

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00219 vom 7. Dezember 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-12-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2021.00219](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00219)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00219 du 7 décembre 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00219 del 7 dicembre 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1978 geborene X.\_\_\_\_, seit 1. April 2002 als Senior Underwriter bei der Y.\_\_\_\_ angestellt und über diese bei der AXA Versicherungen AG (im Folgenden: AXA) obligatorisch unfallversichert, zog sich als Fahrradfahrer bei einer Kollision mit einem Personenwagen am 8. August 2012 Kopf- und Kieferverletzungen sowie Schnittverletzungen im Bereich des Halses und des linken Oberarmes zu (Urk. 13/A2, 12/M3).

Die Erstversorgung erfolgte nach notfallmässiger Zuweisung durch den Rettungsdienst im Z.\_\_\_\_, wo am Unfalltag eine stark blutende Wunde am Hals und am 10. August 2012 die doppelte Unterkieferfraktur operativ versorgt wurden (Urk. 12/M1, 12/M2). Die AXA erbrachte die gesetzlichen Leistungen.

A b

### **E. 1.1**

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

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b). Dementsprechend 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 8. August 2012 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

Gemäss Art.

### **E. 1.3**

Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in

Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 % nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 % des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinstruktur) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den «Regelfall» gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a).

#### **E. 1.4**

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).

### **E. 1.5**

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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 1.6**

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).

Nach der Rechtsprechung ist bei der Beurteilung der Adäquanz von psychischen Unfallfolgeschäden wie folgt zu differenzieren: Zunächst ist abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel Hirntrauma

erlitten hat. Ist dies der Fall, sind bei Unfällen aus dem mittleren Bereich die in BGE 117 V 359 E. 6a und 382 E. 4b umschriebenen Kriterien anzuwenden. Andernfalls erfolgt die Adäquanzbeurteilung in den dem mittleren Bereich zuzuordnenden Fällen nach den Kriterien gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/ aa (siehe zur Begründung der teilweise unterschiedlichen Kriterien: BGE 117 V 359 E. 6a, letzter Absatz).

Gemäss Rechtsprechung genügt ein Schädel-Hirntrauma, welches höchstens den Schweregrad einer *Comotio cerebri* - nicht im Grenzbereich zu einer *Contusio cerebri* - erreicht, grundsätzlich nicht für die Anwendung der Adäquanzbeurteilung gemäss Schleudertrauma-Praxis (SVR 2019 UV Nr. 41 S. 155, Urteil des Bundesgerichts 8C\_66/2021 vom 6. Juli 2021 E. 5.3.1 mit Hinweisen) .

### **E. 1.7**

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee ). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

### **E. 2**

Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen der obligatorischen Unfallversicherung betreffend die psychischen Beschwerden und die neuropsychologischen Defizite.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Entscheid zusammengefasst damit, dass für die Durchführung des operativen Eingriffs vom 13. Februar 2017 (Narbenexzision) die notwendigen Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht erfüllt seien und keine Kostengutsprache hierfür erteilt worden sei, weshalb weder für den Eingriff, noch die Folgebehandlungen oder die dadurch ausgelöste Arbeitsunfähigkeit ein Anspruch auf Versicherungsleistungen bestehe. In Bezug auf die Kieferverletzung und die Kopf-/HWS-Beschwerden sei ab Anfang März 2018 keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten gewesen, so dass der Eintritt des medizinischen Endzustandes per 1. März 2018 zu bestätigen sei. Hinsichtlich der psychischen Beschwerden und der neuropsychologischen Defizite sei ein natürlicher Kausalzusammenhang zum Unfallereignis nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, zudem sei der adäquate Kausalzusammenhang ohnehin nicht gegeben (Urk. 2, insbesondere S. 16 f.). Zur Frage des Integritätsschadens verwies sie auf die versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. med. F. \_\_\_ vom 1. März 2018, gemäss welcher keine integritätsentschädigungsrelevante Unfallfolgen vorlägen (Urk. 2 S. 12).

Mit Beschwerdeantwort liess sie im Wesentlichen ergänzen, dass mit den beweiskräftigen Aktenurteilen der beratenden Ärzte der rechtserhebliche Sachverhalt erstellt und keine gutachterliche Beurteilung mehr notwendig sei, Auch sei das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers gewahrt worden ( Urk.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer lässt dagegen im Wesentlichen den Standpunkt vertreten, die Beschwerdegegnerin habe in mehrfacher Hinsicht sein rechtliches Gehör verletzt und ein «schlüdrig» und offensichtlich ergebnisorientiertes Abklärungsverfahren geführt ( Urk. 1 S. 7-10). Nachdem sie zunächst eine gutachterliche Abklärung für notwendig erachtet habe, sei sie aus bis heute schuldigen gebliebenen Gründen davon abgewichen und habe sich mit der Vorlage der Sache an ihre beratenden Ärzte begnügt. Offensichtlich sei ihr die mit Fr. 43'000.-- veranschlagte Begutachtung zu teuer gewesen (S. 11). Dieses Vorgehen verletze in jeglicher Hinsicht den Untersuchungsgrundsatz. Bei HWS-Verletzungen sei rechtsprechungsgemäss eine polydisziplinäre Abklärung unabdingbar (S. 12) . Die eingeholten Aktenurteile der beratenden Ärzte seien aus diversen – näher dargelegten – Gründen nicht beweiskräftig (vgl. insbesondere S. 21 ff.) .

Mit der Replik ( Urk. 18) liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen ergänzen, die operative Narbenrevision habe eine relevante Verbesserung der Schmerzhaftigkeit und der Sichtbarkeit gebracht, weshalb die diesbezüglichen Kosten von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen seien (S. 4). Im Zusammenhang mit der Rückweisung des Gutachtensauftrags durch die Rehaklinik C.\_\_\_\_ treffe ihn sodann keine Schuld und sei er von der Beschwerdegegnerin auch zu keinem Zeitpunkt im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens zur Mitwirkung aufgefordert worden (S. 6). Der nachmalige Verzicht auf Einholung eines Gutachtens sei nicht nur unter Verletzung der Untersuchungspflicht, sondern auch der Aktenführungspflicht gemäss Art. 46 ATSG zustande gekommen (S. 7). Was sodann die Kernfrage nach der Bewusstlosigkeit und damit nach der Schwere der Hirnverletzung anbelange, sei eine persönliche Befragung von ihm, dem Beschwerdeführer , unabdingbar (S. 15).

### **E. 2.3**

In der Sache streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer aus dem Unfall vom 8. August 2012 über den 1. März 2018 hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Ausserdem steht die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit der Operation vom 13. Februar 2017

im Streit . 3.

### **E. 3**

Betreffend die HWS- und Kopfbeschwerden besteht ab 01.03.2018

kein

Anspruch auf Versicherungsleistungen der obligatorischen

Unfallversicherung.

### **E. 3.1**

Vorweg zu prüfen ist die geltend gemachte Verletzung des rechtlichen Gehörs, ist doch der Anspruch auf rechtliches Gehör formeller Natur und führt dessen Verletzung ungeachtet

der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids (BGE 132 V 387 E. 5.1 mit Hinweisen).

Der Beschwerdeführer begründete die angerufene Verletzung des rechtlichen Gehörs insbesondere mit einer Verletzung der Begründungspflicht, sei die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid doch mit keinem einzigen Wort auf seine im Einspracheverfahren erhobenen Einwände ( Urk. 13/A 205) gegen den Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 19. Mai 2021 ( Urk. 12/M70) eingegangen ( Urk. 1 S. 19).

### **E. 3.2**

Die aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) fließende Begründungspflicht gebietet nicht, dass sich das kantonale Gericht beziehungsweise der Versicherungsträger mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Vielmehr kann sich die Behörde auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken. Die Begründung muss so abgefasst sein, dass sich die betroffene Person über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich das Gericht respektive der Versicherungsträger hat leiten lassen und auf die sich sein Entscheid stützt (BGE 142 II 49 E. 9.2, 136 I 229 E. 5.2, je mit Hinweisen).

