

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00204 vom 14. November 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-11-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00204

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00204 du 14 novembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00204 del 14 novembre 2012

Erwägungen

E. 1

1.1 Der Beschwerdeführer beanstandete in seiner Beschwerde aus formeller Sicht zunächst, die Beschwerdegegnerin sei ihrer Begründungspflicht weder im Einspracheentscheid vom 15. Mai 2009 noch in der Verfügung vom 9. Oktober 2008 hinreichend nachgekommen (Urk. 2/1 S. 2-3).

Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, d.h. eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht [ATSG]). Gemäss Art. 52 Abs. 2 Satz 2 ATSG werden Einspracheentscheide begründet. Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinander setzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 80 E. 5b/dd mit Hinweis, 118 V 58 E. 5b).

Aus dem Einspracheentscheid vom 15. Mai 2009 geht hervor, welchen Sachverhalt die Beschwerdegegnerin als relevant erachtete und von welchen Überlegungen sie sich bei der Abweisung des Leistungsanspruchs leiten liess. Sowohl dem Beschwerdeführer als auch dem über die Beschwerde entscheidenden Gericht ist es zudem ohne Weiteres möglich, sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild zu machen. Die Beschwerdegegnerin ist nach dem Gesagten ihrer Begründungspflicht hinreichend nachgekommen. Das Gleiche gilt hinsichtlich der Verfügung vom 9. Oktober 2008.

1.2 Weiter beanstandet der Beschwerdeführer aus formeller Sicht, eine Eingabe von ihm im Umfang von 118 Seiten fehle in den Akten der Beschwerdegegnerin (Urk. 2/1 S. 5). Die Beschwerdegegnerin bestreitet die Unvollständigkeit der Akten (Urk. 2/7 S. 12). Der Beschwerdeführer führt nicht aus, welchen Inhalt die angeblich fehlende Eingabe gehabt hat, und er reichte mit seiner ursprünglichen Beschwerde diese Eingabe auch nicht nach. Da auch ansonsten keine Anhaltspunkte für die Unvollständigkeit der Akten der Beschwerdegegnerin bestehen, ist ihre Aktenführung nicht zu beanstanden,

Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit 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 (BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 E. 3b).

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544

ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/aa und 367 E. 6a).

E. 3

3.1 Der nach dem Unfall vom 23. Mai 2006 noch am Unfalltag erstbehandelnde Dr. Y. diagnostizierte eine Kontusion Rücken und Kopf sowie Schürfwunden am rechten Ellbogen und an beiden Händen. Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 2/8/2).

3.2 Die Klinik F. hielt mit Bericht vom 26. September 2006 als Diagnose ein posttraumatisches multilokales Schmerzsyndrom fest. Die durchgeführten bildgebenden Untersuchungen und die heutige Untersuchung hätten keine pathologischen Zeichen ergeben. Die Schmerzen seien subjektiv. Dies sei jedoch bei einem Schmerzsyndrom bekannt. Die Behandlung sei somit konservativ mit Schmerzmitteln bei Bedarf und therapeutischen Übungen. Es gebe schon eine Verbesserung der Symptomatik, und mit etwas Geduld sei die Prognose sehr wahrscheinlich gut. Seit dem 23. August 2006 sei der Beschwerdeführer als Maler zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 38/1/85/7-8).

3.3 Die Klinik G. hielt mit Bericht vom 4. September 2007 fest, der Beschwerdeführer sei vom 6. August bis am 2. September 2007 bei ihnen hospitalisiert gewesen. Als Diagnosen nannte die Klinik G. (1) einen Status nach HWS Distorsionstrauma mit Kontusion von Kopf und LWS am 23. Mai 2006 (ICD-10 T03.0) mit (a) radiologisch keinen Veränderungen der ossären Strukturen, (b) persistierendem Schmerzsyndrom und (2) beginnende Coxarthrose mehr rechts als links (ICD-10 M52.3). Ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis sei bis zum 9. September 2007 ausgestellt worden. Danach sollte eine langsame Reintegration zunächst mit 50 % Präsenzzeit bei 25%iger Belastung beginnend erfolgen. Eine weitere Steigerung würden sie nach erneuter ärztlicher Beurteilung frühestens nach 4-6 Wochen empfehlen (Urk. 38/1/42/233-235).

