

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00128 vom 10. August 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-08-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00128

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00128 du 10 août 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00128 del 10 agosto 2023

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1969, arbeitete seit 1. April 2012 bei der Y.____ AG als Bauarbeiter (7/45) in einem 100%-Pensum und war dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 23.

Au gust 2019 einen Arbeitsunfall hatte. Gemäss Unfallmeldung stürzte er beim Demonstrieren von Schachtpodesten aus einer Höhe von 6.5 Meter auf die Bodenplatte ab (Urk. 7/1). Es folgte eine Hospitalisation im Z.____ Zürich, wo die Diagnosen eines leichten Schädel-Hirn-Traumas, eines stumpfen Thoraxtraumas sowie einer Kontusion der Tibiavororderkante rechts sowie der Ferse links und des Knies rechts gestellt wurden (vgl. Austrittsbericht vom 2.

September 2019, Urk. 7/6). Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld; Urk. 7/4).

Gestützt auf die kreisärztliche Untersuchung vom 23. September 2021 (Urk. 7/421) stellte die Suva die Heilkosten- und Taggeldleistungen per 31. Dezember 2021 ein (vgl. Schreiben vom 23. Dezember 2021, Urk. 7/468) und sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 7. Februar 2022 ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 11 % eine entsprechende Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung gestützt auf einer Integritätseinbusse von 10 % zu (Urk. 7/494). Dagegen erhob der Versicherte am 21. März 2022 Einsprache (Urk. 7/507), welche die Suva mit Einspracheentscheid vom 8. Juni 2022 insoweit guthiess, als sie den versicherten Verdienst erhöhte und die Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 15 % (anstelle 11 %) festsetzte; im Übrigen wies sie die Einsprache ab (Urk. 7/521 = Urk. 2).

E. 1.1

Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

Nach Art.

E. 1.2

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; BGE 144 V 354 E. 4.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_527/2020 vom 2. November 2020 E. 4.1 mit Hinweisen). 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_674/2019 vom 3. Dezember 2019 E. 4.1).

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_64/2021 vom 14. April 2021 E. 3.2 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3). Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff Prognose erfasst werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_299/2022 vom 5. September 2022 E. 2.3 und 8C_682/2021 vom 13. April 2022 E. 5.1, je mit Hinweisen).

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 un mittelbare 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 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.1).

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 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.4.1

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_698/2021 vom 3. August 2022 E. 3.4).

E. 1.4.2

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (vgl. BGE 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/ bb mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_499/2020 vom 19. November 2020 E. 2.2.1).

E. 1.4.3

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 abzu stellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkräften 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; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_493/2021 vom 4. März 2022 E. 3.3.3 mit Hinweisen).

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 – aus gehend 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).

E. 1.4.4

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 Gesamt würdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich

lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (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 Kausalzusammenhangs 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 auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene 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 andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mit begünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb , vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa ; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

E. 1.5

) und in diagnostischer Hinsicht unbestritten blieb.

Der Beschwerdeführer machte zwar geltend, dass der Endzustand an der linken Schulter noch nicht erreicht sei und verwies auf die von Dr. I. ___ im Bericht vom 14.

Dezember 2021 genannte Empfehlung einer diagnostischen Infiltration zur Abklärung der Schultersymptomatik (Urk. 1 S. 5) . Diesbezüglich ist festzuhalten, dass im Rahmen einer «namhaften Besserung des Gesundheitszustandes» die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss (vgl. E. 1.2 vorstehend). Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 mit Hinweisen), wie etwa eine allfällige blosser Verbesserung allein des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Linderung, eine Verbesserung der Befindlichkeit oder dass der Versicherte etwa von Physiotherapie profitieren kann (Urteile des Bundesgerichts 8C_970/2012 vom 31. Juli 2013 E. 3.4; 8C_855/2009 vom 21. April 2010 E. 7; 8C_338/2009 vom 14. Januar 2010 E. 5.1; 8C_28/2008 vom 28. Juli 2008 E. 3.3). Ärztliche Verlaufskontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie manualtherapeutische Behandlungsmassnahmen gelten nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlungen im Sinne der Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_306/2016 vom 22.

September 2016 E. 5.3 mit Hinweis). Beim Beschwerdeführer bestanden zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung im Bereich der linken Schulter funktionelle Einschränkungen und Dauerschmerzen. Dr. J. ___ bewertete diese bei fehlendem bild-morphologischem Korrelat

am ehesten im Zusammenhang mit einer Somatisierungsstörung, wobei diesbezüglich die Unfallkausalität separat zu prüfen sei. Aus somatischer Sicht sei ein stabiler unfallkausaler Gesundheitszustand erreicht und eine namhafte Besserung gut zwei Jahre nach dem Unfallereignis nicht mehr zu erwarten (E. 3.9). Auch für Dr. I. ___

waren die persistierenden Schmerzen aufgrund der Bildgebung nicht erklärbar. Er interpretierte die Beschwerden im Rahmen einer noch nicht abgeschlossenen muskuloskelettalen Rehabilitation (E. 3.8). Laut behandelnden Ärzten in der A. ___ Klinik korrelierte die klinische Kraftminderung in der Bildgebung denn auch nicht mit einer Atrophie der Muskulatur (E. 3.5).

Soweit Dr. I. ___ auf die Fortführung der muskuloskelettalen Rehabilitation verwies, dient diese in erster Linie der Verbesserung der Funktion und der Schmerzlinderung. Diese Massnahmen in Form von Physio- und Ergotherapie sowie Krafttraining genügen praxisgemäss nicht, um den Fallabschluss hinauszuzögern (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_628/2021 vom 13. April 2022 E. 5.3.2, 8C_604/2021 vom 25. Januar 2022 E.

