

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00116

vom 5. Oktober 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-10-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00116

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00116 du 5 octobre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00116 del 5 ottobre 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1945, war seit Januar 2012 bei der Y.____ GmbH als Übersetzer tätig und damit bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG (Zürich) versichert, als er am 7. Januar 2013 einen Fahrradunfall erlitt (Urk. 9/Z1).

Nach getätigten Abklärungen verneinte die Zürich mit Verfügung vom 8. November 2013 einen Kausalzusammenhang zwischen den Behandlungen betreffend die Kopfverletzungen und dem Unfall vom 7. Januar 2013 und führte aus, dass diesbezüglich (Heilungskosten) keine Leistungen erbracht werden könnten (Urk. 9/Z33). Die am 14. November 2013 vom zuständigen Kranken ver si cherer erhobene Einsprache (Urk. 9/Z35) wurde am 19. November 2013 wieder zurückgezogen (Urk. 9/Z36). Die vom Versicherten erhobene Einsprache (Urk. 9/Z41 = Urk. 9/Z38) wies die Zürich mit Entscheid vom 1. April 2014 ab (Urk. 9/Z42 = Urk. 2).

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss 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 entfielen (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. 1.3

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 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

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).

E. 2

Der Versicherte erhob am 19. Mai 2014 Beschwerde (Urk. 1) gegen den Einspracheentscheid vom 1. April 2014 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, Taggelder, Heilbehandlung und im Fortverlauf Rente und Integritätsentschädigung auszurichten. Eventuell sei ein unabhängiges medizinisches Gutachten zur Frage der Unfallkausalität einzuholen, unter ausdrücklichem Bei- und Einbezug der bildgebenden Aufnahmen aus dem Akutspital Z.____ (Subarachnoidalblutung).

Mit Beschwerdeantwort vom 25. August 2014 (Urk. 7) beantragte die Zürich die Abweisung der Beschwerde. Am 2. Februar 2015 reichte der Beschwerdeführer die Replik (Urk. 17) sowie weitere Dokumente ein (Urk. 18/1-2). Am 24. Februar 2015 reichte die Beschwerdegegnerin die Duplik (Urk. 21) ein. Mit Eingabe vom 15. April 2015 (Urk. 23) reichte der Beschwerdeführer ein medizinisches Gutachten (Urk. 24) sowie weitere Dokumente (Urk. 25/1-4) ein. Mit Eingabe vom 8. Juni 2015 (Urk. 29) nahm die Beschwerdegegnerin Stellung zu den Eingaben des Beschwerdeführers und reichte eine weitere medizinische Stellungnahme (Urk. 30/2) ein.

Mit Verfügung vom 25. November 2015 (Urk. 42) holte das Gericht bei der A.____ Begutachtung, Universitätsspital B.____, ein neurologisches Gutachten ein, welches am 5. Juli 2016 erstattet wurde (Urk. 43-44). Mit Eingabe vom 8. August 2016 (Urk. 47) nahm die Beschwerdegegnerin zum A.____-Gutachten Stellung. Der Beschwerdeführer liess sich innert Frist (vgl. Urk. 45) nicht vernehmen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) davon aus, dass die Beurteilung durch Dr. med. C.____, wonach die Stammganglienblutung nicht als

