



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Augustinergasse 3, Postfach 1654, 1701 Freiburg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

605 2018 108

Urteil vom 14. März 2019

I. Sozialversicherungsgerichtshof

Besetzung	Präsident:	Marc Boivin
	Richter:	Marc Sugnaux, Marianne Jungo
	Gerichtsschreiber-Berichterstatter:	Bernhard Schaaf

Parteien	A._____ , Beschwerdeführer , vertreten durch Rechtsanwalt Patrik Gruber
	gegen
	SUVA, Vorinstanz , vertreten durch Rechtsanwältin Vera Häne

Gegenstand	Unfallversicherung – Invalidenrente
	Beschwerde vom 16. April 2018 gegen den Einspracheentscheid vom 28. Februar 2018

Sachverhalt

A. A._____, Staatsbürger des B._____, geboren 1957, verheiratet, wohnhaft in C._____, arbeitete seit dem 1. März 2005 als Produktionsmitarbeiter bei der D._____ AG. Er war im Rahmen dieser Anstellung bei der Suva, Luzern, gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert.

Am 12. September 2014 war er im B._____ Opfer eines Verkehrsunfalles und war bis am 16. September 2014 hospitalisiert. In der Folge klagte er namentlich über Kopf- und Nackenschmerzen sowie Konzentrationsschwierigkeiten. Die Suva übernahm die gesetzlichen Leistungen. Am 28. April 2015 wurde ihm auf den 31. Juli 2015 die Stelle gekündigt.

Am 7. Februar 2017 erfolgte eine bidisziplinäre (Neurologie und Psychatrie) Begutachtung durch die Suva. Gemäss den Gutachtern ist eine angepasste Tätigkeit im Vollpensum mit einer um 20% verminderten Leistungsfähigkeit zumutbar. Der Integritätsschaden betrage 20%.

Mit Verfügung vom 19. Mai 2017, bestätigt durch Einspracheentscheid vom 28. Februar 2018, sprach ihm die Suva eine Invalidenrente (Invaliditätsgrad: 21%) sowie eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von 20% zu.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhebt A._____, vertreten durch Rechtsanwalt Patrik Gruber, am 16. April 2018 Beschwerde am Kantonsgesicht Freiburg und stellt den Antrag, die Verfügung [recte: der Einspracheentscheid] vom 28. Februar 2018 sei aufzuheben und ihm eine volle UV-Rente zuzusprechen, eventualiter sei die Angelegenheit zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung und unter Wiederaufnahme der Taggeldleistungen rückwirkend ab dem 1. März 2017 zurückzuweisen. Er bringt vor, dem bidisziplinäre Suva-Gutachten könne aus diversen Gründen nicht gefolgt werden.

Die Suva, vertreten durch Rechtsanwältin Vera Häne, hält in ihren Bemerkungen vom 12. Juli 2018 an den Ausführungen im Einspracheentscheid fest und beantragt die Abweisung der Beschwerde.

Die weiteren Elemente des Sachverhalts ergeben sich, soweit für die Urteilsfindung massgebend, aus den nachfolgenden rechtlichen Erwägungen.

Erwägungen

1.

Die Beschwerde vom 16. April 2018 gegen den Einspracheentscheid der Suva vom 28. Februar 2018 ist unter der Berücksichtigung des Fristenstillstandes über die Osterfeiertage (Art. 38 Abs. 4 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1], welches hier gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20] zur Anwendung kommt) fristgerecht durch eine ordentlich bevollmächtigte Vertreterin bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Der Beschwerdeführer hat ein Interesse, dass das Kantonsgesicht, I. Sozialversicherungsgerichtshof, seinen Anspruch auf eine Invalidenrente überprüft.

Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2.

2.1. Nach Art. 6 UVG werden die Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nicht-berufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt.

