

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00181 vom 30. November 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00181

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00181 du 30 novembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00181 del 30 novembre 2015

Erwägungen

E. 1

9. März 2014, ergänzt am 2. April 2014, Einsprache (Urk. 9/250-251, Urk. 9/256-257).
Diese wies die Suva am 16. Juni 2014 ab (Urk.

9/267 = Urk. 2).

E. 1.1

Gemäss Art.

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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, 402 E. 4.3.1, 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 Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 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). 1. 4

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). 1. 5

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 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E.

5b/ aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

E. 1.6

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: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles; - 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 (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa). Im gesamten mittleren Bereich kann ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien heran gezogen werden. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt 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. 1.7

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 Vorak ten (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). 2.

E. 2

). In der Beschwerdeantwort vom 29. September 2014

schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Dies wurde dem Beschwerdeführer am 2. Oktober 2014 zur Kenntnis gebracht (Urk. 10). Mit Eingabe vom 11. August 2015 reichte der Beschwerdeführer den neuropsychologischen Bericht von Dr. phil. A.____, Neuropsychologie, vom 5. August 2015 ein und bat, die Suva sei zu verpflichten, die Kosten der Begutachtung zu übernehmen (Urk. 11 und 12). Mit Gerichtsverfügung vom 13.

August 2015 wurde der Suva Frist angesetzt, um dazu Stellung zu nehmen (Urk. 13). Die Suva verwies daraufhin am 27. August 2015 auf ihre Beschwerdeantwort und hielt am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (Urk. 15), was dem Beschwerdeführer am 1. September 2015 mitgeteilt wurde (Urk. 16).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, gemäss den Stellungnahmen ihrer Kreisärzte Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom 5. Juli 2013, von Dr. med. C.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 16. Dezember 2013 sowie von Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, vom 6. März 2014 sei für die vom Beschwerdeführer noch geklagten Beschwerden kein unfallbedingtes organisches Substrat struktureller Natur gegeben. Somit stünden allerhöchstens sogenannte organisch nicht (hinreichend) erklärbare Beschwerden zur Diskussion (S. 6-7). Zur Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den nicht organisch-strukturellen Beschwerden gelange nicht die Schleudertrauma-Praxis zur Anwendung, da es sich nicht um eine erlittene Hirnerschütterung im Grenzbereich zwischen einer Commotio und einer Contusio cerebri handle (S. 8). Die Suva qualifizierte das Unfallereignis als mittelschweres (S. 9-10) und verneinte die Adäquanz in Anwendung der Psycho-Praxis (S. 10-13). Der Fallabschluss sei nicht zu früh erfolgt, weil die Heilbehandlung bezüglich der somatischen Unfallfolgen zum Einstellungszeitpunkt abgeschlossen gewesen sei und die subjektiven und psychischen Komponenten bei der Psycho-Praxis nicht zu berücksichtigen seien (S. 13-14).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer rügte in seiner Beschwerde (Urk. 1), dass die Suva ihre Abklärungen trotz des schweren Kopftraumas ohne den Beizug eines Neurochirurgen sowie eines Schwindelspezialisten vorgenommen habe (S. 2-3). Weiter bemängelte er, dass die Suva die Angelegenheit als Schleudertrauma-Fall behandelt habe (S. 3). Da er noch nicht an seine früheren Leistungen anknüpfen könne, seien die Leistungen zu früh eingestellt worden (S. 3). Es habe sich nicht wie anfangs diagnostiziert lediglich um ein leichtes Schädelhirntrauma gehandelt, und Schwindel sei schon von Anfang an diagnostiziert worden (S. 3-4).

Die Klinik E.____ habe ihm in ihrem Austrittsbericht vom 28. Juni 2013 weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 4). Weiter beanstandete der Beschwerdeführer, dass Dr. B.____ in seinem Bericht vom 5. Juli 2013 postuliert habe, es lägen aus unfallchirurgisch-orthopädischer Sicht keine Unfallfolgen mehr vor, obwohl ihm die MRI Abklärung nicht vorgelegen habe (S. 5). Der Neurologe Dr. D.____ habe sich erstens in der Zeit verschätzt und zweitens sei im Bericht vom 5. April 2013 über das neurokraniale MRI noch von punktuellen Marklagerveränderungen, kontusionstypischen Läsionen an der Frontobasis,

temporopolar und temporobasal die Rede gewesen. Da das MRI nicht wiederholt worden sei, sei davon auszugehen, dass diese Mikroverletzungen im Hirnbereich fortbeständen. Dabei handle es sich um somatische Unfallfolgen (S. 5-6). Als er wieder habe zur Arbeit erscheinen müssen, sei offensichtlich eine Verschlimmerung der Symptomatik entstanden (S. 6). Ferner habe Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie, seine Arbeitsunfähigkeit bestätigt (S. 6). Des Weiteren stellte er sich

auf den Standpunkt,

es handle sich um einen schweren Unfall, bei welchem die Adäquanz per se gegeben sei (S. 7).

