

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00189 vom 30. November 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00189

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00189 du 30 novembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00189 del 30 novembre 2015

Erwägungen

E. 1

8. Februar 2011 , Urk. 8 / G 1). Der gleichentags erstbehandelnde Dr. med. A.____ , Facharzt für Allge meinmedizin, diagnostizierte eine Schädelprellung .

Als Differentialdiagnose nannte er eine Commotio cerebri. Er führte aus, der Versicherte klage über Kopfschmerzen und Nausea, der Allgemeinzustand sei aber gut und er könne sich an den Sturz erinnern. Die kursorische neurologische Untersuchung habe normale Befunde ergeben. Dr. A.____ attestierte dem Versicherten voraussicht lich bis zum 1 9. Februar 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Bericht vom 3. März 2011, Urk. 8/M2).

Dem Bericht des B.____ vom 2 5. Februar 2011 ist zu entnehmen, d ie nach der Vorstellung beim Notfall arzt

durch die Ehefrau durchgeführte neurologische Überwachung sei unauf fällig gewesen. Seit einigen Tagen hätten die auch initial starken Kopfschmer zen zugenommen. Übelkeit und Erbrechen lägen hingegen nicht vor. Die Ärzte diagnostizierten ein postcommotionelles Syndrom mit Lagerungsschwindel bei einem Status nach leichter traumatischer Hirnverletzung am 1 5. (richtig: 16.) Februar 2011 und hielten fest, die Comput ertomographie des Schädels zeige altersentsprechend unauffällige Befunde des Neurokraniums (Urk. 8/M4). Nach einer vorerst 100%igen Arbeitsunfähigkeit nahm der Versicherte seine Arbeit ohne Aussendienst sowie ohne Schichtarbeit am 2 6. April 2011 wieder während drei Stunden pro Tag auf und steigerte das Pensum am 1 3. Mai 2011 auf vier Stunden pro Tag (Urk. 8/T2). Unter denselben Rahmenbedingungen arbeitete er ab dem 1 2. Juli 2011 während sechs Stunden pro Tag, wobei er jeweils nach vier Stunden eine halbstündige Pause einlegte (Urk. 8/T5). Ab 1. August 2011 wurde noch eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit angegeben (Urk. 8/T8). Ab 3. Ja nuar 2012 arbeitete der Versicherte wieder zu 100 % , jedoch weiterhin ohne Schichtarbeit, ohne Wochenenddienst sowie ohne Aussendienst (Urk. 8/T10- T11).

Mit Verfügung vom 1 6. April 2014 hielt die Unfallversicherung Stadt Y.____ fest, ihre Leistungspflicht ende per 1 6. Mai 201 1. Auf die Rückforderung der seither zu Unrecht erbrachten Leistungen werde aber verzichtet (Urk. 8/G23). Dagegen erhob der Versicherte am 6. Mai 2014 Einsprache (Urk. 8/J1). Diese wies die Unfallversicherung Stadt Y.____ am 2. Juli 2014 ab (Urk. 8/J5 = 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).

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 un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädige nde Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geis tige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene ge sundheitliche Störung entfielen (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 bloss e Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungs – anspruches 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 zwi schen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausal zusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem ge wöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebens erfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Er folges 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

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

E. 1.5

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs 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 Hinwei sen). 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 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 (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. 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 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 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). 2.

E. 2

6. August 2014 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, dieser sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, weitere neurologisch-neuropsychologische Abklärungen vorzunehmen. Zudem sei sie zu verpflichten, den unfallbedingten Integritätsschaden festzustellen und eine Integritätsschädigung nach Massgabe des festgelegten Integritätsschadens auszurichten. Eventualiter sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 13 % eine Invalidenrente auszurichten (Urk. 1 S. 2). In der Beschwerdeantwort vom 10. September 2014 schloss die Unfallversicherung Stadt Y. auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, gemäss der Beurteilung des Dr. med. E.____ ,

Facharzt für Neurologie, vom 1. April 2014 seien die noch geklagten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 16. Februar 2011 zurückzuführen. Vielmehr sei der Status quo sine vel ante spätestens drei Monate nach dem Ereignis erreicht gewesen (S. 2). Laut Dr. E.____ sei die Diagnose einer Commotio cerebri falsch und es liege auch keine leichte traumatische Hirnverletzung vor, sondern eine Schädelprellung, welche charakteristischweise innerhalb von Tagen, spätestens binnen weniger Wochen folgenlos ausheile (S. 3). Weiter hielt die Beschwerdegegnerin fest, selbst wenn eine milde traumatische Hirnverletzung

