



Fall-Nr.: UV 2016/65
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 23.12.2020
Entscheiddatum: 22.08.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 22.08.2018

Art. 10, Art. 19 Abs. 1 UVG. Einstellung der Heilbehandlungsleistungen. Der (definitive) Rentenanspruch entsteht, 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. Auf das eingeholte polydisziplinäre Gutachten ist abzustellen. Der Sturz von der Leiter ist aufgrund der Fallhöhe und des Aufpralls als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen einzustufen. Die nach der Schleudertrauma-Praxis erforderlichen Kriterien sind vorliegend erfüllt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. August 2018, UV 2016/65). Betreffend Rentenanspruch aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C_632/2018.

Entscheid vom 22. August 2018

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

UV 2016/65

Parteien

A.___,

Beschwerdeführer,



St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Ehrenzeller,

Engelgasse 214, 9053 Teufen,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach
4358, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. Sabine Baumann Wey,

Vetsch Rechtsanwälte AG, Ledergasse 11, 6004 Luzern,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a

A.____ war als Maler bei der B.____ GmbH angestellt und dadurch bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 3. Oktober 2007 beim Streichen der Firstbalken einer Dachwohnung von einer dreiteiligen ausziehbaren Kombi-/Stehleiter auf den Boden stürzte. Der Versicherte verlor nach seinen Angaben beim Aufprall das Bewusstsein. Ein im gleichen Gebäude tätiger Monteur kam dem Versicherten zu Hilfe (vgl. UV-act. 8, 11, 43, 61, 90-6 f./36/40 f./55 f./61 f./64/69, 112-2, 163-6, 228, 252-3 ff., 342-2, act. G 1.1, 1.2, 1.3).

A.b Dr. med. C.____, praktizierender Arzt, welcher den Versicherten als erstbehandelnder Arzt untersuchte, erhob als Befund noch am Unfalltag eine 5 cm lange tiefe Rissquetschwunde an der linken Augenbraue sowie eine Druckdolenz linker



St.Galler Gerichte

Thorax (UV-act. 8). Nach der Erstbehandlung wurde der Versicherte ins Spital D.____ überführt, wo er bis am 5. Oktober 2007 hospitalisiert war. Im Austrittsbericht diagnostizierten Dr. med. E.____ und Dr. med. F.____, Klinik für Chirurgie und Orthopädie, ein Schädelhirntrauma (Commotio cerebri), eine Thoraxprellung linksseitig und eine supraorbitale Rissquetschwunde links. Es bestand eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem Unfall (UV-act. 11, vgl. auch UV-act. 2 f., 13, 17).

A.c Im Arztbericht vom 29. November 2007 (UV-act. 25) hielt Dr. med. G.____, Facharzt für Radiologie, basierend auf einem aktuellen MRI des Schädels einen diskreten, präzentral links kortikomedullär lokalisierten Blutungsrest fest, der durchaus vereinbar sei mit einer posttraumatischen Läsion, nicht sehr zahlreiche, unspezifische Herdläsionen im periventrikulären Marklager beidseits, welche in erster Linie im Sinne vaskulärer Demyelinisierungen zu interpretieren seien, eine chronische Sinusitis maxillaris rechts mit deutlichem Volumenverlust des Sinus sowie eine geringfügige Schleimhautreaktion ethmoidal. Nach dem Klinikaustritt wurde der Versicherte von Dr. med. H.____, Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, betreut. Im Arztbericht vom 15. Dezember 2007 (UV-act. 20) berichtete Dr. H.____, dass die Bursitis präpatellaris und die Schmerzen im Thoraxbereich (Rippenkontusion) relativ rasch gebessert hätten, die Kopfschmerzen dagegen hartnäckig seien. Im Weiteren erwähnte sie, dass der Versicherte über die typischen Post-Commotio-Beschwerden wie Lichtempfindlichkeit, Lärmempfindlichkeit, Schwindel bei rascher Kopfbewegung etc. klagte. Im Arztbericht vom 8. Januar 2008 (UV-act. 24) führte sie aus, dass der Versicherte seit dem Unfall immer über schwere Kopfschmerzen mit Übelkeit bis zum Erbrechen und über Lärm- und Lichtempfindlichkeit klagte, und zweimal sei es zu einem Sturz wegen Schwindels gekommen. Im Weiteren stellte sie eine depressive Verstimmung fest. In den folgenden Monaten wurde bei einer Besserung des Gesundheitszustandes eine Teilarbeitsfähigkeit in wechselnder Höhe bescheinigt, wobei der Beschwerdeführer diese wegen Arbeitslosigkeit nicht verwerten konnte (vgl. UV-act. 20, 22, 24, 28 f., 33, 35 f., 42).

A.d Auf Zuweisung der Suva erfolgte am 3. März 2008 in der Klinik Valens eine neurologische Beurteilung. Im Bericht vom 12. März 2008 (UV-act. 43) diagnostizierte Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie FMH, ein leichtes bis mittelschweres Schädelhirntrauma mit bildmorphologischem Nachweis einer substantiellen



Hirnschädigung im Sinne von kleinen biparietalen Läsionen (mit Hämosiderinnachweis in den FFE-Wichtungen) sowie klinisch: Konzentrationsminderung, Aufmerksamkeitsstörung, leichte Unsicherheiten bei den erschwerten Gangprüfungen, Ängstlichkeit und Dekonditionierung. Es gebe keine Hinweise auf Simulation oder Aggravation. Die Arbeitsunfähigkeit wurde mit 100% für die angestammte Tätigkeit und mit 50% für eine leidensangepasste Tätigkeit eingeschätzt. Ab dem 1. Mai 2008 wurde der Versicherte stationär in der Klinik Valens behandelt und eine berufliche Erprobung (EVAL) durchgeführt. Am 9. Juni 2008 berichtete Dr. J.____, Klinik Valens, über erhebliche psychisch bedingte Einschränkungen und bejahte die natürliche Kausalität der Beschwerden zum Unfallereignis vom 3. Oktober 2007 (UV-act. 56). Im Austrittsbericht vom 17. Juni 2008 diagnostizierten Dr. J.____ und Dr. I.____ erneut ein leichtes bis mittelschweres Schädelhirntrauma bei gleichbleibenden klinischen Befunden wie am 12. März 2008, erhoben zudem den Verdacht auf ein hirnorganisches Psychosyndrom mit Hinweisen für deutliche Inkonsistenzen im Sinne einer Fehlverarbeitung mit depressiver Komponente sowie ein cervico-cephales Schmerzsyndrom (UV-act. 63). Vom 28. Juli bis 9. Dezember 2008 war der Versicherte in tagesklinischer Behandlung im Psychiatriezentrum K.____. Im Austrittsbericht vom 19. Dezember 2008 erhoben lic. phil. L.____ und Dr. med. M.____ den Verdacht auf ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma, denn verschiedene Symptome wie Kopfschmerzen, Schwindel, Erschöpftheit, Reizbarkeit, Störungen der Konzentration, des geistigen Leistungsvermögens, des Gedächtnisses und eine verminderte Belastungsfähigkeit bei Stress sowie bei emotionalen Reizen sprächen dafür. Im Weiteren hätten beim Versicherten Depressivität und Ängste beobachtet werden können (UV-act. 84). In den Arztberichten vom 2./3. März 2009 nannte Dr. H.____ als Diagnosen ein Schädelhirntrauma und ein Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma und als aktuelle Symptome insbesondere chronifizierte Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Konzentrationsstörungen und Leistungsminderungen sowie Angstsymptome. Sie ging von einer medizinisch begründeten 100%igen Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres aus (UV-act. 87).

A.e In der Stellungnahme vom 28. Mai 2009 erklärte Kreisarzt Dr. med. N.____, dass mit Wahrscheinlichkeit noch objektivierbare strukturell fassbare Unfallfolgen vorliegen würden (UV-act. 92). Im Arztbericht vom 17. September 2009 erklärt Dr. med. O.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, dass sich das Krankheitsbild



während der ganzen Behandlung (Juni 2008 bis Februar 2009) nicht verändert habe (Nackenschmerzen, Schwindel, Konzentrationsstörungen, reduzierte Belastbarkeit unter Stress, reduziertes geistiges Leistungsvermögen des Gedächtnisses, depressive und Angstsymptomatik). Es handle sich um eine längerfristige dysfunktionale Krankheits-/Symptomverarbeitung. Da der Versicherte über sehr geringe Ressourcen verfüge, sei die Behandlung medikamentös orientiert gewesen (UV-act. 126). Im Bericht des versicherungspsychiatrischen Dienstes der Suva Chur vom 12. März 2010 über die psychiatrische Untersuchung vom 27. Oktober 2009 (UV-act. 163) diagnostizierte med. prakt. P.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10: F07.2) oder allenfalls bei fehlender ausgewiesener Bewusstlosigkeit eine sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (ICD-10: F07.8). Die Ärztin ging von einer ungünstigen Prognose aus und wies darauf hin, dass die Ausdrucksmöglichkeiten des Versicherten auf Deutsch sehr eingeschränkt seien und die sprachlichen Schwierigkeiten die optimale Durchführung sämtlicher Therapien erschweren würden. Die bisherigen Behandlungen seien subjektiv wie objektiv grösstenteils erfolglos geblieben. Trotz dauerhafter und hochdosierter Antidepressiva-Medikamentation sei keine Verbesserung der depressiven Entwicklung zu verzeichnen (UV-act. 163-11). Im einer neurologischen Beurteilung vom 26. Mai 2010 (UV-act. 168) erklärte Dr. med. Q.____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie FMH, von der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, dass es in der Bildgebung - sowohl in den beiden initial durchgeführten CT als auch im MRI nach sechs Wochen - keinen Hinweis auf eine auf den Unfall zurückzuführende strukturelle Läsion gebe. Im Bericht vom 8. September 2010 (UV-act. 176) ergänzte Dr. Q.____, dass die einzelnen Läsionen in den SWI-Sequenzen ihres Erachtens wahrscheinlich ein Relikt einer kleineren Blutung seien, welche jedoch nur möglicherweise auf den Unfall vom 3. Oktober 2007 zurückgehe.

