

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00288

vom 11. Januar 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-01-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00288

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00288 du 11 janvier 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00288 del 11 gennaio 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1964, war seit dem 1. März 2009 bei der Y.____ AG als Key Account Manager tätig und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) unfallversichert, als er am 28. Mai 2010 einen Auffahrunfall erlitt (Urk. 8/173 Ziff. 1-6), bei dem er sich eine Thorax-Kontusion und eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) zuzog (Urk. 8/14 S. 1 Mitte).

Mit Verfügung vom 17. Juni 2014 stellte die SUVA die von ihr bis dahin erbrachten Leistungen per 30. Juni 2014 ein (Urk. 8/332). Die dagegen vom Krankenversicherer provisorisch erhobene Einsprache (Urk. 8/334) wurde wieder zurückgezogen (Urk. 8/340). Der Versicherte erhob am 11. Juli 2014 Einsprache (Urk. 8/336). Die SUVA wies diese mit Einspracheentscheid vom 11. November 2014 ab (Urk. 8/345 = Urk. 2).

E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann.

E. 1.2

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.3

Hat die versicherte Person eine HWS-Distorsion erlitten ist zu beurteilen, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Ist dies der Fall, sind für die Adäquanzbeurteilung bei Fällen aus dem mittleren Bereich die in BGE 115 V 133 E.

6c/ aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden festgelegten Kriterien (und nicht jene für Fälle mit Distorsionen der Halswirbelsäule, äquivalenter Verletzung oder Schädel-Hirntrauma gemäss BGE 117 V 359 E. 6a und 382 E.

4b) massgebend (BGE 127 V 102 E. 5b/ bb , 123 V 98 E. 2a).

E. 1.4

Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittel schwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen mass gebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 352 E.

5b/ aa , 115 V 133 E. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S.

237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

E. 1.5

Auffahrkollisionen, bei welchen das Auto vor einem Fussgängerstreifen oder Lichtsignal stillsteht, werden rechtsprechungsgemäss regelmässig als mittel schweres, an der Grenze zu den leichten Unfällen liegendes - und in gewissen Fällen als leichtes - Ereignis qualifiziert (SVR 2010 UV Nr. 10 E. 4.2.2, SVR 2010 UV Nr. 25 E. 4.1).

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 (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa): - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit 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. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffälliger 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

Praxisgemäss reichen bei einem Unfall im eigentlich mittleren Bereich für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien aus . Bei einem mittelschweren Unfall im Grenz bereich zu den leichten Fällen bedarf es dafür des Nachweises von vier Kriterien

(SVR 2010 UV Nr. 25 E. 4.5).

E. 1.8

Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen - bei denen die Unfall adäquanz praktisch keine Rolle spielt - kann erst gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/ bildgebenden Abklärungen bestätigt werden und die angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich auf breiter Basis anerkannt sind (B GE 134 V 2 31 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_413/2008 vom 5. Januar 2009 = SVR 2009 UV Nr. 30 E. 2.1). Dies gilt auch für neuropsychologische Defizite (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_948/2012 vom 7. März 2013 E. 2, 8C_198/2011 vom 9. August 2011 E. 4.3.3.2 und 8C_717/2010 vom 15. Februar 2011 E. 7.4.1).

E. 1.9

Die - mit BGE 141 V 281 aufgegebenen - sogenannte Schmerz rechtsprechung gemäss BGE 130 V 352 kommt bei der Beurteilung des Anspruchs auf Heilbehandlung und Taggeld nach UVG (und damit verbunden des Zeitpunktes des Fallabschlusses) nicht zur Anwendung (BGE 137 V 199) .

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 11. November 2014 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 10. Dezember 2014 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, dieser sei aufzuheben und die Sache sei zur gesetzmässigen Ermittlung des Sachverhalts sowie der Verfügung entsprechender Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 1 unten); eventuell sei diese anzuweisen, eine - näher umschriebene - Invalidenrente zuzusprechen (S. 2 oben).