(Milde Traumatische

Brain Injury ; MTBI) in Erwägung gezogen würde, liege dennoch keine strukturelle traumatische Veränderung des Gehirns und damit keine objektiv nachweisbare Unfallfolge vor (S. 4). Das Restless - Legs -Syndrom (RLS) mit periodischen nächtlichen Beinbewegungen (PLM) und das Schlafapnoesyndrom (SAS) seien unfallfremd, wobei bereits die lange zeitliche Latenz zwischen Unfall und Erstmanifestation gegen eine Unfallkausalität spreche (S. 4). Die noch geltend gemachte erhöhte Ermüdbarkeit mit Konzentrationsschwierigkeiten sei überwiegend wahrscheinlich den letztgenannten Beschwerden zuzuschreiben. Der episodische Kopfschmerz vom Spannungstyp sei versicherungsmedizinisch nicht relevant, da die IHS-Kriterien eines chronischen Kopfschmerzes nicht erfüllt seien. Im Übrigen sei die Ätiologie völlig unspezifisch (S. 4).

In der Beschwerdeantwort ergänzte sie unter anderem , die initialen echtzeitlichen medizinischen Akten seien beweisrechtlich höher zu gewichten als spätere Dokumente und im Übrigen heile auch eine Commotio cerebri spontan folgenlos ab (Urk. 7 S. 4). Weiter wies die Beschwerdegegnerin darauf hin, bei einer allfälligen Adäquanztprüfung käme mangels leichter traumatischer Hirnverletzung nicht die zitierte Rechtsprechung nach BGE 117 V 369 zur Anwendung. Zur Unfallschwere sei zudem anzumerken, dass der Beschwerdeführer bereits zwei Tage nach dem Unfall wieder Ski gefahren sei

(Urk. 7 S. 6). In der Stellungnahme vom 19. Januar 2015 führte sie zudem an, eine milde traumatische Hirnverletzung sei dasselbe wie eine Commotio cerebri und daher - im Gegensatz zu einer Contusio cerebri - voll reversibel (Urk.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte in seiner Beschwerde geltend, Kopfschmerzen und Übelkeit seien unmittelbare Unfallfolgen gewesen, die nachbehandelnde Neurologin Dr. med. F.____ , Fachärztin für Neurologie, habe eine ausgeprägte Commotio cerebri mit belastungsabhängigen Kopfschmerzen, neuropsychologischen Defiziten mit nur langsamer Erholung diagnostiziert und er habe nach dem Unfall eine Art Tunnelblick gehabt und sei benommen gewesen. Auch von einem gesteigerten Schlafbedürfnis sowie grossen Konzentrationsproblemen sei bereits im Bericht vom 5. April 2011 die Rede gewesen (Urk. 1 S. 4). Am Gutachten von Dr. E.____ beanstandete er mit näherer Begründung , es entspreche den formellen Kriterien nicht und sei materiell nicht nachvollziehbar (Urk. 1 S. 5 f.). Daher sei auch der Wegfall der natürlichen Unfallkausalität nicht ausgewiesen (Urk. 1 S. 7).

Weiter rügte er, zur Beurteilung, ob eine MTBI vorliege, sei eine neuropsychologische Abklärung erforderlich. Bezüglich seiner Erwerbsunfähigkeit brachte er vor, durch den Wechsel in eine angepasste Tätigkeit habe er einen Einkommensverlust von 13 % erlitten. Der Integritätsschaden sei noch zu prüfen

(Urk. 1 S. 6). Zu den rechtlichen Kriterien einer MTBI führte er aus, in BGE 117 V 369 sei eine MTBI in einem gleich gelagerten Fall anerkannt worden und der natürliche Kausalzusammenhang gestützt auf neuropsychologische Abklärungen bejaht worden (Urk. 1 S. 7). Unter Thematisierung der einzelnen Kriterien sowie davon ausgehend, dass es sich um einen Unfall im mittleren Bereich handle, stellte sich der Beschwerdeführer ferner auf den Standpunkt, die adäquate Kausalität sei gegeben (Urk. 1 S. 8).

3. 3.1

Nachdem der Beschwerdeführer am 16. Februar 2011 beim Skifahren ohne Drittbeteiligung gestürzt war (Unfallmeldung vom 18. Februar 2011, Urk. 8/G1), begab er sich gleichentags bei Dr. A. ___ in Behandlung. Dieser diagnostizierte eine Schädelprellung und nannte als Differentialdiagnose eine Commotio cerebri. Er führte aus, der Versicherte klagte über Kopfschmerzen und Nausea, der Allgemeinzustand sei aber gut und er könne sich an den Sturz erinnern. Die kursorische neurologische Untersuchung habe normale Befunde ergeben. Dr. A. ___ attestierte dem Versicherten voraussichtlich bis zum 19. Februar 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Bericht vom 3. März 2011, Urk. 8/M2). 3.2