A.f Am 15. November 2010 beauftragte die Suva das Universitätsspital Zürich (nachfolgend: USZ) mit der Erstellung eines interdisziplinären Gutachtens (UV-act. 186).

A.g Im Arztbericht vom 27. Januar 2011 (UV-act. 200) erklärt Dr. H.____, dass der Versicherte seit dem Klinikaustritt im Juni 2008 stets das gleiche Bild zeige. Er klage



St.Galler Gerichte

über massive, ständig vorhandene Kopfschmerzen, welche manchmal in den Nacken und die BWS ausstrahlen würden. Er könne nicht schlafen und toleriere weder starkes Sonnenlicht noch Lärm. In den letzten beiden Jahren zeige sich ein massiver sozialer Rückzug. Die psychiatrische Behandlung bei Dr. O.____ sei deshalb wieder eingeleitet worden. Weiterhin wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (vgl. UV-act. 210, 262, 306, 334).

A.h Im Zeitraum vom 30. Oktober bis 22. November 2012 wurde der Versicherte auf privatrechtlicher Basis (Haftpflichtversicherer) observiert. Am 29. August 2013 stellte das Kantonsgericht St. Gallen der Suva das Material der Observation des Versicherten zur Verfügung. Dieses umfasste gemäss Schreiben des Kantonsgerichts St. Gallen einen Ermittlungs- und Observationsbericht vom 24./29. November 2012 und eine CD-ROM der Observation vom 8. bis 21. November 2012 (UV-act. 320). Vorliegend eingereicht wurden davon ein achtseitiger Ermittlungs- und Observationsbericht vom 24. November 2012, ein dreizehnseitiger chronologischer Observationsbericht sowie 58 Observationsbilder (vgl. UV-act. 321).

A.i Am 30. Dezember 2013 lag das Gesamtgutachten des USZ (UV-act. 342) bestehend aus einer neurologischen (UV-act. 342-20 f.), einer neuropsychologischen (UV-act. 338), einer neurootologischen (UV-act. 339), einer otologischen (UV-act. 341), einer neuroradiologischen (UV-act. 236-2 ff.), und einer psychiatrischen (UV-act. 337) Begutachtung vor. In Bezug auf die angestammte Tätigkeit als Maler wie auch hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit wurde von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen (100%ige AUF neuropsychologisch, 80%ige AUF psychiatrisch, 40%ige AUF neurologisch; UV-act. 342-40).

A.j Die Suva beauftragte am 9. April 2014 ihren versicherungsmedizinischen Dienst mit der Würdigung der Unterlagen und des interdisziplinären Gutachtens des USZ. In der neurologischen Beurteilung vom 21. Juli 2014 (UV-act. 362) erklärte Dr. Q.____, dass klinisch allenfalls als Ausgangsdiagnose eine leichte traumatische Hirnverletzung (Commotio cerebri) ohne strukturelle Hirnverletzung bestanden habe. Mit Verweis auf statistische Werte ging sie vom Erreichen des Endzustands aus organischer Sicht spätestens im Sommer 2008 aus.



St.Galler Gerichte

A.k In der Verfügung vom 25. Januar 2016 (UV-act. 408) teilte die Suva dem Versicherten die Einstellung ihrer Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 3. Oktober 2007 rückwirkend per 1. Dezember 2013 mit. Zur Begründung wurde angeführt, dass die Abklärungen ergeben hätten, dass die heute noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar seien. Die Adäquanzprüfung nach der Psycho-Praxis habe gezeigt, dass die massgebenden Prüfungskriterien nicht erfüllt seien. Mangels Vorliegens adäquater Unfallfolgen bestehe kein Anspruch auf weitere Geldleistungen der Suva in Form einer Invalidenrente und/oder einer Integritätsentschädigung.

A.l Im Arzzeugnis vom 24. Februar 2016 (UV-act. 413-8) diagnostizierte Dr. O.____ ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma und eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom. Die Psychiaterin ging von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus.

B.

B.a Mit Einsprache vom 25. Februar 2016 (UV-act. 413) beantragte der Beschwerdeführer, die Verfügung vom 25. Januar 2016 sei aufzuheben und über den 30. November 2013 hinaus seien die gesetzlichen Leistungen (Taggelder, Rente, Integritätsentschädigung, Heilungskosten) zu gewähren. Zur Begründung wurde angeführt, dass auf das von der Suva in Auftrag gegebene Gutachten des USZ abzustellen sei, welches bereits aus neuropsychologischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgehe.

B.b Die Einsprache wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 14. Juli 2016 ab (UV-act. 423). Begründet wurde dies damit, dass abgesehen von abgeheilten Rissquetschwunden keine objektivierbaren Unfallfolgen im Sinne struktureller Veränderungen hätten gefunden werden können. Im Weiteren wurde angezweifelt, ob die Voraussetzungen für ein Schädelhirntrauma erfüllt seien, denn es beständen diesbezüglich widersprüchliche Aussagen. Würde man trotzdem von einem Schädelhirntrauma ausgehen, müsste dieses mit grosser Wahrscheinlichkeit als leicht eingestuft werden. Leichte Hirnerschütterungen würden jedoch für die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis nicht ausreichen. Im Weiteren wurde



ausgeführt, dass es sich aufgrund der Sturzhöhe höchstens um einen mittelschweren Unfall im mittleren Bereich handle, weshalb die Adäquanz nicht allein anhand des Unfalls, sondern aufgrund einer Gesamtwürdigung weiterer unfallbezogener Umstände zu erfolgen habe. Vorliegend sei keines der Kriterien erfüllt, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang der Beschwerden zum Unfallereignis vom 3. Oktober 2007 zu verneinen sei.

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 14. Juli 2016 erhob Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Ehrenzeller, Teufen, für den Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführer) mit Eingabe vom 14. September 2016 Beschwerde mit den Anträgen (act. G 1): 1. Der Einspracheentscheid vom 14. Juli 2016 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien auch über den 30. November 2013 hinaus die gesetzlichen Leistungen (Taggelder, Rente, Integritätsentschädigung, Heilungskosten etc.) zu gewähren. 2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Im Weiteren wurde die unentgeltliche Verbeiständung beantragt. Mit Schreiben vom 7. Oktober 2016 reichte der Beschwerdeführer die Unterlagen zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ein (act. G 4).

C.b In der Beschwerdeantwort vom 6. Januar 2017 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin), vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. Sabine Baumann Wey, Luzern, die Abweisung der Beschwerde vom 14. September 2016 (act. G 9).

C.c In der Replik vom 21. März 2017 (act. G 14) hielt der Beschwerdeführer unverändert an den Rechtsbegehren gemäss Beschwerde fest.

C.d In der Duplik vom 8. Mai 2017 hielt die Rechtsvertreterin am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (act. G 16).

Erwägungen

1.



1.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin für die vom Beschwerdeführer über den 30. November 2013 hinaus geklagten und behandelten Beschwerden Leistungen aus der Unfallversicherung zu erbringen hat.

1.2 Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden, nachdem es um einen 2007 erlittenen Unfall geht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.

Vorweg ist zu klären, ob das von der Beschwerdegegnerin in die Akten aufgenommene Observationsmaterial (UV-act. 321) das vorliegende Verfahren und insbesondere die Arztberichte und das USZ-Gutachten beeinflusst und falls ja, welche Konsequenzen dies hat.

