



Fall-Nr.: UV 2017/59
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 25.09.2019
Entscheiddatum: 20.08.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 20.08.2019

Art. 18 UVG. Art. 24 f. UVG. Adäquanz zwischen den organisch nicht objektivierbaren Beschwerden und dem Unfall nach der sogenannten "Psycho-Praxis" (BGE 115 V 133) verneint. Im Zeitpunkt des Fallabschlusses lagen noch gewisse unfallkausale organische Beschwerden vor, der Beschwerdeführer war aber voll arbeitsfähig. Kein Rentenanspruch, kein Anspruch auf eine höhere Integritätsentschädigung als zugesprochen. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. August 2019, UV 2017/59). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_627/2019.

Entscheid vom 20. August 2019

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

UV 2017/59

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Hans Henzen, Wilerstrasse 1, 9200 Gossau SG,



gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ war bei der B.____ AG als Informatiker beschäftigt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten obligatorisch versichert, als er am 7. September 2012 beim Motorradfahren frontal mit einem Personenwagen kollidierte (Suva-act. 1). Die behandelnden Ärzte des KSSG, wo sich der Versicherte vom Unfalltag bis zum 12. Oktober 2012 stationär befunden hatte, listeten in ihrem Austrittsbericht vom 19. Oktober 2012 als Diagnosen eine drittgradig offene dislozierte mehrfragmentäre distale Femurfraktur links, eine drittgradig offene dislozierte mehrfragmentäre Unterschenkelfraktur links, eine Commotio cerebri, eine Tripodfraktur links mit linksseitigem leichtgradigem Exophthalmus, Haematosinus und ausgedehntem Galeahämatom frontal links sowie eine Rissquetschwunde (RQW), eine RQW an der Schulter links sowie eine Kontusion am Handgelenk rechts auf (Suva-act. 28). Am Unfalltag hatte sich der Versicherte einer Reposition und Anlage eines gelenksüberbrückenden Fixateurs externe am Unterschenkel/oberen Sprunggelenk (OSG) links, einer Reposition und Anlage eines Fixateurs externe am Oberschenkel links, einer Faszienpaltung am Unterschenkel links sowie einer Wundversorgung der RQW über der Augenbraue unterzogen (Suva-act. 3, 11 f., 28, 340). Während des stationären Aufenthalts waren weitere Operationen durchgeführt worden, unter anderem am 13. September 2012 eine Entfernung des Oberschenkel-Fixateurs links sowie eine offene Reposition und Plattenosteosynthese am Femur links (vgl. Suva-act.



St.Galler Gerichte

28, 39). Die Suva kam für die Kosten der Heilbehandlung auf und entrichtete Taggelder (Suva-act. 4).

A.b Aufgrund rezidivierender starker Kopfschmerzen wurde in der Radiologie C.____ am 10. Januar 2013 eine cranio-zerebrale Kernspintomographie durchgeführt. Diese war altersentsprechend normal, insbesondere ohne Nachweis von posttraumatischen Veränderungen bzw. einer intrakraniellen Raumforderung (Suva-act. 54).

A.c Am 14. Januar 2013 unterzog sich der Versicherte im KSSG einer partiellen Metallentfernung: Entfernung des Fixateurs externe, Wundausschneidung und Wundversorgung am Unterschenkel links. Es wurde eine Unterschenkel-Gipsschiene angepasst. Die behandelnden Ärzte attestierten ihm vom 14. Januar bis zum 22. Februar 2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (Suva-act. 60 f., bzgl. Arbeitsunfähigkeit bis zum Eingriff vgl. Suva-act. 28, 44).

A.d Ab dem 25. Februar 2013 arbeitete der Versicherte versuchsweise etwa zwei Mal pro Woche für rund zwei bis drei Stunden wieder als Informatiker bei seiner damaligen Arbeitgeberin (vgl. Suva-act. 65, 69).

A.e Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, berichtete am 20. März 2013 über ein schweres depressives Zustandsbild bei posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Dieses habe sich in den letzten Wochen vor dem Hintergrund des schlechten Heilungsverlaufes der Beinfraktur, der erneut bevorstehenden Operation und der ungewissen Zukunft mit bisherigen schweren Defiziten entwickelt (Suva-act. 86).

A.f Aufgrund persistierender Schmerzen wurden am 10. April 2013 im KSSG eine Spongiosa-Entnahme am linken Beckenkamm, eine Dekortikation und Spongiosa-Anlagerung der hypotrophen Pseudarthrose der Tibia links, eine Osteosynthese der Tibia links sowie eine Metallentfernung an der Tibia links durchgeführt. Der Versicherte befand sich vom 9. bis 18. April 2013 stationär im KSSG und der behandelnde Arzt, Dr. med. E.____, attestierte ihm eine Arbeitsunfähigkeit für acht Wochen postoperativ (Suva-act. 80, 82).



A.g Ärzte der Klinik für Neurologie des KSSG äusserten am 13. Juni 2013 einen Verdacht auf einen posttraumatischen Kopfschmerz (ICD-10: G44.3) bei Status nach Motorradunfall vom 7. September 2012, insbesondere bei Status nach Commotio cerebri (Suva-act. 116). Dr. phil. F.____, Psychologin FSP/Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, Klinik für Neurologie des KSSG, beurteilte am 20. Juni 2013, aus neuropsychologischer Sicht zeigten sich mittelschwere bis vereinzelt schwere kognitive Funktionsstörungen (Suva-act. 113).

A.h Aufgrund plötzlich einsetzender akuter Schmerzen mit einem Plattenbruch im Bereich des linken Femurs unterzog sich der Versicherte am 25. Juni 2013 im KSSG einer Osteosynthesematerialentfernung (OSME) sowie einer Biopsie einschliesslich einer Fixateur externe Anlage am Femur links (Suva-act. 115). Am 10. Juli 2013 wurden eine OSME im Bereich der Fibula links (TEN) und eine Narbenmobilisation des distalen Unterschenkels links durchgeführt. Gleichentags unterzog sich der Versicherte einer Beckenkamm-Spongiosaentnahme rechts, einer Fixateur-Entfernung am Oberschenkel links sowie einer Oberschenkel-Reosteosynthese links und einer Pseudarthrose-Revision mit Biopsiegewinnung, Dekortikation und Spongiosa-Plastik mit Inductos-Applikation links (Suva-act. 118). Die behandelnden Ärzte attestierten dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vom 24. Juni bis 21. August 2013 (Suva-act. 119).

A.i Nach einer weiteren Untersuchung befand Dr. phil. F.____ am 12. September 2013, aus neuropsychologischer Sicht bestünden leichte kognitive Funktionsstörungen. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 18. Juni 2013 zeigten sich hochsignifikante Besserungen in den kognitiven Funktionen, eine bessere psychophysische Belastbarkeit und ein deutlich tieferes Schmerzerleben (Suva-act. 138). Eine MR-Untersuchung des Neurocraniums vom 2. Dezember 2013 im Röntgeninstitut G.____ ergab in den Hämosiderin sensitiven Sequenzen den Nachweis von zwei winzigen Mikroblutungen hochfrontal links (Suva-act. 155).