9.2). Die von Dr. I. ___ empfohlene subacromiale und glenohumerale Infiltration lehnte der Beschwerdeführer ab, sodass Dr. I. ___ auf weitere Abklärungen verzichtete (E. 3.8). Insofern ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin von einer abgeschlossenen Heilbehandlung ausgegangen ist, hat sie doch für die Beurteilung der Rechtsfrage einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes in erster Linie auf die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung abzustellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_44/2021 vom 5. März 2021 E. 5.2 mit Hinweisen). Daran ändert auch nichts, dass der Beschwerdeführer die Infiltrationen am 31.

März und 12. April 2022 durchführen liess, zumal diese zu einer bloss vorübergehenden leichten Linderung der Schmerzen führten (vgl. Urk. 7/513), eine alleinige Schmerzlinderung rechtsprechungsgemäss jedoch keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes darstellt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_402/2007 vom 23. April 2008 E. 5.1.2.2). Angesichts dessen ist der Einschätzung von Dr. J. ___ vom 23. September 2021, wonach von einem unfallbedingten Endzustand in der linken Schulter auszugehen sei (E. 3.9), zu folgen. 4.2

Der Beschwerdeführer monierte sodann, dass die psychischen Beschwerden nicht näher abgeklärt worden seien, insofern unklar sei, ob diesbezüglich ein Endzustand vorliege (Urk. 1 S. 5). Die vorliegenden Akten

liefern Hinweise auf psychische Leiden des Beschwerdeführers. Namentlich kam es laut Dr.

H. ___ und

lic. phil.

E. ___ nach dem Unfall zu einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie zu einer mittelgradigen, zeitweilig schweren, depressiven Episode, wobei diese weitgehend remittiert sei (E. 3.4 und E. 3.7). Es ist vorab darauf hinzuweisen, dass auch (unfallkausale) Behandlungsbedürftige psychische Gesundheitsschäden nach Massgabe der « Psycho-Praxis » kein Hindernis für den Fallabschluss darstellen (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage 2012, S. 144).

4.3

Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Erreichen des Endzustandes per 23. September 2021 annahm und die Taggeld leistungen sowie die Leistungen für Heilbehandlungen entsprechend per 31. Dezember 2021 unter Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente einstellte (Urk. 7/468). 5. 5.1

Gestützt auf den kreisärztlichen Untersuchungsbericht von Dr. J.____ vom 28. September 2021 samt Ergänzung vom 17. September 2021 (Urk. 7/421, Urk. 7/483) ist ausgewiesen und soweit unbestritten, dass dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht aufgrund der Einschränkungen von Seiten des Bewegungsapparats zwar die bisherige Tätigkeit nicht mehr möglich ist,

jedoch eine ganz tägige Arbeitsfähigkeit besteht in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten für die linke obere Extremität (vgl. Urk. 1). 5.2 5.2.1

Darüber hinaus macht der Beschwerdeführer geltend, dass die neuropsychologischen Störungen und die damit einhergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit eine organische Folge des Schädelhirntraumas sei (Urk. 1 S. 5 ff.). 5.2.2

Rechtsprechungsgemäss kann von organisch objektiv ausgewiesenen Unfall folgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hiebei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 mit Hinweisen). Dies gilt auch hinsichtlich neuropsychologischer Defizite (Urteil des Bundesgerichts 8C_117/2015 vom 17. Juni 2015 E. 2 mit Hinweis). Die neuropsychologische Testuntersuchung allein ist nicht ausreichend, um die Kausalitätsfrage eines Beschwerdebildes selbständig und abschliessend zu beantworten (BGE 134 V 109 E. 9.5, Urteil des Bundesgerichts 8C_429/2022 vom 3. Mai 2023 E. 4.3.4). Die im vorliegenden Fall durchgeführten bildgebenden Untersuchungen mittels CT und MRI haben keine unfallbedingten Läsionen ergeben, welche solche Defizite erklären könnten (CT Schädel vom 23. August 2018, Urk. 7/118; MRI Schädel vom 23. März 2021, Urk. 7/334; MRI Schädel vom 20. August 2021, Urk. 7/403). 5.2.3

Diagnostiziert nach dem Unfall wurde ein leichtes Schädel-Hirntrauma (Urk. 7/6), was einer

Commotio cerebri entspricht. Die Ausführungen des Beschwerdeführers in der Beschwerde, wonach er nach dem Unfall mutmasslich 15 bis 30 Minuten bewusstlos gewesen sei (Urk. 1 S. 8), zielen auf die Diagnose einer milden traumatischen Hirnverletzung (MTBI).

Eine Commotio cerebri wird definiert als ein Bewusstseinsverlust von kurzer Dauer ohne neurologische Ausfälle, währenddem eine Contusio cerebri einen Zustand mit konsekutiven neurologischen Defiziten mit oder ohne Bewusstseinsverlust darstellt. Diese Begriffe werden den peritraumatischen Störungen nicht gerecht, da der Bewusstseinsverlust zu sehr im Mittelpunkt steht und klinische Zwischenstufen nicht berücksichtigt werden. Unter anderem wegen dieser Nachteile wurde der neue Begriff der milden traumatischen Hirnverletzung (mild traumatic

brain

injury [MTBI]) eingeführt. Hierunter wird ein durch Kontaktkräfte (Kopfanprall, Schlag auf Kopf) oder Akzeleration bzw. Dezeleration bedingtes kraniales Trauma verstanden,

welches zu einer Unterbrechung der zerebralen Funktionen führt. Nach allgemein anerkannter Lehrmeinung setzt die Diagnose entweder eine Episode von Bewusstlosigkeit oder einen Gedächtnisverlust für Ereignisse unmittelbar vor oder nach dem Unfall oder eine Bewusstseinsstörung (z.B. Benommenheitsgefühl, Desorientierung) im Zeitpunkt der Verletzung voraus. Andererseits darf die Störung nicht mit einer Bewusstlosigkeit von mehr als 30 Minuten, einem Schweregrad nach der Glasgow Coma

Scale (GCS) von 13 bis 15 nach 30 Minuten oder einer posttraumatischen Amnesie von mehr als 24 Stunden verbunden sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_369/2008 vom 1 1. August 2008 E. 7.1).