3.4 Dr. Z. untersuchte den Beschwerdeführer am 7. Dezember 2007. Er hielt dabei fest, am 23. Mai 2006 sei der Beschwerdeführer von einem rückwärts einparkierenden PKW umgeworfen worden, das Fahrzeug sei entsprechend mit tiefer Geschwindigkeit gefahren. Gleichentags habe er einen Arzt konsultiert, er habe vor allem nuchal Schmerzen mit eingeschränkter HWS-Funktion verspürt. Am Ellbogen rechts und an beiden Händen hätten sich Schürfwunden gefunden, eine Amnesie habe nicht vorgelegen. In der Folge sei es nur langsam zu einer Erholung gekommen, die Arbeitsaufnahme sei nur zögernd und mit geringer Leistung erfolgt. Im Herbst 2006 sei es zu einer Zunahme der Beschwerden gekommen, ohne dass eine klare Ätiologie habe gefunden werden können. Die Klinik F. habe im Oktober 2006 von einem multilokalen Schmerzsyndrom gesprochen, das sich nicht weiter habe aufschlüsseln lassen. Im November 2006 habe sich bei einer orthopädischen Abklärung der Hüften rechtsbetont eine Offsetfraktur, die aber keine derart ausgeprägten Symptome gemacht habe, dass an ein chirurgisches Vorgehen zu denken gewesen wäre, gezeigt. Es sei klar, dass diese Fraktur entwicklungsbedingt sei und mit dem Sturz vom 23. Mai 2006 keinen Zusammenhang habe. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe deswegen ohnehin nicht. Im Frühjahr 2007 sei es zu einer langsamen Steigerung der Arbeitsfähigkeit und im Juni dann wieder zu einem Einbruch gekommen. Man habe von einer Schmerzverarbeitungsstörung gesprochen. Dies sei mit einem Aufenthalt in der Klinik G. angegangen worden und habe günstig beeinflusst werden können. Seither

sei ein kontinuierlicher Aufbau der Belastbarkeit gegläckct. Heute verrichte der Beschwerdeführer als Maler wieder alle anfallenden Tätigkeiten, die zeitliche Belastung gehe bis 60 %. Eine weitere vorsichtig dosierte Steigerung ab Januar 2008 sei vorgesehen, spätestens im Frühjahr 2008 sollte die volle Leistungsfähigkeit erreicht sein. In somatischer Hinsicht sei der Beschwerdeführer tiefgreifend abgeklärt worden, es hätten sich keine Elemente, die gegen das Erreichen dieses Ziel sprächen, gefunden. Der Verlauf sei überraschend protrahiert, jetzt sei die Entwicklung aber befriedigend. Die weitere Steuerung der Arbeitsbelastung müsse sorgfältig dosiert werden, diese Aufgabe liege in den Händen von Dr. A.____. Er selber habe für das heutige Datum die geltende 40%ige Arbeitsunfähigkeit besttigt (Urk. 2/8/84).

3.5 Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Gastroenterologie und Innere Medizin, führte beim Beschwerdeführer am 17. Januar 2008 eine Ösophago-Gastro-Duodenoskopie durch, welche unauffällig war (Bericht vom 18. Januar 2008, Urk. 2/8/127).

3.6 Dr. A.____ berichtete der Beschwerdegegnerin am 5. Februar 2008, der Beschwerdeführer leide an teils muskulo-skelettalen, teils neurovegetativen Beschwerden. Es bestehe eine Reflux-Krankheit, wobei die Laryngoskopie eine massiv verdickte und gerötete Schleimhaut interarytenoidal ergeben habe. Die Stimmänder seien reizlos. Ein CT des Iliosakralgelenks und des Beckens habe einen normalen Befund gezeigt (Urk. 2/8/99).