A.j Nachdem die Fraktur am linken Unterschenkel vollständig konsolidiert war (vgl. Suva-act. 190), wurde am 25. Februar 2014 eine OSME am Unterschenkel links, eine diagnostische Kniearthroskopie links sowie eine Narbenkorrektur prätibial links durchgeführt (Suva-act. 176, vgl. Suva-act. 189).



A.k Dr. D.____ berichtete am 20. Mai 2014, die psychische Verfassung des Versicherten sei sehr labil. Der Erhalt des Arbeitsplatzes sei äusserst wichtig und trage zur Stabilisierung des psychischen Zustandsbildes bei (Suva-act. 205). Er erachtete den Versicherten als zu 30% arbeitsfähig (Bericht vom 4. Juni 2014; Suva-act. 211).

A.l Ärzte der Klinik H.____ befanden nach einer Untersuchung des Versicherten am 30. Mai 2014, dieser könne seine Tätigkeit als Informatiker aus rein orthopädischer Sicht gut durchführen. Es bestehe jedoch ein Konzentrationsproblem bei Status nach Schädel-Hirntrauma im Rahmen des Motorradunfalls (Suva-act. 210).

A.m Da der Versicherte die geforderte Steigerung des Arbeitspensums auf 80% nicht erreicht hatte, wurde sein Arbeitsverhältnis per 30. November 2014 aufgelöst (vgl. Suva-act. 218, 225, 230).

A.n Vom 20. Oktober bis 21. November 2014 befand sich der Versicherte stationär in der Rehaklinik I.____. Die behandelnden medizinischen Fachpersonen hielten als Diagnose unter anderem ein organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirntrauma (ICD-10: F07.2) fest und erachteten ihn bis zum 31. Dezember 2014 als zu 100% arbeitsunfähig (Suva-act. 255). Am 24. November 2014 wurden im KSSG eine Narbenkorrektur mit OSME am Femur links, eine Narbenexzision mit intracutaner Naht am Beckenkamm links sowie eine Narbenmobilisation am ventralen OSG links und eine Exostosenabtragung der distalen Fibulapseudarthrose links durchgeführt (Suva-act. 253, vgl. Suva-act. 260).

A.o Ab 5. Januar 2015 war der Versicherte in einem Pensum von 50% als Informatiker bei der J.____ GmbH beschäftigt (Suva-act. 258).

A.p Aufgrund einer posttraumatischen Arthrose am linken Kniegelenk wurde dem Versicherten am 12. März 2015 im Spital K.____ eine patellofemorale Prothese links implantiert. Die behandelnden Ärzte attestierten ihm vom 12. März bis 12. April 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (Suva-act. 296).

A.q Am 22. September 2015 führte Dr. med. L.____, Klinik für Neuroradiologie des Universitätsspitals Zürich, ein MRT des Gehirns durch. Er beurteilte am 24. September 2015, im Vergleich zur MR-Untersuchung vom 2. Dezember 2013 liege weiterhin eine



St.Galler Gerichte

unveränderte Darstellung von zwei winzigen Mikroblutungen frontal links vor. Ansonsten sei das Hirnparenchym unauffällig, insbesondere bestünden keine gliotischen Veränderungen und kein Hydrocephalus (Suva-act. 328).

A.r In seiner Beurteilung vom 31. März 2016 befand Dr. med. M.____, Facharzt für Neurologie FMH, Kompetenzzentrum für Versicherungsmedizin der Suva, auf neurologischem Fachgebiet lägen keine Unfallfolgen mit Einfluss auf die Resterwerbsfähigkeit oder die zumutbare Leistungsfähigkeit vor. Die Voraussetzungen für eine Integritätsentschädigung seien aus neurologischer Sicht nicht erfüllt und es seien keine Behandlungen nach Fallabschluss indiziert (Suva-act. 342). Suva-Kreisärztin med. pract. N.____, Fachärztin für Chirurgie, untersuchte den Versicherten am 18. Mai 2016. Gleichentags beurteilte sie, es lägen noch Restbeschwerden mit diskreter Bewegungseinschränkung des Kniegelenks und des OSG links vor. Es sei von einem Endzustand auszugehen. Rein aus orthopädischer Sicht sei eine ganztägige Beschäftigung in angestammter sowie einer adaptierten Tätigkeit zumutbar (Suva-act. 351). Den Integritätsschaden schätzte sie auf 30% (Suva-act. 362).

A.s Am 25. August 2016 stellte die Suva die Heilkosten- und Taggeldleistungen per 31. August 2016 ein (Suva-act. 361). Mit Verfügung vom 9. September 2016 sprach sie dem Versicherten eine Integritätsentschädigung von Fr. 37'800.-- basierend auf einer Integritätseinbusse von 30% zu und verneinte einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von rund 3% (Suva-act. 366).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 9. September 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. H. Henzen, Gossau, am 11. Oktober 2016 Einsprache (Suva-act. 375). Er liess unter anderem einen Bericht von Dr. D.____ vom 30. August 2016 einreichen (vgl. Suva-act. 382).

B.b Am 6. Dezember 2016 äusserte sich Dr. med. O.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, im Auftrag der AXA Winterthur, des zuständigen Haftpflichtversicherers, zu allfälligen noch vorhandenen psychischen Beschwerden (Suva-act. 392-9 ff.).



B.c Mit Entscheid vom 28. Juni 2017 wies die Suva die Einsprache ab (Suva-act. 395).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 28. Juni 2017 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Henzen, die vorliegende Beschwerde vom 18. August 2017. Er beantragte darin, der Einspracheentscheid sowie die zugrundeliegende Verfügung seien, insoweit sie ihm eine Invalidenrente absprächen, aufzuheben und es sei ihm eine Invalidenrente ab dem 1. September 2016 zuzusprechen. Weiter seien der Einspracheentscheid und die Verfügung bezüglich der zugesprochenen Integritätsentschädigung dahingehend abzuändern, dass ihm zusätzlich eine Integritätsentschädigung von Fr. 25'200.-- zu bezahlen sei. Eventualiter sei die Angelegenheit zur ergänzenden medizinischen Abklärung an die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 21. September 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 28. Juni 2017 (act. G3).

C.c In seiner Replik vom 15. November 2017 liess der Beschwerdeführer an seinen Anträgen festhalten (act. G7). Er liess unter anderem einen Bericht von Dr. D.____ vom 16. Januar 2017 einreichen (act. G7.1 f.).

C.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 18. Dezember 2017 auf die Einreichung einer umfassenden Duplik (act. G9).

Erwägungen

1.

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 daher, nachdem ein Ereignis aus dem Jahr 2012 zur Diskussion steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.

Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie auf eine höhere Integritätsentschädigung als von der Beschwerdegegnerin bereits zugesprochen.

