

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00134 vom 16. Dezember 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-12-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00134

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00134 du 16 décembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00134 del 16 dicembre 2013

Erwägungen

E. 1

7. Mai 2010 ein (Urk. 10/155). Die dagegen von der Sanitas Grundversicherungen AG am 20.

April 2012 (Urk. 10/163) und vom Versicherten am 27. April 2012 (Urk. 10/164) erhobenen Einsprachen hiess die SUVA mit Einspracheentscheid vom 10. Mai 2012 in dem Sinne teilweise gut, dass sie

X. noch bis zum 13. Juni 2010 Taggelder zusprach (Urk. 2/1).

E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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 beziehungsweise 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 andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.2

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen

nen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis alleine als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

E. 1.3

Gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen.

Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art.

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c). 2.

E. 2

Hiergegen erhob X.____, nunmehr vertreten durch Rechtsanwalt Thomas Wyss, am 1. Juni 2012 Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid vom 10. Mai 2012 sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen, insbesondere Heilbehandlung, Taggelder, Rente und Integritätsentschädigung, zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 13. August 2012 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10/9). Mit Replik vom 26. Oktober 2012 (Urk. 15) und Duplik vom

E. 2.1

5

In seinem Nachtrag vom 29. Februar 2012

kam Kreisarzt Dr. C.____

zum Schluss, dass die Frakturen am Thorax konsolidiert seien und keine Unfallfolgen mehr vorliegen würden. An der Lendenwirbelsäule und am Sakrum gebe es keine traumatisch

bedingte Läsion . Der Kausalzusammenhang zwischen den Kniebeschwerden links und dem Unfallereignis vom 21. Oktober 2009 sei höchstens möglich, jedoch unwahrscheinlich. So würden in den echtzeitlichen Dokumenten Hinweise auf eine Knieverletzung links fehlen. Die Diagnose einer Kontusion links lateral mit Rissquetschwunde Knie rechts medial erscheine auf grund der Aktenlage erstmals im Austrittsbericht der B.____ vom 14. April 2010. Die erste fachärztliche Beurteilung sei am 9. Juni 2011 in der P.____ erfolgt. Bei einer Varusmorphologie sei die medial betonte Gonarthrose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativ bedingt. Die konventionellen Röntgenbilder würden keine Hinweise auf eine traumatisch bedingte Läsion ergeben. Zusammengefasst könne festgehalten werden, dass der Unfall vom 21. Oktober 2009 keine Folgen hinterlassen habe (Urk. 10/152). 3.

E. 2.2

Dr. med. E.____ , Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, gab in seinem ärztlichen Zwischenbericht vom 22. Dezember 2009 zuhanden der Beschwerdegegnerin an , dass der Beschwerdeführer vor allem im Bereich der Frakturstelle und des Rippen thorax sowie neu auch im Bereich des Trochanter major links über Schmerzen klagt . Unter konsequenter Analgesie mit Fentanyl 25 – 50 µg Pflaster sei er in Ruhe beinahe schmerzfrei . Weiter sei er insbesondere wegen der muskulären Dysbalance im Nacken- und Brustbereich in physiotherapeutischer Behandlung . Bei persistierenden Beschwerden im Trochanterbereich links sei eine radiologische Übersichtsaufnahme des Beckens indiziert . Grundsätzlich sollte die Behandlung bei ihm Ende Januar oder Februar 2010 abgeschlossen sein. Ende Januar 2010 könne eventuell auch über einen Arbeitsversuch diskutiert werden (Urk. 10/8) .

E. 2.3

Dr. med. F.____ vom G.____ führte in seinem an Dr. E.____ gerichteten Bericht vom 16. Februar 2010 aus, dass die durch geführte Sonographie eine normale Oberschenkelmuskulatur links ohne Nachweis einer posttraumatischen Läsion zeige.

In der biplanaren MRT der Oberschenkelmuskulatur sei eine normale und seitengleiche Darstellung der Oberschenkel beidseits ersichtlich. Eine morphologisch fassbare Ursache für das klinische Beschwerdebild lasse sich nicht nachweisen (Urk. 10/38).