2.1 Im Urteil Vukota-Bojic gegen Schweiz, Urteil no. 61838/10, vom 18. Oktober 2016 erkannte der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) in einer unfallversicherungsrechtlichen Streitigkeit im Zusammenhang mit einer durchgeführten Observation auf eine Verletzung von Art. 8 (Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens) der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK; SR 0.101) durch die Schweiz, da im schweizerischen Recht eine hinreichend präzise rechtliche Grundlage für die Foto- und Videoüberwachung von versicherten Personen fehle (vgl. Rz. 67 des EGMR-Entscheids). Gemäss Art. 13 Abs. 1 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) hat jede Person Anspruch auf Achtung ihres Privat- und Familienlebens, ihrer Wohnung sowie ihres Brief-, Post- und Fernmeldeverkehrs. Einschränkungen von Grundrechten bedürfen einer gesetzlichen Grundlage. Schwerwiegende Einschränkungen müssen im Gesetz selbst vorgesehen sein. Ausgenommen sind lediglich Fälle ernster, unmittelbarer und nicht anders abwendbarer Gefahr (Art. 36 Abs. 1 BV).



Einschränkungen von Grundrechten müssen zudem durch ein öffentliches Interesse oder durch den Schutz von Grundrechten Dritter gerechtfertigt (Art. 36 Abs. 2 BV) und sie müssen verhältnismässig sein (Art. 36 Abs. 3 BV). Der Kerngehalt der Grundrechte ist unantastbar (Art. 36 Abs. 4 BV).

2.2 Der Beschwerdeführer und die Beschwerdegegnerin stützen sich in ihren Rechtsschriften insbesondere auf das Gutachten des USZ vom 30. Dezember 2013 (UV-act. 342) und den Arztbericht von Dr. Q.____ vom 21. Juli 2014 (UV-act. 362) ab. Festzustellen ist, dass es keine Anhaltspunkte gibt, dass das Gutachten des USZ sowie die Teilgutachten in Kenntnis des Observationsmaterials erstellt oder dadurch beeinflusst worden sind, waren doch sämtliche Teilgutachten bereits erstellt, als die Beschwerdegegnerin das Observationsmaterial erhielt. Hinsichtlich des Berichts von Dr. Q.____ kann nicht ausgeschlossen werden, dass dieser in Kenntnis des Observationsmaterials erstellt wurde, denn die Auftragsvergabe erfolgte erst nachdem die Suva das Observationsmaterial erhalten hatte. Die Prüfung des Berichts zeigt jedoch, dass die enthaltenen Aussagen und Folgerungen nicht bzw. zumindest nicht offensichtlich auf dem Observationsmaterial beruhen. Folglich können sowohl das Gutachten des USZ als auch der Bericht von Dr. Q.____ verwendet werden. Deshalb erübrigt es sich auch, wie vom Beschwerdeführer verlangt, das gesamte Observationsmaterial von der Beschwerdegegnerin einzuverlangen (vgl. act. G 1-6, G 9-4).

3.

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 134 V 109, 117 V 359, 115 V 133; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.).

3.2



3.2.1 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 bzw. 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 117 V 369 E. 3a, 115 V 405 E. 3, 115 V 134 E. 3, 112 V 32 E. 1a). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. 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 115 V 134 E. 3, 115 V 405 E. 3, 113 V 311 E. 3a und 113 V 322 E. 2a).

3.2.2 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Eine manuelle ärztliche Untersuchung der versicherten Person fördert klinische, nicht aber objektivierbare organisch-strukturelle Ergebnisse zu Tage. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden und die dabei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1, 117 V 363 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 [U 479/05]; Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, E. 8.2).

3.2.3 Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist nun aber bekannt, dass bei Schleudertraumen sowie äquivalenten Verletzungen wie Distorsionen der



HWS sowie Schädelhirntraumen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 17. August 2004, U 243/03; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 316 E. 3; BGE 117 V 369) auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art, aber auch zahlreiche weitere Beschwerden auftreten können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden bildgebenden Untersuchungsmethoden objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 359 E. 5d/aa). Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e).

3.3 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 115 V 135 E. 4a, 115 V 405 E. 4a, 113 V 312 E. 3b, 113 V 323 E. 2b, 112 V 33 E. 1b, 109 V 152 E. 3a, 107 V 176 E. 4b). Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/bb, 117 V 364; SVR 2000 Nr. 14 S. 45). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen. Auszugehen ist vom augenfälligen Geschehensablauf und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 117 V 359 E. 6, 117 V



369 E. 4, 115 V 133 E. 6). Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung und kein Schädelhirntrauma erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung oder eines Schädelhirntraumas, muss geprüft werden, ob zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörende Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend. Dabei werden die Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft. Andernfalls, d.h. bei Schleudertraumen (BGE 117 V 359 E. 6a) und äquivalenten Verletzungen der HWS (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67, E. 2, U 183/93) sowie Schädelhirntraumen (BGE 117 V 369 E. 4b) wird auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet und es erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS und Schädelhirntraumen setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 327 E. 3b).

3.4 Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität die Unfallversicherung (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326; Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54 f.). Selbstverständlich greift die vorgenannte Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 222 E. 6, 117 V 264 E. 3b; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b; Urteil des



Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 55).

3.5 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 351, E. 3a). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Expertinnen und Experten angewiesen (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 55). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

4.

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden natürlich kausal mit dem Unfallereignis vom 3. Oktober 2007 zusammenhängen (vgl. dazu Erwägung 3.2).

4.1 Zuerst ist die Situation unmittelbar nach dem Unfall zu beurteilen.

4.1.1 Der Beschwerdeführer erlitt beim Sturz von der Leiter eine 5 cm lange tiefe Rissquetschwunde an der linken Augenbraue, eine Rissquetschwunde am Nasenrücken sowie Kontusionen am Thorax und am Unterschenkel rechts (vgl. UV-act. 8). Die den Beschwerdeführer nach dem Klinikaustritt behandelnde Ärztin Dr. H.____ berichtete über festgestellte typische Post-Commotio-Beschwerden wie Lichtempfindlichkeit, Lärm-empfindlichkeit, Schwindel bei rascher Kopfbewegung, schwere Kopfschmerzen mit Übelkeit bis zum Erbrechen sowie über eine depressive



Verstimmung (UV-act. 20, 24). Am 12. März 2008 gingen die Ärzte der Klinik Valens von einem leichten bis mittelschweren Schädelhirntrauma aus. Festgestellt wurden Konzentrationsminderung, Aufmerksamkeitsstörung, Unsicherheiten bei erschwerter Gangprüfung, Schwindel, Ängstlichkeit und Dekonditionierung (UV-act. 43). Am 17. Juni 2008 bestätigten die Ärzte der Klinik Valens die vormals gestellten Diagnosen und äusserten zudem den Verdacht auf ein hirnorganisches Psychosyndrom mit Hinweisen für Inkonsistenzen im Sinne einer Fehlverarbeitung mit depressiver Komponente sowie ein cervico-cephales Schmerzsyndrom (UV-act. 63). Im Bericht des Psychiatriezentrums K.____ vom 12. Dezember 2008 wurde ebenfalls der Verdacht auf ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma geäussert. Ebenfalls erhoben wurden verschiedene Symptome wie Kopfschmerzen, Schwindel, Erschöpftheit, Reizbarkeit, Störungen der Konzentration, des geistigen Leistungsvermögens, des Gedächtnisses und eine verminderte Belastungsfähigkeit bei Stress sowie Depressivität und Ängste (UV-act. 84). Am 17. September 2009 erklärte die Psychiaterin Dr. O.____, dass sich das Krankheitsbild in den letzten Monaten nicht verändert habe und der Beschwerdeführer über sehr geringe Ressourcen verfüge (UV-act. 126). Am 12. Oktober 2010 erklärte der versicherungspsychiatrische Dienst der Suva Chur, dass trotz dauerhafter und hochdosierter Antidepressiva-Medikamentation keine Verbesserung der depressiven Entwicklung zu verzeichnen sei (UV-act. 163). Im neurologischen Bericht vom 26. Mai 2010 (UV-act. 168) erklärte Dr. Q.____, dass es in der Bildgebung keinen Hinweis auf eine auf den Unfall zurückzuführende strukturelle Läsion gebe, und im Bericht vom 8. September 2010 (UV-act. 176), dass die einzelnen Läsionen in den SWI-Sequenzen ihres Erachtens wahrscheinlich ein Relikt einer kleineren Blutung seien, die jedoch nur möglicherweise auf den Unfall vom 3. Oktober 2007 zurückzuführen sei.

4.1.2 Festzuhalten ist, dass Beschwerdeführer unbestrittenermassen beim Sturz von der Leiter körperliche Verletzungen erlitten hat. In den Arztberichten wurde zudem bereits kurz nach dem Unfall und auch danach über das Vorliegen der typischen Schleudertrauma-Beschwerden berichtet. Selbst die psychischen Beeinträchtigungen traten innert weniger Wochen auf. Die Kausalität der Beschwerden zum Unfallereignis wurde nie in Frage gestellt und die Beschwerdegegnerin erbrachte entsprechende Leistungen (Heilbehandlung, Taggelder). Auch in den nachfolgenden Jahren war der Beschwerdeführer stets in ärztlicher Behandlung. Die Ärzte erhoben dabei



gleichbleibende Befunde und führten die Beschwerden wiederholt auf den Unfall vom 3. Oktober 2007 zurück. Folglich ist davon auszugehen, dass die nach dem Unfall aufgetretenen gesundheitlichen Beschwerden natürlich kausal zum Unfall vom 3. Oktober 2007 sind.