2.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) sind einzustellen und der Anspruch auf eine Invalidenrente zu prüfen, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind und von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG). Die Integritätsentschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG). Das Erreichen des medizinischen Endzustands bildet demgemäss in Nachachtung des Eingliederungsgrundsatzes die Voraussetzung für die Prüfung der Rentenfrage und der Integritätsentschädigung.

2.2 Angesichts der in Erwägung 2.1 ausgeführten gesetzlichen Bestimmungen besteht ausserdem eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis



zusammenhängen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181, E. 3; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.).

2.3

2.3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers endet, wenn der Unfall nicht mehr eine natürliche und adäquate Ursache der fortdauernden Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58). Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des Bundesgerichts vom 25. April 2017, 8C_766/2016, E. 2.2). Allerdings greift die vorgenannte Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenüchlich nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55; BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 1).

2.3.2 Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfall ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 21. August 2015, 8C_331/2015, E. 2.2.3.1). Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber 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). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist



entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin 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 352 E. 3a mit Hinweis). Insofern sind auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, beweistauglich. Bestehen indessen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3; BGE 125 V 352 E. 3; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.).

2.3.3 Bei Unfällen mit klar ausgewiesenen organischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres sowohl bezüglich vorübergehender als auch dauerhafter Gesundheitsschäden zu bejahen (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) nachweisbar, ist betreffend Dauerschäden (Invalidität und Integritätsschaden) eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 1. Juni 2016, 8C_12/2016, E. 7.1 mit Hinweisen; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa (sogenannte "Psycho-Praxis") zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen dagegen, dass eine versicherte Person eine der erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar (teilweise) vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die



Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a), andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien (sogenannte "Schleudertrauma-Praxis").

3.

Vorerst ist zu prüfen, ob zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. August 2016 noch organisch objektivierbare Unfallfolgen vorhanden waren, welche die fortdauernd geklagten Beschwerden verursachen konnten.

3.1 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird 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 bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT, EEG) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]).

3.2 Der Beschwerdeführer erlitt beim Unfall vom 7. September 2012 unter anderem eine drittgradig offene dislozierte mehrfragmentäre distale Femurfraktur links, eine drittgradig offene dislozierte mehrfragmentäre Unterschenkelfraktur links, eine Tripodfraktur links mit linksseitigem leichtgradigem Exophthalmus, Haematosinus und ausgedehntem Galeahämatom frontal links sowie eine RQW, eine RQW an der Schulter links sowie eine Kontusion am Handgelenk rechts (vgl. Suva-act. 28). Bezüglich dieser Verletzungen hielt med. pract. N.____ am 18. Mai 2016 noch Restbeschwerden mit diskreter Bewegungseinschränkung des Kniegelenks und des OSG links fest. Sie hielt den Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht jedoch in der angestammten sowie einer adaptierten Tätigkeit für ganztätig arbeitsfähig (Suva-act. 351, vgl. auch den Bericht der Klinik H.____ vom 30. April 2014, in dem betreffend das linke Bein bereits



davon ausgegangen worden war, dass der Beschwerdeführer die Tätigkeit als Informatiker aus orthopädischer Sicht durchführen könne, Suva-act. 210-2). Weiter befand die Kreisärztin, es sei von einem Endzustand auszugehen, durch fortgesetzte Massnahmen, Therapie und Behandlung sei keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes mehr zu erzielen (Suva-act. 351). Diese überzeugende Beurteilung blieb unbestritten.

3.3 Der Beschwerdeführer klagte im Zeitpunkt der Leistungseinstellung über Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen. Im Austrittsbericht des KSSG vom 19. Oktober 2012 ist als Diagnose eine *Commotio cerebri* aufgeführt (vgl. Suva-act. 28, die Diagnose findet sich auch in weiteren ärztlichen Berichten; vgl. u.a. Suva-act. 92, 116). Die kraniale Computertomographie vom Unfalltag ergab keine Hinweise auf eine intrakranielle Blutung und es wurde kein Hirnödem beschrieben (Suva-act. 147). Die cranio-zerebrale Kernspintomographie vom 10. Januar 2013 war altersentsprechend normal, insbesondere ohne Nachweis posttraumatischer Veränderungen bzw. einer intrakraniellen Raumforderung (Suva-act. 54). Ein am 2. Dezember 2013, mithin mehr als ein Jahr nach dem Unfall vom 7. September 2012, durchgeführtes MRT des Neurocraniums ergab erstmals den Nachweis von zwei winzigen Mikroblutungen hochfrontal links (Suva-act. 155). Bei der am 22. September 2015 durchgeführten MR-Untersuchung zeigte sich weiterhin eine unveränderte Darstellung von zwei winzigen Mikroblutungen frontal links bei ansonsten unauffälligem Befund (Suva-act. 328). Dr. M. ___ beurteilte überzeugend, die beschriebenen Beschwerden könnten aufgrund der nur leichten traumatischen Hirnverletzung, fehlender längerer qualitativer und quantitativer Bewusstseinsstörungen (vgl. dazu nachfolgend E. 4.1.2) und des Nachweises von zwei lediglich kleinen singulären Suszeptibilitätsartefakten nur im Rahmen des Möglichen kausal auf den Unfall vom 7. September 2012 zurückgeführt werden. Die in den MRT vom 2. Dezember 2013 und 22. September 2015 beschriebenen Suszeptibilitätsartefakte links hochfrontal stünden unter Berücksichtigung der klinischen und bilddiagnostischen Informationen zeitnah zum Unfall nur in einem möglichen Kausalzusammenhang zum Unfall. Differenzialdiagnostisch seien krankheitsbedingte spontane Mikroblutungen im Sinn eines klinisch nicht relevanten Zufallsbefundes zu berücksichtigen. Auch ein posttraumatischer Kopfschmerz könne nur im Rahmen des Möglichen diagnostiziert werden, da relevante unfallbedingte kognitive Gesundheitsbeeinträchtigungen auf



neurologischem Fachgebiet nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad angenommen werden könnten (Suva-act. 342-12 f.). Gegen eine organisch objektivierbare Ursache der Beschwerden spricht auch die Beurteilung von Dr. F.____, welche am 12. September 2013 zwar leichte kognitive Funktionsstörungen feststellte. Dr. F.____ berichtete jedoch im Vergleich zur Voruntersuchung vom 18. Juni 2013 über eine hochsignifikante Verbesserung der kognitiven Funktionen, eine bessere psychophysische Belastbarkeit und ein deutlich tieferes Schmerzerleben. Sie hielt fest, aufgrund der raschen Besserung erhärte sich der (bereits am 20. Juni 2013 geäußerte) Verdacht, dass die damaligen kognitiven Funktionsstörungen in grossem Ausmass schmerz-, psychisch und medikamentös bedingt gewesen seien. Die aktuell objektivierten leichten kognitiven Funktionsstörungen seien von ihrer Art mit dem Läsionsort vereinbar, könnten aber auch im Zusammenhang mit Schmerzen auftreten (Suva-act. 138, vgl. Suva-act. 113).

