zahlreichen Inkonsistenzen keine organpathologische Diagnose als Erklärung der Gesichtsschmerzen und der subjektiven Sensibilitätsstörung gestellt werden könne (S. 44 oben). Er legte zudem plausibel dar, dass das Elektroencephalogramm (EEG) keinen Hinweis für hirnorganische Veränderungen gezeigt habe und der Grundrhythmus normal gewesen sei, was mit den normalen Ergebnissen der strukturellen Bildgebung übereinstimme (S. 44 Mitte). Dr. Z.____

nahm weiter ausdrücklich Stellung zur

Kausalitätsbegründung durch Dr. A.____ und führte nachvollziehbar aus, weshalb diese nicht zu überzeugen vermöge und dessen Schlussfolgerung nicht plausibel und schlüssig nachvollziehbar begründet sei (S. 45 ff.). Einleuchtend ist in diesem Zusammenhang die Argumentation des neurologischen Gutachters, wonach Dr. A.____ bei der Frage der Kausalität den Fehlschluss des « post hoc, ergo propter hoc » zulasse (S. 46 f.). Diesbezüglich bleibt anzumerken, dass

die Argumentation von Dr. A.____ nach der Formel « post hoc ergo propter hoc » , nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, beweisrechtlich nicht zulässig

ist

und zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen vermag (BGE 119 V 335 E. 2b/bb , Urteil des Bundesgerichts 8 C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). Schliesslich führte

Dr. Z.____ schlüssig und nachvollziehbar aus, dass die vom Beschwerdeführer beklagten Kopf- und Gesichtsschmerzen nicht durch organopathologische Befunde erklärbar seien und eine weitere Diagnostik nicht notwendig sei, da mehrfache bildgebende Untersuchungen des Kopfes keine strukturellen Läsionen gezeigt hätten (S. 49 f.).

Die Beurteilung des neurologischen Gutachters leuchtet somit in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen werden ausführlich begründet. Sie steht zudem in Übereinstimmung mit den bildgebenden Untersuchungsberichten, wonach kein Fraktur-Nachweis im Bereich der Halswirbelsäule sowie kein prä-/paravertebrales Hämatom nachweisbar waren (Urk. 9/164) und die Schädel-MRI einen normalen Befund ohne intrakranielle Traumafolgen zeigte (Urk. 9/165 , Urk. 9/40) . Zudem bestätigte auch

Dr. A.____ in seinem Teilgutachten, dass keine der beklagten Beschwerden organisch nachweisbar seien (Urk. 9/274 S. 6). Die ärztliche Beurteilung durch

Dr. Z.____

entspricht damit den von der Rechtsprechung konkretisierten Anforderungen (vgl. E. 1.5) vollumfänglich, so dass für die Entscheidfindung darauf abgestellt werden kann. 4.3

Zusammenfassend steht aufgrund der durchgeführten apparativen Untersuchungen und den gutachterlichen Feststellungen in Bezug auf die heute noch beklagten Beschwerden des Beschwerdeführers fest, dass kein relevantes unfallbedingtes organisches Korrelat für die geltend gemachten Schädigungen besteht.

Die Beschwerdegegnerin hat in der Folge zu Recht eine gesonderte, eigenständige Adäquanzprüfung durchgeführt. Diese wurde vom Beschwerdeführers nicht bemängelt und gibt aufgrund der Akten zu keinen Beanstandungen Anlass.

So ist nach der Rechtsprechung bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden wie folgt zu differenzieren: Zunächst ist abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/ aa (sogenannte Psychorechtssprechung) zur Anwendung. Ergebnisse der Abklärungen indessen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze (BGE 115 V 133 E. 6c/ aa) massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 E. 6a und E. 4b festgelegten Kriterien (BGE 123 V 98 E. 2a).

Eine analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigt sich gemäss Rechtsprechung nur dann, wenn eine erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen einer Commotio und einer Contusio cerebri liegt. Leichte Hirnerschütterungen reichen hierfür nicht aus (Urteil des Bundesgerichts 8C_270/2011 vom 28. Juli 2011 E. 2.1).

