

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/42 vom 25. April 2016**

Sg Versicherungsgericht, 2016-04-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2014\\_42](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2014_42)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/42 du 25 avril 2016

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/42 del 25 aprile 2016

## **Regeste**

Art. 6 UVG: Bejahung gewisser organischer Unfallrestfolgen nach leichtem Schädelhirntrauma (kompensierter Vestibularisschaden). Art. 18 Abs. 1 UVG: Verneinung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades. Art. 24 UVG: Verneinung eines Anspruchs auf Integritätsentschädigung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. April 2016, UV 2014/42). Entscheid vom 25. April 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Anfechtungsgegenstand der vorliegenden Beschwerde bildet der Einspracheentscheid vom 6. Mai 2014 (Suva-act. 119), dem die Verfügung vom 28. Oktober 2013 zugrunde liegt (Suva-act. 96). Darin stellte die Beschwerdegegnerin die Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen per 30. November 2013 ein und verneinte einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung.

### **E. 2**

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 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). 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 sie 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). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Für die Bejahung des medizinischen Endzustands wird keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt. Ebenfalls nicht verlangt wird, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 4. November 2008, 8C\_467/2008, E. 5.2.2.2; vgl. auch BGE 134 V 112 ff. E. 3 und 4; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 143, 145). Die Integritätsentschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein

Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

2.2 Im Rahmen der in Erwägung 2.1 angeführten gesetzlichen Bestimmungen bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach 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; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 53 ff.). Die Prüfung der Voraussetzungen für das Ende des Anspruchs auf Heilbehandlung und Taggeld bzw. des Fallabschlusses (vgl. Erwägung 2.1) hat nur dann zu erfolgen, wenn zwischen dem Unfall und den fortdauernd geklagten Beschwerden sowohl die natürliche als auch die adäquate Kausalität zu bejahen ist. Andernfalls entfällt zum Vornherein ein Anspruch auf Heilbehandlung und Taggeld. In Bezug auf die Heilbehandlung muss diesfalls auch nicht mehr geprüft werden, ob von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 116 V 44 E. 2c; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 274).

2.3 Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht bisweilen auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen angewiesen. 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, BGE 123 III 110; PVG 1984 Nr. 82, 174). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1, BGE 127 V 102 E. 5b/bb). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung und kein Schädelhirntrauma erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung oder eines Schädelhirntraumas, muss geprüft werden, ob zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörende Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend. Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS und Schädelhirntraumen setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b).

2.4 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 Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). In diesem Rahmen geht die Rechtsprechung in Bezug auf Berichte und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und

Ärztinnen seit je davon aus, dass das Gericht in seiner Beweiswürdigung auch ihnen folgen darf, solange nicht konkrete Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.; BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee). Das Gericht hat seinen Entscheid nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht (Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N 58 f.; BGE 117 V 360 E. 4a mit Hinweisen).

### **E. 3**

3.1 Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers macht zunächst formell-rechtlich geltend, die Beschwerdegegnerin habe durch den angefochtenen Einspracheentscheid den Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör verletzt, indem sie ihrer Begründungspflicht nicht nachgekommen sei. 3.2 Einspracheentscheide sind gemäss Art. 52 Abs. 2 ATSG zu begründen. Dabei sind die Anforderungen an die Begründungsdichte unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls sowie der Interessen der Betroffenen festzulegen. Die Begründung muss so abgefasst sein, dass der Betroffene den Entscheid gegebenenfalls sachgerecht anfechten kann. In diesem Sinn müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde leiten liess und auf die sich der Entscheid stützt. Je grösser der Spielraum, welcher der Behörde infolge Ermessens und unbestimmter Rechtsbegriffe eingeräumt ist, und je stärker ein Entscheid in die individuellen Rechte eingreift, desto höhere Anforderungen sind an dessen Begründung zu stellen (BGE 118 V 58, BGE 112 Ia 107 E. 2b mit Hinweisen). Die Verwaltung darf sich nicht damit begnügen, die von der betroffenen Person vorgebrachten Einwendungen zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen; sie hat ihre Überlegungen der betroffenen Person gegenüber auch namhaft zu machen und sich dabei ausdrücklich mit den Einwendungen auseinander zu setzen oder zumindest die Gründe anzugeben, weshalb sie gewisse Gesichtspunkte nicht berücksichtigen kann (BGE 124 V 180 E. 2b). Ein Mangel in der Einspracheentscheidsbegründung kann unter bestimmten Voraussetzungen im Beschwerdeverfahren geheilt werden (ZAK 1990, 396 E. 2). Eine - nicht besonders schwerwiegende - Verletzung des rechtlichen Gehörs kann dann als geheilt gelten, wenn der Betroffene die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Diese Voraussetzung ist im Fall des Versicherungsgerichts erfüllt (vgl. Art. 46 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege, [VRP; sGS 951.1]). 3.3 Die Beschwerdegegnerin begründete ihren ablehnenden Einspracheentscheid insbesondere mit dem Hinweis auf aus ihrer Sicht organisch nicht hinreichend nachweisbare Unfallrestfolgen, bezeichnete die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers als psychisch bedingt und stellte fest, dass diesbezüglich der adäquate Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 18. Oktober 2012 nicht gegeben sei. Mit ihren Ausführungen zeigte sie die Überlegungen, von denen sie sich leiten liess, in zureichender Weise auf. Indem die Verwaltung - wie bereits gesagt - für die Feststellung des Vorliegens physischer Unfallfolgen bzw. der natürlichen Kausalität zwischen geklagten Gesundheitsschäden und Unfall im Bereich der Medizin auf Angaben ärztlicher Experten angewiesen ist (vgl. Erwägung 2.3), gab die Beschwerdegegnerin den Inhalt derjenigen ärztlichen Beurteilungen bzw. radiologischen Untersuchungsergebnisse wieder, auf welche sie sich hauptsächlich abstützte (Ergebnis der CT-Untersuchung der HWS und des Neurocraniums im Spital K.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2012 [Suva-act. 16], der MRI-Untersuchung der HWS im Röntgeninstitut H.\_\_\_\_ vom 25. April 2013 [Suva-act. 46] und der MRT-Untersuchung des Neurocraniums in der L.\_\_\_\_ vom 17. September 2013