3.4 Die diagnostizierte *Commotio cerebri* (entspricht einem leichten Schädel-Hirntrauma) stellt unstreitig eine organische Körperschädigung dar. Bei einer *Commotio cerebri* zeigt sich indes kein morphologisch fassbares Substrat, das heisst keine anatomische Veränderung. Es entspricht der medizinischen Erfahrung, dass eine Hirnfunktionsstörung infolge eines leichten Schädel-Hirntraumas voll reversibel ist (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin/Boston 2017, S. 351). Dass es zu keiner Besserung kommt, ist für eine traumatische Genese untypisch und weist auf andere Ursächlichkeiten hin (Gerhard Jenzer, Klinische Aspekte bei HWS-Belastungen durch Kopfanprall oder Beschleunigungsmechanismus; Grenzbereich zum leichten Schädel-Hirntrauma, SZS 1996, S. 469 mit Hinweis auf S. 463). Der vorgenannte Erfahrungssatz darf im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden (Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N. 58 f.). Dies hat insbesondere für den Nachweis des Dahinfallens natürlich kausaler Unfallfolgen zu gelten, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, welcher sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2). Bezüglich einer *Commotio cerebri* wird von Seiten der medizinischen Forschung festgehalten, dass der typische posttraumatische Verlauf nach einer solchen Verletzung einer Erholung innert sechs bis zwölf Wochen entspreche (Jenzer, a.a.O., S. 462 ff., 467). Medizinische Erfahrungssätze beziehen sich auf den Regelfall, das heisst auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten



Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. In den vorliegenden Akten finden sich keine Hinweise, welche bezüglich des Heilungsverlaufs der vom Beschwerdeführer erlittenen *Commotio cerebri* auf einen Ausnahmefall hindeuten. Die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung - rund vier Jahre nach dem Unfall - geltend gemachten Beschwerden waren damit überwiegend wahrscheinlich nicht mehr auf die *Commotio cerebri* zurückzuführen.

3.5 Insgesamt sind die geklagten Beschwerden (Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen) entsprechend den Beurteilungen von Dr. M.____ und med. pract. N.____ (vgl. Suva-act. 342, 351) spätestens seit dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch einen klar ausgewiesenen organischen Unfallschaden im Sinn einer nachweisbaren strukturellen Veränderung erklärbar.

4.

Weiter bleibt zu prüfen, ob der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Leistungseinstellung allenfalls noch unter natürlich und adäquat kausalen organisch nicht objektivierbaren Unfallfolgen litt. Dazu gehören rechtsprechungsgemäss nebst psychischen Beeinträchtigungen auch neuropsychologische Funktionsstörungen ohne organische Befunde (vgl. Suva-act. 138, Urteil des EVG vom 25. April 2007, U 321/06, E. 4.1).

4.1

4.1.1 Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist bekannt, dass bei Schleudertrauma- sowie äquivalenten Verletzungen wie einer HWS-Distorsion oder einem Schädel-Hirntrauma auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (wie Röntgen, MRT, CT, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 363 f. 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 360 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 379 f. E. 3e). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts muss bei einem Schleudertrauma bzw. einer äquivalenten Verletzung das typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS – bei einem Schädel-Hirntrauma in Form von Kopfschmerzen – manifestieren. Die andern im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen (vgl. u.a. Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2007, U 258/06, E. 4.3).

4.1.2 Die erstbehandelnden Ärzte des KSSG diagnostizierten beim Beschwerdeführer eine *Commotio cerebri* (Suva-act. 28, 341-2). Die innerhalb einer Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden und auch später aktenkundige Beschwerdesymptomatik spricht allerdings gegen das Vorliegen einer durch den Unfall überwiegend wahrscheinlich verursachten schleudertraumaähnlichen Verletzung, insbesondere einer solchen mit Langzeitfolgen. Wie Dr. M. ___ am 31. März 2016 überzeugend beurteilte, ergeben sich aus dem Bericht über die Behandlung auf der Intensivmedizin im KSSG vom 7. bis 11. September 2012 keine neurologischen Defizite und keine Bewusstseinsstörung (Suva-act. 341-4 ff., 342-11). Der Punktwert nach der Glasgow-Coma-Scale (GCS) wurde regelmässig überprüft und es wurden zwischen 14 und 15 von bestmöglichen 15 Punkten festgehalten (vgl. Suva-act. 341-24 ff.). Obwohl der Beschwerdeführer Kopfverletzungen, insbesondere eine Tripodfraktur links, erlitten hatte, sind dem Austrittsbericht des KSSG vom 19. Oktober 2012 abgesehen von der Wundversorgung der RQW über der Augenbraue keine diesbezüglichen speziellen diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen zu entnehmen und es fand kein neurologisches Konsil statt. Offenbar wurde nicht einmal ein CT des Schädels als erforderlich erachtet. Aus



dem Austrittsbericht ergeben sich keine Hinweise auf die Folgen der *Commotio cerebri* (vgl. Suva-act. 28). Der Beschwerdeführer berichtete gegenüber der Beschwerdegegnerin am 25. Oktober 2012, also über einen Monat nach dem Unfall, erstmals über Konzentrationsprobleme, Kopfschmerzen und Augenflimmern (vgl. Suva-act. 30). Am 11. Dezember 2012 teilte er der Beschwerdegegnerin sodann mit, die Kopfschmerzen seien für ihn aktuell das Hauptproblem (Suva-act. 50). Erstmals ärztlicherseits erwähnt wurden Kopfschmerzen im Bericht von Dr. E.____ vom 3. Januar 2013. Dieser hielt fest, beim Beschwerdeführer bestünden Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen nach Schädel-Hirntrauma mit *Commotio cerebri* (Suva-act. 92). Die abklärenden Ärzte der Klinik für Neurologie des KSSG äusserten am 13. Juni 2013 den Verdacht auf posttraumatische Kopfschmerzen bei Status nach Motorradunfall vom 7. September 2012, insbesondere Status nach *Commotio cerebri*. Als anamnestische Angabe hielten sie fest, die Kopfschmerzen seien etwa zwei Monate nach dem Unfall aufgetreten. Die Kopfschmerzen seien nicht von trigeminoautonomen Symptomen begleitet, es trete keine Licht- oder Lärmempfindlichkeit, keine Übelkeit, kein Erbrechen und keine Bewegungsintoleranz auf. Der Beschwerdeführer habe während des Unfallereignisses das Bewusstsein nicht verloren, dennoch bestehe eine anamnestische Lücke für das Ereignis selbst sowie den Transport. Er könne sich erst an Ereignisse auf der Intensivstation wieder erinnern. Die Ärzte beurteilten, es handle sich am ehesten um einen posttraumatischen Kopfschmerz, für die endgültige Diagnosestellung seien jedoch nicht alle Kriterien sicher erfüllt. Insbesondere das Kriterium des Auftretens der Schmerzen innerhalb von sieben Tagen nach dem Trauma sei nicht sicher erfüllt (Suva-act. 116). Der behandelnde Neurologe der Klinik P.____ berichtete am 3. März 2014 über einen Status nach Motorradunfall mit leichtem Schädel-Hirntrauma und einen posttraumatischen Kopfschmerz linksbetont. Er stellte fest, es lägen keine Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit im Alltag und bei der Arbeit vor, weshalb kein gezieltes kognitives Training durchgeführt worden sei (Suva-act. 181-2 ff.).