Im Falle des Beschwerdeführers ist nicht erstellt, dass er nach dem Unfall bewusstlos war. Zwar führte er anlässlich der polizeilichen Einvernahme vom 2 9. August 2019 aus, dass er einen «kurzen Null-Moment» gehabt habe (Urk. 7/80 S. 16). Jedoch betonte er stets, dass er bei Bewusstsein geblieben sei (Urk. 7/36 S.

2, Urk. 7/80 S. 16). Laut den erstbehandelnden Sanitätern bestand zu keinem Zeitpunkt eine Bewusstlosigkeit. Diese dürften sich bei ihrer Aussage auch auf die Beobachtungen der beim Unfall zugegen gewesenen Arbeitskollegen des Beschwerdeführers gestützt haben. Laut den Angaben der Sanitäter war der Beschwerdeführer sodann stets ABCDE stabil und zeigte sich bei einem GCS von 15 allseits orientiert (Urk. 7/6 S. 2). Doch selbst wenn die MTBI-Diagnose zu stellen wäre, wäre dies nicht mit einer objektiv nachweisbaren Funktionsstörung gleichzusetzen (Urteil des Bundesgerichts 8C_110/2010 vom 1 8. März 2010 E.

3.2). Wie unter E. 5.2.2 ausgeführt , ist eine solche im Falle des Beschwerdeführers zu verneinen. 6 . 6 . 1

Zu prüfen bleibt, ob die psychischen Gesundheitsschäden in adäquatem Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 23. August 2019 stehen. 6 . 2

Ausgangspunkt der Adäquanzbeurteilung bildet das (objektiv erfassbare) Unfallereignis. Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften . Irrelevant sind die Unfallfolgen oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können; solchen Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen (BGE 148 V 301 E. 4.3.1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_498/2011 vom 3. Mai 2012 E. 6.2.1).

6 . 3

Erstellt ist, dass der Beschwerdeführer mit dem Ausbau von Lüftungsschachtpodesten beschäftigt war, als ein Kantholz (Tragbalken) unter ihm eingebrochen ist und er aus zirka 6.30 Meter auf den Betonboden gestürzt ist (vgl. Urk. 7/16 , Urk. 7/80). Die Beschwerdegegnerin qualifizierte dieses Unfallereignis als mittelschweren Unfall im mittleren Bereich und verwies auf das Urteil des Bundesgerichts U 417/06 vom 1 9. Juni 2007 E. 4.2.1, wonach Stürze aus mehreren - zwischen fünf und sieben - Metern Höhe noch als mittelschwere Unfälle im engeren Sinne zu qualifizieren und nicht im Grenzbereich zu den schweren Unfällen anzusiedeln seien (Urk. 2 S. 11). Ferner erwähnte sie das bundesgerichtliche Urteil 8C_871/2014 vom 2 4. Juni 2015, im Rahmen dessen ein Sturz auf den Rücken aus einigen Metern Höhe und dabei erlittenen Frakturen an der Wirbelsäule als mittleren Unfall im mittleren Bereich beurteilt worden sei (Urk. 6 S. 4). Praxisgemäss

werden Stürze aus einer Höhe zwischen etwa zwei und vier Metern in

die Tiefe noch als mittelschwere Unfälle im engeren Sinn qualifiziert (Urteil des Bundesgerichts 8C_427/2022 vom 28. Februar 2023 E. 6.2.3); Stürze aus fünf bis sieben Metern, sofern sie durch einen Zwischenboden abgebremst wurden (Urteil des Bundesgerichts U 417/06 vom 19. Juni 2007 E. 4.2.1). Nicht zu den mittelschweren Unfällen im engeren Sinn zählte das Bundesgericht gemäss Urteil 8C_202/2014 vom 9. Juli 2014 E. 4.1 einen Sturz von einem Baugerüst über 5.4 bis acht Meter (Urteil des Bundesgerichts U 392/05 vom 16. Dezember 2005 E.

2.1) sowie einen Sturz aus einer Höhe von fünf Metern auf einen Asphaltboden (RKUV 1998 Nr. U 307 S. 448, U 169/97 E. 3b). In der neueren Rechtsprechung qualifizierte das Bundesgericht ausserdem einen Sturz in einen Schacht aus einer Höhe von 4.81 auf harten Untergrund als mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen (Urteil des Bundesgerichts 8C_427/2022 vom 28.

Februar 2023 E. 6.2.3 und E. 6.3). Unter Berücksichtigung dieser Kasuistik ist das vorliegend zu beurteilende Unfallereignis nicht bei den mittelschweren Unfällen im engeren Sinn, sondern bei den mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen einzureihen. 6.4

Ist das Unfallereignis vom 23. August 2019 nach dem Gesagten als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen zu qualifizieren, würde - bei gegebenem natürlichen Kausalzusammenhang - für die Bejahung der Adäquanz bereits das Vorliegen eines einzigen Kriteriums genügen, ohne dass dieses in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein müsste (BGE 148 V 301 E. 4.4.1 mit Hinweis auf BGE 115 V 133 E. 6c/ bb; Urteil des Bundesgerichts 8C_698/2022 vom 3. Mai 2023 E. 6.4). 7.7.1

Die Beschwerdegegnerin sah die beiden Kriterien körperliche Dauerschmerzen so wie Erheblichkeit der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit als erfüllt an, aber nicht besonders ausgeprägt (Urk.