E. 2.4

Am 29. März 2010 berichteten die behandelnden Ärzte des H.____ , dass der Beschwerdeführer von der B.____ mit unklaren rechtsseitigen Oberbauchschmerzen zugewiesen worden sei. Aufgrund der klinischen und radiologischen Befunde würden sie eine ausgeprägte Koprostase als hierfür ursächlich erachten. Nach Einleitung abführender Massnahmen habe der Beschwerdeführer viel Stuhl absetzen können. Daraufhin habe er in deutlich beschwerdegebessertem Zustand in die B.____ zurückverlegt werden können (Urk. 10/57).

E. 2.5

Dr. med. I.____ , Spezialarzt FMH für Neuroradiologie, von der J.____

stellte in seinem Bericht vom 9. April 2010 zuhanden der B.____ fest, dass eine native und Kontrastmittel - verstärkte MR-Untersuchung des Schädels keinen pathologischen Befund ergeben habe. Das Gehirn sei strukturell unauffällig. Es lägen insbesondere auch keine Hinweise auf Hämosiderin -Reste nach cerebralen Kontusionen vor (Urk. 10/43).

E. 2.6

Im Austrittsbericht der B.____ vom 14. April 2010 führten die behandelnden Ärzte aus, dass die Situation zuletzt am 13. Januar 2010 im Rahmen einer Kontrolluntersuchung im A.____ mittels eines CT-Thorax beurteilt worden sei. Dabei habe im Vergleich zur Kontrolluntersuchung vom 25. Oktober 2009 eine vollständige Regredienz des Pleuraergusses und des Pneumothorax festgestellt werden können. Die Rippenserienfrakturen 5 bis 8 links sowie der 12. Rippe rechts seien in Konsolidation begriffen gewesen. Zudem seien eine deutliche Regredienz der Belüftungsstörungen und eine deutliche Grössenregredienz des tracheobronchialen Lymphknotens rechts festgehalten. Aufgrund des vom Beschwerdeführer angegebenen Schwindels sei bei Dr. med. K.____, Spezialarzt FMH für Neurologie, noch eine neurologische Konsiliaruntersuchung veranlasst worden. Die Beurteilung von Dr. K.____ stehe noch aus und werde nachgereicht. Gesamthaft betrachtet finde sich eine deutliche Diskrepanz zwischen den objektiv klinisch und bildgebend erhobenen Befunden und dem subjektiv ausgeprägten Beschwerdebild. Maladaptive Überzeugungen würden in diesem Zusammenhang eine wahrscheinlich wichtige Rolle spielen. Nichtsdestotrotz müsse man festhalten, dass der Beschwerdeführer in Bezug auf seine Belastbarkeit gewisse Fortschritte gemacht habe. Das aktuell erreichte Belastungsniveau könne noch gesteigert werden. Aus diesem Grund sei eine weiterführende medizinische Trainingstherapie für vorerst sechs Wochen zu empfehlen. Die angestammte Tätigkeit als Baggerführer auf dem Bau sollte dem Beschwerdeführer innert ein bis zwei Monaten wie der möglich sein. Als Wiedereinstieg sei ein Teilzeitpensum zu empfehlen (Urk. 10/41 /2-4).

E. 2.7

Im an die B.____ gerichteten Bericht vom 16. April 2010 legte Dr. K.____ dar, er habe keine Läsion des ersten Trigeminusastes oder des Nervus facialis beidseits feststellen können. Die Angaben des Beschwerdeführers zur Berührungsempfindlichkeit im Gesicht seien widersprüchlich und würden sich nicht objektivieren lassen. Die Beschwerden im Nacken-/Schulterbereich sowie die frontalen und perietotemporalen Kopfschmerzen rechts würden nicht mit einer strukturellen Veränderung im Gehirn oder im Rückenmark im Zusammenhang stehen (Urk. 10/40).