3.7 Mit Bericht vom 6. März 2008 hielt Dr. A.____ fest, leider habe der Beschwerdeführer am 4. Februar 2008 eine Exazerbation der Beschwerden cervical gehabt, und es habe eine Arbeitsunfähigkeit von 81,25 % bestanden, am 5. Februar 2008 sei er zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Der Beschwerdeführer habe auch Hautausschläge bekommen, welche ziemlich rötlich, intensiv, zahlreich sowohl an den Extremitäten, am Körperstamm und auch in der Genitalregion vorlägen. Der Beschwerdeführer sage, diese Ausschläge seien ihm bekannt, sie würden nach Ausruhen verschwinden. Deshalb sei der Beschwerdeführer auch bis Ende Woche arbeitsunfähig. Die Untersuchung vom 12. Februar 2008 habe eine leichte Druckdolenz im Bereich der Nackenmuskulatur am Übergang Schulter-Trapezius gezeigt, die Beweglichkeit sei bis in die Endexkursion, mit leichter Einschränkung nach rechts, in der Sagittalebene erhalten (Urk. 2/8/112).

3.8 Dr. Z.____ hielt mit Stellungnahme vom 18. März 2008 fest, bei der Untersuchung vom 7. Dezember 2007 (vgl. E. 3.4) hätten sich keine klinisch fassbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen gefunden. In den Berichten von Dr. A.____ werde von einer Refluxkrankheit gesprochen, eine entsprechende Symptomatik verneine der Beschwerdeführer aber. Es wäre dies ohnehin ein unfallfremdes Problem ohne Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Unfallbedingt seien aus jetziger Sicht keine weiteren Abklärungen nötig. Es sei auch nicht verständlich, weswegen es immer wieder zu massiven Schmerzexazerbationen komme, die den Beschwerdeführer veranlassten, die Arbeit fast vollständig niederzulegen. Aufgrund des rein Medizinischen wäre zu erwarten, dass der Beschwerdeführer wieder voll arbeite, da Störungen am Bewegungsapparat nicht mehr fassbar seien. Dasselbe gelte für Störungen an anderen Organsystemen, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würden (Urk. 2/8/118).

3.9. Dr. med. I. ____, Fachärztin FMH für Ohren-Nasen-Halskrankheiten, teilte dem Beschwerdeführer am 30. April 2008 mit, bei der gastrokopischen Untersuchung durch Dr. H. ____, seien keine erosiven Veränderungen festgestellt worden. Bei der Laryngoskopie am 11. März 2008 sei die Schleimhaut interarytenoidal verdickt und gerötet gewesen, was ein eindeutiger Hinweis auf eine Refluxkrankheit sei. Die Problematik sei komplex. Einerseits passten Anamnese und Befunde zu einem Schleudertrauma, andererseits lasse sich ein Teil der Beschwerden auch durch die Refluxkrankheit erklären. Aus ORL-ärztlicher Sicht bestehe kein Grund zur Arbeitsunfähigkeit. Sie empfehle bis auf Weiteres die Medikation mit einem Protonenpumpenblocker 20mg/d (Urk. 2/8/132).

3.10. Mit Bericht vom 21. Juli 2008 hielt Dr. Z. ____, fest, der Beschwerdeführer bringe multiple Beschwerden mit dem Ereignis vom 23. Mai 2006 in Zusammenhang. Auf pathologisch-anatomischer Ebene bestehe diese Verbindung nicht, die Folgen des Sturzes seien aus dieser Sicht längst abgeklungen, entsprechend sei der Beschwerdeführer seit langem wieder voll arbeitsfähig. Bei fehlenden Residuen sei keine weitere Behandlung wegen Unfallfolgen mehr nötig. Weiter zu verfolgen sei allenfalls die dermatologische Situation, werde doch unter anderem eine Allergie auf Substanzen, mit denen der Beschwerdeführer arbeite, zur Diskussion gestellt. Die dermatologischen Beschwerden hätten allerdings keinen Zusammenhang mit dem Geschehen vom 23. Mai 2006, gleiches gelte für die aus ORL-ärztlicher Sicht festgestellte Laryngitis (Urk. 2/8/141). Am 21. August 2008 ergänzte Dr. Z. ____, betreffend dermatologische Beschwerden, eine ausgedehnte allergologische Abklärung habe stattgefunden, insbesondere auch mit Substanzen, denen der Beschwerdeführer am Arbeitsplatz ausgesetzt sei, und mit Medikamenten, die er einnehme. Eine allergische Reaktion auf all diese Substanzen habe nicht festgestellt werden können. Aus dieser Sicht bestehe daher volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/42/62).

