

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00295 vom 3. Januar 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-01-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2012.00295](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00295)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00295 du 3 janvier 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00295 del 3 gennaio 2014

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1967, war seit dem 14. März 2011 bei

der Y.\_\_\_\_ als Bauhilfsarbeiter beschäftigt und war damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) versichert, als er sich am 29. April 2011 bei einem Sturz Verletzungen zuzog ( Urk. 9/1 Ziff. 1-6 ).

Mit Verfügung vom 25. Juli 2012 stellte die SUVA die von ihr bis dahin erbrachten Leistungen per 31. Juli 2012 ein ( Urk. 9/132). Der zuständige Krankenversicherer zog die von ihm dagegen erhobene Einsprache ( Urk. 9/135) wie der zurück ( Urk. 9/141), und der Versicherte erhob am 30. August 2012 Einsprache ( Urk. 9/146). Die SUVA wies die Einsprache am 15. November 2012 ab ( Urk. 9/152 = Urk. 2).

### E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem 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 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 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 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 herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 125 V 456 E. 5a, 123 V 98 E. 3d, 139 E. 3c, 122 V 415 E. 2a, 121 V 45 E. 3a mit Hinweisen; RKUV 1997 Nr. U 272 S. 172 E. 3a).

### **E. 1.3**

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der arbeits- beziehungsweise erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 115 V 133 E. 6c/ aa ): - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders

ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbe günstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

## **E. 2**

Gegen den Einspracheentscheid vom 15. November 2012 (Urk. 2) erhob der Ver-si cherte am 19. Dezember 2012 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, dieser sei aufzuheben und es sei - unter Zahlung der bisherigen Taggeldleistungen - ein Gutachten zu erstellen (S. 2 Ziff. 1); ferner seien ihm die Kosten für zwei Gutachten zu ersetzen (S. 2 Ziff. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 6. Februar 2013 (Urk. 8) beantragte die SUVA die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 22. Februar 2013 wurde - antragsgemäss (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3) - die unentgeltliche Rechtsvertretung bewilligt (Urk. 11).

Am 7. März 2013 nahm der Beschwerdeführer ein weiteres Mal Stellung (Urk. 12) und sodann reichte er weitere Arztberichte - vom 12. Juni 2013 (Urk. 15) und vom 24. Juli 2013 (Urk. 17) - sowie den bis 23. September 2013 nachgeführten Unfallschein (Urk. 19) ein. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, gemäss den vorliegenden ärztlichen Beurteilungen habe aus dem erlittenen Unfall keine residuelle traumatische Hirnverletzung resultiert (S. 11 Mitte), und zwischen dem Unfall und den aktuellen psychischen Beeinträchtigungen bestehe - in Anwendung von BGE 115 V 133 - kein adäquater und damit kein rechts genügender Zusammenhang (S. 12

Ziff. 5b).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, es sei auf ein von ihm eingeholtes Gutachten (vgl. Urk. 3/2) abzustellen (S. 7 Ziff. 5.8) und sowohl der natürliche (S. 10 ff. Ziff. 6) als auch der adäquate (S. 12 ff. Ziff. 7) Kausalzusammenhang sei gegeben.

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist somit, wie es sich mit dem Kausalzusammenhang zwischen dem am 29. April 2011 erlittenen Unfall und den Mitte November 2012 noch bestehenden Beschwerden verhält.

Da sich auch nach Auffassung des Beschwerdeführers eine vormalige „Knie-Problematic nach erfolgreicher Operation tatsächlich völlig in Luft löste“ ( Urk. 1 S. 7 Ziff. 5.7), erfordert dieser Aspekt (vgl. Urk. 9/10 = Urk. 3/14, Urk. 9/35, Urk. 9/68 = Urk. 9/76/2-3, Urk. 9/76/4, Urk. 9/87 = Urk. 3/16) keine nochmalige Prüfung.