Die SUVA beantragte mit Beschwerdeantwort vom 4. März 2015 (Urk. 7) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 16. Juni 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Am 15. Juli 2015 (Urk. 10) reichte der Beschwerdeführer ein vom Bezirksgericht veranlasstes unfallanalytisches Gutachten (Urk. 11) ein (Urk. 10), zu welchem die Beschwerdegegnerin am 16. November 2015 Stellung nahm (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, es lägen keine objektivierbaren Unfallfolgen im Sinne von strukturellen Veränderungen vor (S. 7 E. 3), aus näher dargelegten Gründen sei die Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhangs gemäss BGE 115 V 133 zu prüfen (S. 7 f. E. 4) und aus näher dargelegten Gründen zu verneinen (S. 10 E. 6b).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, die Akten der Invalidenversicherung beizuziehen (S.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung geklagten Beschwerden noch unfallkausal sind und über diesen Zeitpunkt hinaus eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht. 3.

E. 3

Ziff. 1 ff.) und es versäumt, seine unfallverursachten neuropsychologischen kognitiven Defizite abzuklären (S. 4 ff. Ziff.

E. 3.1

5

Am 8. Juli 2013 erstattete med. pract. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Konsiliarpsychiater der Beschwerdeführerin, eine Beurteilung (Urk. 8/264).

Er fasste die psychiatrisch relevanten Akten zusammen (S. 1 ff.). In seiner

Beurteilung (S. 5 f.) führte er unter anderem aus, beim Beschwerdeführer seien eine depressive und eine psychosomatische Störung diagnostiziert worden; zudem würden persönlichkeitsstrukturelle Auffälligkeiten postuliert. Die psychischen Beschwerden hätten einen schwankenden Verlauf mit gesamthaft Besserungstendenz gezeigt (S. 5 Mitte).

Um zu vorhandenen oder fehlenden Möglichkeiten einer Verbesserung aktueller psychischer Symptome Stellung zu nehmen, seien verschiedene, näher umschriebene Abklärungen angezeigt (S. 5 f.).

E. 3.2

Die Erstbehandlung erfolgte im Spital Z.____, wo eine Thoraxkontusion und eine HWS-Distorsion diagnostiziert wurden; nach stationärer Commotio-Überwachung wurde der Beschwerdeführer mit persistierend leichten Kopfschmerzen in ordentlichem Allgemeinzustand entlassen (Urk. 8/14 S. 1).

Eine gleichentags erstellte Computertomographie (CT) der HWS ergab keine traumabedingte

ossäre Pathologie der HWS (Urk. 8/26).

E. 3.3

Am 10. Juni 2010 zog sich der Beschwerdeführer eine Knie-Distorsion zu, worauf am 7. September 2010 eine Teilmeniskektomie vorgenommen wurde (Urk. 8/41).

E. 3.4

Am 27. August 2010 wurde über ein am 18. August 2010 in der Rehaklinik A.____ erfolgtes ambulantes Assessment berichtet (Urk. 8/38). Die ursprünglich empfohlene und mit dem Patienten vereinbarte stationäre Rehabilitation (S. 4 unten) sei angesichts der von diesem später geäusserten Vorbehalte (vgl. Urk. 8/32) nicht mehr angezeigt (S. 4).

E. 3.5

Am 17. September 2010 berichtete Dr. med. B.____, Facharzt für Neurologie, über seine am Vortag erfolgte Untersuchung (Urk. 8/47). Als Diagnose nannte er ein posttraumatisches cervico-cephales Schmerzsyndrom bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS am 28. Mai 2010 (S. 1 Mitte). Er führte unter anderem aus, neurologische Ausfälle hätten sich keine gefunden, so dass eine relevante Verletzung am Nervensystem nicht anzunehmen sei (S. 3 Mitte).