E. 2.8

Die behandelnde Ärztin und der behandelnde Psychologe des L.____ diagnostizierten in ihrem an med. pract. M.____, praktischer Arzt FMH, gerichteten Bericht vom

1. Juli 2010 in psychiatrischer Hinsicht eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4, Urk. 10/60/2). Am 8. November 2010 berichteten der behandelnde Arzt und die behandelnden Psychologen des L.____, dass sich der Beschwerdeführer vom 16. August bis zum 8. Oktober 2010 für acht Wochen in ihrer tagesklinischen Rehabilitationsbehandlung

befunden habe . Er sei weiterhin zu 100 % arbeits unfähig

(Urk.

E. 2.9

Dr. med. N.____ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem versicherungsmedizinischen psychiatrischen Konsilium vom 31. Dezember 2010 zuhanden der Allianz Suisse die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) . In der bisher ausgeübten Tätigkeit als Baumaschinist sei der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht noch bis Ende 2010 zu 100 % arbeitsunfähig. Im Januar und Februar 2011 sei ihm ein 50%-Pensum zumutbar. Ab März 2011 sei er wieder

in vollem Umfang arbeitsfähig. Eine psychiatrische Behandlung durch das Team des L.____ sei zu empfehlen, vor allem mit Blick auf den Umgang mit den chronischen Schmerzen im Alltag (Urk. 10/83/3-4).

E. 2.10

Dr. med. O.____ , Assistenzarzt Orthopädie an der P.____ ,

diagnostizierte in seinem Bericht vom 9. Juni 2011 zuhanden der Beschwerde gegnerin (1) eine medial betonte Gonarthrose mit diskreter Retropatellaarthrose links, (2) ein Genu varum und (3) ein chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links, anamnestisch Verdacht auf ein beginnendes lumboradikuläres Syndrom L5 und/oder S1 links (Urk. 10/97 /1).

E. 2.11

Am 27. Juli 2011 wurde der Beschwerdeführer von Kreisarzt Dr. C.____ untersucht. Dr. C.____ gab an, dass der Thorax äusserlich unauffällig sei. Palpatrisch bestehe noch eine Druckdolenz im Bereich des Rippenbogens rechts dorsal sowie ventral. Der Rippen thorax links sei indolent. Auskultatorisch seien die Lungenfelder symmetrisch belüftet bei trockenen Rasselgeräuschen rechts basal. Er werde nun am Institut für Radiologie des

A.____ ein abschliessendes Verlaufs-CT des Thorax in Auftrag geben. Die Administration werde sich bei med. pract. M.____ erkundigen, welche ergänzenden Abklärungen vorgenommen worden seien. Zudem werde abgeklärt, ob das von Dr. K.____ erwähnte augenärztliche Konsilium tatsächlich durchgeführt worden sei . Danach werde er in einem ersten Nachtrag dazu Stellung nehmen, ob noch Unfallfolgen vorlägen

(Urk. 10/106 /5-6).

E. 2.12

Am 29. Juni 2011 führte Dr. med. Q.____ , Facharzt FMH für Radiologie, vom Institut für Radiologie der J.____ , wegen des Verdachts auf ein lumboradikuläres Reizsyndrom L5 und/oder S1 (vgl. E. 2. 10) ein MR der Lendenwirbelsäule und des Sakrum durch . In seinem gleichentags erstellten Bericht zuhanden der P.____ erklärte er , dass er keine Neurokompression habe feststellen können. Es lägen

eine leichte Degeneration der Bandscheiben L2-L5 ohne Hernie sowie anlagemässig ein etwas enger Spinalkanal, aber keine Spinalstenose vor. Die Weite der Neuroforamina sei regelrecht. Eine ISG-Pathologie sei nicht gegeben (Urk. 10/151).

E. 2.13

Im Anschluss an die Durchführung des CT Thorax vom 4. August 2011 führten die Ärzte des A.____ aus, dass verglichen mit der CT-Voruntersuchung vom 13. Januar 2010 nunmehr vollständig konsolidierte Frakturen der 5. bis 8. Rippe links sowie der 12. Rippe dorsal rechts vorliegen würden. Residuelle Belüftungsstörungen der Lunge seien nicht festgestellt worden. Es seien Zeichen einer chronischen Bronchitis vorhanden, ebenso Duodenaldivertikel sowie eine milde degenerative Veränderung des Achsenskeletts (Urk. 10/118).