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte am 11. Juli 2022 Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid vom 8. Juni 2022 sei aufzuheben und es sei festzustellen, dass der Fallabschluss verfrüht erfolgte. Die Beschwerdegegnerin sei verpflichtet, die gesetzlichen Versicherungsleistungen über den 31. Dezember 2021 hinaus zu erbringen. Weiter sei eine polydisziplinäre Begutachtung vorzunehmen. Eventualiter sei dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung von mindestens 60% und eine Invalidenrente von mindestens 40% zuzusprechen (Urk. 1).

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 14. September 2022 (Urk.

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid vom 8. Juni 2022 (Urk. 2) sowie in der Beschwerdeantwort vom 14. September 2022 (Urk. 6) erwog die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen, gestützt auf die medizinischen Akten sei davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer somatischerseits unfallbedingte Restbeschwerden im Bereich der linken Schulter verblieben seien. Die neuropsychologischen Defizite des Beschwerdeführers könnten mangels Nachweises einer organischen Hirnverletzung und eines natürlichen Kausalzusammenhanges bei der Invaliditätsbeurteilung jedoch nicht berücksichtigt

werden. Ebenso wenig könnten die beklagten psychischen Beschwerden auf das Unfallereignis vom 23.

August 2019 zurückgeführt werden, da in Bezug auf eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nicht nur der natürliche, sondern stets auch der adäquate Kausalzusammenhang gegeben sein müsse. Bei mittelschweren Unfällen könne die Unfalladäquanz nur bejaht werden, wenn mindestens drei der sieben Adäquanzkriterien erfüllt seien oder eines besonders ausgeprägt sei, was vorliegend nicht der Fall sei. Unter Berücksichtigung der regelmässig gewährten Mittagszulagen erhöhe sich der versicherte Verdienst auf neu Fr. 84'547.-- (anstelle von Fr. 81'260.--) und resultiere aus dem Einkommensvergleich ein Invaliditätsgrad von neu 15 % (anstelle von 11 %). Im Rahmen der Beurteilung des Integritätschadens habe der Kreisarzt den Integritätsschaden aufgrund der unfallbedingten Funktionsstörungen an der oberen Extremität auf 10 % geschätzt, was rechtens sei (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 1. Juli 2022 (Urk. 1) sowie mit ergänzender Stellungnahme vom 28. September 2022 (Urk. 9) zusammengefasst geltend, der Fallabschluss sei zu früh erfolgt. Eine diagnostische Infiltration zur Abklärung der Schultersymptomatik werde als sinnvoll erachtet. Ohne diese Infiltration sei nicht bekannt, ob noch Behandlungsmassnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustands möglich seien. Ferner seien die psychischen Beschwerden nicht näher abgeklärt worden, insofern sei nicht bekannt, ob diesbezüglich ein Endzustand vorliege. Betreffend die neuropsychologischen Einschränkungen führte der Beschwerdeführer aus, in Anbetracht der erheblichen Sturzhöhe, welche geeignet sei, schwere Verletzungen zu verursachen, der initialen kurzen Bewusstlosigkeit sowie der sofort aufgetretenen kognitiven Einschränkungen sei das Vorliegen einer unfallkausalen Hirnverletzung klar erstellt. Es seien ferner auch keine anderen Ursachen aktenkundig, welche die erheblichen neuropsychologischen Beschwerden, welche sich unmittelbar nach dem Unfallereignis manifestierten, zu erklären vermögen würden. Weiter sei der vorliegende Unfall als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Unfällen einzuordnen, wobei dies letztlich offen bleiben könne, da mindestens drei Adäquanzkriterien erfüllt seien, womit der adäquate Kausalzusammenhang klar zu bejahen sei. Mit der Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs für die neuropsychologischen Einschränkungen und des adäquaten Kausalzusammenhangs für die psychischen Beschwerden sei die Integritätsentschädigung entsprechend anzupassen. Schliesslich seien bei der Bemessung des Valideneinkommens die mit einer gewissen Regelmässigkeit ausbezahlten Überstunden ebenfalls zu berücksichtigen. Als Invalideneinkommen sei der effektiv erzielte Leistungslohn in der Höhe von Fr. 45'500.-- zu berücksichtigen, womit ein Invaliditätsgrad von 46 % resultiere. In Bezug auf die Integritätsentschädigung seien die Integritätsschäden aufgrund der neuropsychologischen und psychischen Einschränkungen zum bereits anerkannten Integritätsschaden zu addieren. 3. 3.1

Nach einem Arbeitsunfall am 23. August 2019 wurde der Beschwerdeführer notfallmässig ins Z. ___ Zürich

zugewiesen, wo computertomographisch ein leichtes Schädelhirntrauma mit gering dislozierter Nasenbeinfraktur und einer Rissquetschwunde okzipital rechts, jedoch ohne frische intrakranielle Hämorrhagie,

sowie ein stumpfes Thoraxtrauma mit Rippenserienfraktur Costa II-IV links und Lungenkontusion links, eine Kontusion der Tibia avorderkante rechts, der linken Ferse links und des rechten Knies festgestellt wurde (Urk. 7/6). Die am 9.

September 2019 durchgeführte Magnetresonanztomographie der rechten Schulter zeigte zusätzlich einen Riss des Labrums superior von anterior bis knapp posterior, ein etwas ausgefranster Oberrand des Musculus subscapularis sowie eine diskrete Bursitis subacromialis und subdeltoidea (Urk. 7/17). Im Rahmen einer klinisch-radiologischen Verlaufskontrolle sechs Wochen posttraumatisch habe der Beschwerdeführer

zudem

über

persistierende

Schmerzen in der linken Schulter

geklagt, wobei sich radiologisch eine regelrechte Darstellung der ossären Strukturen ohne Hinweis auf eine frische ossäre traumatische Läsion zeigte (vgl. Urk. 7/24). Außerdem habe er von Konzentrationsstörungen und Doppelbildern berichtet (Urk. 7/29), weshalb er im interdisziplinären Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen des Z. ___ vorgestellt wurde. Die untersuchenden Ärztinnen werteten die Doppelbilder am ehesten als verschwommene Konturen bei Erstmanifestation einer Presbyopie beidseitig. In der klinischen Untersuchung hätten sich bis auf eine diskrete Dysmetrie im Finger-Nase-Versuch beidseitig keine weiteren fokalen-neurologischen Defizite gezeigt. Ebenso gebe es bis auf feine Hornhautnarben keine Auffälligkeiten in der ophthalmologischen Untersuchung