Dem Bericht des B. ___ vom 25. Februar 2011 ist zu entnehmen, die nach der Vorstellung beim Notfallarzt durch die Ehefrau durchgeführte neurologische Überwachung sei unauffällig gewesen. Seit einigen Tagen hätten die auch initial starken Kopfschmerzen zugenommen. Übelkeit und Erbrechen lägen hingegen nicht vor. Die Ärzte diagnostizierten ein postcommotionelles Syndrom mit Lagerungsschwindel bei einem Status nach leichter traumatischer Hirnverletzung am 15. (richtig: 16.) Februar 2011 und hielten fest, die Computertomographie des Schädels (Urk. 8/M5) zeige altersentsprechend unauffällige Befunde des Neurokraniums. Bei Beschwerdepersistenz sei gegebenenfalls eine MRI Untersuchung zum Ausschluss von shearing

injuries zu veranlassen (Urk. 8/M4). 3.3

Dr. med. G. ___ , Facharzt für Radiologie , führte in seiner Beurteilung der MRI-Untersuchung des Schädels vom 23. März 2011 aus,

das native und kontrastmittelverstärkte craniocerebrale MRI sei altersentsprechend normal, insbesondere ohne Nachweis von posttraumatischen Veränderungen (auch keine shearing

injuries), ohne strukturellen Hirnveränderungen, ohne entzündliche oder postischämische Veränderungen und ohne Hinweis auf erhöhten intrakraniellen Druck. Nebenbefundlich lägen einzelne gering obliterierte

Ethmoidalzellen und eine Nasenseptumdeviation nach rechts sowie eine leichte, unspezifische cervicale

Lymphadenopathie vor. Er habe auch eine interne Zweitbeurteilung vornehmen lassen (Urk. 8/M1).

3.4

Dr. F.____ nannte in ihrem Bericht vom 5. April 2011 als Diagnosen eine ausgeprägte Commotio cerebri am 25. (richtig: 16.) Februar 2011 sowie belastungsabhängige Kopfschmerzen und neuropsychologische Defizite mit nur langsamer Erholung. Sie führte aus, der Unfallhergang und der bisherige Verlauf würden zu einer ausgeprägten Commotio cerebri passen. Der Beschwerdeführer sei auf den Hinterkopf gestürzt, wobei der Skihelm einen Riss bekommen habe. Anschliessend sei er benommen gewesen, es sei ihm leicht übel gewesen und er habe kurze Zeit danach eine Art Tunnel-Blick bekommen. Es sei ihm rasch besser gegangen. Der zweite Tag nach dem Unfall sei der beste gewesen. Ab dem dritten Tag sei ein Kopfschmerz zentral aufgetreten, der nun das grösste Problem sei. Er habe Konzentrationsprobleme und benötige sehr viel Schlaf. Ein Krankheitsverlauf über mehrere Wochen sei bei den genannten Diagnosen nicht ungewöhnlich. Da sich im MRI keine Mikroblutungen gezeigt hätten, gehe sie von einer langsamen weiteren Erholung aus. Sie empfehle noch eine Schonung über drei Wochen, dann Beginn der Arbeit mit drei Stunden täglich, nicht im Schichtdienst, nicht im Aussendienst und nicht in der üblichen Position mit Leitung des Wachdienstes. Nach einer Woche sei dann eine Steigerung auf vier Stunden vorzunehmen (Urk. 8/ M3).

Nach der am 13. Mai 2011 erfolgten Nachuntersuchung berichtete Dr. F.____ gleichentags, der Beschwerdeführer bemerke eine ganz langsame Besserung seiner Leistungsfähigkeit und eine nachlassende Kopfschmerzneigung. Die vier Stunden täglich in der aktuellen Position mit sehr ruhiger Umgebung, in der er sich die Arbeit selber einteilen könne, bewältige er gut. Er müsse aber dennoch Pausen einlegen. Sie habe mit ihm vereinbart, dass er sein Pensum in sechs Wochen auf sechs Stunden pro Tag steigern werde (Urk. 8/ M6).

Dem Bericht von Dr. F.____ vom 5. Juli 2011 ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer habe erneut über eine Besserung der Kopfschmerzen berichtet. Diese träten nur noch nach starker Anstrengung auf. Er benötige aber weiterhin sehr viel Schlaf und sei müde. Entsprechend nannte Dr. F.____ neu zusätzlich die Diagnose einer Fatigue .

Weiter führte sie aus, sie habe mit ihm vereinbart, dass er ausprobieren werde, ob er sich nach einer halben Stunde Schlaf tagsüber bereits wieder ausgeruht fühle. Falls dies der Fall sei, könne er ab dem 12. Juli 2011 wieder sechs Stunden pro Tag arbeiten (Urk. 8/ M7).