[Suva-act. 78]; Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 26. September 2013 [Suva-act. 81]). Der Einspracheentscheid umfasst im Weiteren eine ausführliche, nachvollziehbare Adäquanzbeurteilung der nach Ansicht der Beschwerdegegnerin bestehenden psychischen Problematik. Eine Verpflichtung, sich mit jeder tatbestandlichen Behauptung oder mit jedem rechtlichen Einwand zu befassen, besteht nicht (vgl. BGE 124 V 180 E. 1a). Ein Begründungsmangel ist somit nicht ersichtlich. Die Fragen, ob die von der Beschwerdegegnerin als massgeblich betrachteten ärztlichen Beurteilungen die Annahme eines überwiegend wahrscheinlichen Sachverhalts zulassen und die Adäquanzbeurteilung richtig erfolgt ist, stellen materiell-rechtliche Fragen dar, die es nachfolgend zu prüfen gilt. Aber selbst wenn eine Verletzung der Begründungspflicht darin zu sehen wäre, dass die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid nicht explizit zu der vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in der Einsprache vom 27. November 2013 angeführten Problematik Stellung genommen hat, dass die Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden des Beschwerdeführers allenfalls auf die Kompensation des Gleichgewichtsausfalls zurückgeführt werden könnten, müsste der Mangel im vorliegenden Verfahren als geheilt gelten. Der Rechtsvertreter der Beschwerdegegnerin hat in der Beschwerdeantwort vom 4. August 2014 (act. G 5) zu dieser Frage Stellung genommen, womit sich die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers dazu in der Replik vom 22. Oktober 2014 grundsätzlich äussern konnte. Im Folgenden ist damit der materielle Standpunkt zu prüfen.

#### **E. 4**

4.1 Diesbezüglich argumentiert die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, die Frage, ob die gesundheitlichen Störungen des Beschwerdeführers auf eine unfallkausale somatische Ursache zurückzuführen seien, sei von der Beschwerdegegnerin nicht genügend abgeklärt worden. Sie betrachtet damit offensichtlich den sogenannten „Fallabschluss“ als zu früh erfolgt. Sie macht sinngemäss geltend, die erforderlichen Abklärungen seien nachzuholen und bei einem allfälligen Vorliegen unfallkausaler somatischer Restfolgen seien die Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen solange zu übernehmen, als von einer Behandlungsbedürftigkeit mit Aussicht auf eine namhafte Verbesserung auszugehen sei (vgl. dazu die Anträge in der Replik vom 22. Oktober 2014 [act. G 11]). 4.2 Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers betrachtet die Abklärungen durch die Beschwerdegegnerin zunächst insofern als unvollständig, als diese die Gegebenheiten des Unfalls vom 18. Oktober 2012 angesichts der in den Akten enthaltenen, voneinander abweichenden Angaben betreffend Gewicht und Grösse des dem Beschwerdeführer auf den Kopf gefallenen Kantholzes und der Fallhöhe des Kantholzes (Suva-act. 14, 31, 33, 50) durch ihre Abteilung Arbeitssicherheit nicht näher abklären lassen (act. G 1, Ziff. 2.2.1). Grundsätzlich ist einzuräumen, dass die Schwere einer Verletzung bzw. das Ausmass der Schädigung bei einer stumpfen Gewalteinwirkung auf den Körper durchaus von der Grösse und dem Gewicht des die Kontusion verursachenden Gegenstandes abhängig sein kann. Auch ein Zusammenhang zwischen der Fallhöhe und der kontusionierenden Krafteinwirkung kann allgemein nicht in Abrede gestellt werden. Weiter zeigt die Erfahrung, dass schwere Unfälle mit einer hohen Krafteinwirkung auf den Körper die Gefahr einer längeren Heilungsdauer sowie bleibender Unfallrestfolgen in sich bergen. Neben diesen Zusammenhängen und Erfahrungen kommt jedoch immer auch wieder die einfache Lebensweisheit zum Tragen, dass man Glück im Unglück haben kann. Insofern ist letztlich entscheidend, welche Verletzungen die verunfallte Person im konkreten Fall tatsächlich erlitten hat bzw. welche Unfallrestfolgen sie davonträgt. Mit der

Beschwerdegegnerin ist im Übrigen festzuhalten, dass sie bezüglich des Gewichts und der Abmessungen des Kantholzes sowie der Fallhöhe offensichtlich sowieso von den Angaben des Beschwerdeführers in der Unfallschilderung vom 13. Mai 2013 ausgegangen ist (vgl. dazu Suva-act. 50; vgl. Sacherhalt lit. A des angefochtenen Einspracheentscheid [Suva-act. 119]). Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass der Sachverhalt hinsichtlich Unfallereignis rechtsgenügend abklärt ist bzw. keiner weiteren Abklärungen bedarf, da davon keine weiteren entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind.

## **E. 5**

Im Folgenden ist zu prüfen, welche der gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers als unfallkausal zu betrachten und damit im Rahmen der Festlegung des Fallabschlusses sowie der Ansprüche auf Versicherungsleistungen relevant sind. Laut Aussage der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers leidet dieser auch heute noch unter körperlichen Unfallfolgen, konkret unter Schwindelbeschwerden sowie Kopf- und Nackenschmerzen (vgl. Suva-act. 39 f., 50, 58, 79, 81, 110). Die Feststellung des Rechtsvertreters der Beschwerdegegnerin, hierbei handle es sich um ein psychisches und nicht um ein somatisches Beschwerdebild, wird von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers in Abrede gestellt. 5.1 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine organisch-strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte organisch-strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Eine manuelle ärztliche Untersuchung fördert klinische, nicht aber objektivierbare organisch-strukturelle Ergebnisse zu Tage. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden und die dabei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, BGE 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen, BGE 117 V 363 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]; Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C\_806/2007, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen). Beim Beschwerdeführer wurden die bei den von ihm beklagten Beschwerden (vgl. Erwägung 5) und dem von ihm erlittenen Unfall (dem Beschwerdeführer fiel ein Kantholz aus einer Höhe von ca. 4 Metern auf den Kopf) angezeigten Untersuchungen (radiologische Untersuchungen des Neurokraniums und der HWS, apparative neurootologische Untersuchungen, neurologische EEG-Untersuchung) durchgeführt.