3.3.1

Nachdem der Beschwerdeführer am 18. Oktober 2012 zu Fuss von einem Auto angefahren worden war (Urk. 9/1), wurde er in die Klinik für Unfallchirurgie des Z.____

eingeliefert, wo er laut dem Austrittsbericht vom 1. November 2012 zehn Tage lang hospitalisiert war. Im Austrittsbericht wurden folgende Diagnosen aufgeführt (Urk. 9/20 S. 1): - Schädelhirntrauma mit - Commotio cerebri - undislozierte Fraktur Os frontalis bis in die Orbita auslaufend rechts, Fraktur Os zygomaticus rechts, offene Nasenbeinfraktur, Verdacht auf mediale Orbitawandfraktur rechts - benigner Lagerungsschwindel - Beckenkontusion rechts - unklare Raumforderung im Unterbauch rechts - Differentialdiagnose Meckeldivertikel, gastrointestinaler Tumor, Einblutung - Extremitätentrauma - traumatisch eröffnete Bursa olecrani und praepatellaris rechts - multiple Schürfwunden am linken Knie und an beiden Händen. Unter den Befunden bei Eintritt nannten die Ärzte beim wachen, aber zeitlich nicht orientierten Beschwerdeführer einen Wert von 14 in der Glasgow Coma

Scale (GCS), wobei er nach dem Unfall während rund fünf Minuten bewusstlos gewesen sei. Hinweise auf Hirnnerven-Ausfälle hätten keine vorgelegen (Urk. 9/20 S. 1). Der Beschwerdeführer habe sich durch den Unfall sehr betroffen gezeigt, sodass er auch psychiatrisch betreut worden sei und bei ihm eine Anpassungsstörung diagnostiziert worden sei (Urk. 9/20 S. 2).

3.2
Dr. med. G.____, Fachärztin für Allgemeine Medizin, nannte in ihrem Zwischenbericht vom 3. Dezember 2012 im Wesentlichen dieselben Diagnosen wie das Z.____, wo bei sie das Schädelhirntrauma als leicht bezeichnete und auch die Anpassungsstörung unter den Diagnosen aufführte, was mit der ersten Version des Austrittsberichts des Z.____ (vgl. Urk. 3/4) übereinstimmte. Sie gab an, der Verlauf sei komplikationslos, aber der Schwindel persistiere

(Urk. 9/18). 3.3

Dr. F.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 25. Januar 2013

insbesondere eine posttraumatische, periphere Vestibulopathie

(Urk. 9/ 46 S. 1). Er hielt fest, beim Drehschwindel handle es sich am ehesten um einen gutartigen Lagerungsschwindel. Unklar bleibe die Sehstörung

(Urk. 9/ 46 S. 3). 3. 4

PD Dr. med. H.____, Facharzt für Radiologie und Neuroradiologie, führte in seiner Beurteilung der MRI-Untersuchung des Neurokraniums

triplanar nativ vom 5. April 2013 aus, es lägen punktuelle Marklagerveränderungen vor, die zum Teil im Grenzstrang zwischen MCA und ACA beidseits und auch sub cortical lokalisiert seien, differenzialdiagnostisch am ehesten mikroangiopathischer Genese; eine hämodynamische oder cardioembolische Genese lasse sich letztlich nicht ausschliessen. Es liege keine territoriale Ischämie vor. Zudem beschrieb PD Dr. H.____

eine kleine punktuelle Suszeptibilitätsstörung im links frontalen Marklager, möglicherweise einer kleinen Verkalkung, einem Kavernom oder Schererverletzungen an atypischer Stelle entsprechend. Weiter hielt er fest, kontusionstypische Läsionen an der Frontobasis, temporopolar oder temporobasal fanden sich nicht (Urk. 9/ 81). 3.5

In seinem Bericht vom 19. April 2013 erhob Dr. med. I.____, Facharzt für Ophthalmologie, speziell Ophthalmochirurgie, einen altersentsprechenden

Normalbefund ohne unfallkausale Schädigung und hielt fest, aus augenärztlicher Sicht sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 9/ 84 S. 2). 3.