Am 26. August 2011 nahm Dr. F.____ zusätzlich ein mässiggradiges

post commotionelles Syndrom in ihre Diagnoseliste auf und gab an, der Beschwerdeführer habe jetzt einen guten Arbeitsrhythmus erreicht . Nach vier Stunden Arbeit schlafe er jeweils eine halbe Stunde. Die 12-stündigen Dienste nachts und am Wochenende könne er sicher noch nicht leisten. Im November werde er an einer anderen Stelle eingesetzt. Dort sei infolge gleichmässiger Arbeitsbelastung eventuell eine Steigerung auf acht Stunden täglich möglich (Urk. 8/ M8). In ihrem Bericht vom 26. Oktober 2011 erwähnte sie, dass der Beschwerdeführer den Eindruck habe, dass er nach dem Schlaf immer weniger erholt sei. Teilweise wache er in letzter Zeit mit einem Gefühl der Atemnot auf (Urk. 8/ M17). 3.5

Dem Bericht des H.____ vom 2. November 2011 ist zu entnehmen, der Schlaf des Beschwerdeführers sei 14-mal pro Stunde durch Bein zuckungen sowie 14-mal pro Stunde durch Atemstillstände gestört worden, was die geklagte Tagesmüdigkeit erkläre (Urk. 8/ M12 S. 2). 3.6

In ihrem Bericht vom 27. November 2011 äusserte Dr. F.____ dann den Verdacht auf ein SAS in Kombination mit einem RLS als zusätzliche Ursache für die vermehrte

Tagesmüdigkeit

(Urk. 8/ M9). Am 20. Dezember 2011 führte sie aus, dank der Therapie mit dem Medikament Levodopa sei eine deutliche Besserung der Bewegungsunruhe sowie der Missempfindungen in den Beinen eingetreten. Ab dem 3. Januar 2012 werde der Beschwerdeführer wieder zu 100 % arbeiten, allerdings ohne Schicht-, Nacht- und Aussendienst (Urk. 8/ M10). Dem Bericht vom 3. Februar 2012 ist zu entnehmen, das RLS in Kombination mit dem leichten

SAS habe sich unter Pramipexol gut stabilisiert. Der Beschwerdeführer sei nach acht Stunden Arbeit sehr müde und beklage eine Antriebslosigkeit. Es werde daher ein Versuch mit Citalopram gestartet (Urk. 8/ M11). Am 22. April 2012 hielt Dr. F. ___ fest, der Beschwerdeführer komme gut zurecht mit der Tätigkeit von acht Stunden täglich, solange er die Möglichkeit habe, eine Mittagspause mit kurzem Schlaf einzulegen (Urk. 8/ M13). Am 21. Juli 2012 berichtete sie, der Beschwerdeführer habe erfreulicherweise vom Arbeitgeber eine Arbeitsstelle angeboten bekommen, bei der er zu 100 % ohne Schicht- und Wachtdienst arbeiten könne und die ihm sehr liege. Allerdings verdiene er dort weniger (Urk. 8/ M14). Dem Bericht vom 28. Oktober 2012 ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer habe sich mit den unfallbedingten Einschränkungen gut arrangiert. Mit der Fatigue sowie dem RLS gehe es ihm unter der aktuellen Medikation gut (Urk. 8/ M15). Am 15. April 2013 führte Dr. F. ___ aus, der Beschwerdeführer benötige nach wie vor sehr viel Schlaf beziehungsweise einen Mittagsschlaf (Urk. 8/ M16). 3. 7

Dr. E. ___ erstattete am 1. April 2014 den neurologischen Abklärungsbericht mit versicherungsmedizinischer Beurteilung (Urk. 8/ M18). Dazu würdigte er die vorhandenen Akten (S. 2-5) und erhob die Anamnese (S. 5-7) sowie den neurologischen Befund (S. 7-8). In seiner Beurteilung hielt er fest, laut echtzeitlicher Dokumentation sowie den heutigen Angaben des Beschwerdeführers sei nicht gesichert, dass eine Bewusstlosigkeit bestanden habe und es liege keine Amne sie vor. Insoweit könne keine MTBI beziehungsweise Commotio cerebri diagnostiziert werden, sondern lediglich eine Schädelprellung, die charakteristischerweise innerhalb von Tagen, spätestens binnen weniger Wochen, folgenlos ausheile (S. 8). Der neurologische Befund sei nach dem Unfall unauffällig gewesen, der Beschwerdeführer sei nach dem Sturz noch weitere zwei Tage Ski gefahren und auch das angefertigte MRI habe einen unauffälligen Befund ergeben. Insoweit seien strukturelle traumatische Veränderungen des Gehirns mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen (S. 8). Beim RLS mit PLM

sowie dem SAS handle es sich um eigenständige (unfallfremde) neurologische Krankheitsbilder, die in aller Regel gut behandelbar seien (S. 8), unbehandelt hingegen typischerweise zu einem gestörten Nachtschlaf mit konsekutiver Tagesmüdigkeit mit Konzentrationsstörungen, Dysphorie und Fehlleistungen führten (S. 9). Beim Beschwerdeführer sei allerspätestens drei Monate nach dem Unfall ereignis vom 16. Februar 2011 der Status quo sine eingetreten. Die danach noch geltend gemachte erhöhte Ermüdbarkeit mit Konzentrationschwierigkeiten sei überwiegend wahrscheinlich auf das RLS mit PLM und den bis dato nicht adäquat behandelten SAS zurückzuführen und nicht auf den Unfall. Der zusätzlich zu diagnostizierende episodische Kopfschmerz vom Spannungstyp sei versicherungsmedizinisch nicht relevant. Die Kriterien der International Headache Society (IHS) für das Vorliegen eines chronischen Kopfschmerzes seien nicht erfüllt (S. 9-10). 3. 8