## **E. 5.2**

5.2.1 Nachdem die computertomographische Untersuchung der HWS im Spital K.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2012 keine Fraktur, ein regelrechtes vorderes und hinteres Alignment, keine spinalen Einengungen und keine Diskushernie gezeigt hatte (Suva-act. 16), kamen bei der MRT-Untersuchung im Röntgeninstitut H.\_\_\_\_ vom 25. April 2013 eine mässiggradige Osteochondrose in den Segmenten C3/4 bis und mit C6/7 mit kleinen ventralen spondylophytären Anbauten und eine mediorechtslaterale Diskusprotrusion in den Segmenten C3/4 und C6/7 mit nahem Kontakt zu den entsprechenden Wurzeln im Abfaltungsbereich, jedoch mit fraglicher klinischer Signifikanz, zur Darstellung. Posttraumatische Veränderungen im Sinne eines Bone bruise der Wirbelkörper oder der posterioren Elemente konnten keine nachgewiesen werden (Suva-act. 46). Bei der

Diskusprotrusion und der Osteochondrose handelt es sich zweifelsohne um klare organische Substrate. Wie jedoch das EVG in seiner Rechtsprechung festhielt, entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass Diskushernien und folglich auch Diskusprotrusionen in aller Regel degenerative Erkrankungen darstellen (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192 E. 2a mit Hinweisen; Urteile des EVG vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3.1, zusammengefasst und kommentiert durch David Weiss in AJP 2006, S. 877, und vom 18. Februar 2002, U 459/00, E. 3b; Wolfgang Meier, Lumbale Diskushernie und Unfall, in: Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 68 [1995], S. 16; vgl. dazu auch Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 879 f.; Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 182; Leitlinie der Orthopädie, Hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und dem Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, 2. Aufl., Köln 2002, S.5). Auch im konkreten Fall liegen keine überzeugenden Anhaltspunkte für eine überwiegend wahrscheinlich unfallbedingte Verursachung der Diskusprotrusion vor. Laut Unfallschilderung des Beschwerdeführers traf das Kantholz nicht seine HWS, sondern fiel auf seinen Kopf. Anlässlich der Erstuntersuchung im Spital K.\_\_\_\_ war die HWS aktiv frei beweglich. Es bestanden nur leichte bewegungsabhängige Schmerzen sowie ein leichter Druckschmerz mit p.m. (punctum maximum) über dem Muskelansatz des M. Trapezius beidseits (Suva-act. 14). Anzuführen ist, dass auch Prof. Dr. J.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 29. September 2014 festhält, die Bandscheibenprotrusionen im MRI hätten nichts mit dem Unfall zu tun. Sie seien ein Normalbefund üblicher degenerativer Veränderungen der HWS in diesem Alter (act. G 11.1). Bei der Osteochondrose handelt es sich ebenfalls um eine häufige, im Rahmen eines Degenerationsvorgangs auftretende, mithin nicht traumatisch bedingte Veränderung an der Wirbelsäule, die ein Vorstadium oder eine Begleiterscheinung der Diskusprotrusion bzw. Diskushernie bilden kann (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 852 ff.; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2013, 264. Aufl., S. 230 f., 1528 f.). Insofern ergeben die beiden Gesundheitsschäden zusammen das Bild einer geschlossenen degenerativen Problematik im Bereich der HWS. Entsprechend erwähnte die Radiologin des Röntgeninstituts H.\_\_\_\_ im Untersuchungsbericht vom 25. April 2013 degenerative Veränderungen mit Osteochondrosen. 5.2.2 Indem die Radiologin des Röntgeninstituts H.\_\_\_\_ die klinische Signifikanz der Diskusprotrusion als fraglich bezeichnete, erscheint ohnehin zweifelhaft, ob die organischen Substrate im Bereich der HWS des Beschwerdeführers ursächlich für seine Nackenbeschwerden sein können (Suva-act. 46). Dr. D.\_\_\_\_ erhob beim Beschwerdeführer anlässlich seiner klinischen neurologischen Untersuchung vom 15. September 2013 eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS in alle Richtungen sowie einen diffusen Druckschmerz im Schultergürtelbereich bzw. über dem Scheitel. Diese Befunde ordnete er im entsprechenden Untersuchungsbericht einem chronifizierten Schmerzsyndrom im Schulter-/Nackenbereich zu (Suva-act. 79). Laut Roche Lexikon Medizin (a.a.O., S. 1791) handelt es sich bei einem Syndrom um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem „Symptommuster“ manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen - u. a. auch psychische Ursachen - bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Zur fraglichen Diagnose führt mithin eher das vom jeweiligen Patienten subjektiv angegebene „Symptommuster“ als ein objektiv erhobener organischer Befund. Von der Schmerzsyndrom-Diagnose lässt sich mithin keine organische Ursächlichkeit der Schmerzen und damit auch keine strukturelle organische Unfallrestfolge ableiten. Der Zusatz „chronisch“ zementiert sodann zumindest das Nichtvorliegen einer

organischen Unfallrestfolge. Der Begriff „chronisch“ steht dem Begriff „traumatisch“ entgegen. Während letzter einen akut aufgetretenen Zustand beschreibt, bedeutet chronisch „langsam sich entwickelnd, langsam verlaufend“ (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. Berlin 2014, S. 389; Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 334). Bei einer Chronifizierung, die nach einem Unfall aufgetreten ist und wie im konkreten Fall keine traumatische organisch-strukturelle Läsion verursacht hat (vgl. Erwägung 6.2.1), geht die medizinische Literatur davon aus, dass diese nicht auf eine ungenügende Gewebeheilung zurückzuführen ist, sondern dass andere, unfallfremde Gründe für den Schmerz verantwortlich sind (vgl. Bär/Kiener, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 vom Dezember 1994, S. 45 ff.).