E. 3

0. November 2012 (Urk. 19) hielten die Parteien je an ihren Anträgen fest. Die Duplik wurde dem Beschwerdeführer am 5. Dezember 2012 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 20). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Streitig und zu prüfen ist zunächst, ob

nach Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 14. Juni 2010 (Urk. 2/1) noch organische Unfallfolgen ausgemittelt sind.

E. 3.2

Was das vom Beschwerdeführer beim Unfall vom 21. Oktober 2009 erlittene stumpfe Thoraxtrauma betrifft, führten die behandelnden Ärzte der B.____

am 14. April 2010

– in Übereinstimmung mit den Ärzten des A.____ (Urk. 10/94) – aus, dass bereits das am 13. Januar 2010 durchgeführte CT Thorax

eine vollständige Regredienz des Pleuraergusses und des Pneumothorax gezeigt habe. Auch sämtliche Rippenfrakturen seien damals in Konsolidation begriffen gewesen. Weiter sei eine deutliche Regredienz der Belüftungsstörungen sowie eine deutliche Grössenregredienz des tracheobronchialen Lymphknotens rechts festgehalten worden (Urk. 10/41). Das von Kreisarzt Dr. C.____

am 28. Juli 2011 beim A.____ noch

in Auftrag gegebene abschliessende Verlaufs-CT bestätigte den erfreulichen Heilungsverlauf. Es zeigte nämlich im Wesentlichen vollständig konsolidierte Rippenfrakturen und keine

residuelle Belüftungsstörungen der Lunge (Urk. 10/118). Des Weiteren verheilte auch die am 21. Oktober 2009 erlittene Nasenbeinfraktur offenbar komplikationslos, zumal sie bereits im Dezember 2009 nicht mehr Gegenstand ärztlicher Behandlung durch Dr. E.____ bildete (Urk. 10/4/1 und Urk. 10/8).

E. 3.3

Was den vom Beschwerdeführer angegebenen Schwindel und die Berührungsempfindlichkeit im Gesicht anbelangt,

konnte

Dr. K.____

anlässlich der neurologischen Untersuchung vom 14. April 2010 weder eine Läsion des ersten Trigeminusastes noch eine Läsion des Nervus

facialis beidseits feststellen. Ferner schloss er aus, dass die Beschwerden im Nacken-/Schulterbereich sowie die Kopfschmerzen rechts mit einer strukturellen Veränderung im Gehirn oder Rückenmark im Zusammenhang stehen könnten (Urk. 10/40/2).

Anhaltspunkte dafür, dass Dr. K.____ den Beschwerdeführer

am 14. April 2010 nicht sorgfältig und pflichtgemäss untersucht hätte (vgl. Urk.

E. 3.4

Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer geklagten Oberbauschmerzen rechts legten die Ärzte des H.____

im Anschluss an die klinische und radiologische Untersuchung vom 29. März 2010 ohne Weiteres nachvollziehbar dar, dass diese Oberbauschmerzen auf eine ausgeprägte (unfallfremde) Koprostase zurückzuführen seien. Nachdem der Beschwerdeführer viel Stuhl absetzen konnte, ging es ihm gemäss den Ärzten des H.____ deutlich besser (Urk. 10/57).

E. 3.5

Im Zusammenhang mit den Beschwerden am linken Knie diagnostizierte Dr. O.____

von der P.____

in seinem Bericht vom 9. Juni 2011 eine medial betonte Gonarthrose mit diskreter Retropatellaarthrose links und ein Genu

varum (Urk. 10/97). Im Bericht der P.____ vom 17. August 2011 war dann die Rede von einer beginnenden medialen Gonarthrose (Urk. 10/124). Kreisarzt Dr. C.____

bemerkte dazu, dass der Kausalzusammenhang zwischen diesen Kniebeschwerden und dem Unfallereignis vom 21. Oktober 2009 höchstens möglich, jedoch unwahrscheinlich sei. Er begründete dies damit, dass in den echtzeitlichen Dokumenten Hinweise für eine Knieverletzung links fehlen würden. Die Diagnose Kontusion links lateral mit Rissquetschwunde Knie rechts medial erscheine erstmals im Austrittsbericht der B.____ vom 14. April 2010. Die erste fachärztliche Beurteilung sei am 9. Juni 2011 in der P.____ erfolgt. Bei einer Varusmorphologie sei die medial betonte Gonarthrose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit

degenerativ bedingt. Schliesslich würden auch die konventionellen Röntgenbilder keine Hinweise für eine traumatisch bedingte Läsion ergeben (Urk. 10/152/2). Diese Beurteilung von Kreisarzt Dr. C.____ ist einleuchtend und findet in den vorliegenden medizinischen Akten ihre Stütze.

E. 3.6

Was die vom Beschwerdeführer geklagten lumbalen Rückenbeschwerden betrifft, erhob Dr. Q.____

im Rahmen der radiologischen Untersuchung der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeins (Sakrum) vom 29. Juni 2011 weitgehend unauffällige Befunde. Er erklärte insbesondere,

dass er keine Neurokompression, keine Spinalstenose und auch keine ISG-Pathologie festgestellt habe (Urk. 10/151). Im Bericht vom 17. August 2011 gaben die Ärzte der P.____ überdies an, dass die Rückenproblematik des Beschwerdeführers auf eine diskrete muskuläre Haltungsinsuffizienz bei Bewegungsarmut sowie die Adipositas zurückzuführen sei (Urk. 10/124/2).

E. 3.7

In

ophtalmologischer Hinsicht wurde der Beschwerdeführer wegen eines Hypophthalmos am 29. Oktober 2009 im A.____ von Dr. D.____ untersucht. Dieser konnte damals keine Pathologien feststellen (Urk. 10/4/3). Des Weiteren stellte

Dr. K.____ in der neurologischen Untersuchung vom 14. April 2010

keine Ausfälle bei der Sehfunktion fest (Urk. 10/40/2). Aus den umfangreichen medizinischen Akten geht zudem nicht hervor, dass einer der vorliegend involvierten Ärzte eine neuerliche ophtalmologische Untersuchung als indiziert erachtet hätte (einziger der Beschwerdeführer gab an, dass noch eine augenärztliche Untersuchung vorgesehen sei, Urk. 10/40/2). Dasselbe gilt für eine oto-rhino-laryngologische Untersuchung (vgl. Urk.

E. 3.8

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass vorliegend umfassende medizinische Abklärungen vorgenommen wurden. Angesichts der medizinischen Aktenlage sind die Einschätzung der Ärzte der B.____ vom 14. April 2010, dass der Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit in ein bis zwei Monaten wieder aufnehmen könne (Urk. 10/41/4) und die in Kenntnis sämtlicher Vorakten abgegebene Schlussfolgerung von Kreisarzt Dr. C.____ vom 29. Februar 2012, wonach der Unfall vom 21. Oktober 2009 keine Folgen hinterlassen habe (Urk. 10/152/2),

plausibel und ohne Weiteres nachvollziehbar.

Die Berichte von med. pract. M.____ vom 7. Oktober 2010 (Urk. 10/70/1), 19. Dezember 2011 (Urk. 10/139) und 5. April 2012 (Urk. 10/164/3) vermögen die Beurteilungen der B.____ und von Kreisarzt Dr. C.____ nicht in Zweifel zu ziehen. Med. pract. M.____ legte nämlich nicht begründet dar, inwiefern die von ihm genannten Beschwerden auf den Unfall vom 21. Oktober 2009 zurückzuführen sein sollen. Weiter führte er auch nicht aus, von welchen allfälligen Behandlungen eine namhafte Verbesserung des von ihm beschriebenen Gesundheitszustands zu erwarten wäre. Schliesslich setzte er sich in keiner Weise mit den zahlreichen anderslautenden fachärztlichen Einschätzungen auseinander.