Gemäss Art. 4 ATSG gilt als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

2.2. Zwischen dem Unfall und der Gesundheitsschädigung muss zuerst ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehen. 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigt (Urteil BGer 8C_307/2016 vom 17. August 2016 E. 5.3 mit Hinweis auf BGE 138 V 218 E. 6). Dabei kommt die Formel "post hoc, ergo propter hoc", wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht zur Anwendung (BGE 119 V 335 E. 2b/bb).

Weiter muss zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Ein Ereignis hat dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2). Lehre und Rechtsprechung lassen den sozialen Unfallversicherer für Schäden nur dann eintreten, wenn diese sowohl in einem natürlichen wie auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem schädigenden Ereignis stehen. Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 129 V 177 E. 3.3 mit Hinweisen).

2.3. Ist der Versicherte infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen.

Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG entsteht der Rentenanspruch, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Zu diesem Zeitpunkt kann der Unfallversicherer die Adäquanz prüfen und je nach Resultat den Fall abschliessen. Ob eine namhafte, ins Gewicht fallende Besserung noch möglich ist, bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (Urteil BGer 8C_207/2011 vom 26. Juli 2011 E. 6). Die Frage nach einer namhaften Verbesserung erübrigt sich für den Fall, dass nicht mehr von einem unfallkausalen Gesundheitsschaden auszugehen ist (Urteil BGer 8C_327/2010 vom 22. Juli 2010 E. 4).

2.4. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt oder die Ärztin und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der medizinischen Fachperson ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, 115 V 133 E. 2).

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Entscheidend ist, was der Versicherte trotz der Unfallfolgen zumutbarerweise noch zu erwerben fähig ist (BGE 115 V 133; RKUV 1993 S. 100 E. 3b).

2.5. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob er 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 des Experten begründet sind. In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Auch Gutachten, welche der Unfallversicherer während des Administrativverfahrens von seinen eigenen Ärzten einholt, sind beweistauglich, solange ihre Richtigkeit nicht durch konkrete Indizien erschüttert wird. Ebenso sind ärztliche Beurteilungen aufgrund der Akten nicht an sich unzuverlässig, wenn genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorhanden sind (BGE 125 V 351 E. 3 mit Hinweisen).

Ferner besteht auch unter Berücksichtigung der neueren Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte kein förmlicher Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung. Eine solche ist indessen aber anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4).

Im Sozialversicherungsrecht besteht kein Rechtsgrundsatz, wonach die Verwaltung oder der Richter im Zweifelsfall zugunsten des Versicherten zu entscheiden hätte. Vielmehr haben die Versicherten die für die Beurteilung des Sachverhalts notwendigen Beweise im Rahmen des ihnen Zumutbaren zu erbringen, andernfalls sie die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen haben (BGE 126 V 319 E. 5a; ARV 1990 Nr. 12 S. 67).

3.

Als Vorbemerkung ist der Beschwerdeführer darauf hinzuweisen, dass die Suva sehr wohl ihre Leistungspflicht anerkennt und ihm deshalb sowohl eine Invalidenrente als auch eine Integritätsentschädigung zugesprochen hat.

Die Höhe der Integritätsentschädigung wird vom Beschwerdeführer nicht mehr bestritten. Streitig ist demgegenüber die Höhe der zugesprochenen Invalidenrente (Invaliditätsgrad: 21%).

3.1. Der Beschwerdeführer bringt vor, der Suva-Kreisarzt Dr. med. E._____, Facharzt für Neurologie, sei am 2. Dezember 2015 von einer überwiegend wahrscheinlichen traumatischen Hirnverletzung sowie einer HWS-Beschleunigungsverletzung ausgegangen. Seine Beschwerden seien seit dem Unfall gleich geblieben. Es sei deshalb nicht nachvollziehbar, weshalb Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen und Gedächtnisverlust auf das Unfallereignis zurückzuführen seien, nicht aber der Schwindel und die Nackenschmerzen.