E. 6

Kreisarzt Dr. B.____ fasste in seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme (beschränkt auf die somatischen Schädigungen) vom 5. Juli 2013 den aktenmässigen Verlauf zusammen und gelangte zum Schluss, aus unfallchirurgisch-orthopädischer Sicht lägen keine relevanten Unfallfolgen mehr vor. Gemäss der Nachkontrolle beim Z.____ seien die Bursektomien an Ellbogen und Knie abgeheilt. Eine fachärztlich-neurologisch-versicherungsmedizinische Beurteilung sei sinnvoll, dazu seien aber die Bilder der MRI-Untersuchung des Schädels vom 5. April 2013 noch beizubringen (Urk. 9/ 126). 3.7

Dem Bericht der augenärztlichen Klinik des Z.____

vom 29. August 2013 ist zu entnehmen, bei gänzlich unauffälligen ophthalmologischen

Untersuchungsbefunden mit bestkorrigiertem Nah- und Fernvisus von 1,0 beidseits liessen sich die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden (Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen und Schwindel beim Lesen) nicht durch eine neuroophthalmologische Problematik erklären (Urk. 9/ 179 S. 1). 3.

E. 8

Am 3. Dezember 2013 nahm Dr. D.____ gestützt auf die Aktenlage sowie auf das MRI des Kopfes vom 5. April 2013 eine neurologische Beurteilung vor (Urk. 9/ 189). Dr. D.____ fasste zusammen, dass der Unfall zu einer leichten traumatischen Hirnverletzung geführt habe, die neurologische Überwachung jederzeit unauffällig gewesen sei, Bursa- und Knieverletzung operativ versorgt worden seien und der postoperative Verlauf des allzeit

schmerzkompensierten Beschwerdeführers komplikationslos gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe sich stark bet r offen gefühlt, sodass bereits primär eine psychiatrische Mit be treuung erfolgt und von jener Seite eine Anpassungsstörung diagnostiziert wor den sei. Kopfschmerzen seien zu jenem Zeitpunkt nicht dokumentiert worden. Die Schwindelanfälle seien sowohl vom Z.____ (nach Konsultation der ORL-Ärzte) sowie von Dr. F.____ als gutartiger Lagerungsschwindel respektive Vestibulo pathie gewertet worden. Laut dem Bericht von Dr. F.____ vom 25.

Januar 2013 hätten die zwischenzeitlich geklagten Kopfschmerzen bereits wieder nach gelassen und seien nur noch beim Lesen im Stirn- und Augen bereich aufgetre ten (S. 5). Die erstmals anlässlich jenes Termins geklagten unklaren Sehstörun gen seien abgeklärt worden und nicht durch eine neuroophthalmologische Problematik zu erklären. Nach Einsicht in die anlässlich der MRI- Untersuchung des Gehirnes vom 5. April 2013 angefertigten Bilder gelangte Dr. D.____ zum Schluss, die Läsion im Bereich des linken Marklagers entspreche in keiner Weise posttraumatischen Veränderungen, eher sei eine kleinere (zum Beispiel

embolische) Ischämie in jenem Bereich nicht auszuschliessen, was im Bericht des Radiologen ebenfalls differentialdiagnostisch in Betracht gezogen worden sei. Hinweise für residuale posttraumatische Veränderungen, sekundär festzu stellende parenchymatöse

Einblutungen , zum Beispiel auch im Rahmen von „ Shearing

injuries “ , seien weder von den Radiologen noch von ihm festzustellen gewesen. Der behandelnde Psychiater Dr. med. J.____ , Facharzt für Psy chiatric und Psychotherapie , habe ein postcommotionelles Syndrom, Angst und depressive Störung sowie eine Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom diagnostiziert, wobei die Diagnose eines postcommotionellen Syndroms in der Fachwelt stark umstritten sei. Die im Austrittsbericht der Klinik E.____ neben Schmerzen im Bereich des rechten Knies und Ellen bogen, fehlender Tagesstruktur, sozialem Rückzug, Angst, depressiver Verstimmung, Sprachbarriere und Schwindelsymptomatik als Probleme genannten Kopfschmerzen seien erst sekundär wieder parallel zur psychischen Alteration verstärkt aufgetreten und somit lasse sich keine typische unfallkausale Dynamik erkennen, welche in aller Regel dadurch gekennzeichnet sei, dass direkt nach dem Unfallereignis ein Maximum der Beschwerdesymptomatik vorliege und mehr oder weniger schnell, spätestens aber innerhalb eines Jahres, abklinge . Ebenso sei eindrücklich gewesen, dass der Beschwerdeführer innerhalb des Familiensystems eine dysfunktionale Krankenrolle eingenommen habe (S. 6-7) . Eine unfallkausale strukturelle Läsion des Gehirnes liege nach dem Ausheilen der Ges ichtsschädelfrakturen nicht vor.