Nach Leistungseinstellung per 14. Juni 2010 sind demzufolge keine organischen Unfallfolgen mehr ausgewiesen. 4.4.1

Weiter stellt sich die Frage, ob die psychischen Beschwerden (am 1. Juli 2010 stellten die behandelnde Ärztin und der behandelnde Psychologe des L.____ erstmals die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt, Urk. 10/60/2) in adäquatem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 21. Oktober 2009 stehen. 4.2

Die Beschwerdegegnerin hat die

massgeblichen rechtlichen Grundlagen betreffend den für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzten adäquaten Kausalzusammenhang bei Vorliegen einer psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung im Einspracheentscheid vom 10. Mai 2012 zutreffend wiedergeben (Urk. 2/1 S. 7; vgl. BGE 115 V 133). Darauf kann verwiesen werden. 4.3

Die Beschwerdegegnerin hat den Unfall des Beschwerdeführers vom 21. Oktober 2009 als mittelschwer (im engeren Sinn) eingestuft. Wie ein Blick auf die höchstrichterliche Rechtsprechung zu vergleichbaren Fällen zeigt (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage, Zürich 2012, S. 65 ff.), ist diese Qualifikation korrekt und im Übrigen unbestritten. Dem Unfallereignis vom 21. Oktober 2009 kann somit nur dann im Sinne eines adäquaten Kausalzusammenhangs

erhebliche Bedeutung für die verbleibenden psychischen Beschwerden zukommen, wenn ein einzelnes der rechtsprechungsgemäss für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder aber drei dieser Kriterien zu bejahen sind (Urteil e

des Bundesgerichts 8 C_ 897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5 und 8C_9/2010 vom 11. Juni 2010 E. 3.6).

Vorliegend sind

indes sämtliche Adäquanzkriterien zu verneinen. So kann weder von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindringlichkeit des Unfalls die Rede sein noch sind die erlittenen Verletzungen derart schwer oder von besonderer Art, dass sie geeignet wären, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen. Des Weiteren liegen keine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, keine körperlichen Dauerschmerzen, keine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlechtert hätte, sowie auch kein schwieriger Heilungsverlauf und Komplikationen vor. Schliesslich ist auch das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/aa) nicht erfüllt.

Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfallereignis vom 21. Oktober 2009 ist daher zu verneinen. 5.

Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 10. Mai 2012, mit dem ein Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere Versicherungsleistungen ab dem 14. Juni 2010 verneint wurde, ist deshalb rechtsens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Da der vorliegende Prozess nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden kann, der Beschwerdeführer bedürftig ist (Urk. 8) und dessen anwaltliche Vertretung geboten war, ist ihm

antragsgemäss Rechtsanwalt Thomas Wyss als unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen. Rechtsanwalt Wyss machte mit seiner Honorarnote vom 12. Dezember 2013 (Urk. 22) einen Aufwand von 21,45 Stunden und Barauslagen von Fr. 160.-- geltend. Der von ihm geltend gemachte Aufwand für das Verfassen des Briefes an die IV vom 23. Mai 2012 steht allerdings nicht im Zusammenhang mit dem vorliegenden Beschwerdeverfahren. Ebenso wenig zu berücksichtigen ist der Aufwand für die Rechtsanfrage vom 12. Dezember 2013. Schliesslich erscheint für das Studium des Urteils sowie die Besprechung mit dem

Beschwerdeführer maximal eine Stunde als angemessen. Der für das Beschwerdeverfahren notwendige Aufwand ist daher auf 20,5 Stunden zu kürzen. Bei einem gerichtssüblichen Stundenansatz von Fr. 200.-- resultiert demzufolge eine Entschädigung von Fr. 4'600.80 (inkl. Barauslagen und MWSt).

Kommt der Beschwerdeführer künftig in günstige wirtschaftliche Verhältnisse, kann ihn das Gericht zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtsvertretung verpflichten (§

E. 6

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu.

Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten 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).

E. 10

/84/1 -5).

E. 15

Rz. 38). Dr. I.____, der am

9. April 2010 eine native und Kontrastmittel-verstärkte MR-Untersuchung des Schädels vorgenommen hatte, wies in diesem Zusammenhang

ausdrücklich darauf hin, dass keine Hinweise auf Hämosiderin-Reste nach cerebralen Kontusionen vorliegen würden

(Urk. 10/43).

E. 16

Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Wyss - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 5.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber HurstKreyenbühl

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