4.2 Nachfolgend ist die natürliche Kausalität bezogen auf den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 1. Dezember 2013 zu prüfen. Diesbezügliche Erkenntnisse sind insbesondere vom interdisziplinären Gutachten des USZ vom 30. Dezember 2013 (UV-act. 342) zu erwarten.

4.2.1 Im neurologischen Untersuchungsbefund (UV-act. 342-20 f.) stellte PD Dr. med. R.____, Klinik für Neurologie, USZ, nur wenige Auffälligkeiten fest. So sei der Normalgang des Beschwerdeführers sehr langsam und der Blind- und Strichgang leicht unsicher. Der Finger-Nase-Versuch beidseits sei leicht hypermetrisch, jedoch ohne Intentionstremor. Die Taktile und Thermhypästhesie sowie die Hypalgesie der gesamten linken Körperhälfte seien paramedial begrenzt.

4.2.2 Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 17. Februar 2011 (UV-act. 338, 342-22 ff.) erklärten Dr. phil. S.____ und Prof. Dr. phil. T.____, Abteilung für Neuropsychologie, Klinik für Neurologie, USZ, dass die Untersuchung schwere kognitive Minderleistungen in allen geprüften Domänen ergeben habe. Dominierend seien eine deutliche Antriebsminderung, eine generelle Verlangsamung sowie eine rasche Ermüdbarkeit mit geringer mentaler Belastbarkeit. Zudem gebe es Anzeichen einer depressiven Verstimmung. Ätiologisch seien die kognitiven Auffälligkeiten nicht eindeutig zuordenbar. Die aktuell annähernd globalen und schwergradigen kognitiven Beeinträchtigungen seien durch die singuläre Läsion nicht hinreichend erklärbar. Als weitaus plausibler wurde der leistungsmindernde Einfluss der Kopfschmerzsymptomatik erachtet. Da eine deutliche Progredienz der kognitiven Beeinträchtigungen bestehe, komme ätiologisch auch ein psychiatrisches Störungsbild als leistungsmindernder Faktor in Frage. Zur Arbeitsfähigkeit erklärten sie, sofern die aktuell festgestellten kognitiven Beeinträchtigungen überdauernd und nicht durch therapeutische Massnahmen verbesserbar seien, bestehe aus rein neuropsychologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.



4.2.3 Im neuroradiologischen Teilgutachten vom 23. Juli 2011 (UV-act. 236-2 ff., 340, 342-30 ff.) erklärte Prof. Dr. med. U.____, FMH Radiologie und Neuroradiologie, dass die CT-Untersuchung vom 3. Oktober 2007 das Vorliegen einer extrakraniellen Weichteilverletzung in Form einer Rissquetschwunde über der Orbita links zeige. Verletzungen des knöchernen Schädels hätten nicht festgestellt werden können. Der intrakranielle Befund sei unauffällig ohne Blutung, Ödem oder Kontusionszeichen. Hirnkontusionen und Schwellungen (Ödem) könnten definitiv ausgeschlossen werden. Wegen des Fehlens einer Blutung in den CT-Bildern nach dem Sturz (3. und 8. Oktober 2007), des ungewöhnlichen Ortes für eine posttraumatische Läsion und der intakten subkortikalen Fasern schloss Dr. U.____ einen Zusammenhang der Mikroblutungen mit dem Trauma vom 3. Oktober 2007 aus. Die an drei Stellen festgestellten Gliosen seien unspezifisch und stünden, da diese die Altersnorm nicht überschritten, in keinem Zusammenhang mit dem Trauma.

4.2.4 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 21. August 2012 (UV-act. 337, 342-27 ff.) diagnostizierte Dr. med. V.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, differenzialdiagnostisch: reaktiv nach Arbeitsunfall, organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma. Der Psychiater erklärte, es liege ein relativ typischer Verlauf einer depressiven Entwicklung nach einem Unfallereignis vor, wie er überdurchschnittlich häufig bei Migranten vorkomme. Da seit Anfang 2010 die Situation in psychischer Hinsicht gleichbleibend sei, müsse von einer bereits eingetretenen Chronifizierung ausgegangen werden. Die gestellten Diagnosen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 3. Oktober 2007 zurückzuführen, da es weder anamnestische noch aktenkundige Hinweise gebe, dass vor dem Unfall psychische Störungen vorgelegen hätten. Im Weiteren führte der Psychiater aus, der Versicherte vermittele das Bild eines wenig differenzierten immigrierten Arbeiters, welcher kaum in der Lage sei, selbstreflektive Überlegungen zu tätigen, und offenbar auch nicht über die Ressourcen verfüge, den gesundheitlichen Einschränkungen aktiv mit entsprechenden Coping-Strategien zu begegnen, was die Persistenz der körperlichen, neuropsychologischen Einschränkungen miterkläre. Hingegen lägen keine auffälligen Persönlichkeitsmerkmale im Sinne einer akzentuierten Persönlichkeitsstörung oder gar einer Persönlichkeitspathologie vor. Es fänden sich auch keine eindeutigen psychosozialen Belastungen, welche unfallfremd das psychische Geschehen



massgeblich beeinflussen würden. Selbst bei einer weiteren psychiatrischen Behandlung rechnete Dr. V.____ nicht mit einer namhaften Besserung der psychischen Situation.

4.2.5 Im neurootologischen Teilgutachten vom 14. Januar 2013 (UV-act. 339, 342-24 ff.) diagnostizierten Dr. med. W.____ und Dr. med. X.____, interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen, Klinik für Neurologie, USZ, insbesondere einen episodischen lageabhängigen Schwindel nach Sturz vom 3. Oktober 2007, eine mittelschwere bis schwere Schalleitungsstörung links seit Sturz vom 3. Oktober 2007 und den Verdacht auf Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerz. Ein Zusammenhang mit dem Unfall vom 3. Oktober 2007 müsse aufgrund der zeitlichen Koinzidenz angenommen werden. Differenzialdiagnostisch komme eine traumatisch bedingte Unterbrechung der Gehörknöchelkette links in Frage. Für die Schwindelbeschwerden hätten klinisch und apparativ keine Anhaltspunkte für ein peripher vestibuläres Defizit gefunden werden können. Dies spreche für eine vestibuläre Genese, möglicherweise im Rahmen einer Dekonditionierung. Ein Zusammenhang zwischen den Kopfschmerzen und dem episodisch auftretenden Schwindel wurde aufgrund des lageabhängigen Auftretens als unwahrscheinlich eingestuft.

4.2.6 Im otologischen Teilgutachten vom 23. April 2013 (UV-act. 341, 342-27) erklärte Prof. Dr. med. Y.____, Klinik für Ohren-, Nasen- und Gesichtschirurgie, USZ, dass die linksseitige, vorwiegend schalleitungsbedingte Schwerhörigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 3. Oktober 2007 zurückzuführen sei.

4.2.7 Im Hauptgutachten vom 30. Dezember 2013 wurden zusammenfassend folgende Diagnosen gestellt: Status nach Kopfanprall mit möglichem Schädelhirntrauma vom 3. Oktober 2007, anlässlich eines Sturzes von einer Leiter, Graduierung des möglichen Schädelhirntraumas nicht sicher, am ehesten leichtgradig, supraorbitale Rissquetschwunde links, Thoraxprellung linksseitig, residuelle Beschwerden: Kopfschmerz bei Analgetika-Übergebrauch, domänenübergreifend schwere kognitive Minderleistungen, im Verlauf progredient, am ehesten schmerzbedingt und im Rahmen der psychiatrischen Störung, episodischer



lageabhängiger Schwindel ohne Anhalt für eine zerebelläre Ursache, peripher-vestibuläre Unterfunktion oder eine Perilymphfistel, mittelschwere bis schwere Schallleitungsschwerhörigkeit in der Luftleitung links, DD: bei traumatisch bedingter Unterbrechung der Gehörknöchelkette links, mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, DD: reaktiv nach Arbeitsunfall, organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma. Hinweise auf mögliche Aggravationstendenz bezüglich kognitiver Minderleistungen ergeben sich aus der neuropsychologischen und neurologischen, jedoch nicht aus der psychologischen Untersuchung.