Weiter könne dem Suva-Gutachten aus diversen Gründen nicht gefolgt werden. So sei es im neurologischen Teilgutachten, gemäss welchem eine früher festgestellte leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung nicht mehr bestehe, unterlassen worden, dies durch Testverfahren zu belegen. Ferner führe der Suva-Neurologe die Kopfschmerzen auf einen Medikamentenübergebrauch zurück und sei der Ansicht, die objektive Beeinträchtigung durch die Kopfschmerzen sei gering und lasse dabei ausser acht, dass sich eine Person, die dauernd unter starken Kopfschmerzen leide, sich nicht mehr auf ihre Arbeit konzentrieren könne.

Die Suva-Psychiaterin ihrerseits gehe von einer vollen Arbeitsfähigkeit für repetitive, strukturierte Tätigkeiten ohne höhere Anforderungen an kognitive Leistungen oder Verantwortung, ohne Zeitdruck, bei erhöhtem Pausenbedarf und einer Leistungsminderung von 20% aus. Dies scheine eher auf eine Arbeit in einer geschützten Werkstatt zu passen, als auf eine auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Zudem nehme bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit keiner der Experten Stellung auf die mehrfach dokumentierte dreimonatige Arbeitsintegration zu 50% beim früheren Arbeitgeber, aus welcher sich ergebe, dass er nicht mehr in den Arbeitsmarkt integriert werden könne.

Schliesslich seien den im MRI vom 24. September 2014 festgehaltenen Shearing injuries keine Beachtung geschenkt worden. Es sei davon auszugehen, dass diese Verletzungen auf das Beschleunigungstrauma zurückzuführen seien, womit schwere Beeinträchtigungen der Hirnfunktionen wahrscheinlich seien.

3.2. Die Suva stütze sich in ihrem Entscheid auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. E._____ sowie Dr. med. F._____, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie der Suva. Für die Begutachtung wurde eine Dolmetscherin beigezogen.

Der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 6. April 2017 (Suva-Akten Nr. 192) ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer im Rahmen der beim Unfall erlittenen traumatischen Hirnverletzung ein inzwischen vollständig resorbiertes subdurales Hygrom rechts zugezogen hat, wovon eine residuelle fokale Verdickung der rechts fronto-parietalen Dura übrig geblieben sei. Post-

traumatische Hämosiderinablagerungen fänden sich im Uncus und Gyrus parahippocampalis rechts, im Lobulus parietalis links sowie im Corpus callosum. Darüber hinaus seien punktförmige Hyperintensitäten in der weissen Substanz im Sinne einer zerebralen Mikroangiopathie nachweisbar, überwiegend wahrscheinlich in Zusammenhang mit der bereits bekannten aber unbehandelten arteriellen Hypertonie. Psychische Vorerkrankungen hätten nicht eruiert werden können.

Aufgrund der objektivierbaren traumatischen Hirnverletzung mit innerhalb von einem Monat auftretenden Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schwindel, Erschöpfbarkeit, depressiven Symptomen und subjektiven Klagen über Gedächtnisstörungen und Schlafstörungen seien die Kriterien für ein organisches Psychosyndrom (F07.2) erfüllt. Zu diesem Krankheitsbild gehöre die von neurologischer Seite festgestellte leichte neuropsychologische Störung. Das Krankheitsbild sei stabilisiert. Durch neuropsychologische Testung in der Reha-Klinik G. _____ seien im März 2015 Defizite im Bereich der Aufmerksamkeitsfunktionen, bei exekutiven Teilfunktionen sowie leichte mnestiche Funktionsstörungen festgestellt worden, deren Ätiologie als multifaktoriell angesehen worden seien. Angesichts der nachgewiesenen strukturellen Hirnschäden seien die neuropsychologischen Funktionsstörungen überwiegend wahrscheinlich zumindest teilkausal zum Unfallereignis. Bei der aktuell durchgeführten Verhaltensbeobachtung und Untersuchung hätten sich Hinweise auf eine Besserung der psychischen und neuropsychologischen Funktionsstörungen im Vergleich zur Voruntersuchung von 2015 ergeben. Eine Anpassungsstörung könne zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr festgestellt werden. Darüber hinaus sei die Selbstbeurteilung des Beschwerdeführers in Bezug auf Depressivität und sein Funktionsniveau diskrepanz schlechter als von Anamnese und Fremdbeurteilung zu erwarten. Tests zur Validitätsprüfung hätten Hinweise auf eine negative Antwortverzerrung in Übereinstimmung mit festgestellten Inkonsistenzen ergeben. Die Suva-Experten schlossen daraus, der Beschwerdeführer unterschätze auch seine berufliche Leistungsfähigkeit. Er könne strukturierte, repetitive Tätigkeiten mit geringen kognitiven Anforderungen ausführen. Nicht zumutbar seien rasch wechselnde Arbeitszeiten, Nacht-, Akkordarbeit oder sonstige Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck sowie solche mit Prozess- oder Personalverantwortung. Er sei in der Lage, mittelschwere körperliche Arbeiten zu verrichten. Es bestehe ein vermehrter Pausenbedarf, da ein erhöhtes Mass an Energie zur Aufrechterhaltung eines durchgehenden Leistungsniveaus erforderlich, was bei einer Präsenzzeit von 100% eine Minderung des Rendements um 20% begründe.