(vgl. Arztbericht vom 4. November 2019, Urk. 7/53). 3.2

Bei persistierenden Schmerzen in der linken Schulter sowie am rechten Kniegelenk medial wurde der Beschwerdeführer erstmals am 8. Oktober 2019 in der A. ___ Klinik vorgestellt, wo ein

weitere s

MRI des rechten Knies (Urk. 7/50) sowie der linken Schulter (Urk. 7/72) erstellt wurde. Die Fachärzte konstatierten, bildgebend zeigte sich ein Riss des tibialen Ansatzes des medialen Kollateralbandes, eine Distorsion am femoralen Ansatz sowie ein kleiner Einriss der Pars intermedia des Innenmeniskus. Im Bereich der Schulter liege ein Riss des superior-anterioren Labrums sowie eine AC-Arthrose vor. Die Schulterbinnenstrukturen seien ansonsten intakt. Gestützt darauf und bei trotz durchgeführter physiotherapeutischer Behandlung ausbleibender Besserung im Bereich der linken Schulter erachteten die Ärzte eine Schulterarthroskopie und vorausichtlich Bizepssehnen-tenotomie als indiziert (vgl. Verlaufsbericht vom 6.

Januar 2020, Urk. 7/71). Am 27.

Januar 2020 erfolgte der operative Eingriff (Schultergelenksarthroskopie links mit Tenotomie der langen Bizepssehne und Refixation des ventralen Labrums sowie eine Punktion des rechten Kniegelenks; vgl. Urk.

7/96 f.). Die Ärzte verordneten Physiotherapie und MTT zur Verbesserung der Beweglichkeit und zum Muskelaufbau (vgl. Urk. 7/144, Urk. 7/188). Es folgte eine ambulante Behandlung in der Rehaklinik B. ___ vom 18. Mai bis 17. Juni 2020, wobei der

Beschwerdeführer anfänglich insbesondere über Schmerzen im Bereich des linken AC-Gelenkes und der linken Schulter sowie im rechten Knie geklagt habe. Im Laufe der Rehabilitation habe er jedoch Fortschritte erzielen können. So habe sich das Bewegungsausmass der linken Schulter verbessert und die Bewegungsqualität und Stabilisierungsfähigkeit seien deutlich besser geworden. Auch das Hinken sei positiv beeinflusst worden. Betreffend die Arbeitsfähigkeit führten die Fachärzte aus, die bisherige Tätigkeit als Bauarbeiter sei aktuell nicht zumutbar. Leichte bis mittelschwere Arbeit ohne längerdauerndes Knien und ohne längerdauernde Tätigkeiten über Kopf seien dem Beschwerdeführer jedoch ganztags zumutbar. Unter Fortsetzung der empfohlenen Therapien könne noch von einer weiteren Verbesserung der Schulterfunktion links sowie der Belastbarkeit der linken Schulter und des rechten Knies ausgegangen werden (vgl. Austrittsbericht vom 23. Juni 2020, Urk. 7/155). Im Rahmen einer Verlaufskontrolle am 24. August 2020 bemerkten die behandelnden Ärzte der A.____ Klinik

ein nur noch minimaler sichtbarer Unterschied der Muskulatur. Die versuchsweise Wiederaufnahme der Arbeit in einem 50%-Pensum sei sinnvoll (Urk. 7/203). 3. 3

Der Beschwerdeführer habe ferner über eine Hörverschlechterung rechts seit dem Unfallereignis geklagt und angegeben, teilweise für wenige Sekunden ein unsicheres Gefühl beim Aufstehen oder im Gehen zu haben, nicht jedoch beim Hinlegen oder Drehen im Bett.

Am 17. Juli und 28. August 2020 folgte deshalb eine audiometrische Abklärung durch med. pract. C.____, FMH ORL, welche eine leichtgradige Tieftonschwerhörigkeit rechts nach Schädelhirntrauma diagnostizierte. Anamnestisch könne es sich um die Folgen einer Comotio cochleae handeln, differentialdiagnostisch sei aber auch ein Hydrops cochleae denkbar. Der Beschwerdeführer sei im Alltag jedoch nicht wesentlich gestört (vgl. Arztbericht vom 30. August 2020, Urk. 7/199). Kreisarzt Dr. med. D.____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie FMH, bewertete die leichtgradige Tieftonschwerhörigkeit rechts mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Folge des Unfallereignisses vom 23. August 2019 mit contusio

cochleae (vgl. Ärztliche Beurteilung vom 12. Oktober 2020, Urk. 7/223). 3. 4

Seit 17. Oktober 2019 ist der Beschwerdeführer bei lic. phil. M.Sc. E.____ in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Sie diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung nach Polytrauma mit Sturz aus 7m Höhe (ICD-10: F43.1) und führte aus, der Beschwerdeführer habe aufgrund der körperlichen Einschränkungen grosse Ängste um seine Arbeitsfähigkeit, obwohl es körperlich zu einer enormen Verbesserung gekommen sei. Die Ungewissheit, wie es weitergehe, belaste ihn schwer. Das psychische Befinden des Beschwerdeführers sei stark abhängig von seinem körperlichen Befinden und den körperlichen Einschränkungen. Er

verfüge aber über

eine gute Ressourcenlage. Würde der Beschwerdeführer im Verlauf zunehmend Fortschritte machen in Bezug auf sein körperliches Befinden, sei die Prognose bezüglich depressiver Symptomatik günstig. Ein Arbeitsstart in einem reduzierten Pensum sei zumutbar und hilfreich (vgl. Bericht vom 29.