überwiegend wahrscheinlich kausal zum Unfallereignis vom 7. Januar 2013 zu betrachten sei, logisch und nachvollziehbar sei. Die These einer unfallbedingten Hirnblutung sei somit nicht als überwiegend wahrscheinlich zu erachten (S. 5).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, er sei beim Sturz nach links hingefallen und habe sich dabei den behelmten Kopf heftig am Randstein angeschlagen. Er habe denn auch links frontal eine von den Notfallärzten feststellbare Prellmarke am Kopf verzeichnet, was aufzeige, dass trotz Helm eine erhebliche Einwirkung auf den Schädel/Kopf stattgefunden habe. Der Kopfanprall habe eine Hirnblutung in der rechten Hirnhälfte verursacht (S. 6). Im CT/MRI des Stadtspitals Z. ___ sei nebst der Einblutung der Basalganglien auch eine subarachnoidale Einblutung frontal rechts bildgebend festgestellt worden (S. 7). Der Einschätzung von Dr. C. ___ könne nicht gefolgt werden (S. 7 ff.). Es gebe, anders als von der Beschwerdegegnerin und deren Vertrauensarzt geltend gemacht, keine medizinischen Gründe, die gegen eine traumatische Genese der Hirnblutung sprechen würden. Im Gegenteil seien sämtliche Kriterien, welche das neurologische Gutachten-Standardwerk aufführe, für die Annahme einer zumindest teilweise traumatisch bedingten Hirnblutung erfüllt (S. 17). Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass zumindest eine teilkasuale Unfallverursachung vorliege. Dass es sich zumindest teilweise um Unfallfolgen handle, zeige sich auch daran, dass nebst der Basalganglienblutung auch eine Subarachnoidalblutung vorgelegen habe, welche nicht für eine hypertensive Genese spreche (S. 18).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die cerebrale Blutung beziehungsweise das intracerebrale Hämatom mit dem Unfallereignis vom 7. Januar 2013 in einem kausalen Zusammenhang steht, mithin ob die Beschwerdegegnerin hierfür leistungspflichtig ist.

E. 3.1

Prof. Dr. med. D. ___, Facharzt für Neurologie, Neurozentrum E. ___, erstattete sein neurologisches Gutachten zuhanden des Beschwerdeführers am 5. März 2015 (Urk. 24) gestützt auf die Akten sowie die neurologische Untersuchung vom 16. Januar 2015. Er nannte folgende neurologische Diagnosen (S. 16): - leichtes spastisches Hemisyndrom links mit/bei: - Status nach Basalganglienblutung am 7. Januar 2013 mit unsicher begleitender leichter Subarachnoidalblutung (gemäss Akten) - klinisch periphere Polyneuropathie mit/bei: - Diabetes mellitus Typ 2 - Schlaf-Apnoe-Syndrom

Er führte aus, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall ins Stadtspital Z. ___ gebracht worden sei, wo in einem Computertomogramm eine Basalganglienblutung rechts, eine kleine Subarachnoidalblutung frontal und eine Hämatobursa präpatellaris links diagnostiziert worden seien. Anschliessend sei der Beschwerdeführer ins F. ___ verlegt worden. Im Computertomogramm des F. ___ sei keine Subarachnoidalblutung beschrieben worden, wobei die Computertomogrammmberichte insofern unglücklich formuliert seien, als dass in der Beschreibung der Satz „im Vergleich zur Fremduntersuchung vom gleichen Tag Befund stationär“ aufgeführt sei. Somit bleibe retrospektiv unklar, ob die Radiologen im F. ___ die nachfolgend kontrovers diskutierte Subarachnoidalblutung ebenso gesehen hätten, oder ob sich ihre Aussage von oben nur auf die Basalganglienblutung bezogen habe (S. 17).

Wie in den bisherigen Akten, Beurteilungen und Aktengutachten mehrfach erläutert worden sei, sei eine Hypertonie (Bluthochdruck) die häufigste Ursache einer Basalganglienblutung. Dies dürfe man als von allen Seiten unbestrittene Tatsache ansehen. Es müssten jedoch auch andere Ursachen in Erwägung gezogen werden – so unter anderem traumatische Ursachen (S. 23 f.). Durch einen Unfall verursachte Basalganglienblutungen könnten sehr wohl vorkommen. Zudem könne in casu eine Hypertonie nicht einfach als Ursache postuliert werden, da der Beschwerdeführer gemäss dem Protokoll der Sanität während der ganzen Beobachtungszeit normale Blutdruckwerte aufgewiesen habe, womit sich die Frage stelle, wie man die hypertensive Ursache begründen wolle (S. 24 oben).