3.11. Das Spital J. ____, Dermatologische Klinik, diagnostizierte beim Beschwerdeführer mit Bericht vom 15. Juli 2008 einen Verdacht auf ein nummuläres Ekzem, differentialdiagnostisch Parapsoriasis en Plaques, aktuell vollständige Abheilung, und ein seborrhoisches Ekzem. Aufgrund der negativen Pricktestung sowie des serologisch im Normbereich liegenden Gesamt-IgE und sX1 fänden sich wie auch anamnestisch keine Hinweise auf eine atopische Diathese. Die durchgeführte breite Epikutantestung mit auch berufsrelevanten Kontaktstoffen sowie Eigenproben zeige lediglich eine Typ IV-Sensibilisierung auf Perubalsam und Thiomersal. Diese habe bei fehlendem Kontakt keine klinische Relevanz, insbesondere finde sich keine Sensibilisierung auf berufsrelevante Kontaktstoffe. Ebenfalls falle der Scratch-Test auf Paracetamol, welches gelegentlich vom Beschwerdeführer eingenommen werde, negativ aus, so dass sie auch darin keinen auslösenden Faktor sähen (Urk. 2/8/142).

3.12. Dr. A. ____, hielt mit Bericht vom 1. Oktober 2008 einen wellenförmigen Verlauf mit Exazerbationen unter Belastungen und widrigen Wetterverhältnissen fest. Es liege jedoch bei einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ein als gesamthaft stabil zu bezeichnender Verlauf vor (Urk. 2/8/155).

3.13. Mit Bericht vom 15. Dezember 2008 hielt Dr. A. ____, fest, die Beweglichkeit der HWS gehe bis in die Endexkursionen, es lägen keine besonderen Druckdolenzen vor, hingegen bestehe eine Schmerzsituation im Steissbein und im Bereich paramedian von der Rima bzw. im Bereich der Glutei. Der Beschwerdeführer habe Schwierigkeiten beim

Sitzen. Heute gehe es ihm besser als an den sonstigen Tagen. Es bestehe eine Druckdolenz im Bereich Sternocleidomastoideus beidseits. Der Beschwerdeführer berichte über trockene Augen (Urk. 38/1/45).

3.14 Dr. D. ___ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 17. Februar 2009 einen Status nach Sturzverletzung als Fussgänger nach Kollision mit PW am 23. Mai 2006 mit (1) HWS-Distorsionstrauma, (2) persistierenden, ausgeprägten, wechselhaften zervikozephalen Schmerzen, (3) durchgemachter leichter traumatischer Hirnverletzung (MTBI) mit weiterhin Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen sowie deutlichen Gleichgewichtsstörungen und leichter Beeinträchtigung des Bewegungssehens als fokale neurologische Funktionsstörungen und (4) rezidivierender vegetativer reaktiver Symptomatik bei Überbelastung mit Reflux-Problematik und Hautausschlägen. Beim Beschwerdeführer lägen die typischen Beschwerden wie nach HWS-Verletzungen und nach der durchgemachten (leichten) traumatischen Hirnverletzung vor. Die aktuell mehrmals erreichte und getestete Leistungsfähigkeitsgrenze liege bei 50 %, aktuell sei eine höhere Arbeitsfähigkeit nicht zumutbar. Als Vorarbeiter im Malergeschäft schätze er die Arbeitsunfähigkeit auf 60 % (Urk. 2/8/172/1). Mit Bericht vom 11. November 2009 machte Dr. D. ___ ergänzende Ausführungen zu seinem Gutachten (Urk. 38/1/95).

3.15 Dr. I. ___ hielt mit Bericht vom 28. April 2010 an die IV-Stelle mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) ein HWS-Distorsionstrauma vom 23. Mai 2006 und (2) eine durchgemachte traumatische Hirnverletzung vom 23. Mai 2006 fest. Zudem bestehe eine Refluxproblematik. Aus ORL-ärztlicher Sicht bestehe keine verminderte Arbeitsfähigkeit (Urk. 38/1/79).