### **E. 3.3**

Die Beschwerdegegnerin stützte den angefochtenen Entscheid in medizinischer Hinsicht gemäss ihren Erwägungen unter E. 2.2 lit. g bis j im Wesentlichen auf die versicherungsinternen Stellungnahmen von Dr. B.\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ und erachtete die im Sachverhalt unter lit. t zusammengefasste Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ vom 19. Mai 2021 ( Urk. 2 S. 7) insbesondere als die Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ bestätigend, ohne sich inhaltlich auf letztere zu stützen, was sie denn auch in E. 2.2 lit. i des angefochtenen Entscheids darlegte (vgl. Urk. 2 S. 13).

Dass sie sich angesichts dessen nicht im Einzelnen mit den ausführlichen Einwänden des Beschwerdeführers vom 30. August 2021 ( Urk. 13/A 205) gegen die Beweiskraft der Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ auseinandersetzte, stellt, wenn überhaupt, nur eine leichte Verletzung des rechtlichen Gehörs dar.

Sodann konnte sich der Beschwerdeführer umfassend zum genannten Bericht äussern. Das hiesige Gericht kann sowohl Tat- als auch Rechtsfragen uneingeschränkt überprüfen (Art. 61 lit. c ATSG). Im Sinne einer Heilung des Mangels ist deshalb ohnehin von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs abzusehen, da dies zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu weiteren unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleich gestellten) Interesse des Beschwerdeführers an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht vereinbar wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 mit Hinweisen). Hiervon ging offensichtlich auch der Beschwerdeführer aus (Urk. 1 S. 20 Ziff. 33) und machte im Übrigen auch im Zusammenhang mit der geltend gemachten Verletzung der Aktenführungspflicht (vgl. Urk. 18 S. 7) zu Recht keine der Heilung nicht zugängliche Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend. 4.

### **E. 4**

Die Übernahme der Versicherungsleistungen betreffend der

Kieferbeschwerden bleibt per 28. Februar 2018 eingestellt. Das Melderecht für Rückfälle und Spätfolgen bleibt gewahrt.

#### **E. 4.1**

Gemäss Sachverhalt in der Verfügung der Kantonspolizei Zürich vom 30. August 2012 zum Verkehrsunfall vom 8. August 2012 bemerkten der Beschwerdeführer und sein Kollege, beide auf Fahrrädern, ein abruptes Bremsmanöver des vor ihnen fahrenden Autolenkers bei der Kreiselausfahrt zu spät. Beide Fahrradlenker seien beinahe ungebremst mit dem Heck des Personewagens kollidiert und hätten sich schwer verletzt. Der Beschwerdeführer sei mit der Sanität ins Z.\_\_\_\_ gebracht worden (Urk. 12/P2 S. 5). Er habe sich einen Kieferbruch etc. zugezogen (Urk. 12/P2 S. 2). Gemäss Angabe des Personenwagenlenkers in der Einvernahme vom Unfalltag waren beide Fahrradfahrer ansprechbar (Beilage zu Urk. 12/P 3). Der Beschwerdeführer wurde am 28. August 2012 zur Sache einvernommen und erklärte, er könne sich an vieles erinnern, so auch, dass er die Hand nach rechts gestreckt habe, um aus dem Kreisel zu fahren, nicht mehr aber an die Kollision (Beilage zu Urk. 12/P 3).

#### **E. 4.2**

CT-Aufnahmen des Halses, des Thorax, des Abdomens und der Wirbelsäule vom Unfalltag ergaben keinen Hinweis auf traumatische Organ- oder Weichteilläsionen. Zur Darstellung gelangte n

ein Hämatom im Masternocleidomastoideus links und eine Dilatation der Aorta ascendens auf zirka 4.5 cm sowie

eine nicht dislozierte Fraktur des Corpus mandibulae rechts und des Ramus mandibulae links, im Übrigen jedoch keine frischen traumatischen Läsionen der abgebildeten ossären Strukturen (Urk. 12/M7). Ein CT des Neurocraniums vom Unfalltag liess keine intrakranielle Blutung erkennen (Urk. 12/M8).

Am Unfalltag wurde die stark blutende Wunde am Hals mit Verletzung der Vena jugularis interna links im Z.\_\_\_\_ notoperiert (Urk. 12/M1). Am 10. August 2012 erfolgte die offene Reposition und Plattenosteosynthese der beiden Unterkieferfrakturen (Urk. 12/M2).

Dem Verlegungsbericht vom 9. August 2012 der Abteilung Chirurgische Intensivmedizin des Z.\_\_\_\_ zur Hospitalisation des Beschwerdeführers auf der Intensivstation vom Unfalltag bis 10. August 2012 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bei Ankunft des Rettungsdienstes an der Unfallstelle wach gewesen sei. Es bestehe eine Amnesie für das Ereignis. Nach initialer Diagnostik im Schockraum sei der Beschwerdeführer operativ versorgt worden. Während der ganzen Überwachungsphase sei der Beschwerdeführer klar und ohne fokale neurologische Ausfälle gewesen (Beilage zu Urk. 12/M32).

#### **E. 4.3**

Die Diagnosen im Austrittsbericht der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Z.\_\_\_\_ vom 14. August 2012 (Spitalaustritt am 15. August 2012) lauteten wie folgt (Urk. 12/M3 S. 1): - Leichtes Schädelhirntrauma am 8.8.2012 - Commotio cerebri - Schnittverletzung Hals links am 8.8.2012 - Läsion Vena Jugularis interna links - Hämatom im Masternocleidomastoideus links (ca. 50 x 38 mm) - Doppelte Unterkieferfraktur am 8.8.2012 - Rechts: paramedian regio 44/45 - Links: tiefes Collum - Oberflächliche Schnittverletzungen Oberarm links am 8.8.2012 - Bikuspidale Aortenklappe - In

regelmässiger kardiologischer Betreuung - Aneurysma der Aorta ascendens bis 4.5 mm

Der Beschwerdeführer sei primär in der chirurgischen Intensivstation behandelt und anschliessend noch intubiert übernommen und operiert worden. Nach der operativen Versorgung der Unterkieferfrakturen sei der Beschwerdeführer noch am Operationstag auf die Normalstation verlegt worden. Postoperativ habe sich eine regelrechte Okklusion gezeigt, welche jedoch subjektiv als störend empfunden worden sei. Weiter habe der Beschwerdeführer an Nackensteifigkeit und –schmerzen gelitten, welche unter physiotherapeutischer Behandlung nur langsam gebessert hätten. Der Beschwerdeführer sei nach einer klinisch unauffälligen Abschlusskontrolle entlassen worden. Die zuständigen ärztlichen Fachpersonen attestierten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis 31. August 2012.

#### **E. 4.4**

In einem E-Mail an die letzteren vom 28. August 2012 informierte der Beschwerdeführer, dass er entgegen dem unauffälligen Austrittsbefund an starken Kopfschmerzen, Müdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten leide. Auch klagte er über ein Taubheitsgefühl im Unterkiefer und im Lippenbereich, eine Asymmetrie zwischen Ober- und Unterkiefer, empfindliche(s) Zahnfleisch und Zähne sowie Schmerzen im Rippenbereich links und eine empfindliche Druckstelle am rechten Handgelenk. Auch seien die im Austrittsbericht erwähnten Nacken- und die nicht erwähnten Rückenschmerzen weiterhin ein Problem und würden physiotherapeutisch behandelt (Urk. 12/M5, vgl. dazu auch: geklagte Beschwerden anlässlich der Verlaufskontrollen vom 20. und 24. August 2012, Beilagen zu Urk. 12/M32).

#### **E. 4.5**

Anlässlich einer Vorstellung im Neurozentrum H.\_\_\_\_ am 7. September 2012 standen gemäss Beurteilung der zuständigen Neurologen Nacken- und Kopfschmerzen, eine reduzierte kognitive Belastbarkeit sowie eine allgemeine Müdigkeit im Vordergrund. Das Schädel MRI (Urk. 12/M11)

und die zerebrale Farbduplexsonographie seien unauffällig ausgefallen. Im Hinblick auf die aktuell noch angegebenen Beschwerden und eine baldmöglichste berufliche Reintegration wurde eine ergänzende neuropsychologische Untersuchung empfohlen (Urk. 12/M10).