### **E. 5.3**

5.3.1 Dem Beschwerdeführer fiel beim Unfall vom 18. Oktober 2012 unbestrittenermassen ein Kantholz auf den Kopf. Die Ärzte des Spitals K.\_\_\_\_ stellten am Unfalltag die Diagnose eines leichten Schädelhirntraumas. Diese definiert zwar eine schädigende Einwirkung des Unfalls auf den Schädel. Allein damit sind jedoch keine organischen Unfallrestfolgen objektiv erstellt. Hierzu bedarf es einer feststellbaren intrakraniellen Läsion oder eines messbaren Defektzustands in Form neurologischer Ausfälle. Das Ergebnis der im Spital K.\_\_\_\_ am 18. Oktober 2012 durchgeführten CT-Untersuchung des Neurokraniums zeigte keine intrakraniellen Traumafolgen, keine Blutung und keine Fraktur, sondern einzig eine chronische Schleimhautschwellung im Bereich des Sinus maxillaris beidseits sowie des Sinus sphenoidalis links (Suva-act. 16). Das MRT des Radiologen der L.\_\_\_\_ vom 17. September 2013 ergab ebenfalls einen altersentsprechenden Befund des Schädels, insbesondere keinen Nachweis einer posttraumatischen Schädel-/Hirnverletzung (Suva-act. 78).

5.3.2 Auch die neurologischen Untersuchungen durch Dr. D.\_\_\_\_ haben keine klar ausgewiesene traumatisch verursachte und bleibende Hirnverletzung gezeigt. Das von Dr. D.\_\_\_\_ am 23. November 2012 neben der klinisch neurologischen Untersuchung mit vollumfänglich normalen Befunden durchgeführte EGG zeigte keinerlei Auffälligkeiten (Suva-act. 20). Eine von ihm am 15. September 2013 durchgeführte klinisch-neurologische Untersuchung ergab erneut einen regelrechten Hirnnervenbefund (Suva-act. 79). In den entsprechenden Untersuchungsberichten vom 24. November 2012 und 15. September 2013 stellte er schliesslich die Diagnose eines persistierenden unsystematischen Schwindels und Kopfschmerzes nach Schädelhirntrauma vom 18. Oktober 2012. Die Formulierung „unspezifisch“ (= unklar, nicht genau bestimmt, nicht differenziert) steht für die Unbestimmtheit der Ätiologie der geklagten Beschwerden und lässt damit die überwiegend wahrscheinliche Annahme einer organischen Unfallrestfolge nicht zu.

5.3.3 Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass sich die Beschwerden des Beschwerdeführers nicht auf eine objektivierbare organische, irreversible Hirnverletzung zurückführen lassen. Zum selben Ergebnis kam Prof. Dr. J.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 29. September 2014 (act. G 11.1: „Meine Diagnose lautet: Status nach leichtem Schädelhirntrauma. Ein Hirntrauma ist ausgeschlossen.“). Beim leichten Schädelhirntrauma, bei dem die Unfallfolgen nie wirklich radiologisch als strukturelle Verletzung sichtbar gemacht werden konnten, kann - wie im vorliegenden Fall - in einer ersten Phase eine Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit angenommen werden. Aufgrund einer medizinischen Erfahrungstatsache können aber die nach dem Unfall aufgetretenen bzw. ausgelösten Beschwerden nach einem bestimmten Zeitraum, trotz ihres möglichen Fortdauerns, nicht mehr dem Unfall angelastet werden. Von Seiten der medizinischen Forschung (Gerhard Jenzer, Klinische Aspekte bei HWS-Belastungen durch

Kopfanprall oder Beschleunigungsmechanismus; Grenzbereich zum leichten Schädel-Hirn-Trauma, SZS 1996, S. 462 ff. und insbesondere S. 467) wird festgehalten, dass der typische posttraumatische Verlauf nach einer Commotio cerebri bzw. einem leichten Schädelhirntrauma einer Erholung innert sechs bis zwölf Wochen entspreche. Ungewöhnlich lang dauernde und schwere Verläufe nach Beschleunigungsverletzung würden bei Fehlen der klinischen Kriterien einer traumatischen Hirnschädigung nach einer Interpretation ausserhalb einer hirnorganischen Schädigung rufen (Jenzer, a.a.O., S. 469 mit Hinweis und S. 463; vgl. auch Bogdan P. Radanov, Über den Stellenwert der neuro-psychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, in: SZS 1996 S. 471 ff. und S. 475). Angesichts der dargelegten medizinischen Erfahrungstatsache kann im konkreten Fall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit per 30. November 2013 (Datum der Leistungseinstellung; Suva-act. 96) von einem Dahinfallen des unfallkausalen Anteils an den fortdauernd geklagten Beschwerden ausgegangen werden.

## **E. 5.4**

5.4.1 Mit den neurootologischen Untersuchungen bzw. Vestibularisprüfungen (kalorische Prüfung, Posturographie, Videookulographie, Otoskopie) vom 19. März und 25. September 2013 durch Dr. F.\_\_\_\_ (Suva-act. 35, 81) wurden schliesslich allfällige organische Ursachen des geklagten bewegungsabhängigen Schwindels abgeklärt. Besagte Ärztin hielt in der Beurteilung vom 21. März 2013 bezüglich ihrer ersten Untersuchung fest, dass die Abklärungen eine massive periphere vestibuläre Unterfunktion des rechten Gleichgewichtsorgans mit inkompletter zentraler vestibulärer Kompensation bei zentraler Präponderanz nach links ergeben hätten. Die persistierenden feinstschlägigen linksgerichteten spontanen Ausfallnystagmen würden das noch nicht ausgeheilte periphere vestibuläre Gleichgewichtssystem bei einem Status nach Commotio labyrinthi mit partiellem Ausfall des rechten Gleichgewichts bestätigen. Die massiven subjektiv beklagten okzipitofrontalen Kopfschmerzen und nuchalen muskulären Verspannungen liessen sich vor dem Hintergrund der vestibulären Symptomatik teilweise erklären (Suva-act. 35). Am 26. September 2013 schrieb Dr. F.\_\_\_\_ über ihre Verlaufsuntersuchung vom 25. September 2013, dass bei der vestibulären Diagnostik im Vergleich zu der 6 Monate zuvor durchgeführten Untersuchung eine unveränderte und persistierende Unterfunktion bis Areflexie des rechten Gleichgewichtsorgans festzustellen sei. Zwischenzeitlich sei jedoch die zentral vestibuläre Kompensation weitestgehend erfolgt, so dass sich keine Spontan- oder Provokationsnystagmen mehr abbilden liessen. Der Beschwerdeführer sollte im Rahmen dieser zentralen Kompensation eigentlich betreffend Schwindelsymptomatik nur noch geringgradige subjektive Symptome im Rahmen einer Höhenunsicherheit wahrnehmen oder unter zentral supprimierenden Medikamenten und Alkoholeinfluss verspüren. Es bleibe strukturell unklar, was die subjektive kurze Unsicherheit oder die Sekunden-Schwindelsymptome verursache, da die Untersuchungsbefunde keine diesbezüglichen Hinweise mehr geben würden. Aus otologischer Sicht beurteile sie das Gesamtbild heute als einen mit hoher Wahrscheinlichkeit definitiven, posttraumatischen subtotalen Ausfall des rechten Gleichgewichtsorgans im Sinne eines Status nach Commotio labyrinthi mit zur Zeit weitestgehend kompletter, zentraler vestibulärer Kompensation (Suva-act. 81). Angesichts der Beurteilungen von Dr. F.\_\_\_\_ nahm die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid zutreffend an, dass beim Beschwerdeführer ein dem Unfall vom 18. Oktober 2012 zuzuschreibender Vestibularisschaden verblieben sei.