4.2.8 Hinsichtlich der am Gutachten angebrachten Kritik ist festzustellen, dass das polydisziplinäre Gutachten des USZ vom 30. Dezember 2013 insgesamt und auch hinsichtlich der Teilgutachten nachvollziehbar und schlüssig in Bezug auf die erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen ist. Es gibt daher keinen Grund nicht auf dieses Gutachten abzustellen. Der Einwand der Beschwerdegegnerin, dass keine abschliessende Konsensberatung stattgefunden habe (vgl. UV-act. 362, act. G 9-4, 16-2), ist unbehelflich, da sich aus den Teilgutachten keine Widersprüche ergeben, die von den Gutachtern gemeinsam hätten geklärt werden müssen. Zudem ist auch nicht ersichtlich, dass das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein von unfallbedingten strukturellen Hirnläsionen an den Befunden und den Arbeitsfähigkeitsschätzungen in den Teilgutachten etwas geändert hätte. Anzumerken ist, dass, wenn die Beschwerdegegnerin als Auftraggeberin des USZ-Gutachtens dieses als mangelbehaftet bzw. als unvollständig erachtet, sie die Möglichkeit gehabt hätte, vor Verfügungserlass die Situation zu bereinigen, indem sie bspw. die Begutachtungsstelle zur einer ergänzenden Stellungnahme bzw. zu Erläuterungen aufgefordert hätte.

4.2.9 Hinsichtlich unfallkausaler somatischer Restfolgen ist festzustellen, dass die umfassend durchgeführten radiologischen bzw. apparativen Abklärungen, aber auch die klinisch- und apparativ-neurologischen Untersuchungen keine durch den Unfall vom 3. Oktober 2007 bedingten organisch-strukturellen Befunde zeigten ausser den inzwischen verheilten Rissquetschwunden im Gesicht sowie einer allfälligen traumatisch bedingten Unterbrechung der Gehörknöchelkette links. Hinsichtlich der anfänglich angenommenen Hirnschädigung im Sinne von kleinen biparietalen Läsionen ergaben die weiteren bzw. vertieften bildgebenden Untersuchungen, dass die Mikroblutungen nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 3. Oktober 2007



zurückgeführt werden können. Eine traumatische Ursache steht daher mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht im Vordergrund. Hinsichtlich der psychischen Beschwerden wurde erklärt, dass diese mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehen würden.

4.2.10 Festzuhalten ist, dass im Gutachten des USZ vom 30. Dezember 2013 über eine weitestgehend unveränderte bzw. in gesundheitlicher Hinsicht stagnierende Situation bei gleichbleibenden Beschwerden - mit Ausnahme der weitestgehend geheilten körperlichen Verletzungen (Rissquetschwunden) - berichtet wird. Infolgedessen ist auch bezogen auf den Leistungseinstellungszeitpunkt (1. Dezember 2013) davon auszugehen, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen persistierenden gesundheitlichen Leiden bzw. der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit und dem Unfall vom 3. Oktober 2007 gegeben sind.

5.

Nachfolgend ist zu klären, ob die Adäquanzprüfung nach der sog. Schleudertrauma-Praxis oder nach der Psycho-Praxis zu erfolgen hat (vgl. Erwägung 3.3).

5.1 Bei einem Schädelhirntrauma ist die Einteilung nach dem Schweregrad (1. Grad/leicht, 2. Grad/mässig bzw. mittelschwer, 3. Grad/schwer) von besonderer Bedeutung. Abhängig davon werden die psychischen Leiden im Rahmen der Adäquanzprüfung miteinbezogen (sog. Schleudertrauma-Praxis) oder ausgeschlossen (Psycho-Praxis). Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung rechtfertigt sich bei einem Schädelhirntrauma die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis nur, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen Commotio und Contusio cerebri liegt. Leichte Hirnerschütterungen hingegen reichen hierfür nicht aus (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. August 2014, 8C_358/2014, E. 2.4.1, vgl. auch Urteile des EVG vom 6. Mai 2003, U 6/03, und 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2.1). Die Schwere eines Schädelhirntraumas wird häufig nach dem Punktwert in der Glasgow-Coma-Skala (GCS) eingeteilt. Von einem Schädelhirntrauma 1. Grades ("Gehirnerschütterung", Commotio cerebri) ist auszugehen bei einem GCS-Score von 13-15 Punkten oder bei einer sofort einsetzenden Bewusstlosigkeit, jedoch nicht länger als Sekunden bis Minuten anhaltend. Eine dauerhafte Schädigung der Hirnstrukturen



ist nicht nachweisbar. Zu den Symptomen zählen: nach Erwachen Benommenheit und motorische Verlangsamung, (meist kurze) retrograde Amnesie, kongrade Amnesie, kurze anterograde Amnesie möglich. Häufige Begleitsymptome sind Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Kopfschmerzen, Sehstörungen. Ein Schädelhirntrauma 2. Grades ("Gehirnprellung", Contusio cerebri) liegt bei einem GCS-Score von 9-12 Punkten oder bei einer länger anhaltenden Bewusstlosigkeit vor. Die Symptome entsprechen denjenigen des 1. Grades, allerdings dauert die primäre Bewusstlosigkeit länger an. Anzumerken ist, dass die Klassifizierungen, wie leichtes, moderates oder schweres Schädelhirntrauma oder eine Gradeinteilung heute wenig klinische Relevanz haben, denn der klinische Zustand des oft polytraumatisierten Verletzten wird mit dem Anführen der gesamten Verletzungsfolgen beschrieben (vgl. ROCHE LEXIKON MEDIZIN, "Schädelhirntrauma", abrufbar unter: www.gesundheit.de/lexika/medizinlexikon/schaedel-hirn-trauma, abgerufen am 23.05.2018; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 240 „Bewusstlosigkeit“, Bewusstseinsstörung“, S. 673 „Glasgow Coma Scala“ und S. 1599 "Schädelhirntrauma"; Urteil des EVG vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2.2).

5.2 Festzustellen ist, dass es keine Zeugen für den Unfall und auch nicht für eine Bewusstlosigkeit des Beschwerdeführers gibt. Im Bericht des Spitals D.____ vom 28. November 2007 (UV-act. 11) wird erwähnt: "Fremdanamnestic initial keine Bewusstlosigkeit." jedoch ohne anzugeben, von wem diese Aussage stammt. Hinzu kommt, dass die Erstversorgung durch Dr. C.____ erfolgte und erst danach der Transport ins Spital D.____ stattfand. Die Aussagekraft des Berichts des Spital D.____ ist daher hinsichtlich des Nichtvorliegens einer Bewusstlosigkeit gering, zumal auch keine weiteren Abklärungen wie die Erhebung des GCS-Score durchgeführt wurden. Die erste umfangreiche medizinische Abklärung mit Befragung des Beschwerdeführers zum Unfallereignis fand in der Klinik Valens statt. Im Klinikbericht vom 12. März 2008 (UV-act. 43) wird eine Bewusstlosigkeit nach dem Sturz erwähnt. Anzumerken ist, dass sich die Befragung des fremdsprachigen Beschwerdeführers wiederholt als schwierig erwies, da er sich nur wenig differenziert auf Deutsch ausdrücken konnte. So ist in der Suva-Telefonnotiz vom 4. Dezember 2007 festgehalten, dass der Beschwerdeführer die Fragen bezüglich Befinden/Beschwerden kaum verstanden habe (UV-act. 16, vgl. dazu auch UV-act. 139 ff., 163). Da auch in der Unfallmeldung Detailangaben fehlen (vgl. UV-act. 228), gewinnen diejenigen Berichte an Bedeutung, welche basierend auf



ausführlichen Befragungen und möglichst mit Beizug eines Dolmetschers durchgeführt worden sind. Bei dieser Ausgangslage kann bezüglich des Bewusstseinsverlusts nicht auf den Bericht des Spitals D.____ (bzw. die Berichte, die sich auf diese Aussage im Bericht des Spitals D.____ beziehen) abgestellt werden, sondern es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer eine Bewusstlosigkeit von unbekannter Dauer beim Sturz mit Kopfaufprall erlitten hat. Der Bewusstseinsverlust und die anschliessende Amnesie erklären auch, weshalb der Beschwerdeführer nicht selbst die ärztliche Hilfe organisierte, sondern ein Monteur, welcher im gleichen Haus arbeitete und den gestürzten Beschwerdeführer verletzt am Unfallort vorfand (vgl. UV-act. 90-6 f.). Da auch das Vorliegen typischer Schädelhirntrauma-Symptome (vgl. bspw. UV-act. 20, 24) von Beginn weg ärztlicherseits bestätigt wurde, ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer beim Unfall ein Schädelhirntrauma mit Bewusstseinsverlust erlitten hat. Bei dieser Ausgangslage sind die diesbezüglichen Beweisanträge des Beschwerdeführers (Befragung des Ersthelfers und der Beizug des Berichts der Ambulanz) hinfällig (vgl. act. G 1-3, G 14-3 f.).