Oktober 2019 [Urk. 7/39], 17. August 2020 [Urk. 7/190] , 8. Dezember 2020 [Urk. 7/273]). 3. 5

Im Oktober 2020 wurde ein therapeutischer Arbeitsversuch beim bisherigen Arbeitgeber organisiert (vgl. Urk. 7/247) , wodurch sich die Situation an der linken Schulter laut behandelnder Ärzte verbessert habe. In der Arthro -MRI der linken Schulter vom 30. November 2020 sei eine intakte Rotatorenmanschette ersichtlich. Bild-morphologisch würden sich keine Anhaltspunkte für eine Frozen

Shoulder zeigen. Auch das vordere Labrum, welches am 27. Januar 2020 arthro skopisch refixiert worden sei, stelle sich unauffällig dar. Eine Ruptur sei nicht nachweislich. Die klinische Kraftverminderung korreliere in der Bildgebung nicht mit einer Atrophie der Muskulatur (vgl. Urk. 7/261 , Urk. 7/275). Zur Ausschließung einer unvollständigen Nervenschädigung wurde der Beschwerdeführer an

Dr. med. F.____ , Fachärztin für Neurologie, überwiesen (vgl. Urk. 7/306) . Dr. F.____ führte aus, elektromyografisch gebe es keine Anhaltspunkte für eine obere Plexus brachialis-Läsion, eine Läsion des Nervus

thoracicus longus, des Nervus

supra scapularis , des Nervus axillaris oder des Nervus

mesencephalicus cutaneus . Betreffend die beschriebenen kognitiven Probleme nach dem Schädelhirntrauma empfahl sie die Durchführung einer MRI-Untersuchung zur Abklärung postkontusioneller Veränderungen sowie eine neuropsychologische Beurteilung im Hinblick auf die Defizite in der exekutiven Funktion (vgl. Arztbericht vom 3.

März 2021, Urk. 7/308). 3. 6

Am 22. März 2021 erfolgte ein MRT des Schädels, welches kein Demenz-typisches Atrophie-Muster bei altersentsprechendem Hirnvolumen und geringer Mikroangiopathie nachwies. Es sei weder ein Normaldruckhydrozephalus noch eine Amyloidangiopathie ersichtlich. Diffuse axonale Schädigungen würden keine bestehen . Ebenso wenig eine Hämosiderin-/Kalkablagerung im Bereich der Hirnrinde oder des Marklagers wie nach Scherblutungen oder kortikalen Kontusionen (vgl. Urk. 7/334). Im Rahmen der Sprechstunde für kognitive Neurologie am USZ am 13. Juli 2021 wurde die Diagnose eines leichten Schädelhirntraumas mit konsekutiv chronischer Schmerzproblematik und kognitiven Funktionsstörungen festgehalten. In der neuropsychologischen Testung habe eine leicht- bis mittel gradige neuropsychologische Funktionsstörung objektiviert werden können (vgl. Arztbericht vom 11.

Mai 2021, Urk. 7/340). In der extern erfolgten Bildgebung habe jedoch keine Shearing

Injuries als Korrelat derselben Symptomatik dargestellt werden können.

Differenzialdiagnostisch bestehe die Möglichkeit, dass die kognitiven Störungen durch die signifikante Schmerzproblematik verstärkt würden. Betreffend die vom Beschwerdeführer berichteten Kopfschmerzen konstatierten die Fachärzte, formal würden sich diese keinen posttraumatischen Kopfschmerzen zuordnen lassen, da ein Beginn derselben erst zwei Wochen nach dem Trauma bestätigt worden sei . Weiter lasse sich klinisch-neurologisch eine diskrete Hypakusis rechts feststellen und es bestehe eine schmerzbedingte Reduktion der Muskelkraft des linken Arms . Es wurde eine schmerzdistanzierende Medikation verordnet (Urk. 7/382). Bei klinischen und anamnestischen Hinweisen auf eine radikuläre

Symptomatik wurde am 18. August 2021 ein MRI der Halswirbelsäule (HWS) angefertigt, welches leichte degenerative Veränderungen der HWS, am stärksten auf Höhe HWK 5/6 mit hier mässiger Einengung des rechten Neuroforamens zeigte (vgl. Urk. 7/398). Die von Kreisarzt Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, mit Bericht vom 4. August 2021 verlangte Durchführung einer kranialen MRT durch einen Neuroradiologen mit der Fragestellung nach diffusen axonalen Scherverletzungen (vgl. Urk. 7/387) erfolgte am 20. August 2021 und ergab keine Hinweise auf intrakranielle Traumafolgen (Urk. 7/403). Gestützt darauf hielt Dr. G.____

in seinem Bericht vom 9.

September 2021 fest, aus neurologisch-versicherungsmedizinischer Sicht seien diffuse axonale Scherverletzungen sowie weitere posttraumatische Verletzungsfolgen im Sinne von Hämatom, Gliosen und Atrophien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen. Bei fehlenden zerebralen Verletzungsfolgen bestehe keine organische Grundlage für die geklagten psychischen und kognitiven Beschwerden. Beschwerden im Rahmen einer leichten traumatischen Hirnverletzung seien dem üblichen Heilverlauf folgend nur bis maximal sechs Monate unfallkausal. Die bestandene leichte traumatische Hirnverletzung gelte aus neurologischer Sicht spätestens nach sechs Monaten als abgeheilt. Der protrahierte Heilverlauf von nunmehr über zwei Jahre sei überwiegend wahrscheinlich nicht mehr durch das Unfallgeschehen erklärbar (Urk. 7/413). 3.7