Aufgrund der Akten als auch aufgrund der eigenen Untersuchung könne festgehalten werden, dass beim Beschwerdeführer mehrere vaskuläre Risikofaktoren bestünden. So habe er einen arteriellen Bluthochdruck, einen Diabetes mellitus Typ 2, eine Dyslipidämie (zu hohe Blutfette), eine durchgemachte Durchblutungsstörung am Herzen und eine Einengung eines der grösseren Hirnblutgefässe. All diese Risikofaktoren könnten das Risiko für eine Durchblutungsstörung des Gehirns erhöhen. In den Akten sei bisher nie diskutiert worden, ob diese obgenannten und beim Beschwerdeführer vorliegenden vaskulären Risikofaktoren eine Hirnblutung auch bei einem Trauma wie dem stattgehabten Unfallereignis vom 7. Januar 2013 hätten begünstigen können. Hierzu gebe es keine Literatur, doch vermute er, ein erhöhtes Blutungsrisiko bei gleichzeitigem Vorliegen solcher vaskulärer Risikofaktoren, da die Blutgefässe dadurch geschädigt seien. Zu wieviel Prozent diese vaskulären Risikofaktoren an einer Blutung beteiligt sein könnten, könne nicht bemessen werden (S. 24 f.).

In der Zusammenschau gelte es somit festzuhalten, dass eine arterielle Hypertonie zwar die häufigste Ursache einer Basalganglienblutung sei, sich jedoch auch mehrere wissenschaftliche Publikationen fänden, die zeigen würden, dass es auch traumatisch bedingte Basalganglienblutungen gebe. Das gleichzeitige Vorliegen von mehreren vaskulären Risikofaktoren dürfte das Blutungsrisiko bei einem Trauma sicherlich erhöhen (S. 25). Eine Kausalitätsbemessung könne üblicherweise bis zu einem gewissen Mass immer nur eine Schätzung sein. Vor dem Hintergrund des Fehlens einer arteriellen Hypertonie in der Zeit unmittelbar nach dem Unfall und dem gleichzeitigen Vorliegen mehrerer vaskulärer Risikofaktoren sei von einer Unfallkausalität auszugehen (S. 25 Mitte).

Zusätzlich zur Basalganglienblutung bestehe eine weitere unklare Frage, welche die Beantwortung der Unfallkausalität erschwere. So bestehe eine widersprüchliche Befundung der ersten Computertomogramm-Aufnahme. Während die beiden Radiologie-Oberärzte des Stadtspitals Z.____ eine zusätzliche Subarachnoidalblutung beschrieben hätten, habe der radiologische Gutachter Dr. G.____ in seinem Gutachten zu Händen der Zürich Versicherung keine Subarachnoidalblutung gesehen. Die Frage des Vorliegens einer zusätzlichen Subarachnoidalblutung sei eminent, da eine Subarachnoidalblutung überwiegend wahrscheinlich traumatisch bedingt wäre. Da diese Frage unklar sei, werde eine weitere Klärung mittels neuroradiologischem Gutachten empfohlen (S. 25 unten).

E. 3.2

Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie, H.____ Klinik, nahm am 29. Mai 2015 (Urk. 30/2) Stellung zum Gutachten von Dr. D.____. Er führte aus, es sei irrelevant, ob der