5.3 Hinsichtlich der Schwere des Schädelhirntraumas gibt es unterschiedliche ärztliche Einschätzungen. Die Ärzte, welche von einem (möglichen) leichten Schädelhirntrauma ausgehen, begründen dies insbesondere damit, dass gemäss dem Austrittsbericht des Spitals D.____ vom 28. November 2007 keine Bewusstlosigkeit vorgelegen habe und/oder keine traumatischen Hirnverletzungen nachweisbar seien. Diejenigen Ärzte, welche ein leichtes bis mittelschweres Schädelhirntrauma diagnostizierten, gehen teilweise von einer Bewusstlosigkeit, einer Amnesie und/oder von einem Hirnverletzungsverdacht aus (vgl. UV-act. 43, 63, 163-10). In Anbetracht dessen und des zuvor Gesagten (Verständigungsproblematik und anzunehmende Bewusstlosigkeit) ist es am wahrscheinlichsten, dass der Beschwerdeführer nicht nur ein leichtes, sondern ein leichtes bis mittelschweres Schädelhirntrauma erlitten hat. Anzumerken ist, dass die Ärzte die typischen Schädelhirntrauma-Symptome von Beginn an feststellten und in ihren Berichten vermerkten. Dass derartige Symptome so lange feststellbar sind, spricht gleichfalls für ein erlittenes Schädelhirntrauma, das im Schweregrad zumindest leicht über dem 1. Grad bzw. zwischen dem 1. und 2. Grad liegt.



5.4 Hinsichtlich der psychischen Leiden des Beschwerdeführers ist festzustellen, dass bereits wenige Monate nach dem Unfall auf die psychische Problematik und die diesbezügliche Behandlungsbedürftigkeit hingewiesen wurde (vgl. UV-act. 24, 43, 58, 59). Nach entsprechenden fachärztlichen Abklärungen unterzog sich der Beschwerdeführer einer psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlung (UV-act. 84, 87, 163). Die Psychiater gingen stets davon aus, dass die psychischen Leiden eine Folge des Unfalls vom 3. Oktober 2007 seien (vgl. UV-act. 56, 337-24). Im Weiteren gingen sie davon aus, dass die psychischen Beschwerden nicht isoliert, sondern im Zusammenhang mit den weiteren Leiden stünden (buntes Beschwerdebild, Wechselwirkungen). So wurde bspw. erklärt, dass bezüglich der Minderung der Leistungsfähigkeit eine Differenzierung hinsichtlich der Ursachen (somatische und psychische Leiden) schwierig sei (vgl. UV-act. 59, vgl. auch UV-act. 84, 87) oder dass neuropsychologische Defizite nach dem erlittenen Schädelhirntrauma ihrerseits die depressive Entwicklung gefördert hatten (UV-act. 337-23). Zur Frage der Dominanz der psychischen Leiden im Vergleich zu den weiteren Beschwerden ist gestützt auf die gestellten Diagnosen und die differenzierten Arbeitsfähigkeitsschätzungen im Gutachten bzw. in den Teilgutachten des USZ festzustellen, dass die psychischen Leiden zwar erheblich sind, jedoch nicht im dominierenden Ausmass.

5.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 3. Oktober 2007 ein leichtes bis mittelschweres Schädelhirntrauma erlitten hat. Die psychischen Beschwerden sind im Vergleich zu den weiteren Beschwerden jedoch nicht dominierend. Gestützt auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung (vgl. Erwägung 3.3) erscheint es angebracht, die Adäquanzprüfung nach der Schleudertrauma-Praxis vorzunehmen.

6.

6.1 Die Adäquanz ist nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses zu prüfen, und nicht solange von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch immer eine namhafte Besserung erwartet werden kann (Fallabschluss gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG; Urteil des EVG vom 11. Februar 2004, U 246/03; BGE 134 V 112 ff. E. 3 und 4). Sind die Voraussetzungen für den Fallabschluss



erfüllt, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (Art. 19 Abs. 1 UVG). Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer bedingt lediglich, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C_467/2008, E. 5.2.2.2.). Für die Annahme einer Weiterdauer der Behandlungskostenübernahme genügt es nicht, dass eine Therapie lediglich eine unbedeutende Besserung erhoffen lässt oder dass für eine namhafte Besserung nur eine weit entfernte Möglichkeit besteht (ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 274). Von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands kann auch dann nicht gesprochen werden, wenn eine therapeutische Massnahme mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur die sich aus einem stationären Gesundheitsschaden ergebenden Beschwerden für eine begrenzte Zeit zu lindern vermag (RKUV 2005 Nr. U 557 S. 388).

6.2 Aus dem Gutachten des USZ vom 30. Dezember 2013 (UV-act. 342) ist ersichtlich, dass die körperlichen Verletzungen (Rissquetschwunden) als geheilt zu betrachten sind. Hinsichtlich der weiteren Beschwerden wie Kopfschmerzen, kognitive Minderleistung, Schwindel, Schwerhörigkeit und psychische Leiden/Depression (vgl. UV-act. 342-36 f.) werden im Gutachten teilweise Behandlungsmassnahmen genannt wie die Reduktion des Schmerzmittelkonsums und die Behandlung der linksseitigen Schwerhörigkeit. Hinsichtlich der Depression wird jedoch von einer Chronifizierung ausgegangen und trotz andauernder Behandlung nicht mehr mit einer namhaften Besserung gerechnet (UV-act. 337-26). Auch hinsichtlich der kognitiven Minderleistung - mitverursacht durch die chronischen Schmerzen - wurden keine Behandlungsmassnahmen genannt, welche eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes bewirken könnten. In Anbetracht des Gesagten ist trotz der Aussage im Gutachten des USZ zum Integritätsschaden (UV-act. 342-41): "Da kein Endzustand erreicht ist, kann dazu noch keine Stellung genommen werden.", davon auszugehen, dass zwar durch weitere Behandlungen in einzelnen Bereichen gesundheitliche Verbesserungen erzielt werden können, diese jedoch insgesamt nicht derart ins Gewicht fallen, dass im Sinne der Rechtsprechung noch von einer namhaften Besserung der Arbeits-/Erwerbsfähigkeit ausgegangen werden könnte. Auch aus den



weiteren eingereichten Arztberichten ergeben sich keine Erkenntnisse, dass als Folge von weiteren ärztlichen Behandlungen noch mit einer namhaften Verbesserung der Situation (nach dem 1. Dezember 2013) gerechnet werden könnte.

6.3 Der Fallabschluss, wie er von der Beschwerdegegnerin per 1. Dezember 2013 vorgenommen wurde, ist daher nicht zu beanstanden. Folglich ist auch die Einstellung der vorübergehenden Leistungen wie Heilungskosten und Taggelder auf den 1. Dezember 2013 korrekt.

7.

7.1 Die Adäquanzprüfung bedingt, den Unfall vom 3. Oktober 2007 nach der Schwere zu qualifizieren. Die Schwere eines Unfalles bestimmt sich nach dem objektiv erfassbaren Unfallereignis und nicht nach den Kriterien, welche bei der Beurteilung der Adäquanz bei mittelschweren Unfällen Beachtung finden. Zu prüfen ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Massgebend sind der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften, nicht jedoch Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Derartigen dem eigentlichen Unfallgeschehen nicht zuzuordnenden Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen. Dies gilt etwa für die - ein eigenes Kriterium bildenden - Verletzungen, welche sich die versicherte Person zuzieht (Urteil des Bundesgerichts vom 11. März 2011, 8C_584/2010, E. 4.2.2).

7.2 Im Urteil vom 21. November 2014, 8C_496/2014, E. 4.2.3, hielt das Bundesgericht fest, praxisgemäss würden Stürze aus einer Höhe zwischen etwa zwei (vgl. Urteil vom 14. Februar 2002, U 410/00, E. 2c) und etwa vier Metern (vgl. Urteil vom 8. Juni 2009, 8C_316/2009) in die Tiefe noch als im engeren Sinne mittelschwere Unfälle qualifiziert (vgl. auch Urteile vom 9. September 2008, 8C_584/2007, E. 4.1, vom 4. September 2003, U 3/03, E. 3.4, und vom 2. Februar 2007, U 41/06, E. 9); lande die versicherte Person auf den Füßen, so sei selbst bei einer Sturzhöhe von fünf Metern nicht ein Unfall im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen anzunehmen (vgl. Urteil vom 27.