Die vorliegend präsentierte fluk tuierende Symptomatik sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal . Ohne strukturelle Hirnverletzungen könnten ohnehin nur schwerste Kopfschmerzen zu einer Arbeitsunfähigkeit führen . Die Schwindel symptomatik sei plausibel ursächlich als posttraumatische Vestibulopathie

erklärt, jedoch seien verschiedene Manöver im Rahmen eines Schwindel trainings durchgeführt worden, welche praktisch sofort zur Beschwerdefreiheit geführt hätten. Selbstverständlich könne es sein, dass gelegentliche Schwindel erneut zu behandeln seien, eine dauerhafte und invalidisierende Beeinträchti gung durch die genannte Schwindelsymptomatik sei jedoch in keiner Weise nachvollziehbar. Da kein e hirnstrukturellen Verletzungen erfolgt seien, indessen eine psychiatrische Überlagerung mit

Depression und Angst ausgewiesen sei und zusätzlich eine erhebliche Sprachbarriere bestehe, sei eine neuropsychologische Testung nicht zielführend, da sie keine validen Ergebnisse erbringen könne. Es sei nicht möglich, ein unfallkausales Beschwerdebild zu objektivieren. Zusammenfassend hielt Dr. D.____ fest, aus neurologischer Sicht sei nicht mehr überwiegend wahrscheinlich von relevanten Unfallfolgen auszugehen (S. 7-8). 3.

E. 9

Dr. F.____ führte in seinem Bericht vom 3. Dezember 2013 aus, Kopfschmerzen und Schwindel hätten nachgelassen. Unverändert geblieben sei der Tinnitus. Zudem bestehe eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule.

Neurologische Ausfälle lägen aber keine vor, sodass eine relevante Verletzung des Nervensystems nicht anzunehmen sei. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100 % (Urk. 9/ 196 S. 1-2). 3.

E. 10

Kreisarzt Dr. C.____ führte am 16. Dezember 2013 aus, auf die Stellungnahme von Dr. B.____ vom 5. Juli 2013 könne weiterhin abgestellt werden. Im unfallchirurgisch-orthopädischen Bereich seien weiterhin keine relevanten Unfallfolgen mehr vorhanden (Urk. 9/ 202). 3.1 1

Am 3. Februar 2014 nahm Konsiliarpsychiater med. pract. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, unter Berücksichtigung der Akten, insbesondere auch des Berichts der behandelnden Dr. med. L.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. Januar 2014 (Urk. 9/ 211), Stellung (Urk. 9/ 214). Er hielt fest, dass Dr. L.____ von einer angstgeprägten, leichteren depressiven Störung im Sinne einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.22 oder F41.2) ausgehe, stimme mit den beschriebenen psychopathologischen Befunden überein. Dadurch sei das gleichzeitige Vorliegen eines schwer dysfunktionalen Umganges mit körperlichen und psychischen Beschwerden nicht ausgeschlossen. Das Verhalten des Beschwerdeführers spreche für ein dysfunktionales Verhalten im Sinne einer sogenannten „fear

avoidance“, welche durch Ängste und Befürchtungen geprägt sei, durch jedwelche Aktivitäten den Zustand zu verschlechtern beziehungsweise neuen Gefahren ausgesetzt zu sein (Urk. 9/ 214 S. 8). 3.12

Am 12. Februar 2014 berichtete Dr. F.____, die posttraumatischen Kopfschmerzen seien akut exazerbiert. Im Anschluss an die letzte Kontrolle vom 2. Dezember 2013 sei der Verlauf ordentlich gewesen und die Schmerzen hätten sich in einem erträglichen Ausmass gehalten. Am 13. Januar 2014 sei dann die Wiederaufnahme der Arbeit als Magaziner zu 50 % erfolgt, und bereits nach wenigen Tagen hätten sich die Nacken- und Kopfschmerzen deutlich intensiviert und Schwankschwindel sowie eine entsprechende Gehunsicherheit seien vermehrt aufgetreten. Ab dem 25. Januar 2014 sei daher wieder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Der neurologische Befund sei

abgesehen von der leicht breitbasigen Ataxie - unverändert und unauffällig, und das erneut abgeleitete EEG sei in den Grenzen der Norm ausgefallen (Urk. 9/ 223 sowie Bericht vom 28. Februar 2014, Urk. 9/238 S. 2). 3.1 3

Dr. D.____

hielt am 6. März 2014 unter Verweis auf seine ausführliche Darstellung vom 3. Dezember 2013 fest, es bestehe aus neurologischer Sicht keine relevante Unfallfolge mehr. Die fluktuierende Ausprägung der Beschwerden, insbesondere der Kopfschmerz- und Schwindelsymptomatik, aber auch der vermehrten Nackenverspannungen nach Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit, lasse sich organisch nicht begründen. Da die Schwindelsymptomatik gut abgeklungen gewesen sei, da mögliche Folgen einer traumatischen Vestibulopathie mittlerweile zentral kompensiert seien respektive funktionell nicht ins Gewicht fallen würden und im Wesentlichen von einem gelegentlichen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel auszugehen sei, sei eine erneute neurootologische Untersuchung nicht zielführend (Urk. 9/ 239 S. 2). Allenfalls seien die noch bestehenden Folgen im Rahmen der diagnostizierten psychiatrischen Auffälligkeiten zu werten respektive krankheitsbedingt. Aus unfallkausaler Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/ 239 S. 2-3). 3.1 4

D r. phil. A. ___ berichtete am 5. August 2015 über ihre neuropsychologische Untersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 12/1).