Beschwerdeführer zu jenem Zeitpunkt ein Schmerzmittel, insbesondere Aspirin, eingenommen habe. Von Bedeutung sei die thrombozytenhemmende Behandlung mit Aspirin, die er gemäss den zur Verfügung stehenden Unterlagen befolgt habe (S. 1 f.). Dass eine gerinnungshemmende Behandlung die Bildung von traumatisch bedingten Blutungen begünstigen könne, sei unbestritten. Die Gedanken von Dr. D.____ zum erhöhten Risiko einer traumatischen Hirnblutung bei bestehenden Risikofaktoren seien rein spekulativ, Literatur könne er keine anführen (S. 3). Die Aussage, dass es keine biomechanische Beurteilung gebe, sei korrekt. Es sei aber evident, dass bei einem Sturz mit niedriger Ausgangsgeschwindigkeit, zudem noch teilweise vom Arm angefangen, keine hohen Energien absorbiert werden müssten. Grundsätzlich würde auch die Tatsache, dass eine Prellmarke von den einen Untersuchern dokumentiert und von den anderen nicht dokumentiert sei, wiederum eher auf eine niederenergetische Einwirkung hindeuten, wobei wie bereits erwähnt die Tatsache des Aufpralls mit Helm beziehungsweise Kopf unbestritten sei. Im Gegensatz zu Dr. D.____ seien den berichtserstattenden Ärzten die Datenträger mit den Aufnahmen vom Kopf zur Verfügung gestanden, sowohl vom Stadtspital Z.____ wie auch vom F.____. Dazu habe Dr. G.____ in seinem neuroradiologischen Gutachten ausführlich Stellung genommen. Eine Subarachnoidalblutung sei weder auf den Bildern vom Z.____ noch auf denjenigen vom F.____ erkennbar (S. 4). Insgesamt ergäben sich keine neuen Erkenntnisse. Bei bestehenden kardiovaskulären Risikofaktoren und Fehlen von cerebralen Verletzungen liege bei dem an für spontane intracerebrale Blutungen typischer Stelle liegenden intracerebralen Hämatom mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Unfallkausalität oder Teilkausalität vor (S. 6).

E. 3.3

Prof. Dr. med. I.____, Facharzt für Radiologie und für diagnostische und invasive Neuroradiologie, erstattete seine neuroradiologische Beurteilung im Rahmen des A.____-Gutachtens (vgl. vorstehend E. 3.3) am 31. März 2016 (Urk. 44). Er führte aus, dass auf den vorgelegten Bildern des Z.____-Spitals - die erste Untersuchung, die nach dem Sturz des Beschwerdeführers durchgeführt worden sei - keine subarachnoidale Blutung frontal rechts nachgewiesen werden könne (S. 1). Die Aufnahmetechnik sei nicht absolut optimal, die Bilder etwas körnig, der Subarachnoidalraum im Bereich der Hirnfurchen frei, die frontobasalen Strukturen des planum sphenoidale regelrecht ebenso wie die ventralen Anteile des Temporallappens beidseits. Auch Hinweise auf eine extrakranielle Verletzung im Bereich des Gesichtes und des knöchernen Schädel-Skeletts würden fehlen. Es könne aus diesem Befund geschlossen werden, dass eine traumatische Schädigung im Bereich des Kopfes nicht vorliege und eine subarachnoidale Blutung, traumatisch oder a-traumatisch, nicht vorliege (S. 2 oben).

In Bezug auf die Basalganglienblutung rechts könne eine klare Aussage gemacht werden. Die Blutung habe unterschiedliche Dichte-Intensitäten, sie reiche von temporo-parietal rechts bis in die Stammganglien, weise diskrete höhere Dichtewerte im Bereich der A. cerebri media, speziell der lenticulo-striären Äste auf, die sich jedoch nicht in den subarachnoidalen Raum ausweiten würden. Die basalen Zisternen seien frei, speziell die prae-pontine Zisterne wie auch die Cisterna supra chiasmatica (S. 2 Ziff. 2a).

Die unterschiedlichen Dichte-Intensitäten der Blutung, die zentral etwas höher (weisser) seien als temporo-parieto-okzipital, würden darauf hindeuten, dass es sich wahrscheinlich um eine mehrzeitige Blutung handle. Die höchste Dichte finde sich in den Basalganglien, so dass diese Lokalisation als Ausgangspunkt in Frage komme. Es fänden sich keine Hinweise

auf eine Einblutung in das Ventrikelsystem. Der basale Gefässkranz der A. carotis interna wie auch der A. cerebri media zeigten keinen Nachweis eines Aneurysmas. Die Gefässe seien nicht spastisch verändert (S. 2 Ziff. 2b).