#### **E. 4.6**

Die verhaltensneurologische Abklärung durch Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie, vom 20. September 2012 führte zum Schluss auf einen erfreulichen Verlauf bei Status nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma mit Regredienz der initialen Kopf- und Nackenschmerzen, der Müdigkeit und auch der neurokognitiven Symptome. Anlässlich der Untersuchung hätten sich beim sehr leistungsorientierten und verhaltensunauffälligen Beschwerdeführer lediglich eine diskrete Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwäche als belastungslimitierende Faktoren feststellen lassen. Sonstige posttraumatische neuropsychologische Defizite seien nicht nachweisbar. Aus verhaltensneurologischer Sicht seien zusätzlich zu den physiotherapeutischen Massnahmen keine sonstigen Behandlungen notwendig. Der Beschwerdeführer sei über obige Befunde und auch über Faktoren, die auf die Hirnleistung Einfluss nähmen (Müdigkeit, Schmerzen, etc.), aufgeklärt worden (Urk. 12/M13).

#### **E. 4.7**

Am 25. September 2012 zeigte sich gemäss Beurteilung der neurologischen Fachärzte

anlässlich der neuerliche Kontrolle im Neurozentrum H.\_\_\_\_ zusammengefasst ein erfreulicher Befund mit lediglich einer diskreten Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwäche bei guter Prognose. Vorgeschlagen wurde die Fortführung der Physiotherapie und der Schmerzmedikation sowie die schrittweise Wiederaufnahme der Arbeit ab 1. Oktober 2012, zunächst zu 20 % und ab 15. Oktober 2012 zu 50 % (Urk. 12/M12). Nach versuchter Steigerung der Arbeit über 20 % kam es gemäss dem zuständigen Facharzt für Neurologie vom Neurozentrum H.\_\_\_\_ (Bericht vom 6. November 2012, Urk. 12/M14) zu einer Exazerbation der Beschwerden.

#### **E. 4.8**

Am 9. Januar 2013 berichtete der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, über eine im Vordergrund stehende posttraumatische Belastungsstörung mit hochgradiger Verminderung der Konzentrationsfähigkeit und massiver Schlafstörung sowie trotz Therapie schlecht beeinflussbare r Beschwerden seitens des Nackens und der Halswirbelsäule (HWS). Die Behandlung bestehe in Psychotherapie, physikalischer Therapie beziehungsweise Osteopathie. Ein Versuch mit einem Antidepressivum sei an der Unverträglichkeit gescheitert (Urk. 12/M17). Wegen störender Narbenkeloide, welche der Beschwerdeführer möglichst bald weghaben wolle, erfolgte eine Überweisung an Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Plastische, Wiederherstellende und Ästhetische Chirurgie (Urk. 12/M21).

#### **E. 4.9**

Am 7. Mai 2013 berichtete Dr. med. K.\_\_\_\_, Leitender Arzt Manuelle Medizin und Interventionelle Radiologie, von der

L.\_\_\_\_, über die Konsultation des Beschwerdeführers vom selben Tag. Dieser habe in den letzten Monaten eine deutliche Besserung der Schmerzen gezeigt und die Arbeitsfähigkeit habe auf 80 % gesteigert werden können. Auf regelmässige Medikamenteneinnahme sei der Beschwerdeführer nicht mehr angewiesen. Aktuell im Vordergrund stünden Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schmerzen im Bereich der mittleren und unteren Brustwirbelsäule. Manualmedizinisch und mittels Funktionsaufnahmen hätten sich eine Irritation von C1/2 und C2/3 ertasten sowie eine Minderbeweglichkeit von C1 gegenüber C2 und muskuläre Verspannungen feststellen lassen. Hinweise für eine strukturelle Läsion hätten sich jedoch nicht ergeben (Urk. 12/M22).

#### **E. 4.10**

Am 17. Juli 2013 unterzog sich der Beschwerdeführer einer Revisionsoperation im Kieferbereich mit OSME und Osteotomie des Unterkieferrandes mit gleichzeitiger Weichteilrepositionierung (vgl. Urk. 12/M26 und 12/M27).

#### **E. 4.11**

Am 20. Dezember 2013 berichtete Dr. K.\_\_\_\_ über eine Besserung sämtlicher Beschwerden und führte diese der Diagnose von Restbeschwerden Nacken- / Schultergürtel beidseits mit zervikoenzephaler Begleitsymptomatik zu. Es bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/M29).

#### **E. 4.12**

Am 11. März 2013 ersuchte Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Kiefer- und Gesichtschirurgie, Zentrum für Kiefer- und Gesichtschirurgie, N.\_\_\_\_, um Kostengutsprache für eine erneute

Osteotomie des Unterkieferrandes mit gleichzeitiger Weichteilrepositionierung ,  
Cranialisierung und

Refixierung zur Behebung des Drop-Chin und Wiederherstellung des status quo ante ( Urk.  
12/M30 ) . Durchgeführt wurde die OSME im Z .\_\_\_ am 26. April 2014

( Urk. 12/B M31/4-5) . Am 10. Juli 2014 ersuchte Dr. M. \_\_\_ um neuerliche  
Kostengutsprache, nunmehr für eine lokale Infiltration der Kaumuskulatur mit Botulinum  
-Toxin-A zur Reduktion des Drucks auf das gesamte stomatognathe System ( Urk.  
12/M33).

#### **E. 4.13**

Dr. K. \_\_\_ berichtete am 8. September 2014 über persistierende Beschwerden im Sinne von  
Nacken-/Schultergürtelschmerzen beidseits, weswegen er eine weitere Physiotherapie mit  
Dry- Needling in die Wege geleitet habe ( Urk. 12/M35).

#### **E. 4.14**

Am 17. Februar 2015 berichtete Dr. J. \_\_\_ über die am 16. Juli und 17. Dezember 2014  
durchgeführten Narbenkorrekturen am linken Oberarm und am Hals links. Die Narben  
sähen nun viel besser aus, als die vorhergehenden sehr unschönen hypertrophen Narben.  
Der Beschwerdeführer wünsche weitere Korrekturen, insbesondere am linken Oberarm, wo  
im Sinne einer Serienexzision noch weitere Eingriffe vorgesehen seien. Er leide sehr stark  
unter den entstehenden Narben, welche er soweit wie möglich verbessern lassen wolle ( Urk.  
12/M38).

#### **E. 4.15**

Die neue Hausärztin des Beschwerdeführers O. \_\_\_ , Praktische Ärztin, stellte mit Bericht  
vom 21. April 2015 die Diagnose eines posttraumatischen Belastungssyndroms bei Status  
nach Velounfall. Im Vordergrund stehe derzeit sicher die post traumatische  
Belastungsstörung als Unfallfolge. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen objektiven  
Befunden und subjektivem Erleben ( Urk. 12/M44). Am 28. April 2015 führte sie aus,  
die vom Beschwerdeführer geschilderten Probleme, vor allem seine Konzentrationsstörungen  
und die zumindest grossenteils unbegründete, äusserst kritische Haltung  
gegenüber den Ergebnissen seiner Narbenkorrekturen sprächen für ein posttraumatisches  
Belastungssyndrom ( Urk. 12/M45).

#### **E. 4.16**

Die von der Hausärztin veranlasste neuropsychologische Abklärung im P. \_\_\_ vom 26.  
August 2015 ( Urk. 12/M46) führte zum Schluss auf eine enorme Asymmetrie zwischen  
fluiden und kristallinen Leistungen. Die durchschnittlichen kristallinen Leistungen  
verwiesen gemäss den zuständigen Fachpersonen auf ein höheres prämorbid  
Ausgangsniveau, was sich wiederum mit den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers  
und seiner Bildungsbiographie sowie seiner Bildungserfolge deckte. Die beklagten  
Beeinträchtigungen der exekutiven und attentionalen Funktionen seien objektivierbar und  
entsprechen einer leichten bis mittelschweren kognitiven Störung . Aufgrund physischer  
und psychischer Beeinträchtigungen sei eine Arbeitstätigkeit (gemeint wohl:  
Arbeitsfähigkeit) in angestammter Tätigkeit aktuell nicht gegeben. Die Komplexität der  
Problematik scheine eine Anbindung an eine ambulante oder auch stationäre Rehabilitation  
zu verlangen. Zum Nachweis möglicher durch den Unfall erlittener shearing

injuries wäre zudem an eine MRT-Untersuchung mit hämosiderin -sensitiven Sequenzen zu denken. Längerfristig empfehle sich aufgrund der eingeschränkten kognitiven Leistungsfähigkeit ein multidisziplinäres Gutachten (S. 4).