3.16 Dr. A. ___ berichtete der IV-Stelle am 14. Mai 2010, die letzte Untersuchung habe am 12. Mai 2010 stattgefunden. Der Verlauf sei stabil, die Arbeitsfähigkeit betrage 50 % (Urk. 7/83). Am 29. Oktober 2010 berichtete Dr. A. ___ der IV-Stelle, die Zervikobrachialgie rechts bis zum Daumen habe auf Erhöhung der Dalfalgandosis von 2 auf 4 pro Tag nicht wesentlich reagiert. Der Beschwerdeführer habe einen Zwick im Bereich des rechten Daumens sowie Schmerzen im Bereich des rechten Arms. Er habe zudem lumbosakrale Schmerzen und Schmerzen im Bereich der Fäße (Fusssohlen) beidseits. Bei der Untersuchung vom 14. September 2010 hätten sich eine Provokation der Schmerzen und Ausstrahlung in den rechten Daumen bei Kopfreklination nach links hinten bzw. bei nach rechts gewendetem Kopf, weniger ausgeprägt bei entgegengesetztem Manöver gezeigt. Ansonsten seien die Bewegungen der HWS bis in die Endexkursionen ohne wesentliche Einschränkungen gewesen. Der Beschwerdeführer sei am 13. September 2010 zu 75 % und vom 14. bis 17. September 2010 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Seither bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 38/1/94/6-7).

3.17 Das E. ___ hielt mit Gutachten vom 5. Januar 2012 keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte das E. ___ (1) ein leichtes zervikales und panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.80, M47.82), (2) einen Status nach mäßiglicher milder traumatischer Hirnverletzung nach Sturz infolge stumpfem Wirbelsäulentrauma am 23. Mai 2006, (3) eine beginnende Coxarthrose beidseits (ICD-10 M16.9), (4) einen fortgesetzten Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1) und leicht erhöhte Entzündungszeichen unklarer Ätiologie mit CRP und BSR leicht erhöht. Aufgrund

der anamnestischen Angaben, ihrer Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeit gingen sie davon aus, dass die aktuell attestierte volle Arbeitsfähigkeit als Maler mit Sicherheit ab Gutachtenszeitpunkt gelte. Eine retrospektive Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der vorliegenden Dokumentation und der anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers nicht sicher zuordenbar. Aus somatischer Sicht scheine der Beschwerdeführer seit der Wirbelsäulen-orthopädischen Untersuchung am 8. September 2006 wieder voll arbeitsfähig gewesen zu sein. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer nie relevant in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen (Urk. 38/1/122).

3.18.1 Dr. D.____ nahm am 13. Juli 2012 zum neurologischen Teilgutachten des E.____ Stellung. Er habe in seinem Gutachten Ende 2008 sachlich genau begründet und entsprechend der internationalen Guidelines die Diagnose einer MTBI gestellt. MTBI hinterliessen laut Literatur in der Mehrheit der Fälle sehr wahrscheinlich keine bleibenden Folgen. Es gebe aber eine Minderheit von 5-15 % mit bleibenden Folgen. Dies überrasche nicht, wisse man doch von wichtigen Untersuchungen des Gehirns von MTBI-Patienten (die wenig Zeit nach ihrer leichten traumatischen Hirnverletzung an etwas anderem verstorben sind), dass es wahrscheinlich bei allen zu teils erheblichen Verletzungen der Axone (Nervenzellfortsätze) komme. Trotzdem werde die Organizität von MTBI (welche leider in der Bildgebung meistens keine Spuren hinterliessen) vor allem von Versicherungen regelmässig angezweifelt, offenbar auch von Begutachtungsinstituten wie dem E.____. Dies sei auch der Fachwelt bekannt. Das Vorliegen eines zentralen Diagnose-Kriteriums für die MTBI (eine Amnesie und/oder Confusion) sei beim Beschwerdeführer klar belegt. Mit teils nachweislich falschen oder verdrehten Fakten und verschiedenen nicht nachvollziehbaren Argumenten werde dies im neurologischen Teilgutachten von Dr. M.____ in Abrede gestellt (Urk. 38/3).

E. 4

4.1.1 Das E.____ hielt in seinem Gutachten vom 5. Januar 2012 fest, dass der Beschwerdeführer seit dem 8. September 2006 wieder voll arbeitsfähig sei. Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden liessen sich weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht objektivieren (Urk. 38/1/122/21).