4.1.3 Insgesamt sind den Akten keine Hinweise für eine schleudertraumaähnliche Verletzung zu entnehmen, es wurde nur die isolierte Diagnose eines leichten Schädel-Hirntraumas bzw. einer *Commotio cerebri* gestellt. Typische Beschwerdesymptome in Form von Konzentrationsproblemen, Kopfschmerzen und Augenflimmern, welche an sich einer entsprechenden Verletzung zugeordnet werden könnten, sind erst über einen



Monat nach dem Unfall aktenkundig. Weitere charakteristische Beschwerden einer schleudertraumaähnlichen Verletzung (vgl. E. 4.1.1) traten sodann gar nicht in Erscheinung. Eine psychische Problematik ist nicht unbedingt als Teil einer unfallbedingten HWS-Verletzung zu betrachten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. April 2008, 8C_42/2007, E. 2.3). Dr. D.____ führte das depressive Zustandsbild am 20. März 2013 auch nicht direkt auf den Unfall zurück, sondern befand, die psychische Erkrankung habe sich vor dem Hintergrund des schlechten Heilungsverlaufs der Beinfraktur, der erneut bevorstehenden Operation und der ungewissen Zukunft entwickelt (Suva-act. 86). Die genannten Beschwerden können vor dem Hintergrund der Ausführungen in E. 4.1.1 nicht überwiegend wahrscheinlich dem Unfall vom 7. September 2012 zugeordnet werden. Angesichts der überzeugenden Beurteilung von Dr. M.____ ist der Kopfschmerz nur möglicherweise auf den Unfall zurückzuführen (vgl. Suva-act. 342-13). Es lag damit von Anfang an kein Beschwerdebild vor, welches den Schluss zulässt, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 7. September 2012 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten hat. Diesbezügliche Versicherungsleistungen über den Leistungseinstellungszeitpunkt hinaus fallen damit von vornherein ausser Betracht.

4.2 Schliesslich ist die natürliche Unfallkausalität der geltend gemachten psychischen Beschwerden im Leistungseinstellungszeitpunkt zu prüfen. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass sich auch eine psychische oder neuropsychologische Gesundheitsstörung in körperlichen Beschwerden, beispielsweise Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen, zeigen kann.

4.2.1 Dr. D.____ diagnostizierte bereits am 20. März 2013 ein schweres depressives Zustandsbild bei posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Er berichtete, in den letzten Wochen habe sich vor dem Hintergrund des schlechten Heilungsverlaufs der Beinfraktur, der erneut bevorstehenden Operation und der ungewissen Zukunft zunehmend ein depressives Zustandsbild entwickelt (Suva-act. 86). Die Entwicklung einer solchen schwer ausgeprägten Depression in nur rund einem halben Jahr nach dem Unfall ist nicht ohne weiteres nachvollziehbar. Nachdem Dr. D.____ am 20. Mai 2014 weiterhin über ein schweres depressives Zustandsbild bei posttraumatischer Belastungsstörung berichtet hatte (Suva-act. 205), hielt er in seinem Bericht vom 4. Juni 2014 ein rezidivierendes mittelgradig depressives Zustandsbild bei



posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10: F33.11) sowie chronische Kopfschmerzen, vor allem bei längerer Konzentration, fest. Inwiefern es im Vergleich zur vorherigen, nur rund zwei Wochen zurückliegenden, Beurteilung zu einer Verbesserung des Zustandsbilds gekommen sein soll, lässt sich dem Bericht nicht entnehmen (Suva-act. 211). Am 30. August 2016 berichtete Dr. D.____ sodann über eine andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10: F62) nach Unfall vom 7. September 2012, einen Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), ein chronifiziertes mittelgradig depressives Zustandsbild (ICD-10: F33.11) und chronische Kopfschmerzen. Es sei ein grosses Wunder, dass der Beschwerdeführer die Leistungsfähigkeit von 50% bei seiner Anstellung aufrechterhalten könne, eine Steigerung sei nicht mehr möglich. Weiter führte Dr. D.____ aus, der Beschwerdeführer könne aufgrund seines lädierten linken Knies kaum mehr Sport treiben. Sogar in den Ferien könne er die Zeit kaum geniessen. Nach wenigen Stunden müsse er sich wieder ausruhen, Tagesausflüge seien nicht mehr möglich. Er hadere stark mit seinem Schicksal und trauere der Zeit vor dem Unfall nach (Suva-act. 382). Dem widerspricht jedoch die Einschätzung von Dr. O.____ vom 6. Dezember 2016. Dieser war vom Haftpflichtversicherer mit einem Beratungsauftrag betraut worden, nachdem der Beschwerdeführer den am 5. September 2016 erfolgten Diebstahl seines Motorrads in Österreich gemeldet hatte. Dr. O.____ erachtete mit Verweis auf die Fähigkeit des Beschwerdeführers, einen mehrtägigen Motorradausflug mit seinen Kollegen zu unternehmen, eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit als nicht mehr nachvollziehbar. Dr. O.____ beurteilte, die Motorradreise stehe so im Widerspruch zu all den geklagten kognitiven und schmerzbedingten Einschränkungen, dass die Arbeitsfähigkeit seit längerem wesentlich höher sein müsse als 50%. Weiter äusserte Dr. O.____ Zweifel an den Angaben des Beschwerdeführers gegenüber Dr. D.____ (Suva-act. 392).

4.2.2 Die Einschätzung von Dr. O.____ einzig gestützt auf (allenfalls unvollständig vorgelegte) Akten und wesentlich beeinflusst von der Tatsache der gemachten Motorradreise reicht zur Beurteilung der psychischen Beschwerden im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht aus. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass Dr. Q.____ am 9. Juni 2016 für die Beurteilung des versicherungsmedizinischen Fallabschlusses aus psychiatrischer Sicht diverse weitere Abklärungen und zusätzliche Informationen als notwendig erachtete (vgl. Suva-act. 354). Mit Dr. O.____ sind aber durchaus gewisse



Zweifel an der Beurteilung von Dr. D.____ angebracht (Suva-act. 392). Dr. D.____ begründete seine Diagnosen nicht nachvollziehbar und äusserte sich nicht zur Behandlungsmethode. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Beurteilungen von Dr. D.____ gerichtsnotorisch stark zugunsten von Versicherten tendieren und seine Objektivität zumindest fraglich erscheint (vgl. Entscheide des Versicherungsgerichts vom 17. September 2018, KV-Z 2016/6, E. 3.2.1, und vom 24. Juni 2019, KV-Z 2017/10, E. 3.4). Daran ändert auch das Schreiben von Dr. D.____ vom 16. Januar 2017 nichts, in welchem er sich kritisch zur Einschätzung von Dr. O.____ äusserte (act. G7.1). Die von Dr. O.____ aufgeworfenen Zweifel lassen sich damit nicht beseitigen. Insgesamt ist es damit fraglich, ob zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch psychische Beeinträchtigungen vorlagen. Dies kann jedoch insofern offenbleiben, als sich nachfolgend ergibt, dass allfällige Beschwerden nicht adäquat kausal auf den Unfall vom 7. September 2012 zurückzuführen sind. Folglich erübrigen sich auch weitere Ausführungen dazu, ob und in welchem Ausmass noch andere, insbesondere neuropsychologische, organisch nicht objektivierbare Beschwerden vorhanden waren. Weitere Abklärungen, wie vom Beschwerdeführer beantragt (act. G1), fallen damit ausser Betracht.