Die Lokalisation, die wahrscheinliche Mehrzeitlichkeit, die anamnestischen Faktoren (langjährige Hypertonie, Diabetes) und die Tatsache, dass zumindest Aspirin-Cardio täglich eingenommen worden sei, lasse die ätiologische Zuordnung einer primären Stammganglienblutung als höchst wahrscheinlich erscheinen (S. 3 Ziff. 2c).

Die Tatsache, dass – gemäss aktenanamnestischen Angaben – zwei Stürze statt gefunden hätten und keine wesentlichen äusseren Verletzungen im Gesicht und am knöchernen Schädel skelett vorhanden seien, lasse die Wahrscheinlichkeit einer traumatischen Stammganglienblutung höchst unwahrscheinlich erscheinen. Die Annahme einer primären, nicht traumabedingten Stammganglienblutung sei wesentlich wahrscheinlicher und plausibler. Bei dieser ausgedehnten Blutung müssten mindestens im Bereich des Cortex und des subarachnoidalen Raumes Trauma Zeichen vorhanden sein, was nicht der Fall sei. Demgegenüber bestünden internistische Risikofaktoren (wie Hypertonie; Diabetes mellitus, DM), die bekannte Risikofaktoren für Stammganglienblutungen darstellten (S. 3 Ziff. 3a).

Abschliessend könne gesagt werden, dass auf Grund der Angaben des Beschwerdeführers, der Aktenlage, der neurologischen Befunde, des CT-Befundes und der anamnestisch bekannten Risikofaktoren des Beschwerdeführers eine primäre Stammganglienblutung vorgelegen habe und keine traumatische, durch den Sturz ausgelöste Blutung (S. 3 unten).

E. 3.4

Dr. med. J.____, Facharzt für Neurologie, Oberarzt Universitätsspital B.____, A.____ Begutachtungen, erstattete sein neurologisches Gutachten inklusive neuroradiologischer Zusatzbegutachtung am 5. Juli 2016 (Urk. 43/1) gestützt auf die Akten (vgl. Urk. 43/2), die neurologische Untersuchung des Beschwerdeführers vom 3. Dezember 2015 sowie die neuroradiologische Beurteilung vom 31. März 2016. Er führte aus, einleitend müsse festgehalten werden, dass auf Grund der geringen Inzidenz nur wenige wissenschaftlich fundierte Daten hinsichtlich traumatisch bedingter Basalganglienblutungen vorlägen. Diese seien somit als seltenes Ereignis einzustufen und hätten in der wissenschaftlichen Literatur bis her nur als Einzelfälle oder in kleinen Kohortenstudien beschrieben werden können. In zwei Arbeiten, welche 37 respektive 20 Fälle zusammengefasst hätten, sei in den überwiegenden Fällen eine über die Basalganglienblutung hinausgehende, begleitende traumatische Schädigung des Gehirns/ Schädelkalotte (unter anderem fokale Läsionen, Subduralhämatom, Subarachnoidalhämatom) beschrieben worden (S. 8 f.).

Im Rahmen des vom Beschwerdeführer am 3. Januar 2016 (richtig 7. Januar 2013) erlittenen Fahrradsturzes seien bis auf Prellmarken im Stirnbereich keine weiteren Verletzungen im Kopfbereich dokumentiert. Die im initialen cCT vom Spital Z.____ beschriebene subarachnoidale Blutung frontal rechts lasse sich retrospektiv nicht bestätigen (siehe aktuelles neuroradiologisches Gutachten), so dass eine solche als unterstützendes Kriterium einer traumatischen Genese der Basalganglienblutung nicht weiter herangezogen werden könne. Aus neurologischer Sicht bleibe somit eine traumatische Ursache der Basalganglienblutung bei Fehlen anderweitiger relevanter Verletzungen und aufgrund des Unfallmechanismus als wenig plausibel einzustufen (S. 9 oben).