Februar 2008, U 11/07, E. 4.2.2). In seinem Entscheid vom 9. Juli 2014, 8C_202/2014, E. 4.1, führte das Bundesgericht aus, es habe Stürze aus einer Höhe von einigen Metern regelmässig dem eigentlich mittleren Bereich zugeordnet (vgl. Urteile vom 4. März 2013, 8C_811/2012, E. 7.2, vom 13. September 2010, 8C_742/2009, E. 5.1, vom 21. April 2010, 8C_855/2009, E. 8.2, vom 28. Juli 2009, 8C_115/2009, E. 6.2, vom 9. September 2008, 8C_584/2007, E. 1, vom 30. Mai 2008, 8C_396/2007, E. 3.3, und vom 12. April 2007, U 239/06, E. 4.3.2). Nicht dazugezählt habe es namentlich den Sturz von einem Baugerüst über 5,4 bis 8 Meter (Urteil vom 16. Dezember 2005, U 392/05, E. 2.1), den Sturz vom obersten Balkon im dritten Stock eines sich im Bau befindlichen Mehrfamilienhauses aus einer Höhe von etwa sieben bis acht Metern (Urteil vom 8. Oktober 2004, U 168/04, E. 5.2), den Sturz über sechs bis acht Meter beim Fensterreinigen im ersten Stock (Urteil vom 8. Februar 2000, U 167/99 E. 3b) oder den Sturz aus einer Höhe von fünf Metern auf einen Asphaltboden (RKUV 1998 Nr. U 307 S. 448, U 169/97 E. 3b). Diese Fälle seien jeweils als mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den schweren Unfällen qualifiziert worden. Den schweren Unfällen zugeordnet habe es den Absturz eines Kranführers mit einem an der Decke eines Bahntunnels montierten Kran über wenigstens acht Meter (Urteil vom 23. Dezember 1997, U 83/97, E. 2c, zitiert in: RKUV 1998 Nr. U 307 S. 448, U 169/97 E. 3a) sowie einen Gleitschirmabsturz (BGE 120 V 352 E. 5b/cc). Im Entscheid vom 12. August 2005 (U 191/2004, E. 5.1) hatte das Bundesgericht ferner erläutert, als schwerer Unfall gewichtet worden sei der Sturz von einer Leiter aus einer Höhe von vier bis fünf Metern auf den Gehsteig mit verschiedenen gravierenden Knochenbrüchen. Einem mittelschweren Ereignis an der Grenze zu den schweren Fällen habe es den Sturz aus einer Höhe von fünf Metern auf den Boden zugeordnet, bei dem sich der Versicherte eine Radiustrümmerfraktur rechts mit Abriss des Griffelfortsatzes der Elle, eine Ellenbogenschleimbeutelentzündung sowie eine Rissquetschwunde über dem rechten Auge zugezogen habe. Als Ereignis im mittleren Bereich habe es einen Unfall betrachtet, bei dem der Versicherte aus einer Höhe von zweieinhalb bis drei Metern von einer Leiter gestürzt sei und diverse Prellungen erlitten habe. Ausserdem sei ein Sturz von einer Leiter aus vier bis fünf Metern Höhe als mittelschwer qualifiziert worden, der zu einer Schnittwunde am Kinn mit Schleimhautbeteiligung, einer Radiusköpfchenfraktur, multiplen Zahnverletzungen und einer Ellbogenluxation mit dauerhaft verminderter Belastbarkeit des Ellenbogens geführt habe. Dieselbe



Einstufung habe der Sturz von einer Leiter aus einer Höhe von ca. zwei Metern auf den rechten Ellenbogen, der eine proximale Radius- und Ulnatrümmerfraktur zur Folge gehabt habe, erfahren. Ausserdem seien auch der Sturz rückwärts aus einer Höhe von ca. dreieinhalb Metern auf das Gesäss mit Deckplattenimpressionsfraktur sowie der Sturz aus drei bis vier Metern Höhe vom Heuboden in das Futtertenn mit Lendenwirbelkörper-Kompressionsfraktur als mittelschwer qualifiziert worden.

7.3 Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer auf einer professionellen dreiteiligen, ausziehbaren Kombi-/Stehleiter stand und die Firstbalken in einem Raum malte, als die Leiter zusammenbrach bzw. der ausziehbare Leiterteil abbrach (vgl. G 1.1, 1.2), der Beschwerdeführer zu Boden stürzte und sich dabei insbesondere am Vorderkopf verletzte. Umstritten ist, wie vorliegend die relevante Fallhöhe zu ermitteln ist und wieviel diese beträgt bzw. auf welcher Ausgangshöhe sich der Beschwerdeführer beim Sturz befunden hat. Die Bandbreite geht von drei bis hin zu fünf Metern. In Anbetracht der vorstehenden Kasuistik liegt der vorliegende Fall exakt in der Grauzone zwischen mittelschweren Unfällen im mittleren Bereich und solchen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen. Ausschlaggebend ist daher der Unfallhergang, für welchen es wie bereits erwähnt keine Zeugen gibt.

7.4 Aus dem eingereichten Situationsbild des Raumes, in welchem der Beschwerdeführer verunfallte (vgl. Bild act. G 1.3), ist ersichtlich, dass ausgehend von einer Höhe der abgebildeten Türe von rund 2,1 bis 2,2 Metern die zu streichenden Balken sich auf einer Höhe von 4,7 bis 4,9 Metern befanden (vgl. Bild act. G 1.3). Beim Streichen der Balken dürfte der Beschwerdeführer die Leiter so platziert haben, dass er von einem Standort aus möglichst einen grossen Teil des Balkens streichen konnte. Im Weiteren ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer die Tritte/Sprossen in obersten Bereich der Leiter benutzte. Folglich befand sich der Kopf des Beschwerdeführers beim Malen knapp unterhalb der Balken und damit auf einer Höhe von maximal 4,5 bis 4,7 Metern. Die in act. G 1.2 dargestellte Leiter lässt ein Arbeiten in dieser Höhe zu, was aber nicht ungefährlich ist. Daher ist auch verständlich, dass der Beschwerdeführer den Arbeitgeber gebeten hat, für das Streichen der Firstbalken ein Rollgerüst anstelle der Leiter zur Verfügung zu stellen (vgl. act. G 14-3 f.). Dass die Halterungen des ausziehbaren Leiternteils (ab)brachen (vgl. Bild act. G 1.1), als der Beschwerdeführer auf den obersten Sprossen/Tritten des ausziehbaren Leiternteils



arbeitete (vgl. Bild act. G 1.2), ist am wahrscheinlichsten, da die wirkenden Kräfte auf die Halterungen dann am grössten sind. Bei einem Sturz mit Kopfaufprall bemisst sich die relevante Fallhöhe aus der Differenz zwischen der Position des Kopfes vor dem Sturz und dem Boden (vgl. dazu G 14-2). Demzufolge ist vorliegend von einer Fallhöhe von maximal 4,7 Metern auszugehen. Der Argumentation der Beschwerdegegnerin, dass nur von einer relevanten Fallhöhe von 3 Metern ausgegangen werden müsse, kann daher nicht gefolgt werden. Zudem ging die Beschwerdegegnerin in der Duplik selbst davon aus, dass die Raumhöhe bzw. die Höhe der Firstbalken etwa 5 Meter betrug (vgl. act. G 9-3, 16-1; vgl. auch G 1-3, G 14-2 f.). Die diesbezüglichen Beweisanträge des Beschwerdeführers (Befragung eines Zeugen, Augenschein am Unfallort) erübrigen sich bei dieser Ausgangslage. Erschwerende Faktoren beim Sturzereignis sind vorliegend der unerwartete und unkontrollierte Sturz kopfüber auf das Gesicht sowie der harte Fussboden (vgl. Bild act. G 1.3). Unfallfolgenmindernde Faktoren sind vorliegend nicht ersichtlich. Im Vergleich mit der zuvor genannten Kasuistik ist der Unfall am zutreffendsten in der Kategorie mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen einzustufen.

8.

8.1 Der adäquate Kausalzusammenhang bei einem mittelschweren Unfall im mittleren Bereich ist zu bejahen, falls ein einzelnes der nach der Rechtsprechung einzubeziehenden Kriterien (vgl. dazu BGE 134 V 130 E. 10.3; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 73 ff.) besonders ausgeprägt vorhanden ist oder mindestens drei der massgeblichen Kriterien erfüllt sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2010, 8C_897/2009, E. 4.5; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 65). Handelt es sich wie vorliegend um einen Unfall, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zählt, genügt bereits die Erfüllung eines einzigen Kriteriums. Diese Würdigung des Unfalls zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs. Die in die Adäquanzprüfung miteinzubeziehenden Kriterien nach der Schleudertrauma-Praxis sind (vgl. BGE 134 V 109, E. 10.3): besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; erhebliche Beschwerden; ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und



erhebliche Komplikationen sowie erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

8.2 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls sowie das Kriterium der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung sind vorliegend nicht erfüllt, denn der Beschwerdeführer hat sich nebst den schleudertraumatypischen keine weiteren erheblichen Verletzungen zugezogen. Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist ebenfalls nicht erfüllt, denn die Behandlung bewegte sich im Rahmen des Üblichen und umfasste auch nicht spezifische, belastende ärztliche Behandlungen. Das Kriterium der ärztlichen Fehlbehandlung ist gleichfalls nicht erfüllt.

8.3 Das Kriterium der Dauerbeschwerden bezieht sich auf die Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG. Während der ganzen Zeit litt der Beschwerdeführer ohne Unterbruch glaubhaft an Kopfschmerzen, Schwindel, Schwerhörigkeit, schweren kognitiven Minderleistungen, genereller Verlangsamung, rascher Ermüdbarkeit und war im Alltag zudem beeinträchtigt durch die Auswirkungen der mittelgradigen Depression (vgl. Erwägungen 4.2, insbesondere 4.2.2, 4.2.4. 4.2.6). Folglich ist das Kriterium der erheblichen Beschwerden, wenn auch nicht im ausgeprägten Mass, erfüllt.