Sie führte aus, der Beschwerdeführer klagt über Kopfschmerzen und Schwindel und dadurch Konzentrationsstörungen und reduzierte Gedächtnisleistungen (S. 2 und S. 5). In ihrer Beurteilung gab sie an, es liege eine ausgeprägte neuropsychologische Funktionsstörung vor. Das visuelle Scannen sei erschwert, wobei der Beschwerdeführer diese Störungen mit ruhigem, langsamem Arbeiten in Grenzen halten könne. Ebenfalls stark reduziert seien die Erfassung und die Parallel-Verarbeitung. Zudem liege eine perseverative Tendenz vor. Geteilte Aufmerksamkeit und exekutive Funktionen, die längere Abläufe und grössere Informationsmengen beinhalten, könnten nicht gelöst werden. Der Beschwerdeführer wisse nicht, wie anfangen oder vergesse einen bearbeiteten Teil wieder (S. 5). Die neuropsychologischen Störungen entsprächen nicht dem prätraumatischen kognitiven Niveau. Wegen der Überlagerung mit Schmerzen und Schwindel und visuellen Störungen könne das Ausmass der neuropsychologischen Störungen zurzeit nicht präzise festgelegt werden. Als Ursache sei nichts anderes ausfindig zu machen als der Unfall vom 18. Oktober 2012. Als Chauffeur sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig und für leichte, zum Beispiel sitzende Tätigkeiten bestehe eine massive Verlangsamung, wie aus der Testung ersichtlich sei (S. 4 unten und S. 6). 4. 4.1

Zunächst ist zu prüfen, ob beim Beschwerdeführer organisch nachweisbare Unfallfolgeschäden bestehen (vgl. vorstehend E. 1. 2). Aufgrund der Akten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 18. Oktober 2012 ein Schädelhirntrauma erlitten hat (vgl. zum Beispiel

Urk. 9/20 S. 1). Der Beschwerdeführer klagt weiterhin über Beschwerden, die seiner Auffassung nach mit dem Schädelhirntrauma respektive mit einer beim Unfall erlittenen Hirnverletzung

in Zusammenhang stehen, namentlich über Schwindel und starke Kopfschmerzen (Urk. 1 S. 3 und S. 5-6 , Urk. 12/1 S. 2). Hingegen sieht sich der Beschwerdeführer durch die anlässlich des Unfalls erlittene Beckenkontusion sowie das Extremitätentrauma nicht mehr beeinträchtigt. Dies steht in Übereinstimmung mit den Akten, wonach ein komplikationsloser postoperativer Verlauf vorlag (Urk. 9/18 S. 1 ,

Urk. 9/20 S. 2,

Urk. 9/ 189

S. 5) und die Bursktomien an Ellbogen und Knie abgeheilt seien
(Urk. 9/ 126) .

4.2

PD Dr. H.____ fand zwar mittels MRI-Untersuchung des Neurokraniums vom 5. April 2013 gewisse Auffälligkeiten vor, wobei er bezüglich der punktuellen Marklagerveränderungen am ehesten von einer mikroangiopathischen Genese ausging und auch eine hämodynamische oder cardioembolische Genese nicht ausschloss. Jedoch fand er - entgegen dem Einwand des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 5) - gerade keine kontusionstypischen Läsionen an der Frontobasis, temporopolar oder temporobasal vor. Die punktförmige Suszeptibilitätsstörung im linken frontalen Marklager entspricht laut PD Dr. H.____ möglicherweise einer kleinen Verkalkung, einem Kavernom oder Scherverletzungen an atypischer Stelle (vgl. vorstehende E. 3.4 und Urk. 9/81).

Auch Kreisarzt Dr. D.____ nahm Einblick in die angefertigten Bilder und gelangte zum Schluss, die Läsion im Bereich des linken Marklagers entspreche in keiner Weise posttraumatischen Veränderungen und auch sonst fänden sich keine Hinweise auf residuale posttraumatische Veränderungen (vgl. vorstehende E. 3.8).