Lic. phil. E.____ sowie Dr. med. H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, wiederholten in ihrem Verlaufsbericht vom 2. Juni 2021 die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung und schätzten die depressive Episode als schwer, aktuell weitgehend remittiert (ICD-10: F32.2) ein. Der Beschwerdeführer leide weiterhin an mittelgradigen Konzentrationsstörungen, leichtgradigen Flashbacks, mittelgradigen Insuffizienzgefühlen

und intermittierend auftretenden Existenzängsten, an Affektlabilität, innerer Unruhe, zeitweise reduziertem Antrieb und Psychomotorik und meist schlechtem Schlaf. Das psychische Befinden des Beschwerdeführers sei nach wie vor abhängig von seinem körperlichen Befinden und den körperlichen Einschränkungen. Aufgrund dessen seien die Möglichkeiten, die Geschwindigkeit und auch die Erfolgsaussichten des therapeutischen Vorgehens eingeschränkt. Andererseits bestehe eine gute Ressourcenlage. Sie empfahlen die Fortführung der Psychotherapie (1 x pro Woche). Aus psychiatrischer Sicht wurde die Arbeitsfähigkeit auf 60 % geschätzt (Urk. 7/350). 3.8

Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, untersuchte den Beschwerdeführer am 17. September 2021 und führte aus, aufgrund der Schmerzen lasse sich die antero-inferiore Instabilität nicht überprüfen. Jedoch sei im letzten Arthro-MRI vom 30. November 2020 keine antero-inferiore Labrumläsion sichtbar. Auch sei keine Hill Sachs Läsion sichtbar, weshalb er von einer Subluxation im Rahmen des Unfallgeschehens ausgehe. Die persistierenden Schmerzen seien allerdings nicht erklärbar. Der Beschwerdeführer habe keine Frozen

Shoulder und spanne muskulär eher entgegen. Er (Dr. I.____) interpretiere die Beschwerden im Rahmen einer noch nicht abgeschlossenen muskuloskelettalen Rehabilitation. Sinnvoll wäre eine subacromiale und glenohumerale Infiltration mit Kortison und Hyaluronsäure. Der Beschwerdeführer wünsche aber keine Infiltration (Urk. 7/425). Dr. I.____ wiederholte in seinem Arztbericht vom 14. Dezember 2021 die Empfehlung einer diagnostischen,

sequentiellen und sonographisch gesteuerten Infiltration subacromial und glenohumeral. Der Beschwerdeführer lehne eine solche aber nach wie vor ab, weshalb er auf weitere Abklärungen verzichte (Urk. 7/481). 3.9

Im Rahmen der

kreis ärztlichen Untersuchung am 23. September 2021 (Bericht vom 28. September 2021, Urk. 7/421) konstatierte Kreisarzt Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, der Beschwerdeführer habe sich insbesondere über die Vergesslichkeit beklagt. Teilweise lege er Dinge vom Kühlschranks in einen anderen Schrank, vergesse seine Schlüssel oder das Ticket im öffentlichen Verkehr abzustempeln und steige in falsche Busse ein. Bezüglich der linken Schulter habe der Beschwerdeführer über ein Knacken und Schmerzen bei Bewegung (VAS

7) berichtet, wobei er angefügt habe, dass die Schmerzen auch in Ruhe da seien. Ebenso habe er über Schmerzen im Bereich der linken oberen Thoraxhälfte geklagt, die ihn in der Bewegungsfreiheit im Bereich der linken Schulter einschränken würden. Auf der linken Schulter könne er nachts nicht liegen, weswegen er auch im Nachtschlaf gestört sei. Im Bereich der rechten Schulter seien die Schmerzen nur leicht (VAS 2-3). Im Bereich des rechten Knies spüre er permanent Schmerzen in der Kniekehle und auf der Knieinnenseite. Hinsichtlich der durch gemachten Nasenbeinfraktur habe der Beschwerdeführer angegeben, ein Druckgefühl im Gesicht zu spüren, wodurch die Nasenatmung teilweise behindert werde. Er leide auch an einer tieftonschwerhörigkeit, die unfallkausal anerkannt sei. Schliesslich leide er insbesondere beim Wetterwechsel an Knochenschmerzen im ganzen Körper. Er habe Kopfschmerzen und Nackenschmerzen. Ab und zu habe er auch Schmerzen im Bereich des rechten Ellbogens und im Bereich der linken Ferse, die beide beim Unfall auch verletzt worden seien. Dr. J.____ verwies auf die in den vergangenen zwei Jahren erfolgte umfangreiche und wiederholte bildgebende Abklärung, im Rahmen derer die SLAP-Läsion im Bereich der linken Schulter sowie die in zwischen als ausgeheilt geltende VKB-Läsion am rechten Kniegelenk als unfallkausale Läsionen anerkannt worden seien. Alle anderen Verletzungen im Sinne von multiplen Kontusionen seien sowohl klinisch als auch bildgebend folgenlos ausgeheilt. Die festgestellte

Scapula-Dyskinesie sei willkürlich durch Anspannung und Entspannung der Muskulatur vom Beschwerdeführer herzustellen, sodass es sich um keine strukturelle, sondern um eine funktionale und vom Beschwerdeführer aktiv beeinflussbare Symptomatik handle, die aber kein strukturelles neurologisches Korrelat zeige. Das demonstrierte Knacken in der Schulter zeige eine mögliche Korrelation zu möglichen Vernarbungen nach Labrumrepair und Bizepsentomie mit nach distal heruntergewandertem Bizepsmuskel am linken Oberarm ventralseitig mit bewegungsabhängigen Beschwerden. Diese würden jedoch weder die vom Beschwerdeführer berichteten Ganzkörperschmerzen noch die hochgradig demonstrierte Bewegungsstörung im Bereich der linken Schulter erklären. Ausserdem würden sie auch die angegebenen Dauerschmerzen - selbst in Ruhe - im Bereich der linken Schulter nicht erklären. Ein bild-morphologisches Korrelat für die vom Beschwerdeführer angegebenen subjektiv starken Beschwerden in der linken Schulter gebe es nicht. Die geklagten Beschwerden und funktionellen Einschränkungen, insbesondere für die linke Schulter, würden in Kenntnis der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung an eine damit möglicherweise in Zusammenhang stehende Form der Somatisierungsstörung denken lassen. Hinsichtlich der Unfallkausalität seien die psychiatrisch gestellten Diagnosen separat zu prüfen. Auf somatischer Ebene sei ein stabiler unfallkausaler