8.4 Das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und erheblicher Komplikationen ist (knapp) als erfüllt zu betrachten, denn der Zustand des Beschwerdeführers hatte sich chronifiziert und trotz mehrjähriger ärztlicher Behandlung konnte nicht verhindert werden, dass die Beschwerden zunahmen und der Beschwerdeführer sich immer mehr zurückzog. Erhebliche Komplikationen sind dagegen nicht zu erkennen, jedoch bestanden bereits ab dem Unfall vielseitige Beschwerden (buntes Beschwerdebild), welche nicht isoliert betrachtet werden können, da sie sich gegenseitig beeinflussen (Wechselwirkungen, Verstärkungstendenzen).

8.5 Das Kriterium des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit bemisst sich nach der Erheblichkeit der Arbeitsunfähigkeit und den diesbezüglich unternommenen Anstrengungen. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher



Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei ist auch der persönliche Einsatz im Rahmen von medizinischen Therapiemassnahmen zu berücksichtigen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen. Vorliegend stellt sich insbesondere die Frage, was von einer Person wie dem Beschwerdeführer erwartet werden kann, bei einer ärztlich attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten seit mehreren Jahren. In all den Jahren seit dem Unfall hat sich der Beschwerdeführer stets den ärztlich empfohlenen Behandlungen, wozu die Behandlung mit Psychopharmaka gehörte, unterzogen. Einzig bekannt ist, dass er hinsichtlich der linksseitigen Schwerhörigkeit bisher Behandlungsmassnahmen ablehnte, wobei aus den Akten nicht ersichtlich ist, ob dies überhaupt einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte. Im Weiteren ist festzustellen, dass es sich beim Beschwerdeführer um einen geschätzten und arbeitssamen Mitarbeiter und Maler gehandelt hatte (vgl. UV-act. 60). Auch bezüglich der im Rahmen des stationären Aufenthaltes in der Klinik Valens durchgeführten beruflichen Erprobung (EVAL) wurde dem Beschwerdeführer bescheinigt, dass er kooperiert habe, pünktlich gewesen sei und die gestellten Aufgaben/Arbeiten glaubwürdig probiert habe, jedoch nicht die erhofften Leistungen/Leistungssteigerungen erzielt werden konnten (UV-act. 56). Bei einer gänzlich arbeitsunfähigen Person dürfen die Erwartungen an die Eigeninitiative und die getätigten Anstrengungen nicht hoch angesetzt werden. Deshalb ist anzuerkennen, dass der Beschwerdeführer das ihm Zumutbare unternommen hat, weshalb das Kriterium als erfüllt zu betrachten ist.

8.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, da mehr als eines der erforderlichen Adäquanzkriterien erfüllt ist, dem Unfall vom 3. Oktober 2007 adäquanzrechtlich massgebende Bedeutung für die andauernden gesundheitlichen Beschwerden zukommt.

9.

Bei dieser Ausgangslage ist der Anspruch auf eine Rente und eine Integritätsentschädigung bezogen auf den Fallabschlusszeitpunkt (1. Dezember 2013) zu prüfen.

9.1



9.1.1 Ist eine versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10% invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bilden die Arbeitsfähigkeitsgradschätzung und die Umschreibung der trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten.

9.1.2 Vorerst ist der Arbeitsfähigkeitsgrad des Beschwerdeführers zu beurteilen. Im Gesamtgutachten des USZ vom 30. Dezember 2013 wird von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit wie auch für jegliche andere Tätigkeit ausgegangen. Diese Einschätzung basiert auf einer Arbeitsunfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht von 100%, aus psychiatrischer Sicht von 80% und aus neurologischer Sicht von 40% (UV-act. 342-40). Im neuropsychologischen Gutachten wird zur Arbeitsfähigkeitsschätzung ausgeführt, wenn die aktuell festgestellten kognitiven Beeinträchtigungen überdauern würden und nicht durch therapeutische Massnahmen (z.B. Schmerztherapie, Psychotherapie) verbesserbar seien, so bestehe aus rein neuropsychologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (UV-act. 342-24, vgl. auch Erwägung 4.2.2). Im psychiatrischen Gutachten wird festgestellt, dass maximal mit einer Leistung von 20% gerechnet werden könne. Es sei eine Chronifizierung eingetreten. Eine Besserung wird für wenig wahrscheinlich gehalten, jedoch nicht gänzlich ausgeschlossen (UV-act. 337-27 f., 342-29, vgl. auch Erwägung 4.2.4). Aus neurologischer Sicht wurde rein aufgrund der chronischen Kopfschmerzen von einer 40%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen (UV-act. 342-40).

9.1.3 Da in psychiatrischer Sicht nicht mit einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes zu rechnen ist, kann auch nicht mit einer Verbesserung der



kognitiven Beeinträchtigungen gerechnet werden, so dass vorliegend von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist.

9.1.4 Bezüglich des Beweiswertes des USZ-Gutachtens kann vorliegend auf die Erwägung 4.2.8 verwiesen werden. Auch ergeben sich aus den nach dem Gutachten des USZ erstellten Arztberichten wie dem neurologischen Bericht von Dr Q.____ vom 21. Juli 2014 (UV-act. 362) keine neuen Erkenntnisse hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit.

9.1.5 Es ist damit von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% für sämtliche Tätigkeiten auszugehen. Infolgedessen beträgt der Invaliditätsgrad gleichfalls 100%.

9.1.6 Anzumerken ist, dass es der Beschwerdegegnerin bei Zweifeln am Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit freisteht, neue rechtskonforme Abklärungen zu veranlassen.

9.2

9.2.1 Gemäss 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, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich laut Art. 25 Abs. 1 UVG nach der Schwere des Integritätsschadens. Art. 36 Abs. 1 UVV 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, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird (vgl. auch BGE 124 V 209). Voraussehbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens werden angemessen berücksichtigt. Revisionen sind nur im Ausnahmefall möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war (Art. 36 Abs. 4 UVV). Eine voraussehbare Verschlimmerung liegt vor, wenn im Zeitpunkt der Festsetzung der Integritätsentschädigung eine Verschlimmerung als wahrscheinlich prognostiziert und damit auch geschätzt werden kann. Die blosse Möglichkeit einer Verschlimmerung des Integritätsschadens genügt hingegen nicht. Diese Prognose im Sinn einer fallbezogenen medizinischen Beurteilung über die voraussichtliche künftige



Entwicklung der Gesundheitsbeeinträchtigung ist, wie die Beurteilung der einzelnen Integritätsschäden an sich, eine Tatfrage, die der Arzt bzw. die Ärztin zu beurteilen hat (Urteile des Bundesgerichts vom 14. Januar 2013, 8C_244/2012, E. 4.2 mit weiteren Hinweisen, und vom 6. September 2010, 8C_32/2010, E. 2.6.2 mit Hinweisen).

9.2.2 Bezüglich der Integritätsentschädigung ist festzustellen, dass die Angelegenheit noch nicht spruchreif ist. Zwar wurde in einem Teilgutachten zur Integritätsentschädigung Stellung bezogen (vgl. UV-act. 339-9: Aus neuro-otologischer Sicht bestehe aufgrund der Schalleitungsschwerhörigkeit ein Integritätsschaden gemäss UVG [Suva Tabelle 12.2] von 5%), jedoch wurde im Gesamtgutachten des USZ vom 30. Dezember 2013 in Bezug auf den Integritätsschaden erklärt: "Da kein Endzustand erreicht ist, kann dazu noch keine Stellung bezogen werden." (UV-act. 342-41).

9.2.3 Da die Beurteilung einer einzelnen Integritätseinbusse den ärztlichen Sachverständigen obliegt, ist es dem Gericht nicht möglich, die Beurteilung aufgrund der aktenkundigen Diagnosen selbst vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. März 2012, 8C_659/2011, E. 3.3). Folglich ist die Angelegenheit zur Festlegung des Integritätsschadens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den Integritätsschaden des Beschwerdeführers unter Beizug von Sachverständigen ermittelt und anschliessend diesbezüglich neu verfügt.

10.

10.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 14. Juli 2016 aufgehoben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Dezember 2013 eine unbefristete Invalidenrente entsprechend einem 100%igen Invaliditätsgrad zugesprochen wird, unter gleichzeitiger Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggelder). Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rente ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Festsetzung der Integritätsentschädigung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den Integritätsschaden ermittelt und anschliessend neu verfügt.

10.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).



St.Galler Gerichte

10.3 Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.- bis Fr. 12'000.-. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

10.4 Bei diesem Verfahrensausgang ist das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege hinfällig (act. G 1, G 4)

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 14. Juli 2016 aufgehoben und dem Beschwerdeführer wird mit Wirkung ab 1. Dezember 2013 eine unbefristete Invalidenrente entsprechend einem 100%igen Invaliditätsgrad zugesprochen. Zur Festsetzung der Rentenhöhe wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Zur Ermittlung des Integritätsschadens und anschliessender Neuverfügung der Integritätsentschädigung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

3.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

4.



Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.