#### **E. 4.17**

Prof. Dr. med. Q.\_\_\_\_, Direktor der Klinik für Plastische Chirurgie und Hand chirurgie, Z .\_\_\_\_, überwies den Beschwerdeführer mit Schr ei ben vom 2 6. Januar 2016 hausintern an die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Im Rahmen der Unfallfolgen sei auch ein posttraumatisches Bela stungssyndrom diskutiert worden. Der Beschwerdeführer fühle sich nach zweimaliger Narbenkorrektur insbesondere durch die relativ zarte Narbe am Hals stark gestört und stigmatisiert. Aus plastisch-chirurgischer Sicht könne diese Narbe durch eine Korrektur kaum verbessert werden, wahrscheinlich auch nicht durch ein Unterspritzen von Fett gewebe. Zudem stehe die Dimension der Problematik, welche in die Narbe projiziert werde, in keinem Verhältnis zum klinischen Befund ( Urk. 12/M49).

#### **E. 4.18**

Prof. Dr. R.\_\_\_\_, leitender Arzt in der Klinik für Psy chiatrie und Psychothera pie, Z .\_\_\_\_, stellte aufgrund seiner Untersuchung vom 5. April 2016 die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung. Zusätzlich bestünden einzelne Symp tome einer posttraumatischen Belastungsstörung, die Kriterien für die Diagnose seien jedoch nicht erfüllt. Es bestehe aus psychiatrischer Sicht eine behandlungs bedürftige Problematik ( Urk. 12/M50). Gemäss Verlaufsbericht vom 1 6. August 2016 setzte der Beschwerdeführer die antidepressive Medikation aufgrund von Nebenwirkungen wieder ab. Er sei weiterhin stark auf seine Narbe fixiert und wünsche dringend eine chirurgische Veränderung ( Urk. 12/M53).

#### **E. 4.19**

Anlässlich einer Verlaufskontrolle in der Klinik für Plastische Chirurg i e und Handchirurgie des Z .\_\_\_\_ vom 1 2. September 2016 wurde dem Beschwerdeführer von der gewünschten Narbenkorrektur neuerlich abgeraten und dargelegt, dass durch eine erneute Narbenexzision die Spannung im Wundbereich erhöht werde und wahrscheinlich noch grössere Alopieiareale dazukämen. Ebenso bestehe eine hohe Chance, dass die Narbe danach schlechter sei als jetzt ( Urk. 12/M55). 4. 20

Mit Bericht vom 6. März 2017 teilte der nunmehrige Hausarzt Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, mit, dass der Beschwerde führer die Psycho therapie wegen UAW (unerwünschter Arzneimittelwirkung) der Medikamente wieder abgebrochen worden habe. Die Narbenkorrektur sei am 1 3. Februar 2017 erfolgt (vgl. Operationsbericht, Urk. 12/M60). Aktuell leide der Beschwerdeführer neben seit dem Unfall anhaltenden Nacken- und Kopfschmer zen sowie einem psychisch schlechten Zustand an vermehrten Spannungsschmer zen in der Narbe am Hals ( Urk. 12/M58). Mit Bericht vom 2 5. Juni 2017 überwies er den Beschwerdeführer zur Behandlung ans Zentrum T.\_\_\_\_ ; Urk.

#### **E. 4.21**

Dr. B.\_\_\_\_ stellte sich in seiner Stellungnahme vom 1 5. August 2017 ( Urk. 12/M62) zusammengefasst auf den Standpunkt, dass weder durch die zeitnahen Befunde nach dem Unfallereignis noch durch den Verlauf die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung noch einer anderen spezifischen post traumatischen psychiatrischen Störung vorgefunden oder bestätigt werden könnten. Die beklagten psychischen Beschwerden, insbesondere auch die kognitive Verfassung, würden aufgrund der Aktenlage

mit einem eigenständigen unfallfremden psychiatrischen Krankheitsbild ( ICD-10 F32.1) in Zusammenhang gesetzt. Ein natürlicher Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 8. August 2012 könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorgefunden werden. Sodann finde sich in den Akten keine medizinisch belegte Aussage, dass die objektive Manifestation der Narben eine spezifische psychische Reaktion nach vollziehbar begründen würde (S. 8 f.) .

#### **E. 4.22**

Am 30. Januar 2018 berichtete Dr. med. U.\_\_\_\_ , Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, von der T.\_\_\_\_ , der Beschwerdeführer habe ihn im Juli/August 2017 dreimal aufgesucht. Psychisch habe der Beschwerdeführer etwas bedrückt gewirkt, der Rapport eingeschränkt. Dr. U.\_\_\_\_ führte als Verdachtsdiagnose eine Commotio Cerebri 2012 mit unerklärbarem Energieverlust und Kopfschmerzen an ( Urk. 12/M65 S. 3). Anamnestisch führte er an, die letzte Erinnerung des Beschwerdeführers vor dem Aufprall sei

das Handzeichengeben und rechts abbiegen. Danach erinnere er sich erst wieder an die Notaufnahme im Spital ( S. 2 ). Diese anamnestische Lücke von mindestens 45 Minuten lasse sich eigentlich nur psychogen erklären, nicht durch eine Commotio. Differential diagnostisch stellte Dr. U.\_\_\_\_ eine Contusio in den Raum ( S. 3 ).

#### **E. 4.23**

Dr. D.\_\_\_\_

sprach sich in seiner Stellungnahme vom 4. Dezember 2019 ( Urk. 12/M68) dafür aus, es könne schlicht unfallkausal nicht erklärt werden, weshalb neuropsychologisch die etwa drei Jahre nach dem Unfall dokumentierte Verschlechterung eingetreten sein soll. Auch die psychische Symptomatik sei erst mit einiger Latenz zum Unfallereignis aktenkundig genannt worden. Die Chronifizierung der Kopf- und Nackenschmerzen dürfe aufgrund psychogener Faktoren eventuell aufgrund der degenerativen Veränderungen der HWS erfolgt sein. Die Narbe sei auf einen Residualzustand abgeheilt. Von der doppelten Unterkieferfraktur seien keinerlei Residuen anzunehmen. Der medizinische Endzustand sei spätestens mit der letzten Narbenkorrektur erreicht gewesen. Ein Gutachten sei nicht notwendig; Unfallfolgen lägen ausser den narbigen Veränderungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine mehr vor, organische Befunde ebenfalls nicht. Das MRI des Schädels sei bereits am 7. September 2012 unauffällig gewesen und müsse nicht wiederholt werden (S. 8 ff.).

#### **E. 4.24**

Dr. E.\_\_\_\_ kam

in seiner Stellungnahme vom 19. Mai 2021 ( Urk. 12/M70) zusammengefasst

im Wesentlichen zum Schluss, der Beschwerdeführer habe sich beim versicherten Unfall neben der Unterkieferfraktur beidseits eine leichte traumatische Hirnverletzung zugezogen (S. 8 ff.). Eine strukturelle Hirnschädigung habe bildgebend ausgeschlossen werden können und die anhaltend geklagten Symptome, insbesondere die 2015 dokumentierte Verschlechterung der kognitiven Befunde seien nicht überwiegend wahrscheinlich Folge der erlittenen traumatischen Hirnverletzung. 5.

#### **E. 5**

Es besteht kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.»

Die Einsprache des Versicherten vom 15. Mai 2020 (Urk. 12/A 188) wies die AXA nach Vorlage der Sache an ihren beratenden Arzt

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, zu dessen Stellungnahme vom 19. Mai 2021

(Urk. 12/M70)

dem Versicherten das rechtliche Gehör gewährt wurde (Urk. 13/A 201, 13/A 205), mit Entscheid vom 7. Oktober 2021 ab (Urk. 13/A206 = Urk. 2). 2.

Dagegen liess X.\_\_\_\_ am 5. November 2021 Beschwerde erheben mit folgenden Anträgen (Urk. 1 S. 2):

« 1.