5.4.2 Die neurootologische Abklärung der Schwindelsymptomatik durch den von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers beauftragten Prof. Dr. J.\_\_\_\_ bringt zumindest

hinsichtlich einer weiteren fassbaren organischen unheilbaren Läsion des Gleichgewichtsorgans keine bedeutsamen neuen Erkenntnisse hervor. Prof. Dr. J. \_\_\_ beleuchtet zwar die medizinische Situation teilweise abweichend von Dr. F. \_\_\_, indem er infolge des am 18. Oktober 2012 erlittenen Kopftraumas von einem gutartigen paroxysmalen Lagerungsschwindel ausgeht. Ein solcher sei durch ein Kopftrauma statistisch viel häufiger als eine sogenannte Kontusion oder Commotio mit Unterfunktion oder eventuell Ausfall eines Labyrinths. Seine weiteren Ausführungen im Gutachten vom 29. September 2014 (act. G 11.1) lassen jedoch darauf schliessen, dass er im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (30. Oktober 2013) nicht mehr von organisch begründeten Beschwerden wegen des von ihm erwogenen gutartigen paroxysmalen Lagerungsschwindels ausgeht. Im Grunde stellt er bereits eine beim Unfall erlittene und den Schwindel organisch ausgelöste Läsion in Frage, wenn er angibt, dass die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers einen (eventuell nur) intermittierend auftretenden Lagerungsschwindel und -nystagmus vermuten liessen, der bei früheren Untersuchungen nicht habe beobachtet werden können. Prof. Dr. J. \_\_\_ beschreibt sodann zwei verschiedene Arten von gutartigen paroxysmalen Lagerungsschwindeln und hält fest, dass diese erfahrungsgemäss von den Ärzten in Unkenntnis nicht immer umfassend untersucht würden. Die Diagnose eines solchen brauche spezielle Kenntnisse und auch ein hierfür spezielles Lagerungsmanöver. Im Falle des Beschwerdeführers sei die Diagnose in Unkenntnis dieser Möglichkeit verpasst worden. Seinen Ausführungen kommt allerdings angesichts seiner abschliessenden Beurteilung - ein früherer Lagerungsschwindel könne zwar nicht ausgeschlossen werden, dieser sei jedoch sistiert bzw. selbst verheilt, womit das Vorliegen eines solchen jetzt zu verneinen sei - keine rechtliche Relevanz mehr zu. Prof. Dr. J. \_\_\_ fand bei seiner Untersuchung keine Auffälligkeiten ausser einer massiven Reaktion des Beschwerdeführers bei den verschiedenen Lagerungsmanövern. Dies sei selten bei Patienten zu beobachten, die den Lagerungsschwindel als so bedrohlich erlebt hätten, dass sie - als idiosynkratische Reaktion - in Erwartung des Schwindels in Panik gerieten - Hyperventilation des Patienten -, auch wenn die Ursache des Schwindels - die im Bogengang freien Partikel seien ja verschwunden - nicht mehr vorhanden sei. Offensichtlich schreibt Prof. Dr. J. \_\_\_ die fortdauernden Beschwerden bzw. die persistierende Schwindelerwartung im Ergebnis keinem fassbaren organischen Substrat, sondern vielmehr einer psychischen Komponente zu. So lautet die von ihm bezüglich der Schwindelsymptomatik gestellte Diagnose: „Psychisch persistierende Schwindelerwartung und -beschwerden ohne Nystagmus und damit ohne Nachweis einer jetzigen organischen Genese bei Verdacht auf vorangegangenen Lagerungsschwindel des rechten horizontalen Bogengangs (geotrope Form) mit möglicherweise Unterfunktion desselben mit Erholung. Vergesslichkeit und Nackenbeschwerden sind im Rahmen dieser ständigen Schwindelerwartung zu interpretieren. Keine Hinweise auf eine Angstkrankheit“. Prof. Dr. J. \_\_\_ stimmt in seiner Beurteilung mit Dr. D. \_\_\_ überein, der in seinen Untersuchungsberichten einen persistierenden „unsystematischen“ Schwindel nach Schädelhirntrauma vom 18. Oktober 2012 diagnostizierte und festhielt, dass insgesamt keine Hinweise für einen peripher- oder zentral-vestibulären Schwindel hätten gefunden werden können. 5.4.3 Hinsichtlich des von Dr. F. \_\_\_ erhobenen Befundes beschreibt Prof. Dr. J. \_\_\_ generell die Wahrscheinlichkeit eines positiven Heilungsverlaufs und erklärt weiter, inwiefern aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage und Untersuchungsergebnisse die von Dr. F. \_\_\_ angenommene Unterfunktion problematisch sei (fehlendes initiales Beschwerdebild, widersprechende Diagnose eines „unsystematischen Schwindels“ von Dr. D. \_\_\_, fehlende klinische

Untersuchung). Prof. Dr. J.\_\_\_\_ zeigt in seinem Gutachten also auch insofern keine weiteren, den vom Beschwerdeführer fortdauernd wahrgenommenen Schwindel begründenden unfallkausalen organischen Läsionen auf, als er die von Dr. F.\_\_\_\_ angenommene organische Unfallrestfolge eines Status nach Commotio labyrinthi mit weitestgehend erfolgter zentral vestibulärer Kompensation ausschliesst.