### **E. 3**

9

Am 30. Juli 2012 wurde über eine von Dr. A.\_\_\_\_ veranlasste ( vgl. Urk. 9/131) neuropsychologische Abklärung an der Klinik für Neurologie des B.\_\_\_\_ berichtet ( Urk. 9/151/59-60 = Urk. 3/15 = Urk. 17/2 ). Dabei wurden folgende Diagnosen bei Zuweisung genannt (S. 1): postcommotionelles Syndrom mit / bei unter anderem - Kopfschmerzen, Schwankschwindel sowie Taubheitsgefühle (Gesicht und Arm) seit Commotio cerebri bei Sturz auf den Hinterkopf am 29. April 2011 - CT Schädel am 29. April und MRI Schädel am 13. Mai 2011 jeweils ohne Anhalt für Fraktur, Blutung oder Subduralhämatom

In der Beurteilung wurde ausgeführt, die Untersuchung ergebe insgesamt mittel schwere bis schwere kognitive Minderleistungen in bestimmten - näher be zeichneten - B erreichen. Die Befunde seien aus neuropsychologischer Sicht im Rahmen des postcommotionellen Syndroms zu bewerten. Dabei seien multiple Faktoren als kognitions-mindernd zu bewerten, namentlich die chronischen Kopfschmerzen, die Schlafstörungen sowie die depressive Problematik. Wie mit dem Beschwerdeführer besprochen, werde eine psychotherapeutische Behandlung der affektiven Störung empfohlen (S. 3 oben).

#### **E. 3.1**

Gemäss der Unfallmeldung der Arbeitgeberin wurde der Beschwerdeführer am 29. April 2011 auf der Baustelle bewusstlos aufgefunden ( Urk. 9/1 Ziff. 4-6). Gemäss seinen am 15. Juni 2011 festgehaltenen Angaben konnte er sich lediglich daran erinnern, dass er auf einem Podest gestanden und das Bewusstsein verloren habe; als er wieder zu sich gekommen sei , habe er auf einem zirka einen Meter tiefer gelegenen Podest gelegen ( Urk. 9/15 S. 1 oben).

Die Erstbehandlung erfolgte im Z.\_\_\_\_ ,

wo der Beschwerdeführer bis am 2. Mai 2011 hospitalisiert blieb, und worüber am 2. Mai 2011 berichtet wurde ( Urk. 9/12/2-3 = Urk. 9/157/1-2 = Urk. 3/5; vgl. Urk. 9/13 = Urk. 3/5 so wie Urk. 9/158 = Urk. 3/25 ). Anamnestisch wurde ausgeführt, der Patient sei beim Arbeiten unklar und unbeobachtet nach hinten gestürzt, er gebe nun Schmerzen am Hinterkopf, dem linken Ellenbogen , der Halswirbelsäule (HWS), der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) und dem linken Knie an (S. 1 unten). Es wurden folgende Diagnosen genannt (S 1): - Commotio cerebri vom 29. April 2011 - oberflächliche Rissquetschwunde (RQW) occipital - kleine Avulsionsfraktur der Trochlea

humeri Ellbogen links vom 29. April 2011 - mit RQW dorsal proximal - Kontusion LWS vom 29. April 2011

Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 29. April bis 4. Mai 2011 attestiert (S. 2 oben).

Ein am 29. April 2011 erstelltes CT von Schädel und HWS ergab keine intrakranielle Blutung und keine Fraktur sowie ein kleines extrakranielles Lipom links occipital und eine Osteochondrose C6/7 mit begleitender Einengung des ventralen Subachnoidalraums (

Urk. 9/157/5).

### **E. 3.2**

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, berichtete am 11. Mai 2011 über seine Untersuchung vom Vortag (Urk. 9/6 = Urk. 3/7). Als Diagnose nannte er einen Status nach Commotio cerebri am 29. April 2011, mit anhaltenden cervico-cephalen Beschwerden, Schwindel und Sehstörungen, bei gestörter Augenmotorik (S. 1 Mitte).

Anamnestisch führte er unter anderem aus, der Beschwerdeführer sei erst wieder im Spital zu sich gekommen, so dass er mindestens eine Stunde bewusstlos gewesen sei, mit wahrscheinlich zusätzlicher retrograder Amnesie (S. 1 unten).