Der Einspracheentscheid sei insoweit aufzuheben, als die Leistungen der Beschwerdegegner in per 1. März 2018 eingestellt wurden resp. die Kosten für die Narbenkorrekturen nicht übernommen wurden und die Beschwerdegegnerin für die psychischen Unfallfolgen und die neuropsychologischen Defizite nicht aufgekommen ist sowie auch keine Integritätsentschädigung ausgerichtet hat.

2.

Dem Beschwerdeführer seien - allenfalls nach Vornahme der gesetzlichen Abklärungen - die gesetzlichen Leistungen zu gewähren, insbesondere für die Narbenkorrektur aufzukommen, ebenso die für die psychischen und neuropsychologischen Unfallfolgen sowie die Kopfschmerzen.

3.

Es sei dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung auszurichten.

ten. »

Prozessual liess er zudem beantragen, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Kosten der Abklärungen bei den beratenden Ärzten offenzulegen und es sei ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin liess in der Vernehmlassung vom 1. März 2022 auf Abweisung der Beschwerde schliessen (Urk. 11 S. 2). Die Parteien wichen im Rahmen von Replik und Duplik nicht von ihren Anträgen ab (Urk. 18 S. 2, 23 S. 3), wovon ihnen gegenseitig Kenntnis gegeben wurde (Urk. 19, 25).

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, nachfolgend eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

### **E. 5.1**

Was zunächst die streitgegenständliche Frage nach der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit der vor Fallabschluss durchgeführten

Narbenexzision vom 13. Februar 2017 (Urk. 12/M60) anbelangt, hat die versicherte Person gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Die sogenannten WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) müssen für einen Anspruch auf Heilbehandlung erfüllt sein (Art. 54 UVG und Art. 5 Abs. 2 BV; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_351/2018 vom 15. Februar 2019 E. 2.1). Wirksamkeit ist gegeben, wenn die Behandlung geeignet ist, die gesundheitliche Beeinträchtigung zu beheben. Das Kriterium der Wirksamkeit erfordert, dass eine Behandlung mit Blick auf das angestrebte Behandlungsziel allgemein geeignet sein muss, um dieses zu erreichen (BGE 128 V 159 E. 5c; 130 V 299 E. 6.1). Zweckmässigkeit liegt vor, wenn die Leistung im Einzelfall die angestrebte Wirkung erzielen kann. Damit eine Behandlung wirtschaftlich ist, muss ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis bestehen (Filippo, in: Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, Art. 10 Rz 36 mit Hinweis; Pärli/Kunz, in Basler Kommentar, a.a.O., Art. 54 Rz 10 ff. mit Hinweisen).

## **E. 5.2**

Unbestritten und aktenmässig erstellt ist, dass sich der Beschwerdeführer der Narbenexzision vom 13. Februar 2017 unterzogen hat, ohne

dass die Beschwerdegegnerin vorgängig Kostengutsprache erteilt hatte oder nachträglich Leistungen in diesem Zusammenhang erbracht hat (Urk. 13/A 105). Sodann macht die Aktenlage deutlich, dass der Beschwerdeführer schon bald nach dem Unfall einen starken Fokus auf eine möglichst optimale Narbenversorgung legte (Urk. 12/M21, 12/M38). Auch drängen sich angesichts der insoweit unmissverständlichen und klaren medizinischen Aktenlage keine Zweifel daran auf, dass die Narbenexzision vom 13. Februar 2017 weder aus plastisch-chirurgischer Sicht (vgl. Urk. 12/M49) noch aus psychiatrischer Sicht (Urk. 12/M53) eine wirksame und zweckmässige Behandlung darstellte. Am 2. September 2016 wurde dem Beschwerdeführer aus plastisch-chirurgischer Sicht mit Blick auf eine mögliche Verschlechterung gar explizit von der neuerlichen operativen Versorgung abgeraten (Urk. 12/M55). Auch Dr. J. \_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer letztmals am 24. März 2015 gesehen hatte, erachtete weitere Narbenkorrekturen bereits dannzumal

nicht mehr als sinnvoll, was er dem Beschwerdeführer ebenfalls mitgeteilt hatte (Urk. 12/M64). Eine weitere Behandlungsbedürftigkeit lag damit vor dem Eingriff vom 13. Februar 2017 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht vor. Der Beschwerdeführer nahm den Eingriff vielmehr im Wissen um die von ärztlicher Seite verneinte Zweckmässigkeit der Behandlung vor. Soweit der Beschwerdeführer mit der Replik geltend machen lässt, die Narbenrevision habe eine relevante Verbesserung der Schmerzhaftigkeit und Sichtbarkeit gebracht (E. 2.2),

kann er nicht gehört werden, denn die Zweckmässigkeitsfrage ist prospektiv zu beurteilen. Auch lässt er seine Aussage unbelegt und steht diese Angabe jedenfalls in Widerspruch zu den Angaben von Dr. S. \_\_\_\_ vom 6. März 2017, wonach der Beschwerdeführer dannzumal über vermehrte Spannungsschmerzen in der Narbe am Hals geklagt habe (Urk. 21/M58). Sodann zeigte sich der Beschwerdeführer gemäss Eintrag von Dr. S. \_\_\_\_ in der Krankengeschichte zur Konsultation vom 2. Mai 2018 mit dem Zustand der Narbe weiterhin unzufrieden und er wünschte eine Laserbehandlung oder Hauttransplantation (Beilage zu Urk. 12/M69).

Entsprechend sprach sich die Beschwerdegegnerin mit dem angefochtenen Entscheid zu Recht gegen ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Eingriff vom 13. Februar 2017 aus, und zwar sowohl bezüglich der Heilbehandlung als auch der Taggeldleistungen. Auf Weiterungen des Verfahrens, insbesondere die beantragte persönliche Befragung des Beschwerdeführers hierzu (Urk. 18 S. 4), ist angesichts der unmissverständlichen Aktenlage in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten (BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3, je mit Hinweisen). 6.

## **E. 6**

UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). 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. 6 ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

### **E. 6.2**

Was den Fallabschluss per Ende Februar 2018 anbelangt, nahm der Beschwerdeführer mit seinen Eingaben in diesem Verfahren zwar ausführlich insbesondere zur angeblichen Verletzung der Abklärungspflicht durch die Beschwerdegegnerin Stellung. Zur Frage, ob im Zeitpunkt der Leistungseinstellung von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden konnte, liess er dagegen

zumindest nicht explizit Stellung beziehen. Angesichts seines Beschwerdeantrags Ziffer 1 (Urk. 1 S. 2) ist die Rechtmässigkeit des Fallabschlusses dennoch zu prüfen.

### **E. 6.3**

Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung standen bei Fallabschluss unstrittig nicht zur Diskussion, nachdem die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, bereits mit Verfügung vom 23. Juni 2014 einen Anspruch auf eine Invalidenrente bei seit 1. September 2013 zu 100 % wieder aufgenommenen Tätigkeit verneint hatte (Urk. 13/A 76). Dass der Beschwerdeführer seit 1. September 2013 seiner Tätigkeit mit Führungsaufgaben wieder zu 100 % nachkam, wird denn auch durch die Aktenlage bestätigt (Urk. 13/A 60, 13/A 98 S. 2, vgl. auch IK-Auszug: Beilage zu Urk. 13/A 200). Dem Einwand des Beschwerdeführers, es bestehe faktisch eine reduzierte Arbeitsfähigkeit, habe er doch die volle Arbeitsfähigkeit nur zulasten des Heilungsverlaufes und seiner privaten Interessen aufrechterhalten können (Urk. 18 S. 3), ist entgegen zu halten, dass es – wie Dr. E.\_\_\_\_ nachvollziehbar erläuterte (Urk. 12/M70 S. 19) – bei einem Arbeiten «über den Verhältnissen» überwiegend wahrscheinlich nach wenigen Monaten zu einem Zusammenbruch käme, was beim Beschwerdeführer aber während Jahren nicht der Fall war. Dass er die uneingeschränkte Arbeitsleistung nur mit übermässig grossem Engagement (Urk. 18 S. 3) zu leisten imstande ist, mag sein, ändert aber nichts an der Tatsache, dass ihn auch eine Schadenminderungspflicht trifft und er sich dementsprechend in der Lage zeigt, seiner angestammten

Tätigkeit seit 1. September 2013 uneingeschränkt nachzu kommen.