## **E. 6**

Gestützt auf die in den Erwägungen 5.2 bis 5.4 dargelegten medizinischen Akten nahm Dr. I.\_\_\_\_ am 2. Oktober 2013 eine Gesamtbeurteilung hinsichtlich der Frage des Vorliegens objektivierbarer organischer Unfallrestfolgen vor und kam zum nachvollziehbaren Schluss, dass bis auf den kompensierten Vestibularisschaden keine weiteren natürlich-kausalen organischen Unfallfolgen hätten bestätigt werden können (Suva-act. 84). Inwiefern ein solcher einen Anspruch des Beschwerdeführers auf konkrete Versicherungsleistungen der Beschwerdegegnerin begründet, bleibt nachfolgend zu prüfen (vgl. Erwägung 9 f.).

## **E. 7**

7.1 Dem Einwand der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin habe ungenügend abgeklärt, ob und wie sehr die Kompensation der Gleichgewichtsunterfunktion, welche insbesondere von den Augen übernommen werden müsse, zu einer Überlastung der Augen führe und aus diesem Grund Kopfschmerzen hervorrufe, kann nicht gefolgt werden. Der Rechtsvertreter der Beschwerdegegnerin weist in der Beschwerdeantwort vom 4. August 2014 in Übereinstimmung mit den medizinischen Akten darauf hin, dass der Beschwerdeführer bereits vor der Kompensation über Kopfschmerzen und Schwindel geklagt habe (vgl. Suva-act. 20, 24, 27, 35, 39, 58, 79, 81). Das seit dem Unfall durchgehend geklagte, gleichbleibende Beschwerdebild spricht ebenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich für die Kompensation des Vestibularisschaden als Ursache für die Kopfschmerzen. Kopfschmerzen können überhaupt mit vieldeutigen unfallunabhängigen Einflüssen erklärt werden. Dr. F.\_\_\_\_ sprach bereits in ihrer ersten Beurteilung vom 21. März 2013 von einer ungünstigen Selbstheilungsstrategie in Form einer angstüberlagerten Bewegungshemmung im HWS-Bereich (subjektiver Versuch, dem Schwindel auszuweichen; Suva-act. 35). In ihrer Verlaufsbeurteilung vom 26. September 2013 bestätigte sie die Beobachtung einer Tendenz zu einer angstüberlagerten Somatisierung während des gesamten Untersuchungsgangs betreffend der starken Cephalaea-Symptomatik. Immer wieder habe der Beschwerdeführer während der Untersuchung seine occipito-bitemporalen Kopfschmerzen, welche ihn sehr beunruhigten, beklagt (Suva-act. 81). Von einer stark angstüberlagerten Somatisierung ging schliesslich auch Dr. C.\_\_\_\_ in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 4. November 2013 aus (Suva-act. 102). Vor allem auch die Fachpersonen der Rehaklinik G.\_\_\_\_, welche den Beschwerdeführer während seines stationären Aufenthalts (5. März bis 9. April 2013) psychiatrisch untersucht und behandelt hatten, hatten im psychiatrischen Bericht vom 9. April 2013 die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) gestellt. Dabei würden die Kopf- und Nackenschmerzen im Vordergrund stehen, die ihren Ausgangspunkt im Ereignis vom 18. Oktober 2012 hätten. Beim Beschwerdeführer würden psychosoziale Belastungsfaktoren vorliegen, die eine Chronifizierung der Symptome möglicherweise begünstigen könnten (Suva-act. 40). Eine somatische Unfallrestfolge im Sinne indirekt begründeter Kopfschmerzen im Zusammenhang mit dem Vestibularisschaden ist angesichts dieser übereinstimmenden ärztlichen Beurteilungen mit dem Beweisgrad der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit auszuschliessen und muss medizinisch nicht weiter abgeklärt werden. Wahrscheinlicher erscheint ein psychisch bedingter Kopfschmerz (vgl. insbesondere auch die Diagnose von Prof. Dr. J. \_\_\_ [act. G 11.1]). Die Frage, ob die Beschwerdegegnerin für einen solchen leistungspflichtig ist, ist im Rahmen einer eigenständigen Adäquanzbeurteilung nach der sogenannten Psychopraxis zu prüfen (vgl. Erwägung 2.3 und nachfolgende Erwägung 7.3).

7.2 Eine Adäquanzprüfung nach Massgabe der in BGE 134 V 109 begründeten Rechtsprechung bzw. der sogenannten Schleudertrauma-Praxis fällt ausser Betracht. Das Vorliegen eines Schädelhirntraumas, worunter sämtliche Hirnfunktionsstörungen mit oder ohne morphologisch fassbare Schädigung des Gehirns subsumiert werden, rechtfertigt die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen Comotio und Contusio cerebri liegt. Leichte Hirnerschütterungen hingegen reichen hierfür nicht aus (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. August 2014, 8C\_358/2014, E. 2.4.1, vgl. auch Urteile des EVG vom 6. Mai 2003, U 6/03, und vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2.1). Die Schwere eines Schädelhirntraumas wird üblicherweise nach dem Punktwert in der Glasgow-Coma-Skala (GCS) eingeteilt. In dieser Skala erhält der Patient für bestimmte Reaktionen (wie Augenöffnen, Reaktion auf Schmerzreize und sprachliche Äusserungen) eine Anzahl von Punkten, welche zum Schluss addiert werden. Der schlechteste Wert beträgt 3, der beste 15. Von einem leichten Schädelhirntrauma spricht man bei einem GCS-Wert von 13 bis 15 (mittelschwer: 9 bis 13, schwer: 3 bis 8; vgl. Pschyrembel, a.a.O., zu „Bewusstseinsstörung“ und „Glasgow Coma Scale“; Urteil des EVG vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2.1). Der Beschwerdeführer zeigte sich am Unfalltag beim Eintritt ins Spital K. \_\_\_ in normalem Allgemeinzustand, wach, autopsychisch sowie zeitlich und örtlich orientiert. Laut ambulantem Bericht vom 18. Oktober 2012 wurde bei ihm eine GCS-Überwachung durchgeführt, welche den Wert 15 ergab. Die Untersuchung des Neurostatus zeigte auch sonst keine Auffälligkeiten. Entsprechend wurde die Diagnose eines leichten Schädelhirntraumas gestellt. Bestimmte zum typischen Beschwerdebild eines Schädelhirntraumas gehörende Beeinträchtigungen (Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel) werden zwar vom Beschwerdeführer fortdauernd beklagt (vgl. BGE 117 V 360 E. 4b), doch ist gestützt auf die übereinstimmende medizinische Aktenlage eben davon auszugehen, dass hierfür mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit psychische Gründe und nicht mehr das am 18. Oktober 2012 erlittene leichte Schädelhirntrauma verantwortlich sind.