Angeichts dessen, dass Dr. D.____ eine posttraumatische Veränderung des linken Marklagers ausschloss und PD Dr. H.____ eine Scherverletzung nur als eine von mehreren möglichen Genesen aufzählte und zudem anmerkte, dass die Stelle atypisch sei dafür, ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer unfallbedingten strukturellen Läsion auszugehen. Ferner ging auch der behandelnde Dr. F.____ nicht von einer relevanten Verletzung des Nervensystems aus (E. 3.9 vorstehend). Auch aus neuroophthalmologischer Sicht ist angesichts gänzlich fehlender Befunde kein organisches Korrelat für die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auszumachen (vgl. vorstehende E. 3.5 und E. 3.7). 4.3

Die Exazerbation der Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden nach der Arbeitsaufnahme lässt sich laut Dr. D.____ nicht durch Läsionen auf strukturell organischer Ebene erklären, sondern steht in Zusammenhang mit den bereits unmittelbar nach dem Unfall beobachteten psychischen Auffälligkeiten (Urk. 9/239 S. 2-3). Diese Beurteilung ist angesichts dessen, dass auch Dr. F.____ - abgesehen von einer leicht breitbasigen Ataxie - unauffällige neurologische Befunde erhob (vorstehende E. 3.11), nachvollziehbar.

Palpatologisch verdickte und druckdolente Muskulatur und eine Einschränkung der HWS-Beweglichkeit, wie sie von Dr. F.____ beschrieben wurde (Urk. 9/223 S. 2), sind klinische Befunde, die rechtsprechungsgemäss für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden können (Urteil des Bundesgerichts 8C_721/2008 vom 24. April 2009, E. 4.2 mit Hinweisen).

Vielmehr

kann von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_216/2009 vom 28. Oktober 2009, E. 2 mit Hinweis). Beim Beschwerdeführer konnten jedoch mit apparativen/bildgebenden Abklärungen keine

Unfallfolgen ausgemacht werden. 4.4

Die Neuropsychologin Dr. phil.

A.____ ging davon aus, es liege eine ausgeprägte neuropsychologische Störung vor (E. 3.14 vorstehend).

Die Neuropsychologie vermag es indes nach derzeitigem Wissensstand nicht, die hirnorganische Kausalität eines Beschwerdebildes selbst und abschliessend vorzunehmen. Die entsprechenden Untersuchungsergebnisse sind daher im Rahmen einer gesamthaf ten Beweiswürdigung nur insoweit bedeutsam, als sie überprüf- und nachvollziehbar sind (Urteil des Bundesgerichts I 5 42/05 vom 17. November 2006, E. 4.1 mit Hinweis). Dr. D.____

wies darauf hin, dass eine neuropsychologische Testung keine validen Ergebnisse zu Tage fördern könne, da keine hirnstrukturellen Verletzungen erfolgt seien, indessen eine psychiatrische Überlagerung mit Depression und Angst ausgewiesen sei und zusätzlich eine erhebliche Sprachbarriere bestehe (Urk. 9/189 S. 8). Zudem konnte auch Dr. phil. A.____ das Ausmass der neuropsychologischen Störungen nicht präzise festlegen, da sie mit Schmerzen, Schwindel und visuellen Störungen überlagert wurden (E. 3.14). Wegen dieser Überlagerung und da die Testergebnisse auch wesentlich durch die Mitarbeit des Beschwerdeführers und die Sprachbarriere beeinflusst sein können, erweisen sich die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung nicht im nötigen Umfang als überprüf- und nachvollziehbar. Für die Bejahung der Kausalität reicht dies nicht aus.

Soweit Dr. phil. A.____ zur Begründung der Unfallkausalität anführt, der Beschwerdeführer könne das prätraumatische kognitive Niveau nicht mehr erreichen (E. 3.14), ist darauf hinzuweisen, dass aus dem Fehlen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung vor dem Unfall praxisgemäss (BGE 119 V 335 und Urteil des Bundesgerichts 8C_614/2007 vom 10. Juli 2008, E. 4.1.2 mit Hinweisen auf neuere Entscheide) nicht auf die Unfallkausalität von hernach aufgetretenen Beschwerden geschlossen werden kann (Formel „post hoc ergo propter hoc“).

Ebenso wenig ist die Unfallkausalität dadurch erstellt, dass Dr.

phil. A.____ keine andere Ursache auszumachen vermag (Urteil des Bundesgerichts 8C_310/2011 vom 5. September 2011, E. 4.5.1 und vorstehende E. 3.14). 4.5

Nach dem Gesagten steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass keine unfallbedingten strukturellen Läsionen des Gehirns objektivierbar sind und im Zeitpunkt des Fallabschlusses auch sonst keine organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen mehr vorlagen. Die noch geklagten Beschwerden sind am ehesten im Rahmen der psychischen Auffälligkeiten zu werten (E. 3.13 vorstehend). In den Akten ist denn auch dokumentiert, dass Ängste vor möglichen Verletzungen beim Abbruch des Arbeitsversuchs mitspielten (Urk. 9/211 S. 4, E.