#### E. 6.4

Nachdem sich die Frage, ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit beurteilt (E. 1.6), ist der Zeitpunkt für den Fallabschluss in aller Regel erreicht, wenn die versicherte Person in ihrer angestammten Tätigkeit wieder vollzeitlich erwerbstätig sein kann, da sich eine weitere Verbesserung nicht mehr auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_591/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 2.2). Ausnahmsweise kann noch eine relevante Verbesserungserwartung gegeben sein, wenn keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten ist, aber zum Beispiel eine stationäre Behandlungsmassnahme eine deutliche Verbesserung verspricht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_970/2012 vom 31. Juli 2013 E. 3.4). Vorliegend waren ärztlicherseits im Zeitpunkt des Fallabschlusses per Ende April 2018 gemäss der medizinischen Aktenlage abgesehen von der Weiterführung der Physiotherapie keine weiterführenden

Therapien der somatischen Unfallfolgen vorgesehen, welche eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes erwarten liessen (vgl. insbesondere: Urk. 12/M67 S. 2). Entsprechend drängen sich an der Rechtmässigkeit des Fallabschlusses keinerlei Zweifel auf und vermöchten weiterführende medizinische Abklärungen an dieser Schlussfolgerung nichts zu ändern.

Dabei gilt es auch zu berücksichtigen, dass die gegebenenfalls noch notwendige Behandlung psychischer Beschwerden keinen Aufschub des Fallabschlusses rechtfertigt, soweit die Prüfung der Adäquanz – wie vorliegend (vgl. nachfolgende E. 8.2.5) – nach der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133

) erfolgt (BGE 134 V 109

E. 4.3 und E. 6.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_102/2021 vom 26. März 2021 E. 6.1). 7.

Mangels einer Erwerbseinbusse kann ein Anspruch auf eine Invalidenrente gemäss Art. 18 UVG ohne Weiterungen ausgeschlossen werden. Sodann sind nach einem Fallabschluss grundsätzlich keine Heilbehandlungsleistungen mehr geschuldet (BGE 140 V 130 E. 2.2, 134 V 109 E. 4.1). Ausnahmen sieht Art. 21 Abs. 1 UVG vor, jedoch setzt die Anwendung dieser Bestimmung den Bezug einer Invalidenrente voraus (BGE 140 V 130 E. 2.4). Entsprechend gilt es im Folgenden einzig den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen. 8.

#### 8.1

Dabei ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer eine anspruchrelevante dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erlitten hat, welche natürlich und adäquat kausal auf den Unfall vom 8. August 2012 zurückzuführen ist. Die Beschwerdegegnerin schloss eine solche im Wesentlichen gestützt auf die Beurteilungen ihres beratenden Arztes Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 1. März 2018 (Urk. 12/M66) und diejenige von Dr. D.\_\_\_\_ (Urk. 12/M68 S. 9) aus (Urk. 2 S. 12 f.). 8.2 8.2.2

Was zunächst die

vom Beschwerdeführer über den Fallabschluss hinaus geklagten Kopf- und Nackenschmerzen (vgl. dazu unter anderem: Beilage zu Urk. 12/M69) und die neuro-psychologischen Einschränkungen anbelangt, welche Beschwerden

von den behandelnden Ärzten einhellig dem erlittenen Schädelhirntrauma zugeordnet wurden (vgl. unter anderem: Urk. 12/M10 S. 1, 12/M12 S.1, 12/M17, 12/B M65/1), konnte bildgebend weder in den CT-Aufnahmen vom Unfalltag (Urk. 12/M8) noch im MR des Schädels vom 7. September 2012 (Urk. 12/M11) eine strukturelle Läsion oder ein Anhalt für eine intrakranielle Blutung gefunden werden. Scherverletzungen wurden dabei explizit verneint, was die nicht-ärztlichen Fachpersonen des EPI angesichts ihrer Empfehlung zu einer neuerlichen MRT-Abklärung zum Ausschluss von shearing

injuries offensichtlich übersahen (vgl. dazu Urk. 12/M26 S. 4). Auch eine zerebrale Farbduplexsonographie fiel unauffällig aus (Urk. 12/M10) und Anhaltspunkte für eine unfallbedingte strukturelle Schädigung der Halswirbelsäule fehlen gänzlich.

Die im CT vom 8. August 2012 festgestellte Arthrose auf Höhe HWK 5/6 und die Irregularitäten der Deck- und Bodenplatten der Brustwirbelsäule (Urk. 12/M7) wurden von Dr. D.\_\_\_\_ einhergehend mit der damaligen radiologischen Beurteilung als degenerativ beurteilt (Urk. 12/M68 S. 9). Die von Dr. K.\_\_\_\_ im Bericht vom 7. Mai 2013 ertasteten Irritationen von C1/2 und C2/3 wie auch die festgestellte Minderbeweglichkeit von C1/2 (Urk. 12/M22) stellen - wie Dr. K.\_\_\_\_ selber folgerte (S. 2) - keine strukturelle Läsion im Sinne eines organisch objektiv ausgewiesenen Unfallsstrats dar. Ein unfallkausales strukturelles Korrelat für die geklagten Beschwerden wurde damit sowohl von Dr. F.\_\_\_\_ als auch von Dr. D.\_\_\_\_

zu Recht verneint (Urk. 12/M66, 12/M68 S. 9).

Ob und inwieweit diese Beschwerden

natürlich kausal auf den Unfall vom 8. August 2012 zurückzuführen sind, was Dr. D.\_\_\_\_ unter anderem mit Blick auf die zunächst eingetretene Verbesserung der Befunde mit erst nach drei Jahren dokumentierter Verschlechterung der neuropsychologischen Befunde und unter Berücksichtigung der mit einiger Latenz zum Unfall aufgetretenen psychischen Fehlentwicklung in Frage stellte (Urk. 12/M68 S. 8 f.), kann, sofern die Adäquanz zu verneinen ist, offenbleiben (BGE 135 V 465 E. 5). 8.2.3

Was die in diesem Zusammenhang insbesondere strittige Frage, ob der Beschwerdeführer beim Unfall vom 8. August 2012 eine Commotio cerebri oder aber eine schwerere Gehirnverletzung erlitten hat, anbelangt, gilt Folgendes:

Gemäss Rechtsprechung genügt ein Schädel-Hirntrauma, welches höchstens den Schweregrad einer Commotio cerebri - nicht im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri - erreicht, grundsätzlich nicht für die Anwendung der Adäquanzbeurteilung gemäss Schleudertrauma-Praxis. Eine Commotio cerebri ist ein Zustand vorübergehender, schnell reversibler neurologischer Dysfunktion, der mit kurzzeitiger Bewusstlosigkeit kurz nach der Verletzung einhergeht. Die verletzte Person hat oft eine Amnesie für die Zeit der Verletzung und/oder für die Zeit vor der Verletzung. Es bestehen aber keine neurologischen Auffälligkeiten. Die Contusio cerebri ist eine fokale Gewalteinwirkung auf das zerebrale Gewebe, die mit kleinen parenchymatösen Blutungen oder einem lokalen Ödem einhergeht (Urteil des Bundesgerichts

8C\_44/2017 vom 19. April 2017 E 4.2.1 mit Hinweis unter anderem auf medizinische Fachliteratur).

8.2.4

Gemäss

Bericht des Rettungsdienstes des Spital s

V.\_\_\_\_, welcher 19 Minuten nach dem Notfallalarm an der Unfallstelle eingetroffen war, zeigte der Beschwerdeführer keine neurologischen Auffälligkeiten. Der Wert der Glasgow Coma

Scale (GCS) betrug 15 Punkte. Ob eine kurze Bewusstlosigkeit vorgelegen habe, sei fraglich (Urk. 12/M15). Gemäss Angabe des unfall beteiligten Personenwagenlenkers in der Einvernahme vom Unfalltag war der Beschwerdeführer ansprechbar (Beilage zu Urk. 12/P3). Im Verlegungsbericht vom 9. August 2012 wurde eine Amnesie für das Unfallereignis angeführt. Fokale neurologische Ausfälle während der Überwachungsphase wurden explizit verneint (Beilage zu Urk. 12/M32). Der Untersuchungsbefund im Schockraum führte zum Schluss auf eine uneingeschränkte Augenmotilität und keine Doppelbilder

(Beilage zu Urk. 12/M32). Auch die zuständigen Neurologen des Neurozentrums H.\_\_\_\_ schlossen in ihrem Bericht vom 7. September 2012 abgesehen von einer Fühlminderung rechts am Kinn und der Unterlippe auf einen normalen Neurostatus (Urk. 12/M10 S. 1). Der Beschwerdeführer erinnere sich, wie er vor dem Abbiegen ein Handzeichen nach rechts gegeben habe, danach breche die Erinnerung ab und setze wieder ein, wie er am Boden liegend, blutend, vom Kollegen betreut worden sei (S. 3).