Lic . phil. D. ___ führte am 20. November 2014 eine neuropsychologische Standortbestimmung durch (Urk. 11/6) und berichtete über minimale bis leichte Störungen (S. 1). Diese lägen im Aufmerksamkeitsbereich, bei der Umstellfähigkeit und beim visuell-räumlichen Routenlernen. Die psychomentele Dauer- und Stressbelastbarkeit sei leicht reduziert. Die Befunde seien gut mit den bekannten Spätfolgen nach leichter traumatischer Hirnverletzung zu vereinbaren. Auch das Schlafapnoesyndrom sei geeignet, insbesondere die neuropsychologischen Störungen im Aufmerksamkeitsbereich hervorzurufen. Vermutlich seien beide Einflussfaktoren massgebend (S. 6-7). 3.9

Dr. C. ___ erstattete sein neurologisches Gutachten am 5. Januar 2015 (Urk. 11/5). Er gab an, für den Beschwerdeführer stehe seine allgemein reduzierte Belastbarkeit im Vordergrund. Hinzu komme die verstärkte Müdigkeit, verbunden mit Konzentrationsverminderung, meist nach etwa drei Stunden Arbeit einsetzend. Im Weiteren fühle er sich durch seine Vergesslichkeit sowie seine Dünnhäutigkeit beeinträchtigt (S. 4) und leide an einem circa zweimal pro Woche auftretenden Kopfschmerz. Dieser sei belastungsabhängig (S. 5). Bei seiner detaillierten neurologischen Untersuchung vom 10. November 2014 fand er eine leichte Gleichgewichtsstörung mit Abweichung im Blindzielgang nach links, zudem eine deutliche pathologische Reflexsteigerung (mit Subclonus) vor allem

im Achillessehnenreflex beidseits mit Linksbetonung (S. 6). Ferner berücksichtigte er die anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung durch Lic . phil. D. ___ vorgefundenen minimalen bis leichten neuropsychologischen Funktionsstörungen (S. 6-7) und gelangte zum Schluss, der Beschwerdeführer habe beim Unfall eine leichte traumatische Hirnverletzung erlitten. Da die Ehefrau erst etwa eine Minute nach ihm am Unfallort eingetroffen sei und der Beschwerdeführer unterdessen nichts unternommen gehabt habe, sei es überwiegend wahrscheinlich, dass es beim Unfall zu einer Bewusstseinsstörung kurze Bewusstlosigkeit oder zumindest kurze Gedächtnislücke beziehungsweise Amnesie gekommen sei. Der Beschwerdeführer sei benommen gewesen und er habe bereits in der Initialphase eindeutige neurologische Störungen aufgewiesen, namentlich Probleme mit dem Gleichgewicht sowie einen Tunnelblick. Des Weiteren habe er bei der Wiederaufnahme seiner Arbeit fünf Tage nach dem Unfall kognitive sowie Verhaltensstörungen aufgewiesen (S. 7). Somit liege mindestens eine milde traumatische Hirnverletzung zweiten Grades vor. Ein weiteres Argument sei der seit dem Unfall deutlich erhöhte Schlafbedarf. Die Genese der Schlafapnoesyndromatik sei nicht gesichert, jedoch habe der Unfall mit grosser Wahrscheinlichkeit zumindest eine richtungsgebende Veränderung bewirkt. Die Beinzuckungen seien vor dem Hintergrund der pathologisch gesteigerten Eigenreflexe mit grosser Wahrscheinlichkeit Ausdruck einer Störung des Zentralnervensystems. Nach wie vor zeige die neuropsychologische Untersuchung relevante Störungen, welche eine Integritätsentschädigung von 10 % rechtfertigen würden (S. 8).

Auch die Kopfschmerzen seien zweifelsfrei posttraumatisch. Sehr oft komme es bei leichten traumatischen Hirnverletzungen zu sogenannten axonalen Scherverletzungen, welche in den routinemässig durchgeführten MRI-Untersuchungen nicht sichtbar würden (S. 9). Beim Beschwerdeführer liege mehrheitlich ein typisches Beschwerdebild einer milden traumatischen Hirnverletzung vor (S. 10). Die angestammte Tätigkeit erfordere Funktionen, welche gemäss der neuropsychologischen Untersuchung verlangsamt und eingeschränkt seien, weshalb er die angestammte Tätigkeit als Wachtchef nicht mehr

ausüben könne (S. 10-11) . Die Integritätsentschädigung sei unter Berücksichtigung nicht nur der neuropsychologischen Störungen, sondern auch der posttraumatischen Kopfschmerzen und der Persönlichkeitsveränderungen auf 20 % festzusetzen (S. 11).