Der von ihm erhobene Befund könne die anhaltenden Schwindelbeschwerden und die Sehstörungen ausreichend erklären; die Kopfschmerzen seien im Sinne posttraumatischer Spannungskopfschmerzen zu interpretieren, die Nackenschmerzen seien wahrscheinlich Folge eines passiven Überdehnungstraumas der HWS (S. 3 oben).

Eine am 12. Mai 2011 im Auftrag von Dr. A.\_\_\_\_ erfolgte MR-Untersuchung ergab intrakraniell keinen pathologischen Befund; das Gehirn sei strukturell unauffällig und traumatische Veränderungen liessen sich nicht visualisieren (Urk. 9/8).

### **E. 3.3**

Am 7. Juni 2011 berichteten die Ärzte der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, B.\_\_\_\_, über ihre am 31. Mai 2011 erfolgte Untersuchung (Urk. 9/73 = Urk. 3/13).

Sie nannten folgende Diagnosen: - Cephalgie mit / bei - Status nach Commotio cerebri - Dauerschwankschwindel - Verdacht auf Refluxösophagitis

Ein am 16. Juni 2011 erstelltes MRI der LWS ergab keine Bandscheibenhernie, keine Nervenwurzelaffektion und keine spinale oder foraminale Einengung (Urk. 9/34).

### **E. 3.4**

Vom 26. Juli bis 25. August 2011 weilte der Beschwerdeführer stationär in der C.\_\_\_\_, worüber am 30. August 2011 berichtet wurde (Urk. 9/52 = Urk. 3/8), dies unter Einschluss eines neurologischen (Urk. 9/56 =

Urk. 3/9), eines augenärztlichen (Urk. 9/55 = Urk. 3/11), eines neuropsychologischen (Urk. 9/53 = Urk.

### **E. 3.5**

Am 21. September 2011 erstattete Dr. med. D.\_\_\_\_, Klinik für Augenheilkunde, E.\_\_\_\_ ein augenärztliches Gutachten (Urk. 9/63 = Urk. 3/2; vgl. Urk. 9/70 = Urk. 9/104/4). Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten (S. 2) und seine Untersuchung des Beschwerdeführers am 2. und 19. September 2011 (vgl. S. 1). Er stellte folgende Diagnosen (S. 8): - geringe Stabsichtigkeit beidseits (Astigmatismus) - Sensibilitätsstörung im linken Trigemusbereich - traumatisch verursachtes Gesichtsfeld-Ringskotom beidseits bei Verdacht auf Mantelkragensyndrom - erhöhte Blendempfindlichkeit - kein Hinweis auf eine Augenverletzung

Das Ringskotom erläuterte er als Wahrnehmungsminderung in einem ringförmigen Bereich, und das Mantelkragensyndrom als Schädigung im medialen Kanalenbereich der Grosshirnhemisphäre, die eine kontralaterale beinbetonte Lähmung mit sich bringen könne

(S. 8 Mitte).

Die festgestellte Gesichtsfeldbeeinträchtigung könne verschiedene Ursachen haben. Alle Ursachen, die im Auge selber lägen, könnten ausgeschlossen werden. Somit sei nachgewiesen, dass es sich um eine Schädigung visuell höherer Zentren handle, die anamnestisch direkt nach dem Unfall erstmals aufgetreten seien und seitdem konstant bestünden. So sei eine Unfallverursachung gegeben (S. 9 Ziff. 1.2).

### **E. 3.6**

Ein am 16. November 2011 erstelltes MRI der HWS ergab eine Chondrosis

inter vertebralis C6/7 mit einer grossen, rechts paramedianen, zum Teil intraforaminalen Diskushernie und konsekutiver Kompression von C7 rechts, sowie keine Hinweise auf eine posttraumatische ossäre Läsion bei erhaltenem Alignment (Urk. 9/89).