Dr. D.____ mache in seiner Begutachtung geltend, dass auf Grund der vorliegenden vaskulären Risikofaktoren eine traumatische Ursache der Hirnblutung gegebenfalls begünstigt worden sei. Diese Frage könne bei diesbezüglich fehlenden Daten nicht mit letzter Sicherheit beantwortet werden. Dass das Risiko einer traumatischen Basalganglienblutung durch das Vorliegen vaskulärer Risikofaktoren erhöht sein könnte, scheine intuitiv nachvollziehbar. In Annahme eines relevanten Risikofaktors vaskulärer Risikofaktoren auf traumatische Basalganglienblutungen wäre auf Grund der Prävalenz/Inzidenz vaskulärer Risikofaktoren und Schädelhirntraumas jedoch eine viel höhere Inzidenz solcher traumatisch bedingter Basalganglienblutungen zu erwarten, was aber nicht der Praxis entspreche. Eine wie von Dr. D.____ in Betracht gezogene Begünstigung der Blutung durch vaskuläre Risikofaktoren sei somit als zwar denkbar einzustufen, in der Relevanz aber höchst fraglich und sicher nicht geeignet, die Kausalität des Sturzes für die Basalganglienblutung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit plausibel zu machen (S. 9 Mitte).

Für eine spontane Blutung und gegen eine traumatische Genese sprächen insbesondere auch die Aspekte der Bildgebung, wie sie in der neuroradiologischen Beurteilung diskutiert würden. Die unterschiedlichen Dichte-Intensitäten der Blutung, die zentral etwas höher seien als temporoparieto-okzipital, würden darauf hindeuten, dass es sich wahrscheinlich um eine mehrzeitige Blutung handle. Die höchste Dichte finde sich in den Basalganglien, so dass diese Lokalisation als Ausgangspunkt in Frage komme. Die Lokalisation, die wahrscheinliche Mehrzeitlichkeit, die anamnestischen Faktoren (langjährige Hypertonie, Diabetes) und die Tatsache, dass zumindest Aspirin-Cardio täglich eingenommen worden sei, lasse die ätiologische Zuordnung einer primären Stammganglienblutung als wahrscheinlichste Erklärung annehmen. Für die Annahme einer traumatischen Genese müssten bei der ausgedehnten Basalganglienblutung mindestens im Bereich des Cortex und des subarachnoidalen Raumes Traumazeichen vorhanden sein, was nicht der Fall sei (S. 9).

Zusammenfassend lägen für eine traumatische Genese der Basalganglienblutung im Rahmen des Fahrradsturzes vom 3. Januar 2016 (richtig 7. Januar 2013) zu wenig objektive Hinweise vor, um eine solche als überwiegend wahrscheinlich einzustufen. Eine spontane Genese scheine abschliessend plausibler (S. 9 unten).

E. 4.1

Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seine Entscheidung, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die bloße Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S. 324 f.).

E. 4.2

Dr. J.____ hat sich bei seiner Beurteilung (vorstehend E. 3.4) für die Beantwortung der Frage, ob die cerebrale Blutung beziehungsweise das intracerebrale Hämatom mit dem Unfallereignis vom 7. Januar 2013 in einem kausalen Zusammenhang steht, auf die Untersuchung des Beschwerdeführers, die neuroradiologische Beurteilung durch

Prof. I.____ (vgl. vorstehend E. 3.3) sowie die Vorakten gestützt. Seine Ausführungen sind für die streitigen Belange umfassend und berücksichtigen die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in angemessener Weise. Weiter leuchtet seine Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die Beurteilung der medizinischen Situation sowie seine Schlussfolgerung sind nachvollziehbar begründet. Das Gutachten von Dr. J.____ sowie die neuroradiologische Beurteilung durch Prof. I.____ erfüllen daher die praxismässigen Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Berichts (vgl. vorstehend E. 1.4) vollumfänglich, so dass auf die darin enthaltenen Ausführungen abgestellt werden kann.