Das Gutachten fasst die umfassenden Akten korrekt zusammen und erfüllt auch sonst die von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen. Es ist umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die beklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und die Beurteilung ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Wie es nachfolgend aufgezeigt werden wird, hat sich die Suva – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – zu Recht auf dieses Gutachten abgestützt.

Bereits an dieser Stelle ist festzuhalten, dass der Einwand des Beschwerdeführers, es sei davon auszugehen, dass es anlässlich der Begutachtung durch die Suva zu Verständigungsproblemen gekommen sei, nicht gehört werden kann. Zur Begründung führt er auf, die Dolmetscherin habe den Schmerzcharakter als "Temperatur" beschrieben und auch Dr. med. H. _____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie habe auf Sprachprobleme hingewiesen. Es ist zwar richtig, dass verschiedentlich, so z. B. auch von Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie, auf Sprachschwierigkeiten hingewiesen wurde. Gerade deshalb zog die Suva richtigerweise für die Begutachtung eine Dolmetscherin bei. Aus dem Gutachten selber ergeben sich abgesehen von dem vom Beschwerdeführer genannten Beispiel keinerlei Hinweise auf Verständigungsprobleme. Wäre es tatsächlich zu solchen gekommen, wäre es zudem am Beschwerdeführer gewesen, dies direkt anlässlich der

Begutachtung geltend zu machen. Ferner machte er in seiner Einsprache vom 31. August 2017 (Suva-Akten Nr. 232), schon damals anwaltlich vertreten, noch keine Verständigungsprobleme während der Begutachtung geltend. Der Einwand muss deshalb auch als verspätet angesehen werden.

3.3. Weiter ist es durchaus nachvollziehbar, dass der Suva-Neurologe bereits in seiner Beurteilung vom 2. Dezember 2015 (Suva-Akten Nr. 141) festhielt, sowohl der Schwindel als auch die Nackenschmerzen seien nicht (mehr) überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom September 2014 zurückzuführen.

Bezüglich des Schwindels hatte Dr. med. H. _____ am 30. Oktober 2014 den Verdacht auf eine periphere Vestibulopathie links, konnte dies nach weiteren Abklärungen am 18. November 2014 aber nicht bestätigen, weshalb er von unklaren Schwindelbeschwerden ausging (vgl. Suva-Akten Nr. 47) und diese damit nicht eindeutig auf den Unfall zurückzuführen waren. Zudem fällt auf, dass sich der Beschwerdeführer nur zu Beginn über Schwindel beklagte. So erwähnte er diese Problematik soweit ersichtlich weder anlässlich des Assessments in der Rehaklinik G. _____ noch anlässlich der Begutachtung durch die Suva-Ärzte. Vielmehr verneinte er anlässlich letzterer gegenüber dem Suva-Neurologen explizit, die Kopfschmerzen seien begleitet von Schwindel. Schwindelattacken werden nur in einem aktuellen Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erwähnt (vgl. Bericht vom 10. Juni 2016; Suva-Akten Nr. 153), was aber nicht genügt, da er sich diesbezüglich einzig auf die Angaben des Beschwerdeführers stützt und diese Problematik nicht zu seinem Fachbereich gehört.