### **E. 7.3**

7.3.1 Laut psychiatrischem Bericht der Fachleute der Rehaklinik G. \_\_\_ vom 9. April 2013 besteht aus rein psychiatrischer Sicht keine arbeitsrelevante Leistungsminderung (Suva-act. 40). Mangels einer psychischen Störung, die den Schwellenwert der Psychopathologie erreicht und die Arbeitsfähigkeit einschränkt, könnte grundsätzlich von einer Adäquanzbeurteilung abgesehen werden. Eine allfällige psychische Problematik ist damit nämlich ohne Einfluss auf den Anspruch des Beschwerdeführers auf Versicherungsleistungen. Der Vollständigkeit halber ist dennoch festzustellen, dass selbst eine Adäquanzbeurteilung zu keinem anderen Resultat führen würde. Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines adäquat-kausalen Zusammenhangs bei psychischen Unfallfolgen zutreffend dargelegt (Erwägung 4). Darauf kann verwiesen werden. Die Adäquanzbeurteilung führte sie sodann mit Blick auf die Kasuistik (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 61 ff.) und den augenfälligen Geschehensablauf des Unfalls

vom 18. Oktober 2012 - dem Beschwerdeführer fiel ein Kantholz auf den mit einem Helm geschützten Kopf - zutreffenderweise für einen mittelschweren Unfall durch, wobei höchstens von einem mittelschweren Unfall im engeren Sinn ausgegangen werden kann. Für eine Bejahung der Adäquanz müssen hier drei der massgeblichen Kriterien (oder eines der Kriterien ausgeprägt) erfüllt sein (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 65; Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2010, 8C\_897/2009, E. 45). 7.3.2 Wie die Ausführungen der Beschwerdegegnerin zu den einzelnen Adäquanzkriterien im angefochtenen Einspracheentscheid zeigen, wäre im konkreten Fall keines der Adäquanzkriterien erfüllt und die Adäquanz zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfall demzufolge zu verneinen. Entgegen der Argumentation der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers kann aus dem Gutachten von Prof. Dr. J. \_\_\_ bzw. aus der anderslautenden Diagnose von Dr. F. \_\_\_ auch keine ärztliche Fehlbehandlung abgeleitet werden. Dass eine Fehldiagnose zu einer Fehlbehandlung führt und diese wiederum - mangels Heilbehandlung der eigentlichen, tatsächlich vorhandenen Gesundheitsstörung - zu einer Verschlimmerung des Gesundheitszustands führt, ist grundsätzlich eine nachvollziehbare Konsequenz. Bei den vom Beschwerdeführer fortdauernd wahrgenommenen Schwindelbeschwerden handelt es sich gemäss Beurteilung von Prof. Dr. J. \_\_\_ um eine idiosynkratische Reaktion infolge einer abnormen Schwindelerwartung, die - auch wenn sie ohne vorausgegangenen gutartigen Lagerungsschwindel nicht aufgetreten wäre - eine psychische Unfallfolge darstellt. Die psychischen Beschwerden sind jedoch im Rahmen der Adäquanzbeurteilung gemäss der Psychopraxis, wo es gerade um die Beurteilung der Unfallkausalität psychischer Beschwerden geht, auszuklammern. Zu berücksichtigen sind beim Kriterium der ärztlichen Fehlbehandlung nur solche in Bezug auf die fehlbehandelte somatische Unfallverletzung erheblich verschlimmerten somatischen Unfallfolgen (vgl. BGE 134 V 109 E. 6.1). Wie in Erwägung 5.4.1 ausgeführt, geht Dr. F. \_\_\_ von einem kompensierten Vestibularisschaden und Prof. Dr. J. \_\_\_ von einer spontanen Heilung des von ihm angenommenen gutartigen paroxysmalen Lagerungsschwindels aus. Eine somatische Unfallrestfolge im Sinne eines durch Fehlbehandlung verschlimmerten somatischen Gesundheitsschadens fällt damit in beiden Fällen ausser Betracht.

## **E. 8**

8.1 Im Rahmen der nachfolgenden Prüfung von Ansprüchen des Beschwerdeführers auf Leistungen der Beschwerdegegnerin ist damit einzig der somatische rechtsseitige Vestibularisschaden zu berücksichtigen. Dr. F. \_\_\_ sprach in ihrer Beurteilung vom 26. September 2013 von einem definitiven posttraumatischen Zustand, ohne Bestimmung eines weiteren therapeutischen Vorgehens (Suva-act. 81). Der bestmöglich zu erreichende Gesundheitszustand ist beim Vestibularisschaden mit der zentralen Kompensation offensichtlich erreicht. Folglich ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin per 30. Oktober 2013 den Fallabschluss vornahm und die vorübergehenden Heilkosten- und Taggeldleistungen einstellte (vgl. dazu Erwägung 2.1). 8.2 Am 15. Oktober 2013 teilte die IV der Beschwerdegegnerin mit, dass sie einen Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen abgewiesen habe. Dies mit der Begründung, dass sich der Beschwerdeführer nicht in der Lage fühle, an Eingliederungsmassnahmen mitzuwirken (Suva-act. 91). Eingliederungsmassnahmen der IV stehen damit einem Fallabschluss bzw. der Einstellung der vorübergehenden Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen nicht entgegen.