5.

Vorliegend hat die Adäquanzprüfung anhand der Psycho-Praxis zu erfolgen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung genügt das vorliegend in Frage stehende leichte Schädelhirntrauma, welches höchstens den Schweregrad einer Commotio cerebri (Gehirnerschütterung, Schädel-Hirntrauma 1. Grades) erreicht, grundsätzlich nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 4. August 2008, E. 4 [publ. in: SVR 2008 UV Nr. 35 S. 133] und vom 14. August 2014, 8C_358/2014, E. 2.4.1; Urteil des EVG vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2). Dazu kommt, dass aufgrund der Aktenlage beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Leistungseinstellung die Beschwerden von psychischen Problemen überlagert worden sind (insoweit überhaupt noch natürlich unfallkausale Beschwerden vorlagen, vgl. dazu E. 4.1.3).

5.1 Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfall besteht, wenn dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der



Beschwerden zukommt. In objektiver Betrachtungsweise werden die Unfälle nach ihrer erfahrungsgemässen Eignung, psychische Beschwerden zu bewirken, eingeteilt in banale und leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und in einen dazwischen liegenden Bereich der mittelschweren Unfälle. Bei banalen Unfällen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil auf Grund der allgemeinen Lebenserfahrung davon ausgegangen werden kann, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen. Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel zu bejahen, denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken. Dabei gelten als schwer nur solche Unfälle, bei denen sämtliche Umstände, insbesondere die Dramatik des Unfallereignisses und die Dauer desselben wie auch die somatischen Unfallfolgen eine für die versicherte Person aussergewöhnliche Eindrücklichkeit aufweisen.

5.2 Bei Unfällen im mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen dem Unfall und der psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Vielmehr sind weitere, objektiv fassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Die wichtigsten Kriterien sind dabei besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; körperliche Dauerschmerzen; eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie der Grad und die Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 133 E. 6). Um die adäquate Kausalität bejahen zu können, müssen nicht alle Umstände gegeben sein. Vielmehr genügt ein Kriterium, wenn es sich um einen schweren Unfall im mittleren Bereich handelt. Falls keinem Kriterium besonderes Gewicht zukommt, müssen mehrere unfallbezogene Kriterien bejaht werden können. Dabei gilt, dass je leichter der Unfall ist, desto mehr Kriterien erfüllt sein müssen. Diese Würdigung führt zur Bejahung



oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs, ohne dass nach weiteren Ursachen geforscht werden muss, die eine psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit begünstigt haben könnten (SVR 1999 UV Nr. 10 S. 32). Mit Urteil vom 29. Januar 2010 (8C_897/2009 E. 4.5) hat das Bundesgericht die Rechtsprechung zur Anzahl der zu erfüllenden Adäquanzkriterien bei mittelschweren Unfällen insofern präzisiert, als bei mittelschweren Unfällen im engeren Sinn drei Adäquanzkriterien genügen, auch wenn sie nicht in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vorliegen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2009, 8C_487/2009, E. 5 mit Hinweis).

5.3 Vorliegend fuhr der Beschwerdeführer gemäss Polizeirapport am 7. September 2012 auf seinem Motorrad mit ca. 45 km/h innerorts. Die Lenkerin eines entgegenkommenden Personenwagens geriet bei einer Geschwindigkeit von ca. 50km/h auf die Fahrbahn des Beschwerdeführers, wo sie zuerst einen Lieferwagen streifte und dann frontal mit dem nachfolgenden Beschwerdeführer kollidierte. Bei der Kollision verding sich der linke Schuh des Beschwerdeführers in der Stosstange des Personenwagens. Der Beschwerdeführer prallte mit dem Körper auf die Motorhaube bzw. Windschutzscheibe und mit dem Kopf gegen die linke A-Säule des Personenwagens. In der Folge wurde er zu Boden geschleudert und kam auf dem Trottoir zum Liegen. Der Personenwagen der unfallverursachenden Lenkerin kollidierte darauf frontal mit einem weiteren, dem Beschwerdeführer nachfolgenden Personenwagen (Suva-act. 339-4 ff.). Weitere Abklärungen zum Unfallhergang und den Kräften, die sich dabei entwickelt hatten, insbesondere eine biomechanische Beurteilung, sind nicht aktenkundig. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist bei der vorliegenden Frontalkollision ohne besondere erschwerende Umstände mit der Beschwerdegegnerin von einem mittelschweren Ereignis im engeren Sinn auszugehen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 10. Juni 2016, 8C_174/2016, und vom 28. Oktober 2013, 8C_372/2013).

5.4 Folglich müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs mindestens drei der relevanten Kriterien oder ein einzelnes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein. Bei der Prüfung dieser Kriterien sind psychische Aspekte ausser Acht zu lassen (BGE 115 V 133 E. 6c/aa).



5.4.1 Bei der Beurteilung des Kriteriums der dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls sind objektive Massstäbe anzuwenden. Nicht was in der einzelnen betroffenen Person beim Unfall psychisch vorgeht, soll entscheidend sein, sondern die objektive Eignung solcher Begleitumstände, bei ihr psychische Vorgänge auszulösen (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc). Zu beachten ist auch, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, die noch nicht für die Bejahung dieses Adäquanzkriteriums ausreichen kann (vgl. SVR 2009 UV Nr. 41 S. 142). Es bestehen keine Hinweise auf besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vom 7. September 2012. Dr. D.____ berichtete zwar über Flashbacks des Beschwerdeführers (vgl. Suva-act. 382). Dieser gab jedoch am 13. Juni 2013 gegenüber den behandelnden Ärzten des KSSG an, er habe eine Gedächtnislücke für das Unfallereignis selbst und den Transport in das Spital (Suva-act. 116). Auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer durch die Rega ins Spital transportiert werden musste (vgl. Suva-act. 23), spricht für sich alleine nicht für einen besonders dramatischen Unfall. Das Kriterium ist damit nicht erfüllt.