4.

4.1

Unter den Ärzten besteht nach dem Gesagten keine Einigkeit darüber, ob der Beschwerdeführer beim Skiunfall eine Schädelprellung ,

eine Commotio cerebri oder

eine MTBI erlitten hat

beziehungsweise ob er an

einem postcommotionellen Syndrom leidet (E. 3.1, 3.2, 3.4, 3.7) . Die Angabe von Dr. E.____ , dass eine reine Schädelprellung innerhalb von Tagen oder innerhalb

weniger Wochen,

spätestens jedoch drei Monate nach dem Unfallereignis abheile beziehungsweise beim Beschwerdeführer abgeheilt sei (E. 3.7 vorstehend) , wurde hingegen nicht bestritten. Vielmehr wurde das Fortbestehen von Symptomen mit den Diagnosen einer Commotio cerebri, einer MTBI oder eines postcommotionellen Syndroms begründet.

Die Diagnose einer MTBI

bedeutet nicht schon, dass objektiv nachweisbare Unfallfolgen vorliegen. Hierzu bedarf es einer feststellbaren intrakraniellen Läsion oder eines messbaren Defektzustandes (neurologischer Ausfall) als Folge einer Schädigung des zentralen Nervensystems (Urteil des Bundesgerichts U

79/05 vom 10. Februar 2006 , E. 3.2 mit Hinweis). Denn von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann 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 fielen die ersten neurologischen Untersuchungen nach dem Unfall unauffällig aus (E. 3.1 und E.

3.2 vorstehend). Die Computertomographie des Neurokraniums zeigte altersentsprechend unauffällige Befunde (Urk. 8/ M4-M5). Zugleich wurde festgehalten, bei persistierenden Beschwerden sei gegebenenfalls eine MR-tomographische Abklärung zum Nachweis eines etwaigen diffusen Axonalschadens (shearing

injuries) vorzunehmen (Urk. 8/ M5). Dies wurde getan, wobei das craniocerebrale MRI ebenfalls normal ausfiel, insbesondere ohne Nachweis von posttraumatischen Veränderungen, namentlich ohne shearing

Injuries (E. 3.3 vorstehend). Aufgrund der bildgebenden Untersuchungen ist somit ersichtlich, dass keine objektivierbaren Hirnverletzungen nachweisbar sind, insbesondere auch keine shearing

Injuries . Da speziell nach solchen Verletzungen gesucht wurde, ist von weiteren Abklärungen kein anderes Ergebnis zu erwarten.

Die im Zeitpunkt des Fallabschlusses noch geklagten Beschwerden weisen also kein organisches Korrelat auf.

Bei allfälligen natürlich unfallkausalen verbliebenen

Schädigungen infolge einer Commotio cerebri oder MTBI, wozu auch die seit dem Unfall geklagten Kopfschmerzen gehören würden, wäre daher die Adäquanz gesondert zu prüfen. Da die Adäquanz ohnehin zu verneinen ist (vgl. E. 5 nachstehend), kann offen bleiben, ob lediglich eine Schädelprellung oder auch eine Commotio cerebri beziehungsweise MTBI zu diagnostizieren war. Somit können auch die vom Beschwerdeführer diesbezüglich beantragten weiteren Abklärungen (vgl. Urk. 1 S. 6) unterbleiben. 4.2

Laut Dr. E.____ handelt es sich beim RLS mit PLM sowie beim SAS um eigenständige, unfallfremde Krankheitsbilder, welche typischerweise zu einem gestörten Nachtschlaf mit konsekutiver Tagesmüdigkeit, Konzentrationsstörungen, Dysphorie und Fehlleistungen führen (E. 3.7). Auch nach der Auffassung von lic. phil. D.____

ist das SAS geeignet, insbesondere neuropsychologische Störungen im Aufmerksamkeitsbereich hervorzurufen (E. 3.8) und auch Dr. F.____ sah das SAS als zusätzliche Ursache für die Tagesmüdigkeit (E.