E. 3.6

Am 27. Oktober 2010 erstattete Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie - und (laut Briefkopf) „Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie“ - einen Bericht (Urk. 8/62). Er nannte als Diagnose ein cervicocephales Syndrom mit Begleitschwindel und neuropsychologischen Defiziten bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS am 28. Mai 2010 (S. 1 Mitte) und führte zur Arbeitsfähigkeit aus, aufgrund der starken Beschwerden wäre ein versuchsweiser Arbeitseinsatz am alten Arbeitsplatz mit 5 Stunden pro Tag möglich (S. 2 oben).

E. 3.7

Med. pract. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. phil. E.____, Klinischer Psychologe und Supervisor, und lic. phil. F.____, Psychologin FSP, Zentrum G.____, führten in ihrem Bericht vom 3. Januar 2011 (Urk. 8/98) unter anderem aus, der Patient komme seit dem 25. Oktober 2010 regelmässig in Einzeltherapiesitzungen bei lic. phil. Braunschweig (S. 3 unten). Als Diagnosen nannten sie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und einen Status nach HWS-Distorsion (S. 1 Mitte).

E. 3.8

Vom 17. Januar bis 18. März 2011 weilte der Beschwerdeführer stationär in der Klinik H.____ (D) worüber am 1. April 2011 berichtet wurde (Urk. 8/121). Dabei wurden als Diagnosen eine chronifizierte

Anpassungsstörung mit Angst und Depressionen (F43.8), eine chronische somatoform getönte Schmerzstörung (F45.41) und ein Status nach HWS-Distorsion und Commotio cerebri Mai 2010 im Rahmen eines Autounfalls genannt (S. 1). Der Behandlungsverlauf habe sich - aus näher dargelegten Gründen, unter anderem wegen der in dieser Zeit eingetroffenen Kündigung

seiner Anstellung (S. 7) - insgesamt schwierig gestaltet (S. 6 unten).

In Beantwortung entsprechender Fragen wurde sodann am 12. April 2011 (Urk. 8/131) unter anderem ausgeführt, im Rahmen der Diagnostik hätten sich keine Hinweise auf eine strukturelle unfallbedingte Gewebeschädigung ergeben. Im Rahmen der klinischen Untersuchung fielen beidseitige Verhärtungen der Nackenmuskulatur und eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS auf (S. 2 Ziff. 4). Psychische Beschwerden seien in den Akten zum ersten Mal in einem Bericht vom 21. Juli 2010 (vgl. Urk. 8/19 S. 2 Mitte) erwähnt worden; derzeit stünden die psychischen Krankheitsauswirkungen im Vordergrund des Krankheitsbildes (S. 3 Ziff. 7.4).

E. 3.9

Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, beratender Arzt des involvierten Haftpflichtversicherers, führte in einer Aktenbeurteilung vom 9. August 2011 unter anderem aus, allein (schon) die Beschwerdeentwicklung spreche gegen ein somatisch-organisches Korrelat der Beschwerden; es sei nicht zu erklären, weshalb die HWS-Beweglichkeit nach nur leichter Einschränkung wenige Monate nach dem Trauma bei Dr. B.____ in höchstem Grad eingeschränkt gewesen sei, dies bei später wieder besserer Beweglichkeit (Urk. 8/165 S. 4 unten).

Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, beratender Arzt des involvierten Haftpflichtversicherers, führte in einer Aktenbeurteilung vom 14. September

2011 (Urk. 8/166) unter anderem aus, die heutigen psychischen Beschwerden seien seines Erachtens durch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit deutlicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung mit auf fällig dürftigen Coping -Strategien und maladaptivem Bewältigungsmuster sowie drohender maligner Regression bedingt (S. 1 Ziff. 1). Gegenüber der Therapie im Zentrum G.____ (vgl. vorstehend E. 3.7) sei er skeptisch, da die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) falsch sei (S. 2 Ziff.

6).