E. 4.3

Davon ausgehend hat Dr. J.____ in nachvollziehbarer Weise dargelegt, dass sich die im initialen CT vom Z.____ Spital beschriebene subarachnoidale Blutung frontal rechts retrospektiv nicht bestätigen lasse, so dass eine solche als unterstützendes Kriterium einer traumatischen Genese der Basalganglienblutung nicht weiter herangezogen werden könne. Er führte weiter aus, dass eine traumatische Ursache der Basalganglienblutung bei Fehlen anderweitiger relevanter Verletzungen des Gehirns/Schädelkalotte wie fokale Läsionen, Subduralhämatom oder Subarachnoidalhämatom und aufgrund des Unfallmechanismus als wenig plausibel einzustufen sei. Zur von Dr. D.____ abgegebenen Beurteilung, wonach aufgrund der vorliegenden vaskulären Risikofaktoren eine traumatische Ursache der Hirnblutung gegebenenfalls begünstigt worden sei, nahm Dr. J.____ ausführlich Stellung und führte aus, bei diesbezüglich fehlenden Daten könne seine Annahme nicht mit letzter Sicherheit beantwortet werden. Eine wie von Dr. D.____ in Betracht gezogene Begünstigung der Blutung durch vaskuläre Risikofaktoren sei somit als zwar denkbar einzustufen, in der Relevanz aber höchst fraglich und sicher nicht geeignet, die Kausalität des Sturzes für die Basalganglienblutung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit plausibel zu machen. Dr. J.____ stützte sich bei seiner Beurteilung vor allem auch auf die neuroradiologische Beurteilung durch Prof. I.____ ab, wonach insbesondere auch die Aspekte der Bildgebung gegen eine traumatische Genese sprächen. So würden die unterschiedlichen Dichte-Intensitäten der Blutung darauf hindeuten, dass es sich wahrscheinlich um eine mehrzeitige Blutung handle. Die höchste Dichte finde sich in den Basalganglien, so dass diese Lokalisation als Ausgangspunkt in Frage komme. Zusammenfassend kam Dr. J.____ zum Schluss, dass für eine traumatische Genese der Basalganglienblutung im Rahmen des Sturzes zu wenig objektivierbare Hinweise vorlägen. Eine spontane Genese sei eine abschliessend plausible.

E. 4.4

Zusammenfassend wurde die vorliegend entscheidende Frage nach dem überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall von Januar 2013 und der bildgebend festgestellten Hirnblutung vom Gutachter Dr. J.____ klar beantwortet: Er führte aus, dass die Hirnblutung nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in einem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 7. Januar 2013 steht.

Die Beschwerdeführerin hat ihre Leistungspflicht im angefochtenen Entscheid somit zu Recht verneint, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

E. 5

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt David Husmann, unter Beilage einer Kopie von Urk. 47 - Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG - Bundesamt für Gesundheit

E. 5.1

Die Kosten für das Gerichtsgutachten in der Höhe von insgesamt Fr. 5'883.50 (Urk. 48) sind von der Beschwerdegegnerin zu tragen und somit dem Gericht zurückzuerstatten, da dem Einspracheentscheid nicht ausreichende, da klärungsbedürftige, Beurteilungen zugrunde lagen, was das nunmehr vorliegende Gericht s gutachten erforderlich gemacht hat.

E. 5.2

Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Gutachtenskosten (Urk. 17 S. 2 Ziff. 5) fallen unter den Begriff der Parteikosten im Sinne von Art. 61 lit. g des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungs rechts (ATSG). Da der Beschwerdeführer in diesem Verfahren unterliegt, hat er keinen Anspruch auf Ersatz dieser Kosten (vgl. BGE 115 V 62 E. 5c; SVR 2011 IV Nr. 13 = Urteil des Bundesgerichts 9C_178/2010 vom 14. April 2010 E. 2). Gründe für ein ausnahmsweises Abweichen davon (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Art. 61 lit. g Rz 206) liegen nicht vor. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Gutachtenskosten von Fr. 5'883.50 zu ersetzen . 4.

Dem Beschwerdeführer wird keine Prozessentschädigung zugesprochen.

E. 6

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 Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Ur kunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannSchüpbach

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