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Sozialversicherung eingeholten Gutachten ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Vorliegend sind keine Indizien ersichtlich, welche gegen die Beweistauglichkeit des Gutachtens des E.____ vom 5. Januar 2012 sprechen würden. So sind die Ausführungen des E.____ zum Vorliegen einer MTBI schlüssig, erklärt doch das E.____, dass es möglich sei, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 23. Mai 2006 eine MTBI erlitten hat, dass diese aber keine länger andauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätte (Urk. 38/1/122/18-19). Das Gutachten des E.____ bildet daher eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage.

E. 4.2

4.2.1 Während bei den untersuchenden und behandelnden Ärzte Einigkeit darüber besteht, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Hautbeschwerden, die dermatologischen und die gastrologischen beziehungsweise oto-rhino-laryngologischen Beschwerden nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 23.

bei der eigenen Untersuchung nicht feststellen. Vielmehr erachtete das E.____ eine Symptomverdeutlichung für möglich. Bei einer Ablenkung kam es nämlich zu einer völligen Normalisierung des Rombergtests (Urk. 38/1/22/19). Dass eine Ablenkung beim Rombergtest ohne Weiteres möglich ist, hält auch Dr. D.____ fest (Urk. 38/3 S. 2). Da Dr. D.____ im Bericht vom 13. Juli 2012 auch keine anderen organische Befunde nennt, geben seine Berichte kein Anlass, die Einschätzung von Dr. Z.____ und des E.____ in Frage zu stellen.

4.2.4.4 Nach dem Gesagten konnten das E.____ und Dr. Z.____ beim Beschwerdeführer keine unfallbedingten Residuen mehr feststellen. Die von Dr. A.____ und Dr. D.____ festgehaltenen Beschwerden und die darauf gründende Arbeitsunfähigkeit basieren nicht auf objektiv nachweisbaren Befunden. Es ist daher erstellt, dass der Beschwerdeführer nicht mehr an organisch nachweisbaren Unfallfolgen leidet.

E. 5

5.1.1.1 Selbst wenn die vom Beschwerdeführer noch geklagten, objektiv nicht nachweisbaren Beschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 23. Mai 2006 ständen, wäre die Adäquanz auf jeden Fall zu verneinen.

5.2.1.1 Beim Unfall vom 23. Mai 2006 stand der Beschwerdeführer vor dem Gerüst eines Werkstattgebäudes und schaute nach oben zu einem Mitarbeiter. In diesem Moment fuhr ein rückwärts einparkierender Toyota Previa den Beschwerdeführer von hinten an. Der Beschwerdeführer schlug mit dem Rücken auf das Heck und prallte mit dem Hinterkopf auf die Scheibe oder den Heckspoiler des Fahrzeuges. Danach wurde er nach vorne geworfen und schlug auf den Boden auf (Schilderung des Unfallhergangs durch den Beschwerdeführer vom 24. Mai 2006, Urk. 2/8/8). Dieses Unfallereignis ist als mittelschwer, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegend zu qualifizieren.

5.3.1.1 Der Beschwerdeführer beantragt, K.____, welcher den Unfall beobachtet habe, sei vom Gericht zu befragen (Urk. 37). Hierbei gilt es zu beachten, dass wenn die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung führen, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es kämen weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung). In einem solchen Vorgehen liegt kein Verstoß gegen das rechtliche Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 BV (BGE 124 V 90 E. 4b; 122 V 157 E. 1d). Der Beschwerdeführer erklärte anlässlich der heutigen Verhandlung, dass K.____ nichts anderes als das in seiner schriftlichen Zeugenaussage vom 19. November 2008 Geschilderte (Urk. 2/2/3/3) bezeugen könne (Prot. S. 3-4). Es kann daher ohne Weiteres auf die Einvernahme von K.____ verzichtet werden. Anzuführen bleibt, dass sich aus der Aussage von K.____, er sei von einem Telefonanruf abgelenkt worden, als der Beschwerdeführer am Boden gelegen sei, ohne Weiteres schliessen lässt, dass er den Unfall und die Verletzung des Beschwerdeführers nicht als besonders relevant empfunden hat, hätte er doch bei einem eindrücklichen Unfall nicht das Telefon angenommen oder hätte zumindest während des Telefons weiterhin den Beschwerdeführer beobachtet.