Vorliegend finden sich in den echtzeitlichen Akten nach dem Unfall (vgl. hierzu Urk. 9/12-13) keine Hinweise für eine entsprechende Schädigung mindestens im Grenzbereich

zu einer Contusio cerebri, konnte doch mittels bildgebender Verfahren keine posttraumatische Hirnschädigung objektiviert werden und auch klinisch imponierte der Beschwerdeführer unauffällig. Die Beschwerdegegnerin hat die Adäquanz folglich korrekterweise gemäss den in BGE 115 V 133 aufgeführten Kriterien geprüft. 4.4

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 versicherungsmässiger 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 dazwischen liegende 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).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa). 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 Grenzbereich 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 anderen 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). 4.5

Die Beschwerdeführerin ging von einem mittelschweren Unfall aus, was vom Beschwerdeführer nicht bestritten wurde und wovon auszugehen ist (vgl. auch Polizeirapport; Urk. 9/9). Zur Bejahung der adäquaten Kausalität wäre daher im vorliegenden Fall erforderlich, dass ein einzelnes unfallbezogenes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder dass mehrere der nach der Rechtsprechung massgebenden Kriterien gegeben sind. 4.6

Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalles ist objektiv zu beurteilen und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person (RKUV 1999 Nr.

U 335 S. 207, U 287/97 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts 8C_624/2008 vom 12. Dezember 2008 E. 4.3.1). Dabei ist jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_39/2008 vom 20. November 2008 E. 5.2). Aufgrund des Geschehensablaufs sind keine Umstände ersichtlich, welche die Bejahung einer besonderen Dramatik oder besonderen Eindrücklichkeit der Begleitumstände rechtfertigen würden.

Bei den vom Beschwerdeführer erlittenen Frakturen am Schädel und den Zahnschäden handelt es sich nicht um

Verletzungen besonderer Art und Schwere oder um solche, die erfahrungsgemäss geeignet wären, psychische Fehlentwicklungen auszulösen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_44/2017 vom 19. April 2017 E. 6.2.3).

Die medizinischen Massnahmen zur Behandlung der somatisch bedingten und organisch ausgewiesenen Unfallfolgen des Beschwerdeführers bestanden im stationären Aufenthalt im Universitätsspital D. (vgl. Urk. 9/12), im operativen Entfernen des Osteosynthesematerials am 18. Februar 2009 (vgl. Urk. 9/30) sowie in den ambulanten Behandlungen der Zahnschädigungen. Damit kann das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung nicht als erfüllt betrachtet werden.

Wie bereits ausgeführt, liegen keine körperlich bedingten Dauerschmerzen vor, welche auf strukturell belegbare Befunde zurückgeführt werden können und den Akten sind keine Hinweise für eine ärztliche Fehlbehandlung zu entnehmen.

Aus der blossen Dauer einer Behandlung und der geklagten Beschwerden darf zudem gemäss Rechtsprechung nicht auf einen schwierigen Heilverlauf oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Besondere Erschwernisse, welche die Genesung beeinträchtigt hätten, sind vorliegend nicht ersichtlich. Schliesslich erreichte die hier zu

berücksichtigende physisch bedingte Erwerbsunfähigkeit das für die Bejahung des entsprechenden Kriteriums praxisgemäss erforderliche Ausmass nicht. So nahm der Beschwerdeführer seine Arbeit per 1. September 2008 bei einem Rendement von 30 % in seinem angestammten beruflichen Umfeld wieder auf und konnte das Pensum gegen Ende September 2008 auf 50

% steigern. Im Frühjahr 2010 konnte der Beschwerdeführer das Pensum auf 60 % erhöhen und ab Februar 2011 lag dieses bei 70 % (vgl. Urk. 9/70, Urk. 9/86) . 4.7

Damit sind keine Zusatzkriterien erfüllt, womit der adäquate Kausalzusammenhang der geklagten, nicht objektivierbaren Beschwerden zum Unfallereignis nicht gegeben ist. Die Verneinung des Anspruchs auf die Vergütung weist die Leistungen über den 7. Juni 2012 hinaus erweist sich daher als rechtfertigend, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson - 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 Schüpbach

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