5.4.2 Beim Unfall erlitt der Beschwerdeführer unbestritten erhebliche Verletzungen, insbesondere drittgradig offene dislozierte mehrfragmentäre distale Frakturen des Femurs und des Unterschenkels links sowie eine Tripodfraktur (vgl. Suva-act. 28). Der Beschwerdeführer macht geltend, er habe in Lebensgefahr geschwebt und es hätten schwerwiegende Komplikationen gedroht (act. G1). Dr. H.____ führte in seinem Bericht vom 3. Januar 2013 zwar aus, es habe sich um schwere Verletzungen gehandelt und lebenswichtige Strukturen seien sehr nahe von diesen entfernt gewesen. Insbesondere das Schädel-Hirntrauma hätte weitreichende Konsequenzen haben können. Die Frakturen im Ober- und Unterschenkelbereich seien nahe der Hauptgefässe gelegen. Es habe ein grosses Infektrisiko mit möglicher späterer Amputation des linken Unterschenkels bestanden (Suva-act. 92). Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht vorbringt, handelt es sich dabei jedoch lediglich um mögliche Szenarien, welche glücklicherweise nicht eintrafen (vgl. act. G3). Das Kriterium der schweren oder besonderen Art der erlittenen Verletzung ist damit zu verneinen.

5.4.3 Zur Beantwortung der Frage der Dauer der ärztlichen Behandlung ist nicht allein der zeitliche Massstab massgeblich. Ebenfalls in die Prüfung einzubeziehen sind die Art



und Intensität der Behandlung sowie die Frage, inwieweit davon noch eine Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten war (Urteil des EVG vom 20. Oktober 2006, U 488/05 E. 3.2.3, BGE 134 V 128 E. 10.2.3). Eine Behandlung, die lediglich noch der Erhaltung des Gesundheitszustands und nicht der Heilung dient, ist im Rahmen der Adäquanzprüfung grundsätzlich nicht relevant. Abklärungsmassnahmen und blossen ärztlichen Kontrollen kommt nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zu (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Februar 2008, U11/07 E. 5.3.1 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer befand sich nach dem Unfall vom 7. September bis 12. Oktober 2012 stationär im KSSG, wo er sich mehreren Operationen unterziehen musste (vgl. Suva-act. 3, 11 f., 28, 39, 340). Am 14. Januar 2013 erfolgte sodann eine partielle Metallentfernung mit Entfernung des Fixateurs externe am Unterschenkel links (Suva-act. 60 f.). Vom 9. bis 18. April 2013 war der Beschwerdeführer erneut im KSSG hospitalisiert und wurde operiert (Suva-act. 80). Am 25. Juni 2013, 10. Juli 2013 und 25. Februar 2014 wurden weitere operative Eingriffe durchgeführt (Suva-act. 115, 118, 176). Vom 20. Oktober bis 21. November 2014 war er stationär in der Rehaklinik I.____, wo aber neben somatischer Therapie auch neuropsychologische Abklärungen durchgeführt wurden (Suva-act. 255). Am 24. November 2014 wurde das Osteosynthesematerial am Femur links entfernt (Suva-act. 253). Schliesslich wurde dem Beschwerdeführer am 12. März 2015 eine patellofemorale Prothese links implantiert (Suva-act. 296). Der letzte unfallbedingte operative Eingriff fand damit erst rund zweieinhalb Jahre nach dem Unfall statt. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht vorbringt (vgl. act. G3), beschränkten sich die Behandlungen zwischen den Operationen sowie im Zeitraum zwischen der letzten Operation und dem Fallabschluss aus somatischer Sicht jedoch im Wesentlichen auf Physiotherapie und Kontrolluntersuchungen (vgl. u.a. Suva-act. 85, 101, 121, 131, 143, 154, 166, 208, 246, 277). Das Kriterium ist insgesamt zwar als erfüllt zu betrachten, unter Berücksichtigung der wiederholten längeren Behandlungspausen jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass Dr. D.____ bereits ein halbes Jahr nach dem Unfall über ein schwer depressives Zustandsbild berichtete. Es kam laut seiner Einschätzung mithin schon früh zu einer psychischen Problematik (vgl. diesbezüglich E. 4.2).

5.4.4 Der Beschwerdeführer klagte zwar zeitweise über Schmerzen am linken Bein, das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen ist jedoch zu verneinen. Nach initial starken



Schmerzen (vgl. Suva-act. 40) berichtete Dr. E.____ am 30. November 2012 über rückläufige Schmerzen unter zunehmender Vollbelastung des linken Beins und eine schmerzfreie Bewegung im Kniegelenk (Suva-act. 49). In der Folge kam es zu einer schwankenden Schmerzintensität, dies teilweise auch operationsbedingt (Suva-act. 51, 55, 76, 85). Der behandelnde Arzt des KSSG hielt sodann am 24. Juli 2013 anamnestisch einen sehr guten Allgemeinzustand fest (Suva-act. 121). Am 27. August 2013 berichtete der behandelnde Arzt des KSSG über leichtgradige Bewegungsschmerzen unter physiotherapeutischer Beübung, am 21. November 2013 über Schmerzen bei grösserer Belastung (Suva-act. 131). Den folgenden ärztlichen Berichten sind nur noch diskrete bzw. residuelle Schmerzen zu entnehmen (Suva-act. 208, 246, 255). Am 4. Dezember 2014 hielt der behandelnde Arzt des KSSG schmerzhafte Einschränkungen beim normalen Gehen und beim Treppensteigen fest, wobei es in diesen Bewegungsumfängen zu einer ausgeprägten Überlastung im Bereich des arthrotisch veränderten Kniegelenks komme (Suva-act. 256). Aufgrund zunehmender Schmerzen im Knie links (vgl. Suva-act. 277) wurde sodann am 12. März 2015 die patellofemorale Prothese implantiert (Suva-act. 296). Am 4. Mai 2015 hielten die behandelnden Ärzte des Spitals K.____ schliesslich fest, die Schmerzen bzw. Beschwerden, die der Beschwerdeführer vor dem Einsetzen der Knieprothese gehabt habe, seien vollständig regredient. Er sei mit dem Verlauf sehr zufrieden (Suva-act. 307). Auch den folgenden ärztlichen Berichten lassen sich keine wesentlichen somatischen Schmerzen mehr entnehmen (vgl. Suva-act. 317, 345).