E. 3.10

Dr. C.____ (vorstehend E. 3.6) nannte in seinem Bericht vom 16. November 2011 (Urk. 8/174) nunmehr

folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - posttraumatisches zervikozephalales Schmerzsyndrom bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS am 28. Mai 2010 - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - posttraumatische Belastungsstörungen (ICD-10 F43.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Er führte unter anderem aus, die Prognose sei noch schwierig zu beurteilen; es sei damit zu rechnen, dass unter Fortsetzung der konservativen Behandlung mit Osteopathie und Ergotherapie beziehungsweise Hirnleistungstraining eine all mähliche Besserung erreicht werden könne (S. 3 Mitte).

Die Fachpersonen des Zentrums G.____ berichteten am 16. Januar 2012 unter anderem, die bisherigen Therapien hätten eine leichte Verbesserung gebracht (Urk. 8/184 S. 2 oben).

Am 15. Juni 2012 berichteten sie unter anderem, sie könnten feststellen, dass die Konzentration des Patienten eine weitere Verbesserung anzeige und dass für ihn die Schmerzen erträglicher seien (Urk. 8/205 S. 3 oben).

E. 3.11

Dr. med. K.____ , Facharzt für Anästhesiologie und für Interventionelle Schmerztherapie, nannte in seinem Bericht vom 5. Juli 2012 (Urk. 8/207) folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - posttraumatisches cervicocephales Schmerzsyndrom bei Status nach - Beschleunigungstrauma der HWS (28. Mai 2010) - posttraumatische Belastungsstörung - mittelgradig depressive Episode - chronische somatoforme Schmerzstörung

Als Befund nannte er eine stark verspannte Nackenmuskulatur und deutliche Schonhaltung der HWS sowie eine symmetrische Druckdolenz über den Facetengelenken cervical beidseitig (S. 1 unten).

E. 3.12

Dr. C.____ nannte in einem Bericht vom 18. Juli 2012 (Urk. 8/210) als zusätzliche Diagnose neu eine Diskushernie L4/5 links mit Irritation der Nervenwurzel L4 links (S. 1 Mitte) und berichtete über eine im März 2012 aufgetretene akute Lumboischialgie mit unter intensiver Chiropraktorbehandlung allmählicher Besserung (S. 1 unten).

Am 13. August 2012 berichtete Dr. C.____ unter anderem, der Patient plane für zirka 4 Monate nach Ecuador zu reisen, was aus medizinischer Sicht zu begrüßen wäre (Urk. 8/224 S. 1 unten).

E. 3.13

Am 14. August 2012 erstattete Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Konsiliarpsychiater der Beschwerdegegnerin, eine Beurteilung (Urk. 8/223).

Er fasste die psychiatrisch relevanten Akten zusammen (S. 1 ff.). In seiner Beurteilung (S. 13 ff.) führte er unter anderem aus, die letzte begründete Diagnose finde sich im Austrittsbericht der Klinik H.____, wo von einer chronifizierten Anpassungsstörung mit Angst und Depressionen (F43.8) und einer somatoform getönten Schmerzstörung (F45.41) gesprochen werde. Dabei werde nicht ganz klar, worin die Angstsymptomatik, wenn nicht in den wiederholt geäusserten Zukunftsängsten, bestehe. Das Vorliegen von depressiven Symptomen werde mit Testresultaten begründet (S. 16 oben). Die somatoforme Schmerzstörung schein sodann durchgehend bejaht zu werden, während die remittierten Symptome die Diagnose einer PTBS nicht mehr erlaubten (S. 16 Mitte). Die nicht primär auf die körperlichen Beschwerden ausgerichteten Behandlungen schienen die grösste Kontinuität und damit vielleicht auch die grösste subjektive Wirksamkeit zu haben (S. 16 unten). Die mnestischen und Konzentrationsprobleme schienen zurückgegangen zu sein und der gesamte psychische Zustand habe sich ebenfalls gebessert (S. 16 f.).