## **E. 9**

9.1 Zu prüfen ist somit der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bilden die Arbeitsfähigkeitsgradschätzung und die Umschreibung der trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten. Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Die Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen).

9.2 Sowohl die Fachleute der Rehaklinik G. \_\_\_ im Austrittsbericht vom 9. April 2013 als auch Prof. Dr. J. \_\_\_ in seinem Gutachten vom 29. September 2014 gehen davon aus, dass dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Maurer, mit dem Erfordernis auf Baugerüsten zu arbeiten, wegen seines Schwindels nicht mehr zugemutet werden könne (Suva-act. 39, act. G 11.1). In einer in körperlicher Hinsicht leichten bis mittelschweren Tätigkeit betrachten die Fachleute der Rehaklinik G. \_\_\_ den Beschwerdeführer hingegen als arbeitsfähig. Speziell eingeschränkt sei er dadurch, dass er keine absturzgefährdenden Tätigkeiten ausüben könne (Suva-act. 39). Dr. F. \_\_\_ ist offensichtlich gleicher Meinung, wenn sie festhält, dass ihr eine anfänglich langsam aufbauende Tätigkeit ohne Gerüstarbeiten verantwortbar und absolut zumutbar erscheine, insbesondere bei allen Arbeiten auf festem Grund (Suva-act. 81). Die Fachleute der Rehaklinik G. \_\_\_ führen zudem einschränkend eine aufgrund des Schwindels nicht gegebene Fahreignung des Beschwerdeführers an (Suva-act. 39). Der Rechtsvertreter der Beschwerdegegnerin stützt sich in der Beschwerdeantwort vom 4. August 2014 auf diese - angesichts der einzigen somatischen Unfallrestfolge eines kompensierten Vestibularisschadens - nachvollziehbaren und schlüssigen Arbeitsfähigkeitschätzungen bzw. Zumutbarkeitsbeurteilungen. Dabei ist insbesondere auf die Aussage von Dr. F. \_\_\_ in ihrem Bericht vom 26. September 2013 hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der zentralen Kompensation betreffend der Schwindelsymptomatik nur noch geringgradige subjektive Symptome im Rahmen einer Höhenunsicherheit wahrnehmen oder unter zentral supprimierenden Medikamenten und Alkoholeinfluss verspüren sollte (Suva-act. 81). Auch Prof. Dr. J. \_\_\_ geht beim Beschwerdeführer in einer ruhigen, eventuell sitzenden Tätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus. In seiner heutigen Tätigkeit als Magaziner zu 50% erachtet er den Beschwerdeführer bei Untherapierbarkeit vollständig eingegliedert, hält aber fest, dass er in einer anderen Verweistätigkeit theoretisch zu einem höheren Prozentsatz arbeiten könnte, wenn eine Therapie erfolgreich sei. Der von ihm gesehene Therapiebedarf bezieht sich jedoch einzig auf die Behandlung der von ihm festgestellten, psychisch bedingten persistierenden Schwindelerwartung. Mit Blick auf die somatischen Unfallrestfolgen kann mithin in einer schwindeladaptierten Tätigkeit von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. An dieser Beurteilung vermag im gleichen Sinne auch das von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers eingereichte Arbeitsunfähigkeitszeugnis von Dr. C. \_\_\_ vom 28.

Oktober 2013 mit einer nur 50%-igen Arbeitsfähigkeit ab 1. November 2013 (Suva-act. 107, act. G 1.3) nichts zu ändern. Dr. C.\_\_\_\_ empfahl in seinem Schreiben vom 4. November 2013 ebenfalls nur eine psychiatrische Behandlung (Suva-act. 102), womit die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit als krankheitsbedingt zu betrachten ist. 9.3 Betreffend Berechnung des Invaliditätsgrades kann ohne Weiteres auf den Einkommensvergleich der IV im Vorbescheid vom 20. März 2014 (Suva-act. 118) verwiesen werden. Die IV ging von einem Valideneinkommen von Fr. 65'325.-- aus, was in etwa mit der Lohnangabe in der Unfallmeldung der Arbeitgeberin vom 22. Oktober 2012 (Fr. 5'000.-- /Monat; Suva-act. 1) übereinstimmt. Das Invalideneinkommen in einer dem Leiden des Beschwerdeführers adaptierten, d.h. leidensangepassten, körperlich leichten Erwerbstätigkeit legte die IV auf Fr. 61'776.-- fest. Im Vergleich zu den Tabellenlöhnen gemäss Schweizerischer Lohnstrukturerhebung (LSE) ist ein solches Invalideneinkommen für den Beschwerdeführer sogar vorteilhaft. In Anwendung der LSE-Tabelle 2012, Tabelle TA1, privater Sektor, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) lag der Durchschnittslohn für einen Mann bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden bei Fr. 5'210.--. Bei einer betriebsüblichen Wochenarbeitszeit für das Jahr 2013 von 41.7 und nominalindexiert bis 2013 (Index: 2013: + 0.8%) ergibt sich ein Jahreseinkommen von Fr. 65'700.-- (12 x Fr. 5'475.--). Aus der Gegenüberstellung des von der IV angenommenen Validen- und Invalideneinkommens errechnet sich ein Invaliditätsgrad von 5%, womit der Mindestprozentsatz für einen Anspruch auf eine Invalidenrente gemäss UVG (Art. 18 Abs. 1 UVG: 10%) nicht erreicht ist.

#### **E. 10**

Ebenfalls zu verneinen ist ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Integritätsentschädigung. Während ein Integritätsschaden hinsichtlich des kompensierten Vestibularisschadens von Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_ (Suva-act. 81, 84) nicht einmal thematisiert wurde, hat Prof. Dr. J.\_\_\_\_ einen solchen aus organischen Gründen ausdrücklich verneint (act. G 11.1). Mit Bezug auf eine psychische Komponente des Beschwerdeführers sowie Beschwerden, die von ihm psychisch bedingt wahrgenommen werden, entfällt ein unfallbedingter Integritätsschaden mangels Unfallkausalität.

#### **E. 11**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). 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.

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