Angesichts der sich aus den Akten ergebenden nur kurzfristigen Amnesie für das Unfallereignis, gänzlich fehlender Hinweise auf neurologische Auffälligkeiten und den am Unfallort erhobenen GCS-Wert von 15 Punkten

(keine Bewusstseinsstörung) drängen sich keine Zweifel an der sowohl von den Ärzten des USZ als auch des Neurozentrums H.\_\_\_\_ gestellten Diagnose einer Commotio Cerebri auf (Urk. 12/M3 S. 1, Urk. 12/M10 S. 1, Beilage zu Urk. 12/M32). Auch

Dr. G.\_\_\_\_ schloss lediglich auf einen Status nach leichtem Schädel-Hirntrauma (Urk. 12/M13). Soweit der Beschwerdeführer dagegen einwendet, die Kernfrage der Bewusstlosigkeit sei zwingend durch eine persönliche Befragung seiner Person abzuklären (E. 2.2), ist sein Einwand unbehelflich. Denn eine Bewusstlosigkeit kann zur Commotio cerebri gehören,

schliesst diese mithin nicht aus (obige E. 8.2.3). Die Negierung des GCS-Werts von 15 Punkten gelingt dem Beschwerdeführer ebenfalls nicht (vgl. diesbezügliche unbehelfliche Einwände gegen die vorliegend nicht beweisrelevante Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ in Urk. 1 S. 24 f.). Soweit der Beschwerdeführer eine längerdauernde, nicht mit einer Commotio Cerebri zu vereinbarende Bewusstlosigkeit geltend machen will, lässt sich eine solche mit seinen zum Unfall zeitnächsten Angaben bezüglich Erinnerungsvermögen und der Lage der medizinischen Akten nicht vereinbaren. Sodann ist schwer vorstellbar, inwiefern eine Befragung des Beschwerdeführers, welcher gemäss Bericht von Dr. U.\_\_\_\_ vom 30. Januar 2018 zwischenzeitlich eine anamnestiche Lücke von mindestens 45 Minuten beklagt (Urk. 12/M65 S. 3), an diesen Erkenntnissen etwas ändern könnte.

Da diesbezüglich von weiteren Abklärungen keine entscheiderelevanten Ergebnisse zu erwarten sind, verzichtete die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf, hierzu eine gutachterliche Abklärung in die Wege zu leiten. Auch muss – wie sich aus dem Folgenden ergibt (E. 8.2.5) – nicht abschliessend beantwortet werden, inwieweit die

neuropsychologischen Einschränkungen wie auch die Kopf- und Nackenbeschwerden in natürlich kausalem Zusammenhang zum Unfall stehen, kann diese Frage doch bei Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs offenbleiben (BGE 134 V 465 E. 5). Entsprechend war die Beschwerdegegnerin auch diesbezüglich nicht zu weiteren medizinischen Abklärungen verpflichtet. 8.2.5

Vielmehr nahm die Beschwerdegegnerin die Prüfung der Adäquanz im Ergebnis zu Recht nach derjenigen für psychogene Fehlentwicklungen nach Unfall gemäss BGE 115 V 133 vor (E. 1.5), was praxisgemäss die Ausklammerung psychischer respektive nicht organisch nachweisbarer Beschwerden bei der Beurteilung zur Folge hat (SVR 2009 UV Nr. 20 S. 75; Urteil des Bundesgerichts 8C\_620/2021 vom 14. Januar 2021 E. 4.5 mit Hinweisen).

Im Lichte dessen sowie der in jeder Hinsicht überzeugenden Adäquanzprüfung der Beschwerdegegnerin, welche unter Darlegung der einschlägigen Rechtsprechung unter korrekter Subsumtion und Würdigung des Sachverhalts erfolgte (Urk. 2 S. 15 f.) und auf welche vollumfänglich verwiesen wird, ist die adäquate Kausalität der organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden ab dem Zeitpunkt des Fallabschlusses zu verneinen. Die vom Beschwerdeführer lediglich pauschal vorgebrachten Einwände gegen die Adäquanzprüfung der Beschwerdegegnerin (Urk. 18 S. 19) bieten keinen Anlass zu diesbezüglichen Weiterungen.

Aus dem Gesagten folgt, dass die nicht organisch nachweisbaren Beschwerden in Form der Kopf-, Nacken- und neuropsychologischen Beschwerden mangels Adäquanz zum Unfallereignis keinen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung

zu begründen vermögen, auch nicht eine solche nach Suva Tabelle 8 (Integritätsschaden bei psychischen Folgen von Hirnverletzungen). Dasselbe gilt für allfällige psychische Beschwerden. Anzuführen bleibt zu letzteren, dass nach der auf die herrschende psychiatrische Lehrmeinung gestützten Rechtsprechung nur Unfallereignisse von aussergewöhnlicher Schwere zu dauerhaften Beeinträchtigungen der Integrität führen können (BGE 124 V 29 E. 5c/b; vgl. auch RKUV 2000 Nr. U 381 S. 251). Dieses Erfordernis ist mit Blick auf den hier zur Diskussion stehenden Unfall ohnehin nicht erfüllt. 8.3

Was die Schnittverletzungen an Hals und Oberarm respektive die

Narbensituation anbelangt, sprach sich Dr. F.\_\_\_\_ gestützt auf die Aktenlage und dabei auch auf die im Recht liegenden Fotografien in Kopie (Urk. 12/B M64/1) dafür aus, dass die abgeheilten Narben nicht das Ausmass eines integritätsrelevanten Dauerschadens gemäss der Suva Tabelle 18 (Integritätsschaden bei Schädigung der Haut) erreichen würden (Urk. 12/M66). Mit Blick darauf, dass die Narbe an der linken Halsseite gemäss Beurteilung des plastischen Chirurgen Dr. Q.\_\_\_\_ vom 26. Januar 2017 bereits dazumal als nur noch relativ zart beschrieben wurde (Urk. 12/M49) und diese auch anlässlich einer Verlaufskontrolle in der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des Z.\_\_\_\_ vom 12. September 2016 als relativ blass, strichförmig und relativ unauffällig bezeichnet worden war (Urk. 12/M55), rechtfertigen sich an dieser Beurteilung keine ernsthaften Zweifel. Dies gilt auch mit Blick auf die Suva-Tabelle 18, gemäss

welcher zum Beispiel ein fehlender Finger oder dauerhafte Dermatosen an der Handinnenfläche lediglich zur Annahme eines minimalen 5%igen Integritätsschadens führen

und Narben an Gesicht und Händen bei Verbrennungen der Haut deutlich höher bemessen werden als Narben an bedeckten Körperteilen (S. 3), wie dem linken Oberarm des Beschwerdeführers. Die präoperativen Fotografien (Urk. 12/B M64/1), wenn auch nur in Kopie in den Akten, lassen sodann im Bereich des linken Halses kaum eine Narbe erkennen. Nachdem die untere Grenze eines zu entschädigenden Hautschadens im Schweregrad zumindest dem Verlust eines Fingers entsprechen müsste (vgl. Suva Tabelle 18 S. 2 und 3), drängen sich an der Aktenbeurteilung von Dr. F.\_\_\_\_, auch wenn er den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht hat und es sich um keinen Facharzt im Bereich der Dermatologie handelt (vgl. hierzu: Urk. 1 S. 16), keine ernsthaften Zweifel auf. Indizien, welche diesen Schluss in Zweifel ziehen könnten, wie eine abweichende ärztliche Einschätzung, liegen keine vor. 8.4

Was letztlich die beim Unfall erlittene und operativ versorgte Kieferverletzung anbelangt, unterzog sich der Beschwerdeführer

letztmals am 26. April 2014 bei störendem Osteosynthesematerial einer Materialentfernung, wobei diese lediglich im linken Unterkiefer erfolgte. Auf der rechten Seite wurde das Material bei ausgeprägter Osteointegration der Platten und Schrauben belassen

(12/B/M31/4-5).