E. 3.14

Am 15. Oktober 2012 berichtete Dr. med. M.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, über seine gleichentags erfolgte kreisärztliche Untersuchung (Urk. 8/229).

Als Angaben des Versicherten berichtete er unter anderem Nacken- und Kopfschmerzen, Bewegungseinschränkungen, Lichtempfindlichkeit und Hörprobleme (S. 7 unten). Der Beschwerdeführer sei aktuell aus Ecuador für wenige Tage in die Schweiz gekommen, fliege demnächst wieder dorthin und werde dort bis am 4. Januar 2013 bleiben (S. 8 Mitte).

In seiner Beurteilung führte er unter anderem aus, auf somatischer Ebene bestehe ein mit Unfallfolgen nicht erklärbares vielgestaltiges Beschwerdebild mit aktuell hochgradigen Bewegungseinschränkungen der HWS bei aktiver Prüfung der Beweglichkeit. Psychiatrischerseits seien eine somatoforme Schmerzstörung und eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Unfallfremd bestünden ein Status nach Bandscheibenvorfall mit Ischialgie und ein Status nach Tendinitis calcarea links, aktuell beschwerdefrei (S. 10 Mitte).

Es sei beim Versicherten nicht zu organisch-strukturellen unfallbedingten Läsionen im Bereich der HWS oder einem anderen Körperbereich gekommen (S.

E. 3.16

und E. 3.18), was denn auch eher im Widerspruch zur 2014 ausdrücklich empfohlenen abermaligen Reise nach Ecuador gestanden hätte. 4.9

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass keines der massgebenden Kriterien erfüllt ist. Damit fehlt es an der Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhangs zwischen im Juni 2014 noch bestehenden Beschwerden und dem Unfall vom Mai 2010.

Die auf diesen Zeitpunkt verfügte Leistungseinstellung erweist sich mithin als rechters, womit der angefochtene Entscheid zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt George Hunziker, unter Beilage eines Doppels von Urk.

E. 3.17

Am 27. November 2013 berichtete m ed. pract . N.____ (vorstehend E. 3.15) über seine am 27. September 2013 erfolgte Untersuchung (Urk. 8/285).

Er fasste weitere psychiatrisch relevante Akten zusammen (S. 1 f.) und hielt ergänzende Informationen zur Aktenzusammenfassung vom August 2012 fest (S. 2 ff.). Sodann berichtete er über die Angaben des Beschwerdeführers im Rahmen der 3 ½ Stunden dauernden Untersuchung (S. 8 ff.) und den erhobenen psychopathologischen Befund (S. 17 f.) , zu welchem er unter anderem aus führte, im Laufe der Untersuchung hätten sich keine Anhaltspunkte für Störungen der Aufmerksamkeit, Auffassung, Konzentration oder mnestischen sowie sonstigen kognitiven Funktionen ergeben (S. 17 Mitte).

In seiner Beurteilung (S. 18 ff.) führte er unter anderem aus, gegenwärtig sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.41) und eine länger dauernde Anpassungsstörung mit Angst und Depression (F43.8) anzunehmen. Die Entstehung einer posttraumatischen Belastungsstörung sei in Frage zu stellen (S. 19 oben). Das Persistieren der Anpassungsstörung, die Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung und das Weiterbestehen von Ängsten beim Autofahren beziehungsweise bei Teilnahme am Strassenleben könnten gemäss aktuellem Wissensstand nicht nur auf das Unfallereignis und die Unfallfolgen zurückgeführt werden (S. 19 Mitte). Aktuell, drei Jahre nach dem Unfallereignis, werde eine sehr langsame Abnahme und Besserung der HWS-Symptomatik beschrieben. Es sei anzunehmen, dass die psychische Symptomatik und die HWS-Beschwerden die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers gleichermaßen beeinträchtigten (S. 20 Mitte).