3.6). Somit sind die geklagten Symptome in diesem Bereich wie Tagesmüdigkeit und Konzentrationsschwäche zumindest teilweise auf unfallfremde Krankheitsbilder zurückzuführen. Möglicherweise sind sie teilweise auch unfallbedingt, zumal der Beschwerdeführer erst nach dem Unfall über solche Probleme klagte, jedoch kann aus dem Fehlen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung vor dem Unfall praxismässig (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 (Formel „post hoc ergo propter hoc“). . . Somit ist die Kausalität auch im Sinne einer Teilursache nicht mit überwiegend er Wahrscheinlichkeit erstellt. Dies gilt umso mehr, als mit SAS, PLM und RLS bereits eine andere Ursache für die geklagte Müdigkeit und die

Konzentrationsstörungen gefunden wurde. 4.3

Neuropsychologisch wurden zwar minimale bis leichte Störungen beobachtet (E. 3.8). 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 gesamthaften Beweiswürdigung nur insoweit bedeutsam, als sie überprüf- und nachvollziehbar sind (Urteil des Bundesgerichts I

542/05 vom 17. November 2006, E. 4.1 mit Hinweis). Im Gegensatz zum vom Beschwerdeführer angeführten BGE 117 V 369 (vgl. Urk. 1 S. 7) sind vorliegend nur minimale bis leichte Störungen vorhanden, welche nicht als eindeutige Hirnleistungsstörungen zu qualifizieren sind.

Von jenem Fall kann daher nicht auf den im Streit liegenden geschlossen werden.

4. 4

Es stellt sich die Frage, ob die Adäquanz nach der Schleudertrauma- oder nach der Psycho-Praxis zu beurteilen ist. Die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigt sich bei einem erlittenen Schädelhirntrauma nach der Rechtsprechung nur dann,

wenn diese s mindestens im Grenzbereich zwischen einer Commotio und einer Contusio cerebri liegt, nicht hingegen wenn der Schweregrad bei einer Commotio cerebri (milde traumatische Hirnverletzung) liegt (Urteile des Bundesgerichts 8C_270/2011 vom 28. Juli 2011, E. 2.1 mit Hinweisen; U 6/03 vom 6. Mai 2003, E. 3.2). Vorliegend wurde teilweise eine Commotio cerebri respektive eine ausgeprägte Commotio cerebri, verschiedentlich auch nur eine Schädelprellung ohne Commotio cerebri, nie aber eine im Grenzbereich zu einer Contusio liegende Commotio cerebri diagnostiziert, weshalb die Schleudertrauma-Praxis nicht zur Anwendung gelangt. Ist die Schleudertrauma-Praxis nicht anwendbar, so ist grundsätzlich die Psycho-Praxis anzuwenden (Rumo-Jungo /Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2012, S. 59). Somit ist adäquate Kausalität nach der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133), folglich unter Ausschluss psychischer Aspekte, zu prüfen.

Die Prüfung der Adäquanz ist bei Anwendung der Psycho-Praxis in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (Rumo-Jungo /Holzer, a.a.O., S. 60 f.). Die Schädelprellung war aus körperlicher Sicht spätestens drei Monate nach dem Unfall abgeheilt (E. 3.7).
Objektivierbare ,

mit apparativen oder bildgebenden Abklärungen auszumachende Unfallfolgen bestanden zu jenem Zeitpunkt nicht mehr, weshalb ein Fallabschluss zulässig

war . 5.

5.1

Der Unfall ereignete sich so, dass der Beschwerdeführer bei einer Ski-Abfahrt auf einer blauen Piste infolge schlechter Sicht einen kleinen Hügel übersah und rückwärts auf den behelmschten Hinterkopf sowie die rechte Hüfte stürzte

(Urk. 8/G4).

Der Beschwerdeführer machte geltend, es handle sich um einen mittelschweren Unfall, eher in der Nähe eines schweren Unfalls, denn immerhin habe sich der Helm gespalten (Urk. 1 S. 8). Die Unfallversicherung Stadt Y. wies demgegenüber darauf hin, dass der Beschwerdeführer bereits zwei Tage nach dem Unfall wieder Ski gefahren sei (Urk. 7 S. 6).

Die Unfallschwere bestimmt sich aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften. Nicht massgebend sind demgegenüber Folgen des Unfalls oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können (Rumo-Jungo /Holzer, a.a.O., S. 61 mit Hinweis). Als banaler oder leichter Unfall gelten beispielsweise ein geringfügiges Aufschlagen des Kopfes, ein gewöhnlicher Sturz so wie ein Sturz auf einer Treppe. Ein schweres Unfallereignis lag vor, als eine versicherte Person aus einer Höhe von vier bis fünf Metern von einer Leiter stürzte und sich verschiedene schwere Knochenbrüche zuzog, und bei einem Absturz mit dem Gleitschirm, welcher multiple, schwerste und lebensgefährliche Verletzungen zur Folge hatte. Um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen handelte es sich, als eine Velofahrerin von einem überholenden Automobilisten an der Lenkstange touchiert wurde, zu Fall kam und mit dem helmgeschützten Kopf aufschlug, und als jemand beim Eislaufen rückwärts auf den Hinterkopf prallte (Rumo-Jungo /Holzer, a.a.O., S. 62 ff. mit

Hinweisen). 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 verletzte 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). Ebenso wurden Stürze aus einer Höhe zwischen etwa zwei und etwa vier Metern in die Tiefe oder selbst bei einer Sturzhöhe von fünf Metern mit Landung auf den Füßen als mittelschwer im engeren Sinn qualifiziert (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 66 f. mit Hinweis).