Gemäss Beurteilung von Dr. M.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 15. August 2014 zeigte sich der bisherige Verlauf nach Metallentfernung Unterkiefer links soweit komplikationslos. Es persistierten jedoch ein partielles residuales Drop-Chin mit Hauteinziehungen paramedian links und multiple Rezessionen und Narbenstränge im Bereich der Gingiva sowie eine massive Hypertrophie des linken Masseters (Urk. 12/M34).

Auf die geplante neuerliche Osteotomie des Unterkiefers mit gleichzeitiger Weichteilrepositionierung, -cranialisierung und -refixierung zur Behebung des Drop-Chin

(vgl. Urk. 12/M33 und 12/M34) wurde in der Folge gemäss Aktenlage offensichtlich verzichtet. Zur Verbesserung der Bissymmetrie bei nach rechts schräger Mundöffnung von 1-2 mm (vgl. Urk. 12/M42 S. 2) wurde im Jahr 2015 Backensegmente zusätzlich aufgebaut und der Beschwerdeführer mit einer Michiganschiene versorgt. Die Diagnosen im Formular Zahnschäden

gemäss KVG, Befunde/Kostenvoranschlag, von PD Dr. med. Dr. dent. AA.\_\_\_\_ vom 5. März 2015 lauteten auf eine Masseterhypertrophie, eine Okklusionsstörung und eine habituelle Diskusluxation (Urk. 12/M42). Im weiteren Verlauf finden sich in den Akten weder Hinweise auf eine weitere kieferchirurgische noch eine zahnärztliche Behandlung. Einzig physiotherapeutische Behandlungen fanden im Zusammenhang mit der Behandlung der Kieferbeschwerden noch statt (Urk. 12/M59, 12/M67). Gemäss Verlaufseintrag von Dr. S.\_\_\_\_ zur Konsultation des Beschwerdeführers vom 9. Oktober 2019 lagen weder im Bereich der Kiefergelenke noch des Masseters

Druckdolenzen vor, jedoch ein nach links ausweichender Verschluss des Mundes (Beilage zu Urk. 12/M69).

Dr. F.\_\_\_\_ schloss gestützt auf diese Aktenlage das Vorliegen eines entschädigungspflichtigen Integritätsschadens aus: Die erlittene Unterkieferfraktur und der Zahnschaden seien saniert, weshalb eine Entschädigung gestützt auf Suva Tabelle 15

(Integritätsschaden bei unfallbedingten Zahnschäden) entfalle. Eine spätere Kiefergelenksarthrose sei einerseits nur möglich und andererseits in Tabelle 5 (Integritätsschaden bei Arthrosen) nicht erwähnt ( Urk. 12/M66).

Der Beschwerdeführer lässt dagegen geltend machen, im Bereich des Kiefers bestehe zwar eine mehr oder weniger befriedigende Situation ( Urk. 1 S. 5 f.). Jedoch bestünden weiterhin Restbeschwerden, so brauche er immer noch eine Bisschiene, und könnten auch Langzeitfolgen auftreten, welche Dr. F.\_\_\_\_ mangels fachärztlicher Qualifikation nicht habe beurteilen können ( Urk. 1 S. 15).

Angesichts dieser Aktenlage fehlen zwar Hinweise auf eine durch die Folgen der Kieferverletzung bedingte aktuell fortdauernde erhebliche Beeinträchtigung der Kaufähigkeit oder auf augenscheinliche Zahndefekte , welche eine Entschädigung gemäss Tabelle 15 (Integritätsschaden bei unfallbedingten Zahnschäden) rechtfertigen könnten. Hingegen liegt

gemäss Dr. S.\_\_\_\_ weiterhin ein nach links ausweichender Verschluss des Mundes vor (Beilage zu Urk. 12/M69) und lässt sich den Akten nicht abschliessend entnehmen, welche längerfristigen Folgen die von Dr. AA.\_\_\_\_

am 5. März 2015 diagnostizierte

Masseter hypertrophie , die Okklusionsstörung und die habituelle Diskusluxation ( Urk. 12/M42 S. 1 ) nach sich ziehen. Dem Beschwerdeführer ist zuzustimmen, dass der Schluss von Dr. F.\_\_\_\_ , wonach eine spätere Kiefergelenksarthrose nur möglich und damit nicht zu berücksichtigen sei (vgl. dazu: RKUV 1995 Nr. U 228 S. 192; Urteil des Bundesgerichts 8C\_76/2013 vom 23. Juli 2013 E. 3.4.1 mit Hinweis) , weder begründet noch durch eine fachärztliche kieferchirurgische Beurteilung bestätigt ist, weshalb sich der Ausschluss einer voraussehbaren Verschlimmerung im Sinne von Art. 36 Abs. 4 UVV angesichts der aktuellen Aktenlage nicht rechtfertigt.

Dass eine Kiefergelenksarthrose in der Suva Tabelle 5 nicht angeführt ist, steht sodann der Annahme eines Integritätsschadens nicht entgegen , sind Feinrastr Tabellen der Suva doch nicht abschliessend. Vielmehr ist bei einem Integritätsschaden, welcher weder in der Skala in Anhang 3 UVV noch in den Tabellen der Suva enthalten ist, eine Schätzung im Vergleich mit anderen Schäden vorzunehmen (BGE 113 V 218 E. 3).

Nach dem Gesagten lässt sich die Frage nach dem Integritätsschaden im Zusammenhang mit den Folgen der Kieferverletzung gestützt auf die aktuelle medizinische Aktenlage nicht abschliessend beurteilen. Die Sache ist entsprechend für eine kieferchirurgische /kieferorthopädische Abklärung und Beurteilung und zu neuerlicher Entscheidung hierzu an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerde ist in diesem Sinne teilweise gutzuheissen.

Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. Dies gilt auch für den Beschwerdeantrag Ziffer 4 auf Offenlegung der Kosten der Abklärungen bei den beratenden Ärzten ( Urk. 1 S. 2) , welchem, nachdem der Beschwerdegegnerin abgesehen von den zu ergänzenden Abklärungen in Bezug auf die Integritätsentschädigung im Zusammenhang mit den Folgen der Kieferverletzung auf das Kausystem, keine Verletzung ihrer Abklärungspflicht vorzuwerfen ist, zum vornherein der Boden entzogen ist. 9.

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens (BGE 137 V 57) hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Sache und nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen. Der Beschwerdeführer obsiegte in Bezug auf die beantragte Zusprache einer Integritätsentschädigung, wobei die Rückweisung zur ergänzenden Abklärung und neuem Entscheid nur die Folgen der Kieferverletzung betrifft. Im Übrigen unterliegt der Beschwerdeführer in Bezug auf sämtliche Anträge. In Anwendung der massgeblichen Grundsätze rechtfertigt sich angesichts des nur teilweisen Obsiegens die Zusprechung einer um 70 % reduzierten Prozessentschädigung von Fr. 1'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der AXA Versicherungen AG vom 7. Oktober 2021 insoweit aufgehoben, als damit ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung im Zusammenhang mit den Folgen der am 8. August 2012 erlittenen Kieferfrakturen verneint wird, und die Sache wird an die AXA Versicherungen zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, hierüber neu verfüge. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 1'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring - Rechtsanwalt Martin Bürkle - Bundesamt für Gesundheit 5.

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

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

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

#### **E. 11**

S. 8 ff.). Mit Duplik liess sie sodann im Wesentlichen geltend machen, der medizinische Sachverhalt sei spätestens mit dem Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ hinreichend klar gewesen, was der im Einspracheverfahren eingeholte Bericht von Dr. E.\_\_\_\_

lediglich bestätige. Der nachmalige Verzicht auf das zunächst für notwendig erachtete Gutachten sei angesichts dessen nicht zu beanstanden (Urk. 23 S. 7 ff.).

#### **E. 12**

/ B M61/2 ) .

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