E. 3.18

Die Fachpersonen des Zentrums G.____ befürworteten mit Schreiben vom 25. Mai 2014 einen vom Beschwerdeführer geplanten Aufenthalt von vier Monaten in Ecuador, dies unter dem Aspekt der Besserung des Gesundheitszustandes (Urk. 8/328).

In ihrem Bericht vom 2. Juni 2014 (Urk. 8/330) beantworteten sie die Frage der Arbeitsfähigkeit mit dem Hinweis auf postoperative Schmerzen nach der Rückenoperation , welche den Schlaf beeinträchtigten , was zusammen mit neuropsychologischen Symptomen und den Schmerzen auf zwei Ebenen der Wirbelsäule eine berufliche Reintegration ganz erheblich erschwere oder eine solche sogar gänzlich verunmögliche (S. 3 Ziff. 6). 4. 4.1

Vorab ist festzuhalten, dass die verfahrensmässigen Rügen des Beschwerdeführers unbegründet sind. Die Beschwerdegegnerin hat sehr wohl Akten der Invalidenversicherung beigezogen (Urk. 8/206/1-167 ; Urk. 8/252-255) , und zu weiteren Abklärungen

behaupteter neuropsychologischer Defizite bestand keine Veranlassung, nachdem sich im Rahmen einer 3 ½ stündigen psychiatrischen Untersuchung im September 2013 keinerlei entsprechenden Hinweise ergeben hatten (vorstehend E. 3.17). 4.2

Ebenfalls vorab ist klarzustellen , dass der Hinweis des Beschwerdeführers

auf BGE 137 V 199 keine n Sinn ergibt, enthält dieser doch keine Festlegungen zur Anwendbarkeit der Adäquanz rechtsprechung; er betrifft vielmehr die sogenannte Schmerzrechtsprechung (vorstehend E. 1.9), die hier weder in der früheren noch in der seit BGE 141 V 281 massgebenden Ausprägung zur Debatte steht. 4.3

Im Oktober 2010 begab sich der Beschwerdeführer in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und im Januar 2011 wurden erstmals psychiatrische Diagnosen gestellt (vorstehend E. 3.7). Psychische Beschwerden waren bereits im Juli 2010 erwähnt worden, und im Januar / März 2011 stand gemäss ärztlicher Beurteilung die psychische Problematik im Vordergrund des Krankheitsbildes (vorstehend E. 3.8). In der Folge hatten die nicht primär auf die körperlichen Beschwerden ausgerichteten Behandlungen die grösste Kontinuität (vorstehend E. 3.13).

Vor diesem Hintergrund steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass nach der im Mai 2010 erlittenen HWS-Distorsion die diesbezüglichen Beeinträchtigungen zunehmend in den Hintergrund getreten sind und ab Anfang 2011 von einer im Vordergrund stehenden, dominierenden psychischen Problematik auszugehen ist, womit die Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhangs gestützt auf BGE 115 V 133 zu prüfen ist (vorstehend E. 1.3). 4.4

Der vom Beschwerdeführer vertretenen Ansicht, das Unfallereignis sei als mindestens mittelschwer, eventuell sogar als schwer zu qualifizieren, kann nicht gefolgt werden. Sie steht in offenem Widerspruch zur gefestigten Gerichtspraxis bei Auffahrkollisionen auf ein stillstehendes Fahrzeug (vorstehend E. 1.5).

Es handelt sich somit um ein Unfallereignis im mittleren Bereich an der Grenze zu einem leichten. Dementsprechend müssen zur Bejahung der Adäquanz von den massgebenden Kriterien (vorstehend E. 1.6) mindestens deren vier erfüllt sein (vorstehend E. 1.7). 4.5

Der Beschwerdeführer machte geltend, er leide an erheblichen Beschwerden, welche seine Erwerbsfähigkeit beeinträchtigten, der Heilungsverlauf sei schwierig und es bestehe offensichtlich eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgiebiger Anstrengungen (Urk. 1 S. 9 Ziff. 20).