Was wiederum die Nackenschmerzen betrifft, wurde bereits im Entlassungsschein des Bezirksspitals in K. _____ (B. _____) vom 19. September 2014 (Suva-Akten Nr. 2) notiert, ein Röntgen der Halswirbelsäule (HWS) zeige keine frischen Änderungen. Überdies offenbarte ein am 29. September 2014 durchgeführtes MRI der HWS eine Diskushernie C3/4 mit foraminale Tangierung C4 beidseits, eine paramedian bis foraminale rechts gelegene Diskushernie C5/6 und 6/7 mit möglicher Kompression C6 und C7 rechts und Tangierung C6 links sowie eine kleine, nicht neurokompressive Diskushernie B3/4 rechts, sowie degenerative Veränderungen insbesondere C3–7 genannt. Gestützt darauf hielt Dr. med. L. _____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates der Suva, am 8. Juni 2015 (Suva-Akten, Nr. 88) fest, den angegebenen Beschwerden im Bereich der HWS liege kein organisches Substrat im Sinne einer unfallbedingten strukturellen Läsion zugrunde. Deshalb sind die Nackenschmerzen zum Zeitpunkt des hier streitigen Einspracheentscheides mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf das Unfallereignis, sondern vielmehr auf die fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen zurückzuführen.

3.4. Ferner ist es zwar richtig, dass anlässlich des am 23. und 24. März 2015 in G. _____ durchgeführten Assessments im Gegensatz zur Suva-Begutachtung auch umfangreiche neuropsychologische Tests stattfanden. Gemäss dem von Dr. med. M. _____, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, verfassten Gesamtbericht vom 25. März 2015 (Suva-Akten, Nr. 72), der die vorbestehenden medizinischen Akten sowie den Bericht der Neuropsychologen vom 23. März 2015 (Suva-Akten, Nr. 76) korrekt wiedergibt, bestand damals eine unspezifische mittelschwere multifaktoriell bedingte kognitive Störung bei reaktiver depressiver Symptomatik, chronischer Schmerzbelastung und Schlafstörung, zumindest teilweise wahrscheinlich auch infolge einer Schädigung des Gehirns; allenfalls auch vorbestehende Schwächen bei tiefem Bildungsniveau, Medikamentenübergebrauchskopfschmerzen, DD posttraumatisch (G44.4) sowie eine Anpassungsstörung (F43.2, DD Depression F32.9). In neuropsychologischer Hinsicht imponierte

damals der Beschwerdeführer im klinischen Kontakt als psychomotorisch verlangsamt und antriebsgemindert und es zeigten sich deutlich Einschränkungen bei den Aufmerksamkeitsfunktionen.

Die Suva-Gutachter hingegen diagnostizierten im Februar 2017 nur noch eine leichte kognitive Störung und Belastbarkeitsminderung. Der Suva-Neurologe erklärte, aufgrund der Verhaltensbeobachtung könne die früher beschriebene kognitive Verlangsamung nicht mehr nachvollzogen werden. Auch ohne nochmalige Durchführung einer neuropsychologischen Untersuchung würden sich anamnestisch Hinweise auf eine Besserung des Gesundheitszustandes ergeben. Die Suva-Psychiaterin ihrerseits gab wieder, der Beschwerdeführer bemühe sich die gestellten Fragen prompt zu beantworten und führe auch die Testungen in gutem Arbeitstempo durch, ohne zu zögern. Auffassungsvermögen/Instruktionsverständnis seien gut. Während der gesamten Untersuchung hätten sich keine Ermüdungszeichen gezeigt. Es seien keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen aufgefallen bei vorhandener geistiger Umstellungsfähigkeit. Die Konzentration sei mittels kontinuierlicher Rechenaufgabe (100-7) geprüft worden, wobei aufgefallen sei, dass die ersten drei Ergebnisse sehr rasch richtig genannt wurden, bei den weiteren Ergebnissen aber Korrekturen nötig waren. Das episodisch-biographische Gedächtnis sei leicht beeinträchtigt (Fehlerhafte Angabe der Wiederaufnahme der Arbeit am Tag der Rückkehr aus dem B. _____ nach dem Unfall). Es lägen keine Hinweise für eine relevante Störung des Kurzzeitgedächtnisses vor.