Am 7. Dezember 2011 beantwortete Dr. A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.2) ihm vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers unterbreitete Fragen (Urk. 9/101/5-7 = Urk. 3/18). Dabei führte er unter anderem aus, von grösserer Bedeutung als die eben erfolgte MRI-Untersuchung der HWS sei die MRI-Untersuchung des Schädels im Mai 2011, mit gemäss Bericht unauffälligem Befund, ohne Nachweis von traumatischen Veränderungen (S. 2 oben). Um ein Mantelkragensyndrom beweismässig zu erhärten, sei eine MRI-Untersuchung des Schädels erforderlich. Eine solche sei durchgeführt worden, ein Mantelkragensyndrom habe jedoch nicht bewiesen werden können (S. 2 Ziff. 2). Die Trigeminusstörung müsse mit dem postulierten Mantelkragensyndrom erklärt werden, wozu auch die Gefühlsstörungen im linken Bein gehörten und allenfalls auch die Sehstörungen (S. 2 Ziff. 3). Die Schwindel und die Kopfschmerzen seien Folge der erlittenen Hirnerschütterung, mit dem zusätzlichen Verdacht auf strukturelle Läsionen im Gehirn (S. 2 Ziff. 4).

### **E. 3.7**

Am 21. Dezember 2011 berichtete Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, über seine gleichentags erfolgte Untersuchung (Urk. 9/99 =

Urk. 3/22). Er führte unter anderem aus, die aktuelle Untersuchung ergebe - bis auf einen Restzustand nach Arthroskopie am linken Kniegelenk - keine fassbaren pathologischen Veränderungen. Die Sensibilitätsveränderungen am Schädel und Nacken rechtsbetont und die Sensibilitätsstörungen am linken Unterschenkel seien weder verifizierbar noch zuzuordnen und auch mit den neurologischen Untersuchungen nicht zu erklären (S. 10 unten).

Der Schwindel sei, ohne Resultate, abgeklärt worden, ebenso die Augensymp tome und Sehstörungen. Die Kontusion am linken Ellenbogen sei abgeheilt (S. 11 oben). Im Bereich von HWS und LWS bestünden degenerative Veränderungen, welche die unspezifischen Beschwerden erklärten, aber die angegebenen Sensibilitätsstörungen könnten nicht eingeordnet werden. Die Kopfschmerzen seien abgeklärt worden; insbesondere seien keine Schädel- und Hirnverletzungen nachgewiesen worden, welche die angegebenen einseitig rechtsbetonten Kopfschmerzen erklären würden (S. 11).

Damit blieben unfallbedingt keine Restfolgen, welche Einschränkungen erklären würden, wobei auch die degenerativen Veränderungen an HWS, LWS und linkem Kniegelenk keine wesentlichen Einschränkungen im täglichen Leben bedeuteten (S. 11 Mitte).

Aufgrund der Untersuchungsbefunde, der fehlenden natürlichen Kausalität und auch des persönlichen Eindruck s eines gesunden, leistungsfähigen, kräftigen Probanden sei unfallbedingt (wie auch unfallfremd) keine Arbeitsunfähigkeit erklärbar oder feststellbar (S. 12 Mitte).

In einer ärztlichen Beurteilung vom 2. Februar 2012 ( Urk. 9/107 = Urk. 3/23) führte Dr. med . G.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie, Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, aus, auf die Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ könne seines Erachtens vollumfänglich abgestellt werden, und bestä tigte, dass am linken Kniegelenk keine Unfallfolgen mehr vorlägen (S. 2 oben).

### **E. 3.8**

Am 21. Mai 2012 erstattete Dr. med. H.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie FMH, Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, eine ärztliche Beurteilung ( Urk. 9/128 = Urk. 3/19).

Er stützte sich auf die vorhandenen Akten (S. 1 ff.) inklusive Bildgebung (S. 4 unten) und führte unter anderem aus, abgestützt auf die klinischen Informatio nen könne festgestellt werden, dass sich der Versicherte durch den Sturz am 29. April 2011 überwiegend wahrscheinlich eine leichte traumatische Hirnver - let zung (Synonym: mild traumatic brain

injury , Commotio cerebri) zugezogen habe; die von Dr. A.\_\_\_\_ postulierte Dauer der Bewusstlosigkeit von über einer Stunde sei echtzeitlich nicht belegt (S. 5 oben).