Gesundheitszustand erreicht und eine namhafte Bes serung sei mit überwie gen der Wahrscheinlichkeit gut zwei Jahre nach dem Unfallereignis und 20 Mo nate nach durchgeführter Schulter-Operation links nicht mehr zu erwarten. Die Arbeitsfähigkeit und berufliche Prognose als Bauarbeiter seien prinzipiell als gut einzustufen, sofern sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers stabi li sie ren lasse. Rein unfallkausal könne auf dem soma tischen Fachgebiet unter Berücksichtigung der Bewegungsstörung in der linken Schulter eine vollschichtige ganztä g ige Arbeitsfähigkeit ohne Überkopfarbeiten für die linke obere Extremität postuliert werden. Arbeiten bis Brusthöhe seien aus rein somatischer Sicht unfallkausal zumutbar. Aufgrund einer mässigen Form einer Periarthrosis humero-scapularis nach Bicepstenotomie und Labrumfixation links sei eine Integritätsentschädigung geschuldet , die auf 10 % zu schätzen sei . Es sei jedoch festzuhalten, dass das willkürliche An- und Gegenspannen der Schultergürtelmuskulatur links aus fachorthopädischer Sicht nicht berücksichtigt werden könne. Die während der Untersuchung festgestellten Inkonsistenzen bezüglich der Muskulatur des linken Schultergürtels im Rahmen des demonstrierten Bewegungsverhaltens seien zu gross. Die Abweichung zwischen Untersuchungsbefund und demonstriertem Bewegungsverhalten lasse sich rein somatisch nicht erklären.

Mit Stellungnahme vom 1 7. Dezember 2021 präzierte Dr. J.____ zur Arbeitsfähigkeit , dass sich das formulierte Zumutbarkeitsprofil auf leichte bis mittelschwere Tätigkeiten beziehe (Urk. 7 /483). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stützt ihre Auffassung, wonach der medizinische End zu stand im Zeitpunkt der Leistungseinstellung erreicht gewesen sei, im Wesent lichen auf die Ste llungnahme de s Kreis a rzte s Dr. J.____ vom 23. September 2021 (vgl. E. 3. 9), welche den in der Rechtsprechung des Bundesgerichts ent wickelten Anforderungen in allen Teilen genüg t und als beweiskräftig anzu sehen ist (vgl. E.

E. 6

) unter Hinwies auf die von ihr eingereichten Akten (Urk. 7/1-528) auf Abweisung der Beschwerde , was dem Beschwerdeführer m it Verfügung vom 15. September 2022 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk.

E. 6.1

und 8C_409/2021 vom 1 5. September 2021 E. 6.2).

Angeichts dessen sind bezüglich der geltend gemachten psychischen Unfallfolgen zusätzliche medi zi nische Abklärungen notwendig, damit vor einer allfälligen Bejahung des adäqua ten Kausalzusammenhangs mit dem Unfallereignis - unter Zugrundelegung eines mittelschweren Unfalls im Grenzbereich zu den schweren - der natürliche Kausal zusammenhang geprüft werden kann. 7 .3

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, insbesondere wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs.

1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Die Beschwer de ist daher gutzuheissen, der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die massgeben den Fragen gutachterlich abkläre. Gestützt auf diese Abklärungen wird sie über den Anspruch des

Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung, wobei letztere soweit die somatischen Unfallfolgen von Seiten des Bewegungsapparats betreffend unbestritten geblieben ist, neu zu befinden haben. 8 .

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als voll ständiges Obsiegen (BGE 137 V 57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung hat.

Diese ist gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 GSVGer – ohne Rücksicht auf den Streitwert – nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen und unter Berücksichtigung der vorgenannten Bemessungskriterien und beim praxis gemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- vorliegend auf Fr. 2' 200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 8. Juni 2022 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen , über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers

neu entscheide . 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Oskar Gysler - Suva - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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
Hurst Stadler

E. 8

). Am 28. September 2022 reichte der Beschwerdeführer eine weitere Stellungnahme ein (Urk. 9) und legte die Lohnabrechnungen des Jahres 2017 zu den Akten (Urk. 10) , was der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 4. Oktober 2022 zur Kenntnisnahme zugestellt wurde (Urk. 11). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 10

S. 4). Dies würde grundsätzlich ausreichen, um den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfall vom 23. August 2019 anzuerkennen. 7.2

Die Beschwerdegegnerin liess die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 23. August 2019 und den psychischen Störungen unbeantwortet, weil sie die Adäquanz verneinte, was nach dem Gesagten jedoch nicht ohne Weiteres bestätigt werden kann. Praxisgemäss kann die Frage, ob ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den medizinisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden und dem Unfall besteht, bei Verneinung der adäquaten Kausalität offen gelassen werden (BGE 148 V 138 E. 5.1.2, 135 V 465 E. 5.1 mit Hinweisen). Nicht zulässig ist nach der Rechtsprechung dem gegenüber, den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen allfälligen psychischen Beschwerden und einem Unfallereignis zu bejahen, bevor die sich in tatsächlicher Hinsicht stellenden Fragen bezüglich der Natur der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und des natürlichen Kausalzusammenhangs gutachterlich geklärt sind (BGE 148 V 138 E. 5.1.2, 147 V 207 E. 6.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_698/2022 vom 3. Mai 2023 E. 7.2.1, 8C_427/2022 vom 28.

Februar 2023 E.

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