Damit hatte sich die neuropsychologische Situation im Vergleich zur Situation von 2015 offensichtlich verbessert, weshalb es nachvollziehbar ist, dass die Suva-Gutachter, die weiterhin von einer zu berücksichtigenden leichten kognitiven Störung und Belastbarkeitsminderung ausgehen, von neuropsychologischen Tests abgesehen haben.

3.5. Weiter ist es es nicht zu kritisieren, dass der Suva-Neurologe festhält, die Kopfschmerzen seien formal auf einen Medikamentenübergebrauch zurückzuführen. So hatte bereits am 3. März 2015 (Suva-Akten Nr. 129) Dr. med. I. _____ vorgeschlagen, der Beschwerdeführer solle wegen der Gefahr eines medikamenteninduzierten Kopfschmerzes die Medikamente Novalgin und Dafalgan absetzen. Ebenso stufte Dr. med. M. _____ die Kopfschmerzen als Medikamentenübergebrauchskopfschmerzen ein. Dennoch hielt der Suva-Neurologe überdies explizit fest, diese liessen sich jedoch auch im Rahmen der Hirnverletzung als posttraumatisch einordnen. Ebenso nicht zu bemängeln ist, dass die Beeinträchtigung durch die Kopfschmerzen nur als gering eingestuft wurde. So ging die Suva-Psychiaterin in ihrem Teilgutachten vom 7. Februar 2017 (Suva-Akten Nr. 193) von einer Diskrepanz zwischen dem verbalen und nonverbalen Schmerzverhalten aus. Der Beschwerdeführer gebe die Kopfschmerzen mit einer Intensität von 7/10 an, zeige anlässlich der Begutachtung aber keine erkennbaren Verhaltensäusserung in Sitzposition, Mimik oder Gestik, welche auf eine Beeinträchtigung durch Kopfschmerzen hinweise. Der Suva-Neurologe notierte ebenso keine auffälligen Positionswechsel oder Schmerzäusserungen und erklärte überdies, während der am Ende des Untersuchungstages durchgeführten neurologischen Untersuchung wirke der Beschwerdeführer nicht ermüdet, was ebenfalls als Indiz gewertet werden kann, dass die Beeinträchtigung durch die Kopfschmerzen geringer ist, als in der Beschwerde geltend gemacht wird.

3.6. Hinsichtlich der gemäss dem Beschwerdeführer nicht im erforderlichen Ausmass berücksichtigten "shearing injuries" ergibt sich, dass anlässlich der konsiliarischen Begutachtung Neuro-radiologie durch die Klinik N. _____ am 10. November 2015 (Suva-Akten Nr. 139) einzig der Verdacht auf "shearing injuries" im Corpus callosum geäussert wurde, der jedoch nicht bestätigt werden konnte. Die ebenfalls diagnostizierten diskreten mikroangiopatische Veränderungen, DD