Beim ersten ausführlichen (am 10. Mai 2011 von Dr. A.\_\_\_\_ erhobenen) neurolo gischen Status seien bis auf eine Dissoziation des optokinetischen Nystagmus nach rechts keine relevanten neurologisch auffälligen Befunde do kumentiert worden, insbesondere keine Sensibilitätsstörung im Gesicht oder an den Extremitäten und keine motorischen Defizite. In keiner der späteren Un tersuchungen (inklusive jener durch Dr. D.\_\_\_\_ ) sei der Befund eines dissozi ierten optokinetischen Nystagmus reproduziert beziehungsweise dokumentiert worden . Eine Sensibilitätsstörung im Gesicht, am Hals linksseitig sowie am lin ken Arm und Bein sei erstmals mehr als 3 Monate nach dem Unfall festgehalten worden. Das Ausbreitungsmuster der angegebenen Sensibilitätsstörung sei zu diesem Zeitpunkt diffus gewesen, so dass eine neuroanatomische Läsion als Ursache nicht habe identifiziert werden können (S. 5 Mitte).

Aus den Bildern des am 13. Mai 2011 erstellten MRI des Schädels ergäben sich keine Hinweise für eine residuelle traumatische Hirnverletzung, insbesondere nicht im Bereich der Mantelkante. Demgemäss könne festgestellt werden, dass die leichte traumatische Hirnverletzung regelrecht abgeheilt sei und zu keiner residuellen Hirnverletzung geführt habe (S. 5 unten).

In seinem augenärztlichen Gutachten habe Dr. D.\_\_\_\_ streng genommen keine unfallbedingte Diagnose gestellt, sondern lediglich Befunde aufgelistet. Den Kausalzusammenhang des Gesichtsfeld-Ringskotoms mit dem Unfall habe er mit einer „ post hoc ergo propter hoc“ Argumentation und dem Verdacht auf ein Mantelkragensyndrom begründet. Ohne den Nachweis einer objektivierbaren Unfallfolge, nämlich einer traumatischen Hirnverletzung, halte diese Argumen tation der Kausalitätsbeurteilung im versicherungsmed izinischen Kontext nicht stand (S. 5 f.).

Zusammenfassend hielt Dr. H.\_\_\_\_ fest, die - einzeln genannten – spezial - ärztlichen Abklärungen hätten keine objektivierbaren Befunde, die kausal auf den Unfall vom 29. April 2011 zurückgeführt werden könnten, ergeben (S. 6 Mitte).

### **E. 3.10**

Am 12. Juni 2013 berichteten die Ärzte der Augenklinik des B.\_\_\_\_ über ihre am 18. März und 13. Mai 2013 erfolgten Untersuchungen ( Urk. 15 = Urk. 17/3 ). Dabei nannten sie als Diagnosen einen Astigmatismus und eine Hyperopie (OU) und einen Status nach perforierender Hornhautverletzung (OS) sowie unter „Diagnosen allgemein“ einen Status nach Commotio cerebri (S. 1 Mitte).

Sie berichteten, für die beschriebenen Gesichtsfelddefekte habe ihrerseits kein klinisches Korrelat nachgewiesen werden können (S. 1 unten).

Ferner referierten sie den Inhalt des Gutachtens von Dr. D.\_\_\_\_ (S. 2) und führten abschliessend aus, nachdem sich ihnen keinerlei zusätzliche Pathologien gezeigt hätten und bei weiterhin bestehendem Vollvisus bestehe aus ihrer Sicht kein weiterer Handlungsbedarf, nachdem der Patient bereits ausführlichst gutachterlich abgeklärt worden sei. Der Empfehlung einer psychotherapeutischen Behandlung würden sie sich anschliessen (S. 2 Mitte).