5.3.1.2 Der Unfall vom 23. Mai 2006 war weder von besonders dramatischen Umständen begleitet noch von besonderer Eindrücklichkeit.

Der Beschwerdeführer erlitt bei diesem Unfall eine Kontusion von Rücken und Kopf sowie Schürfwunden am rechten Ellbogen und an beiden Händen (Urk. 2/8/2). Weitere organische Verletzungen zog er sich nicht zu. Diese Verletzungen sind weder schwer noch von besonderer Art. Das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist daher nicht erfüllt.

Einer fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung musste sich der Beschwerdeführer nicht unterziehen. Auch die Intensität der medizinischen Behandlungen lag im üblichen Rahmen und eine diesbezügliche Belastung ist nicht zu ersehen.

Der Beschwerdeführer klagte gegenüber Dr. D. ___ betreffend seinen Beschwerden, dass ihn eigentlich wenig störe, dass er sich jetzt überall angepasst habe. Am meisten Mühe bereiteten ihm noch die Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Zudem habe er auch noch Schmerzen in der rechten Hüfte, welche häufig mit heftigen Schmerzen in der Gegend des Steissbeins verbunden seien. Diese Beschwerden seien jedoch deutlich abhängig von den Bewegungen. Ebenso habe er in mehr als der Hälfte der Zeit noch wechselhafte, starke, ziehende, teils stechende Schmerzen in der Nacken- und Hinterhauptgegend, dies besonders bei Arbeiten über Kopf oder bei Arbeiten in Zwangspositionen. Diese Beschwerden würden - wenn stärker vorhanden - mit ziehendem Charakter in die Stirne ziehen. Teils seien sie auch mit Kieferbeschwerden verbunden, teils auch mit interskapulären Schmerzen. Es komme auch gelegentlich zur Schmerzausstrahlung ins Brustbein. Allgemein ertrage er auch die Hitze weniger (Urk. 2/8/172/1/ S. 6). Es kann offen bleiben, inwieweit der Beschwerdeführer tatsächlich an den geklagten Beschwerden leidet, denn selbst wenn auf die Schilderungen des Beschwerdeführers abgestellt wird, ist das Kriterium **erhebliche Beschwerden** nicht in ausgeprägter Weise erfüllt.

Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, liegt nicht vor. Insbesondere kann in dem von Dr. med. L. ___, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, veranlassten Arbeitsversuch (Bericht vom 3. Juli 2007, Urk. 2/8/6) nicht - wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht (vgl. Urk. 1 S. 5) - eine Fehlbehandlung gesehen werden. Das Gleiche gilt für die angebliche Weigerung von SUVA und behandelndem Arzt, den Beschwerdeführer betreffend Hirnverletzung spezialärztlich abklären zu lassen (Urk. 1 S. 5).

Für die Erfüllung des Kriteriums **schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen** müssten besondere Gründe gegeben sein, welche die Heilung beeinträchtigt haben. Da keine solchen vorliegen, ist dieses Kriterium ebenfalls nicht erfüllt.

Der Beschwerdeführer war nach dem Unfall vom 23. Mai 2006 zunächst zu 100 % arbeitsunfähig. Gemäss dem Gutachten des E. ___ vom 5. Januar 2012 war er bereits ab 8. September 2006 wieder voll arbeitsfähig (E. 3.16). Das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen ist daher nicht erfüllt.

5.4 Nach dem Gesagten ist bei dem als mittelschwer, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu qualifizierenden Unfallereignis vom 23. Mai 2006 höchstens ein Adäquanzkriterium erfüllt (erhebliche Beschwerden), jedoch nicht in ausgeprägter Weise. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb zu Recht das Bestehen eines adäquaten

Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 23. Mai 2006 und den noch vorhandenen Beschwerden verneint. Anzuführen bleibt nochmals, dass gestützt auf das Gutachten des E.____ vom 5. Januar 2012 ohnehin erstellt ist, dass der Beschwerdeführer seit dem 8. September 2006 wieder voll arbeitsfähig ist.

6. Zusammenfassend erweist sich die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 31. Oktober 2008 als rechtmässig und ist nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist somit unbegründet und abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Tomas Kempf
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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