nicht hämorrhagische shearing injuries stehen gemäss dem Suva-Neurologen überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem bekannten, aber nicht behandelnden Bluthochdruck. Ferner genügen die allgemeinen Informationen, die der Beschwerdeführer aus der von ihm angegebenen Internetseite (<http://www.neurochirurgie.usz.ch/fachwissen/hirnverletzungen/Seiten/axonaleverletzungen.aspx>; besucht am 5. März 2019) bezieht, nicht, um Zweifel an den umfangreichen Abklärungen aufkommen zu lassen. So handelt es sich gemäss dieser Internetseite bei den sog. Axonalen Verletzungen um kleine Verletzungen der Nervenfasern, welche die Verbindung bzw. Kommunikation zwischen den Nervenzellen einschränken. Diese Verletzungen würden meist während eines sehr schweren Traumas mit ausgeprägter Bewegung des Kopfes entstehen und könnten in der initialen Computertomografie (CT) meist gar nicht oder nur indirekt im Rahmen einer kleinen Blutung gesehen werden. Eine bessere Beurteilung dieser Verletzung sei mittels MRT möglich. Patienten mit Shearing Injuries im Bereich des Hirnstamms hätten eine schlechte Prognose und dieses Verletzungsmuster sei ein Hinweis auf ein schweres Schädelhirntrauma.

Vorliegend bestehen aber eben gerade keine Hinweise, dass es zu einem sehr schweren Trauma mit ausgeprägten Bewegung des Kopfes bzw. zu einem schweren Schädelhirntrauma gekommen ist. Zwar erklärte Dr. med. M. _____ in ihrem vorerwähnten Bericht, es sei aufgrund der im Bericht zum MRI Neurocranium vom 24. September 2014 (Suva-Akten Nr. 12) nicht mehr von einer leichten traumatischen Hirnverletzung auszugehen, sondern von einer höhergradigen, jedoch wurde von keinem der involvierten Ärzte ein sehr schweres Trauma bzw. ein schweres Schädelhirntrauma festgehalten. Überdies kam es gemäss dem Bericht zum MRI Neurocranium vom 10. November 2016 (Suva-Akten Nr. 179) im Vergleich zur Voruntersuchung von 2014 zu einer vollständige Regredienz des subduralen Hygroms rechts. Soweit der Beschwerdeführer angesichts von diesen "shearing injuries" eine schwere Beeinträchtigung der Hirnfunktionen als wahrscheinlich sehen will, steht dies im klaren Widerspruch zu den Ergebnissen der Begutachtung, wo, wie dargestellt, eben einzig noch von einer leichten neuropsychologischen Beeinträchtigung ausgegangen wurde.

3.7. Ebenso nicht gehört werden kann die Kritik, das im Gutachten angegebene Arbeitsprofil entspreche eher einer Anstellung in einer geschützten Werkstatt als einer Anstellung auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Dies schon deshalb, weil die Suva für die Berechnung des Invalideneinkommens auf ihre Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) zurückgegriffen hat. Dabei waren nicht weniger als 63 konkrete Arbeitsplätze für den Beschwerdeführer in Frage gekommen. Die fünf davon ausgesuchten DAP-Blätter entsprechen Arbeitsplätze unter anderem bei der O. _____ AG oder bei der P. _____ AG, wobei es sich sicher nicht um geschützte Arbeitsplätze handelt. Gegen die von der Suva berücksichtigten fünf DAP-Blätter bringt der Beschwerdeführer denn auch keine Kritik vor.

Es ist zwar richtig, dass bei dem durch die Invalidenversicherung finanzierten Arbeitsversuch bzw. Aufbautraining beim ehemaligen Arbeitgeber vom 1. August bis 31. Oktober 2015 das ausgeübte Pensum nie auf über 50% hat erhöht werden können. Dieses Pensum übte der Beschwerdeführer bereits seit dem 20. Oktober 2014 bis zur Kündigung per 31. Juli 2015 aus.

Anlässlich des Gesprächs am Arbeitsplatz vom 10. August 2015 (Suva-Akten Nr. 115) gab der Arbeitgeber wieder, der Beschwerdeführer falle dadurch auf, dass er sehr vergesslich sei und die Leistung stark nachgelassen habe. Er arbeitete an einer Apfelverarbeitungsmaschine und müsse von einem anderen Mitarbeiter begleitet werden. Am Mittag sei dem Beschwerdeführer die Müdigkeit jeweils anzusehen. Weil von den Mitarbeitern eine gewisse Flexibilität erwartet werde, habe es auch vereinzelt Tage gegeben, wo er auf Anfrage mehr als 50% gearbeitet habe, wobei er die