### **E. 3.11**

Dr. A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.2) berichtete am 24. Juli 2013 über seine am 22. Juli 2013 erfolgte Untersuchung ( Urk. 17/1 ) und nannte als Diagnose einen Status nach Commotio cerebri am 29. April 2011 mit anhaltenden cervico-cephalen Schmerzen, Schwindel, Sehstörungen sowie mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Defiziten (S. 1 Mitte). Er berichtete über eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung mit palpatorisch verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur auf beiden Seiten und einen „nach wie vor“ leicht dissoziierten optokinetischen Nystagmus nach rechts sowie eine sonst unauffällige Augenmotorik. Es werde nach wie vor in bestimmten Regionen ein Taubheitsgefühl angegeben. Ansonsten konstatierte er einen in allen Teilen regelrechten neurologischen Status, die Muskeleigenreflexe seien mittellebhaft und seitengleich auslösbar und es bestünden keine Pyramidenzeichen (S. 1 f.).

Er führte zusammenfassend aus, es bestünden erhebliche, traumatisch bedingte Ausfälle, nämlich cervico-cephale Schmerzen, Schwindel, Sehstörungen sowie mittelschwere bis schwere neurologische Defizite (S. 3 oben).

### **E. 4.1**

Der Beschwerdeführer umschrieb seine Beschwerden im Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids mit „v.a. Schwindel, Kopfweh, Seifenblasen sehen“ ( Urk. 1 S. 4 Ziff. 5). Dr. A.\_\_\_\_ diagnostizierte im Juli 2012 Kopfschmerzen, Schwanke - schwindel sowie Taubheitsgefühle (vorstehend E. 3.9), und im Juli 2013 sprach er von (seines Erachtens traumatisch bedingten) cervico-cephalen Schmerzen, Schwindel, Sehstörungen sowie neuropsychologischen Defiziten (vorstehend E. 3.11).

Bezogen auf diese Beschwerden stellt sich die Frage, ob ihnen ein strukturelles Substrat im Sinne einer unfallbedingten Läsion zugrunde liege, und verneinen denfalls, wie es sich mit der Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und nicht organisch fundierten Beschwerden verhält.

#### **E. 4.2**

Es ist erstellt, dass die Bildgebung in einem sehr unfallnahen Zeitpunkt - CT vom 29. April 2011 (vorstehend E. 3.1) und insbesondere MR vom 12. Mai 2011 (vorstehend E. 3.2) - intrakraniell keinen pathologischen Befund und keine traumatischen Veränderungen, sondern ein strukturell unauffälliges Gehirn ergab.

Auch Dr. A.\_\_\_\_ sprach von einem unauffälligen Befund ohne Nachweis traumatischer Veränderungen und dem fehlenden Nachweis eines allfälligen Mantelkragensyndroms (vorstehend E. 3.6). Selbst Dr. D.\_\_\_\_, der ein Mantelkragensyndrom postulierte, äusserte keine Vorbehalte bezüglich der bildgebenden Befunde (vorstehend E. 3.5), obwohl er sie - wie der Beschwerdeführer richtig bemerkte (Urk. 1 S. 9 Ziff. 5.15) - jedenfalls in der Liste der ihm vorliegenden Akten aufgeführt hat.

Gestützt auf die diesbezüglich widerspruchsfrei übereinstimmenden ärztlichen Beurteilungen steht somit fest, dass das Sturzereignis zu keinen organischen Hirnverletzungen geführt hat.

#### **E. 4.3**

Damit fehlt der von Dr. D.\_\_\_\_ postulierten Kausalitätsthese das Fundament, denn damit mit Dr. D.\_\_\_\_ anzunehmen wäre, ein vom Unfall ausgelöstes Mantelkragensyndrom sei die Ursache einzelner Beschwerden, müsste - worauf auch Dr. A.\_\_\_\_ hingewiesen hat (vorstehend E. 3.6) - ein solches bildgebend nachgewiesen sein, was vorliegend - so auch Dr. A.\_\_\_\_ - gerade nicht der Fall ist.