3.11 vorstehend).

Somit besteht die Ausgangslage, dass beim Unfall eine bestimmte Verletzung (Schädelhirntrauma) stattgefunden hat, aber die im Entscheidzeitpunkt noch geklagten Beschwerden nicht mit einer strukturellen Läsion erklärt werden können, so dass über das Bestehen eines rechtsgenügli chen Kausalzusammenhangs praxisgemäss die Adäquanz zu prüfen ist (vorstehend E. 1.4 e contrario und E. 1.5). 4.6

Es stellt sich die Frage, ob die Adäquanz nach der Schleudertrauma- oder nach der Psycho-Praxis zu beurteilen ist. Die analoge Anwendung der Schleuder trauma-Praxis rechtfertigt sich bei einem erlittenen Schädelhirn trauma nach der Rechtsprechung nur dann, wenn diese mindestens im Grenz bereich zwischen einer Commotio cerebri und einer Contusio cerebri liegt , nicht hingegen wenn der Schwere grad bei einer Commotio cerebri (milde traumatische Hirnver letzung) liegt (Urteile des Bundesgericht s 8C_270/2011 vom 28. Juli 2011, E. 2.1 mit Hin weisen; U 6/03 vom 6. Mai 2003, E. 3.2). Vorliegend wurde durchgehend eine Commotio cerebri, nie hingegen eine im Grenzbereich zu einer Contusio liegende Commotio cerebri diagnostiziert, weshalb die Schleudertrauma-Praxis nicht zur Anwendung gelangt.

Die ärztlichen Unterlagen zeigen zudem auf, dass im Anschluss an das Unfallereignis vom 18. Oktober 2012 bis zum massgebenden Fallabschluss per 31. März 2014 beziehungsweise dem Erlass des Einsprache entscheidens vom 16. Juni 2014 (Urk. 2) eine psychische Fehlentwicklung einsetzte . So wurde bereits im Austrittsbericht des Z. ___ vom 1.

November 2012 eine Anpassungsstörung genannt (Urk. 9/ 20 S. 2) und eine solche lag auch im Januar/Februar 2014 noch vor (Urk. 9/ 211 S. 1, Urk. 9/214 S. 8) , als die körper lichen Beschwerden längst verheilt waren . Es ist nach dem Gesagten nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die adäquate Kausalität nach der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) , folglich unter Aus schluss psychischer Aspe kte, geprüft hat .

Da die Suva zu Recht die Frage nach der Anwendbarkeit der Schleudertrauma-Praxis verneint hat, geht der Einwand des Beschwerdeführers fehl, die Suva sei zu Unrecht von einem Distorsionstrauma der Halswirbelsäule ausgegangen (Urk. 1 S. 3 Ziff. 4 am Ende). 5.

5.1

Der Unfall ereignete sich so, dass der Beschwerdeführer beim Überqueren einer Strasse zu Fuss an einer mit einer Höchstgeschwindigkeit von 50 km/h signalisierten Stelle von einem Nissan Navara angefahren wurde und weg geschleudert wurde . Dabei fuhr der Nissan Navara mit einer Geschwindigkeit von circa 40 50

km/h und der Beschwerdeführer trat zwei bis drei Meter vor ihm plötzlich auf die Strasse (Urk. 9/ 39 S. 1, Urk. 9/49 S. 2-4, S. 10, S. 13 und S. 16) . Die Suva stufte den Unfall als mittelschwer ein (Urk. 2 S. 10).

Als mittelschwer im engeren Sinn wurde beispielsweise der Unfall qualifiziert, bei welchem sich ein Personenwagen mit einer Geschwindigkeit von circa 90

km/h auf einer Autobahn über die Mittelplanke hinweg überschlug, wobei die versicherte Person aus dem Fahrzeug hinausgeschleudert wurde und der Wagen mit Totalschaden auf der Gegenfahrbahn auf dem Dach zu liegen kam (Urteil des Bundesgerichts U 492/06 vom 16. Mai 2007, E. 4.2). Auch in einem Fall, in welchem ein Fussgänger von einem Auto angefahren wurde, wurde von einem

höchstens - mittelschweren Unfall ausgegangen (vgl. das Urteil des Sozialversicherungsgesicht s des Kantons Zürich UV.2013.00288 vom 26. September 2014, E. 4.3).

Mit Blick auf die Rechtsprechung ist die Einstufung als mittel schwerer Unfall im engeren Sinn nicht zu beanstanden.