Der

Beschwerdeführer machte somit - zu Recht - nicht geltend, eines der weiteren Kriterien (besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls; Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; ärztliche Fehlbehandlung) sei erfüllt. 4.6

Adäquanzrelevant können nur in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (Urteil des Bundesgerichts 8C_682/2013 vom 14. Februar 2014 E. 11.2 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E.

10.2.4).

Von dauerhaften Beschwerden mit anhaltender Beeinträchtigung kann angesichts des Umstands, dass der Beschwerdeführer im familiären Kontext ein erhebliches Aktivitätsniveau zu halten vermocht hat und in der fraglichen Zeit mehrere

Interkontinentalflüge annähernd beschwerdefrei bewältigen konnte (vorstehend E. 3.14), nicht gesprochen werden.

Dieses Kriterium ist nicht erfüllt. 4.7

Auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen (BGE 134 V 109 E. 10.2.6) darf nicht schon aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden geschlossen werden. Es bedarf viel mehr besonderer Gründe, welche die Genesung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben. Der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte und der Heilungsverlauf nicht linear verlief, genügt hierfür nicht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_682/2013 vom 14. Februar 2014 E. 11.3 und 8C_29/2010 vom 27. Mai 2010 E. 5.3).

Aus dem Sachverhalt ergeben sich keine Anhaltspunkte, die darauf schliessen liessen, dass das Kriterium im Sinne der Rechtsprechung erfüllt wäre. 4.8

Das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist ebenfalls nicht erfüllt, attestierten doch nicht einmal die behandelnden Fachpersonen des Zentrums G._____

eine quantifizierte Arbeitsunfähigkeit (vorstehend E.

E. 5

ff.), das Unfallereignis sei als mindestens mittelschwer, eventuell sogar als schwer zu qualifizieren (S. 7 Ziff. 14), die Grundsätze der Adäquanzrechtsprechung seien gemäss BGE 137 V 199 auf Taggeldansprüche nicht anwendbar (S. 8 Ziff. 15), und im Falle von neuropsychologischen kognitiven Defiziten - da sich diese objektivieren liessen - ebenfalls nicht (S. 8 Ziff. 16 ff.). Schliesslich seien bestimmte Adäquanzkriterien erfüllt (S. 8 f. Ziff. 20).

E. 10

f.). Rund 2 ½ Jahre nach einer HWS-Distorsion Québec Task Force (QTF) 2 ohne jegliche Hinweise auf strukturelle Läsionen biete beim bisherigen Verlauf eine auf somatische Aspekte gerichtete Therapie keinerlei Ansatzpunkte. Der medizinische Endzustand auf somatischer Ebene sei klar und längstens gegeben (S. 11 oben).

Auffallend sei der Widerspruch, dass einerseits eine derart ausgeprägte Einschränkung der Leistungsfähigkeit vorliegen solle, und andererseits eine wirklich körperlich belastende Reise wie die nach Ecuador in eine Höhe, die bei einigen Menschen erhebliche Beschwerden bereite, wohl mit etwas Stressempfinden, aber sonst ohne weitere Einschränkungen unternommen werden könne. Es sei nicht nachvollziehbar, wie die Anforderungen in einer Stadt wie Quito unter der selbstgestellten Anforderung, der Tochter in einer solchen Stadt bei zustehen, von jemand bewältigt werde, der hier kaum in der Lage sei, eine dreistündige Arbeit körperlich leichtester Art zu bewältigen (S. 11).

Wenn auch nur zeitweilig Bewegungseinschränkungen an der HWS, wie sie der Versicherte aktuell demonstriert habe, bestehen sollten (seien sie auch nicht somatisch erklärbar), so sei die Fahreignung für das Führen eines PW zu überprüfen (S. 11 Mitte).

E. 14

- 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Tiefenbacher

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