Mit dem Fehlen hirnorganischer Läsionen sind auch die weiteren vorhandenen Beurteilungen gut vereinbar. So wurde zur Erklärung der erhobenen neuropsychologischen Defizite ausschliesslich auf nicht hirnorganische Faktoren Bezug genommen, und es wurde eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen (vorstehend E. 3.9). Die 2013 erfolgte augenärztliche Abklärung ergab ihrerseits kein klinisches Korrelat für die beschriebenen Gesichtsfelddefekte und mündete unter anderem in der Empfehlung, von weiteren Abklärungen abzusehen (vorstehend E. 3.10).

Dass Dr. A.\_\_\_\_ die von ihm genannten Beschwerden als „traumatisch bedingt“ charakterisierte (vorstehend E. 3.11), vermag den fehlenden Nachweis einer organischen Verursachung nicht zu ersetzen und erweist sich mangels jeder Begründung - dass er mit keinem Wort auf die Beurteilung durch den Neurologen Dr. H.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.8) Bezug nahm, lässt annehmen, dass ihm diese nicht einmal vorgelegen hat - als nicht schlüssig. Nur am Rande sei vermerkt, dass schon seine anamnestiche Annahme einer bis zum Eintreffen im Spital anhaltenden Bewusstseinslosigkeit (vorstehend 3.2) zur anderweitig fest gehaltenen eigenen Aussage des Beschwerdeführers, er sei noch auf der Baustelle wieder zu sich gekommen (vorstehend E. 3.1), im Widerspruch stand.

#### **E. 4.4**

Da somit im massgebenden Zeitpunkt des Einspracheentscheids mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit keine durch das Sturzereignis verursachte organische Verletzungen vorgelegen haben, müssen die nicht organisch funktierten Beschwerden in einem rechtsgenügenden, insbesondere adäquaten Kausalzusammenhang (vorstehend E. 1.3) mit dem Unfall stehen, um weitere Leistungsansprüche des Beschwerdeführers begründen zu können.

Das Unfallereignis - ein Sturz über eine Höhe von rund einem Meter (vorste hend 3.1) - ist, wenn nicht als leichter, so doch höchstens als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu einem leichten einzuordnen. Dementsprechend müsste eines der massgebenden Kriterien in ausgeprägter Weise oder aber deren vier (oder mehr) erfüllt sein (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_622/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1).

Gemäss den zutreffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin ( Urk. 2 S. 14 Ziff. 5b, Urk.

### **E. 8**

S. 6 ff. Ziff. 15.4 ) - auf die zu verweisen ist, nachdem sich der Beschwerdeführer zu diesem Aspekt nicht substantiiert geäußert hat - ist beides offensichtlich nicht der Fall. Analoges gilt für den Fall, dass die Adäquanz nach Massgabe von BGE 134 V 109 geprüft würde.

Somit fehlt es an der Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhangs zwischen dem erlittenen Unfall und noch bestehenden Beschwerden ohne organisches Substrat.

Damit besteht keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin mehr.

Der angefochtene Entscheid erweist sich mithin als rechtsens, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. 5 . 5 .1

Die vom Beschwerdeführer ins Feld geführten ärztlichen Beurteilungen (vorste hend E. 3. 5 und 3.

### **E. 9**

) haben sich als nicht entscheidrelevant erwiesen. Der Antrag, die entsprechenden Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen, erweist sich deshalb als unbegründet und ist somit abzuweisen. 5 .2

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat mit Honorarnote vom 28. November 2013 einen Aufwand von

### **E. 9.7**

Stunden und Barauslagen von Fr. 88.50 geltend gemacht ( Urk. 21). Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist sie mit Fr. 2'036.--

(inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ).

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Irene H. Schmid, Meggen, wird mit Fr. 2'036.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Irene H. Schmid - Rechtsanwalt Christian Leupi , unter Beilage der Doppel / von Kopien der Urk. 14-20 - 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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  
Die Gerichtsschreiberin  
Mosimann  
Tiefenbacher

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