Der Skiunfall des Beschwerdeführers, bei welchem er ohne Beteiligung weiterer Personen stürzte und dabei einen Helm trug, gleicht am ehesten den aus dem mittleren im Grenzbereich zum leichten Bereich geschilderten Ereignissen, namentlich dem Sturz der Velofahrerin auf den behelmten Hinterkopf. Mit Blick auf die Rechtsprechung ist der Unfall des Beschwerdeführers vom 16. Februar 2011 daher als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen zu qualifizieren.

Dies hat zur Folge, dass zur Bejahung der Adäquanz vier der massgeblichen Kriterien erfüllt sein müssen (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S.

64 mit Hinweis)

oder eines ausgeprägt erfüllt sein muss, wobei das ausgeprägte Erfüllen eines Kriteriums vom Bundesgericht nur mit grösster Zurückhaltung angenommen wird (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 63). 5.2

5.2.1

Dass die Begleitumstände des Unfalls vom 16. Februar 2011 weder als besonders dramatisch zu werten sind, noch der Unfall objektiv betrachtet von besonderer Eindrücklichkeit war, ist unbestritten und angesichts dessen, dass es sich um einen unauffälligen Sturz mit Skiern ohne Zusammenstoss handelte, nachvollziehbar. 5.2.2

Der Beschwerdeführer erlitt beim Unfall keine gravierenden Verletzungen, welche erfahrungsgemäss geeignet wären, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, wie beispielsweise eine instabile Fraktur eines Lendenwirbelkörpers (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_116/2009 vom 26. Juni 2009, E. 4.3). Anders als in BGE 117 V 369, welcher vom Beschwerdeführer angeführt wurde (Urk. 1 S. 8), gelangt vorliegend die Psycho-Praxis zur Anwendung, weshalb es nicht ausreicht, dass die nach einer Schädelprellung oder Commotio cerebri typischen Beschwerden besonders ausgeprägt vorhanden sind. Denn organisch nicht ausgewiesene Beschwerden sind nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen

(Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 71). Objektivierbare Verletzungen, welche geeignet wären, zu den geklagten Beschwerden zu führen, sind hingegen keine ausgewiesenen, weshalb dieses Kriterium zu verneinen ist. 5.2.3

Einer langandauernden Behandlung bedurften nur die organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden, welche indes keine Berücksichtigung finden (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 71). Somit ist auch dieses Kriterium nicht gegeben. 5.2.4

Rechtsprechungsgemäss sind psychische und andere organisch nicht ausgewiesene 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 nach dem Fallabschluss noch geklagten Beschwerden nicht körperlicher Natur sind, ist dieses Kriterium ebenfalls als nicht erfüllt zu erachten.

5.2.5

Aus den Akten ergeben sich sodann keinerlei Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung. Eine solche wurde im Übrigen auch nicht geltend gemacht (Urk. 1 S. 8). 5.2.6

Mangels des Auftretens von erheblichen Komplikationen und bei einem bezüglich der - soweit überhaupt vorhanden - 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 beispielsweise 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 somatischer Sicht bestanden bereits weniger als drei Monate nach dem Unfall keine Unfallfolgen und somit auch keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr. Im Übrigen war der Beschwerdeführer weniger als ein Jahr nach dem Unfall wieder zu 100 % in einer angepassten Tätigkeit erwerbstätig (Urk. 8/T10-T11). Nach dem Gesagten

ist auch dieses Kriterium zu verneinen. 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 Grenzbereich zu den leichten Ereignissen nicht. Damit fehlt es an der Adäquanz eines Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 16. Februar 2011 und den über den Fallabschluss hinaus geklagten, im Sinne der Rechtsprechung organisches 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 dargelegte erhobene Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Cristina Schiavi -
Unfallversicherung Stadt Y.____ - 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 GrünigWidmer

E. 7

). Dies e wurde dem Beschwerdeführer am 12. September 2014 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 9

). Mit Eingabe vom 8. Januar 2015 reichte der Beschwerdeführer das neurologische Gutachten von Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 5. Januar 2015, die neuropsychologische Standortbestimmung von lic. phil. D.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP und Psychotherapie FSP, vom 4. Dezember 2014 sowie Angaben von Drittpersonen ein (Urk. 10 und Urk. 11/5-8). Dazu nahm die Beschwerdegegnerin am 19. Januar 2015 Stellung, wobei sie am Antrag auf Abweisung der Beschwerde festhielt (Urk. 14), was dem Beschwerdeführer am 20. Januar 2015 mitgeteilt wurde (Urk. 15).

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

E. 14

S. 3).

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