5.4.5 Es bestehen keine Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte.

5.4.6 Die Dauer der ärztlichen Behandlung und die geklagten Beschwerden deuten alleine nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf hin. Das entsprechende Kriterium erfordert besondere Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt und verzögert haben (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 7. Februar 2008, U 590/06, E. 4.3.2, und vom 10. Juli 2008, 8C_61/2008, E. 7.6). Dr. M.____ beurteilte, der Heilverlauf habe sich kompliziert gestaltet (Suva-act. 342-11). Nach den Operationen kurz nach dem Unfall (vgl. Suva-act. 3, 11 f., 28, 39, 340) wurde am 21. Januar 2013 eine partielle Metallentfernung (Entfernung des Fixateurs externe) am Unterschenkel links durchgeführt (Suva-act. 60 f.). Aufgrund persistierender Schmerzen und fehlender



Konsolidation des Bruchs im Unterschenkel musste sich der Beschwerdeführer am 10. April 2013 einer Spongiosa-Entnahme am linken Beckenkamm, einer Dekortikation und einer Spongiosa-Anlagerung der hypotrophen Pseudarthrose der Tibia links, einer Osteosynthese der Tibia links sowie einer Metallentfernung der Tibia links unterziehen (Suva-act. 80, 82). Im Mai 2013 kam es zu einem Bluterguss im Operationsgebiet, welcher jedoch zu keinen weiteren Problemen führte (vgl. Suva-act. 85, bzgl. der vorübergehenden Infektion an einer Pineintrittsstelle im Dezember 2012 vgl. Suva-act. 52). Da es zu einem Plattenbruch im Bereich des linken Femurs kam, wurde dem Beschwerdeführer am 25. Juni 2013 unter anderem erneut ein Fixateur externe angelegt (Suva-act. 115). Dieser konnte am 10. Juli 2013 jedoch wieder entfernt werden. Gleichentags erfolgten weitere operative Eingriffe, unter anderem eine OSME im Bereich der Fibula links und eine Oberschenkel-Reosteosynthese links (Suva-act. 118). Nach diesen initialen Komplikationen bzw. Verzögerungen im Heilverlauf konsolidierte die Fraktur am Unterschenkel vollständig und das Osteosynthesematerial konnte am 25. Februar 2014 entfernt werden (Suva-act. 176). Am 24. November 2014 erfolgte die OSME am Femur links (Suva-act. 253). In der Folge war der Heilverlauf regelrecht, bis am 12. März 2015 die Implantation der patellofemorale Prothese notwendig wurde (Suva-act. 296). Danach sind bis zum Fallabschluss keine Auffälligkeiten mehr bekannt. Das Kriterium ist insgesamt zwar als erfüllt zu betrachten, jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise.

5.4.7 Der Beschwerdeführer war initial sowie in den Phasen der Rekonvaleszenz nach den operativen Eingriffen jeweils aus somatischen Gründen zu 100% arbeitsunfähig (vgl. Suva-act. 28, 44, 60 f., 82). Ab dem 25. Februar 2013 arbeitete der Beschwerdeführer bereits versuchsweise wieder zwei Mal pro Woche für rund zwei bis drei Stunden als Informatiker bei seiner damaligen Arbeitgeberin (Suva-act. 65, 69). Dr. E.____ befand am 19. Juni 2013, der Beschwerdeführer sei aus orthopädischer Sicht als Informatiker bei Bürotätigkeit wieder zu 100% arbeitsfähig (Suva-act. 117). Aufgrund der OSME vom 10. Juli 2013 kam es jedoch zu einer erneuten 100%igen Arbeitsunfähigkeit bis 21. August 2013 (Suva-act. 119). Der Beschwerdeführer arbeitete danach wieder stundenweise als Informatiker (vgl. u.a. Suva-act. 134, 159). Die Beschwerdegegnerin legte die Arbeitsfähigkeit am 16. Januar 2014 auf 25% fest (Suva-act. 169). Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit war jedoch vor allem auf Kopfschmerzen, Müdigkeit und Konzentrationsstörungen, mithin organisch nicht



objektivierbare Beschwerden, zurückzuführen (vgl. Suva-act. 134, 138, 142, 151, 154, 167). Dies ergibt sich auch aus dem Bericht der Klinik P.____ vom 3. März 2014 (Suva-act. 181-3). Nachfolgend attestierte Arbeitsunfähigkeiten bezogen sich - von postoperativen Zeiten der Rekonvaleszenz abgesehen - ebenfalls auf vorliegend nicht zu berücksichtigende neuropsychologische und psychiatrische Einschränkungen (vgl. Suva-act. 177, 180, 205, 211). Die behandelnden Ärzte der Klinik H.____ befanden am 30. Mai 2014, der Beschwerdeführer könne seine Tätigkeit als Informatiker aus rein orthopädischer Sicht gut durchführen (Suva-act. 210). Da der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit nicht wie von seiner Arbeitgeberin gefordert auf 80% steigern konnte (vgl. Suva-act. 186), wurde das Arbeitsverhältnis per 30. November 2014 aufgelöst (Suva-act. 218, 225, 230). Nach einem Aufenthalt in der Rehaklinik I.____ (Suva-act. 225), trat er am 1. Januar 2015 eine neue Stelle als Informatiker zu einem Pensum von 50% an (Suva-act. 258). Auch diese Einschränkung war jedoch nicht auf organisch objektivierbare Beschwerden zurückführbar. Abgesehen von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% nach der Implantierung der patellofemorale Prothese links vom 12. März bis 12. April 2015 (Suva-act. 296) ergibt sich aus den Akten keine somatisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr. Am 31. März bzw. 18. Mai 2016 erachteten Dr. M.____ und med. pract. N.____ den Beschwerdeführer aus neurologischer bzw. orthopädischer Sicht als zu 100% arbeitsfähig in der angestammten sowie einer adaptierten Tätigkeit (Suva-act. 342, 351). Sie äusserten sich nicht retrospektiv zur Arbeitsfähigkeit, aus den vorherigen Ausführungen ergibt sich jedoch, dass der Beschwerdeführer abgesehen von vorübergehenden Arbeitsunfähigkeiten allenfalls bereits seit August 2013, jedenfalls aber seit Anfang 2014, also rund eineinhalb Jahre nach dem Unfall, aus somatischer Sicht nicht mehr relevant in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war. Das Kriterium ist damit zu verneinen.

5.4.8 Da somit zwei der zu berücksichtigenden Kriterien erfüllt sind, keines jedoch in besonders ausgeprägter Weise, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 7. September 2012 und den geklagten organisch nicht objektivierbaren Beschwerden zu verneinen.

6.



Damit sind bei der Festlegung des Invaliditätsgrades und der Integritätsentschädigung nur die von med. pract. N.____ erhobenen Restbeschwerden mit diskreter Bewegungseinschränkung des Kniegelenks links und des OSG links relevant (vgl. Suva-act. 351-6). Diesbezüglich kann auf die Verfügung vom 9. September 2016 bzw. den Einspracheentscheid vom 28. Juni 2017 verwiesen werden. Der betreffend diese Beschwerden von der Beschwerdegegnerin errechnete Invaliditätsgrad von rund 3% und die Integritätseinbusse von 30% (vgl. Suva-act. 366, 395) wurde vom Beschwerdeführer im Übrigen nicht bestritten. Ein rentenbegründender Invaliditätsgrad und eine höhere Integritätsentschädigung als bereits zugesprochen fallen mangels weiterer unfallkausaler Beschwerden ausser Betracht.

7.

7.1 Nach dem Gesagten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 28. Juni 2017 nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

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

7.3 Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.