Dies hat zur Folge, dass zur Bejahung der Adäquanz drei der massgeblichen Kriterien erfüllt sein müssen (Urteil des Bundesgerichts 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010, E. 4.5)

oder eines ausgeprägt erfüllt sein muss, wobei das ausgeprägte Erfüllen eines Kriteriums vom Bundesgericht nur mit grösster Zurückhaltung angenommen wird (Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2012, S. 63). 5. 2

5. 2 .1

Angesichts dessen, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindringlichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_39/2008 vom 20. November 2008, E. 5.2), sind die Begleitumstände des Unfalls vom 18. Oktober 2012 weder als besonders dramatisch zu werten, noch war der Unfall objektiv betrachtet von besonderer Eindringlichkeit. 5. 2 .2

Der Beschwerdeführer erlitt zwar erhebliche Verletzungen, jedoch korrespondieren diese - anders als im Fall, bei welchem die versicherte Person sich bei einem vergleichsweise banalen Sturz eine instabile Fraktur eines Lendenwirbels zugezogen hatte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_116/2009 vom 26. Juni 2009, E. 4.3)

- mit der Unfallschwere.

So dann verneinte das Bundesgericht das Kriterium der „Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere deren erfahrungsgemäss Eigenschaft, psychische Fehlentwicklungen auszulösen“, bei einem mittelschweren Unfall trotz eines von den Ärzten als schwer bezeichneten Polytraumas mit Thorax- und Abdominaltrauma und offenen Gesichtsschädelfrakturen

(Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2009 vom 19. November 2009, E. 3.6). Mit Blick auf die Rechtsprechung ist dieses Kriterium somit auch vorliegend zu verneinen. 5. 2 .3

Die organisch ausgewiesenen Unfallfolgen verheilten postoperativ komplikationslos und bedurften keiner ungewöhnlich langen ärztlichen Behandlung.

Bursektomien an Ellbogen und Knie waren im Juli 2013 bereits abgeheilt (Urk. 9/126 S. 3). 5. 2 .4

Rechtsprechungsgemäss sind psychische Beschwerden bei der Beurteilung des Kriteriums der körperlichen Dauerschmerzen auch dann nicht zu berücksichtigen, wenn diese körperlich imponieren (Urteil des Bundesgerichts 8C_825/2008 vom 9. April 2009, E. 4.6). Da die noch geklagten Beschwerden durch ein psychisches Geschehen unterhalten werden, hat die Beschwerdegegnerin auch dieses Kriterium zu Recht als nicht erfüllt erachtet.

5. 2 .5

Aus den Akten ergeben sich sodann keinerlei Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung. 5. 2 .6

Mangels des Auftretens von erheblichen Komplikationen

und bei einem bezüglich der körperlichen Verletzungen unauffälligen Heilungsverlauf ist das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen ebenfalls zu verneinen. 5. 2 .7

Zu prüfen bleiben Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Bejaht wurde dieses Kriterium bei einer vollen Arbeitsunfähigkeit sowohl in angestammter als auch in angepasster Tätigkeit während fast drei Jahren (Urteil des Bundesgerichts 8C_116/2009, E. 4.6). Aus unfallchirurgisch-orthopädischer Sicht bestanden bereits weniger als ein Jahr nach dem Unfall keine Unfallfolgen und somit auch keine Arbeitsunfähigkeit mehr (Urk. 9/126 S. 3), weshalb auch dieses Kriterium zu verneinen ist. 5. 2 .8

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass von den sieben relevanten Kriterien keines erfüllt ist. Zur Bejahung der Adäquanz allfälliger noch vorhandener unfallbedingter Beschwerden genügt dies bei einem mittelschweren Unfall im engeren Sinn nicht. Damit fehlt es an der Adäquanz eines Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 18. Oktober 2012 und den über den Fallabschluss hinaus geklagten, im Sinne der Rechtsprechung organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden.

Somit lagen im Zeitpunkt des Fallabschlusses keine Unfallfolgen mehr vor, weshalb der Fallabschluss nicht verfrüht war und keine weitergehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin mehr besteht.

Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich deshalb als zutreffend, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 6.

Nach der Rechtsprechung sind unter dem Titel Parteientschädigung die notwendigen Kosten privat eingeholter Gutachten zu vergüten, soweit die Partei ex parte für die Entscheidungsfindung unerlässlich war (BGE 115 V 62 E. 5c; Urteil des Bundesgerichts 8C_673/2009

vom 22. März 2010, E. 8.2). Dem Antrag des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm die Kosten für das neuropsychologische Gutachten von Dr. phil. A. ___ im Betrag von Fr. 2'500.-- zu vergüten (Urk. 11 in Verbindung mit Urk. 12/2), ist ausgangsgemäss nicht zu entsprechen. Wie sich aus den Erwägungen ergibt, erbrachte die neuropsychologische Abklärung mangels Validität keine neuen Erkenntnisse für die abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruches. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kreso

Glavas - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Widmer

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