zusätzliche Zeit jeweils habe kompensieren können. Am 13. Oktober 2015 fand beim Hausarzt Dr. med. Q. _____, Praktischer Arzt, ein Gespräch zwischen namentlich dem Beschwerdeführer, der IV und der Suva statt. Die Leistung während des 50%-Pensums (jeweils am Morgen) habe gemäss den letzten Angaben des Arbeitgebers etwa 20% betragen, weshalb eine Wiederanstellung nicht in Frage komme. Der Hausarzt seinerseits erklärte, er unterstütze eine Weiterbeschäftigung, da dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit "völlig" möglich sei.

Dass damals seine Leistung zu wünschen übrig liess, erstaunt nicht weiter. So fiel er einige Monate zuvor in G. _____ eben gerade durch eine allgemeine Verlangsamung auf und es bestand eine mittelschwere kognitive Störung. Inzwischen ist jedoch, wie dargestellt, von einer eindeutigen Verbesserung der Situation auszugehen, weshalb er aus dem Arbeitsversuch von 2015 nichts zu seinen Gunsten ableiten kann. Ferner gab er während der Begutachtung gegenüber dem Suva-Neurologen (vgl. neurologische Beurteilung vom 7. Februar 2017; Suva-Akten Nr. 191) wieder, er arbeite im Rahmen einer Eingliederungsmassnahme in Flamatt zu 50%, die Arbeit gefalle ihm gut. Nach der Arbeit sei er müde und lege sich zu Hause ca. eine halbe Stunde hin, unternehme am Nachmittag aber ausgedehnte Spaziergänge. Gegenüber der Suva-Psychiaterin (vgl. psychiatrische Beurteilung vom 7. Februar 2017; Suva-Akten Nr. 193) variierte er zwar leicht seine Angaben und erklärte, nach der Arbeit lege sich ca. für 60–90 Min hin, dies zwar nicht jeden Tag, sondern 2–3 Mal/Woche. Am Abend unternehme er mit seiner Frau Spaziergänge von 5 km. Diese Angaben belegen, dass es seit 2015 zu einer klaren Verbesserung gekommen ist.

Die Tatsache, dass der behandelnde Psychiater in seinem vorerwähnten Bericht von einer deutlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgeht, ändert daran nichts. So hält dieser in Diagnosen vor allem auch diverse somatische Diagnosen fest, die hier nicht berücksichtigt werden können, weshalb anzunehmen ist, dass seine Angabe sich nicht allein auf die psychiatrische Seite stützt.

3.8. Hinsichtlich der Berechnung des Invaliditätsgrads bringt der Beschwerdeführer keine konkrete Kritik vor. Da es an der Sichtweise der Suva bezüglich der Arbeitsfähigkeit nichts auszusetzen gibt, ergibt sich auch keine Änderung beim Invaliditätsgrad und die von der Suva vorgenommene Berechnung erweist sich als korrekt.

4.

Zusammenfassend gibt es am bidisziplinären Suva-Gutachten nichts auszusetzen und die Suva hat sich zu Recht auf dieses abgestützt. Damit ist in einer angepassten Tätigkeit bei einem Vollpensum von einer um 20% verminderten Leistungsfähigkeit auszugehen, womit sich ein Invaliditätsgrad von 21% ergibt. Der Einspracheentscheid vom 28. Februar 2018 ist zu bestätigen und die Beschwerde abzuweisen.

Gemäss dem hier zur Anwendung kommenden Prinzip der Kostenlosigkeit des Verfahrens werden keine Gerichtskosten erhoben.

Der mit seinen Anträgen unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

(Dispositiv auf nachfolgender Seite)

Der Hof erkennt:

- I. Die Beschwerde von A. _____ wird abgewiesen.
- II. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
- III. Es besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung.
- IV. Zustellung.

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird. Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig.

Freiburg, 14. März 2019/bsc

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber-Berichterstatter: