

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00059

vom 31. Mai 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00059

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00059 du 31 mai 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00059 del 31 maggio 2016

Erwägungen

E. 1

8. Juli 2013 in sei nem Hauswartstudio in der Z.____ Moschee mit einer Metallstange ins Gesicht geschlagen wurde, woraufhin er rückwärts mit der Schulter auf eine Tischkante und anschliessend zu Boden fiel (Unfallmeldung vom 22. Juli 2013 , Urk. 12/1; Polizeirapport vom 21. August 2013, Urk. 12/8/3) . Er wurde nach der Einlieferung durch die Sanität gleichentags in der Notfallstation des Stadtsitals A.____

erstbehandelt , wo eine offene Nasenbeinfraktur sowie eine Kontusion der Brustwirbelsäule diagnostiziert wurden (Urk. 12/4/1) .

In der Folge richtete die ÖKK Leistungen aus. Mit Verfügung vom

E. 1.1

Gemäss Art. 6 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 unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 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.

E. 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).

E. 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.

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 herangezogen werden. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit 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). 2.

E. 2

3. Februar 2015 erhob der Versicherte am 26. März 2015 Beschwerde und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin die gesetzlichen Leistungen nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) auszurichten. Zur Beurteilung der körperlichen und psychischen Unfallfolgen sei ein interdisziplinäres Gutachten zu erstellen.

Des Weiteren beantragte er in prozessualer Hinsicht die Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertreterin in der Person von Rechtsanwältin Britta Keller

(Urk. 1 S. 2). In der Beschwerdeantwort vom 28. April 2015 schloss die ÖKK auf Abweisung der Beschwerde

(Urk. 1 S. 1). Mit Verfügung vom 30. April 2015 bewilligte das hiesige Gericht dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtsvertretung und stellte ihm die Beschwerdeantwort zu (Urk. 13).

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

E. 2.1

Die ÖKK stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid auf den Standpunkt, der am 7. August 2013 operativ versorgte Nasenbeinbruch sei geheilt. Ebenso sei davon auszugehen, dass der physisch bedingte Lagerungsschwindel abgeheilt sei. Für den Schwankschwindel mit Gangunsicherheiten habe auf pathologisch-anatomischer und pathophysiologischer Grundlage keine Erklärung gefunden werden können (Urk. 2 S. 4).

E. 2.4). Der psychiatrische Gutachter Dr.

med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, habe bereits den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 18. Juli 2013 und den andauernden Beschwerden verneint (Urk. 2 S. 5 E. 2.5). Auf jeden Fall sei aber der adäquate Kausalzusammenhang in Anwendung der Psycho-P Praxis zu verneinen, wobei das Unfallereignis als mittelschwer einzustufen sei und keines der massgeblichen Kriterien zu bejahen sei (Urk. 2 S. 5 f. E. 2.6 f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte in seiner Beschwerde vor, seit der Nasenoperation im C.____ leide er an Schwindel. Nach der Straftat sei er zunächst zu 100%, ab September 2013 dann (bei einer Präsenzzeit von 80%) zu 50% arbeitsunfähig gewesen. Nachdem er im März 2014 bei seiner Arbeit aufgrund einer Schwindelattacke gestürzt sei, sei er nun seit dem 24. März 2014 wieder voll arbeitsunfähig geschrieben. Nebst dem Schwindel leide er an täglichen starken Kopfschmerzen sowie an jeweils einige Minuten andauernden stechenden Rückenschmerzen. Bei der Arbeit am stärksten eingeschränkt sei er durch den Schwindel, welcher als Schwankschwindel beim Gehen sowie als Lagerungsschwindel in Form eines Drehschwindels auftrete (Urk. 1 S. 4). Daneben leide er an psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere an einer posttraumatischen Belastungsstörung (Urk. 1 S. 5). Bis zur Straftat habe er nie an Schwindel gelitten und die Ursache des Drehschwindels sei eine Contusion

labyrinthi, eine Innenohrschädigung infolge eines stumpfen Schädeltraumas, also unfallbedingt. Die Ursachen des Schwindels, der Kopfschmerzen und des Substanzdefekts im Gehirn seien weiter abzuklären (Urk. 1 S. 5 ff.).

Ferner brachte er Kritik am Gutachten von Dr. B.____ an (Urk. 1 S. 7 ff.). Bezüglich des adäquaten Kausalzusammenhangs führte er aus, es habe sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen gehandelt und das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände und der besonderen Eindringlichkeit sei ohne Weiteres zu bejahen. Zudem seien vier weitere Kriterien zu bejahen: jenes der langandauernden ärztlichen Behandlung, jenes der körperlichen Dauerschmerzen, jenes des

schwierigen Heilungsverlaufs sowie jenes der lang andauernden und erheblichen Arbeitsunfähigkeit (Urk. 1 S. 8 ff.). 3.

E. 3

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

E. 3.1

Nachdem der Beschwerdeführer am 18. Juli 2013 in seinem Hauswartstudio in der Z.____ Moschee mit einer Metallstange ins Gesicht geschlagen worden war, woraufhin er rückwärts mit der Schulter auf eine Tischkante und anschliessend zu Boden fiel (Unfallmeldung vom 22. Juli 2013, Urk. 12/1; Polizeirapport vom 21. August

2013, Urk. 12/8/3), wurde er gleichentags in der Notfallsstation des Stadtspitals A.____ erstbehandelt. Die Ärzte diagnostizierten eine offene Nasenbeinfraktur sowie eine Kontusion der Brustwirbelsäule. In ihrem Bericht hielten sie zudem fest, der Beschwerdeführer habe berichtet, gemäss Fremdanamnese kurz nicht ganz bei Bewusstsein gewesen zu sein. Zwischenzeitlich sei er aber wach, allseits orientiert und weise in der Glasgow Coma

Scale (GCS) einen Wert von 15 auf (Kurzbericht des Stadtspitals A.____ vom 18. Juli 2013; Urk. 12/4/1). Dem Arztzeugnis des Stadtspitals A.____ vom 28. August 2013 ist zudem zu entnehmen, dass davon ausgegangen wurde, der Beschwerdeführer könne seine Arbeit voraussichtlich am 20. Juli 2013 wieder aufnehmen (Urk. 12/5).

Des Weiteren wurde am 18. Juli 2013 im Stadtspital A.____, Institut für Radiologie, ein natives CT des Neurocraniums, der Nasennebenhöhlen sowie der Halswirbelsäule durchgeführt. Gestützt darauf wurde das Vorliegen einer intrakraniellen Blutung oder einer Fraktur der Schädelbasis/Kalotte sowie der Halswirbelsäule verneint (Bericht vom 19. Juli 2013;

Urk. 12/6).

E. 3.2

Nach der Reposition vom 29. Juli 2013 betreffend die Nasenbeinfraktur klagte der Beschwerdeführer anlässlich der Konsultation vom 18. November 2013 im C.____, Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, über einen Drehschwindel nach links. Die Ärzte fanden eine intakte Augenmotilität und keinen Nystagmus vor und erhoben einen nicht pathologischen KIT, einen unauffälligen Fingernaseversuch sowie Armvorhalteversuch. Weiter gaben sie an, der Romberg sei sicher gewesen und der Unterberger Tretversuch unauffällig. Bei der Lagerung nach links habe sich ein rotatorischer Nystagmus nach links gezeigt, weshalb die Diagnose eines benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels zu stellen sei (Urk. 12/12). 3.3

Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Zwischenbericht vom 22. August 2013 zusätzlich die Diagnose einer Schädelkontusion.

Er gab an, die Nasenbeinfraktur sei geheilt, allerdings bestünden ein ausgeprägter Drehschwindel und eine Gangunsicherheit. Der Beschwerdeführer werde mit Analgetika sowie alle zwei Wochen mit Beratungen behandelt und die voraussichtliche Dauer der Behandlung betrage ein bis zwei Monate. Seit dem 18. Juli 2013 liege bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor

(Urk. 12/ 3).

3. 4

Am 29. August 2013 wurde der Beschwerdeführer in der Abteilung für Neurologie des Stadtkrankenhauses A. ___ untersucht, nachdem er sich wegen eines persistierenden Drehschwindels sowie einer Gangunsicherheit nach operativer Versorgung der offenen Nasenbeinfraktur vorgestellt hatte. Die Lagerungsprobe nach links fiel bei sonst intakten Hirnnerven positiv aus. Im Romberg und im Unterberger wies der Beschwerdeführer bei Ablenkung keine Drehung oder Fallneigung auf, bei fehlender Ablenkung hingegen ungerichtetes Schwanken und Fallneigung. Die Ärzte gelangten zum Schluss, es handle sich um eine multifaktorielle Schwindelsymptomatik. Einerseits bestehe ein ausgeprägter benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel am ehesten im Rahmen einer Contusion

la by rynthi, wobei die Beschwerden durch ein mehrfach durchgeführtes Befreiungsmanöver fast vollständig abgeklungen seien. Bei der Durchführung des Befreiungsmanövers dreimal täglich dreimal hintereinander während circa einer Woche sollten die Beschwerden vollständig nachlassen. Andererseits bestehe ein phobischer Schwankschwindel aufgrund einer Anpassungsstörung, differentialdiagnostisch aufgrund einer posttraumatischen Belastungsstörung. Im Falle des

Anhaltens der Beschwerden trotz Physiotherapie mit Koordinations- und Propriozeptions training sei dem Beschwerdeführer eine psychologische oder psychotherapeutische Anbindung empfohlen worden (Bericht vom 30. August 2013, Urk. 12/ 9). 3. 5

Dr. D. ___ berichtete am 7. November 2013, trotz Physiotherapie bestünden weiterhin deutliche Gang- und Gleichgewichtsstörungen bei Kopfbewegungen. Seit dem 3. September 2013 sei der Beschwerdeführer noch zu 50 % arbeitsunfähig. Unfallfremde Faktoren lägen keine vor. Der Beschwerdeführer werde gegenwärtig jede zweite Woche mit Physiotherapie behandelt. Es sei eine allmähliche Besserung und eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit eventuell ab Anfang Dezember 2013 zu erwarten. Mit bleibenden Nachteilen sei nicht zu rechnen (Urk. 12/10). Dem Bericht von Dr. D. ___ vom 6. Dezember

2013 ist sodann zu entnehmen, die Gangunsicherheit infolge des Schwindels sei langsam rückläufig. Die Behandlung werde voraussichtlich noch drei Monate andauern. Bis am 1. Dezember 2013 habe die Arbeitsunfähigkeit bei 50 % gelegen, seit dem 2. Dezember 2013 liege sie noch bei 20 %

(Urk. 12/ 13). Da diese Arbeitsfähigkeit nicht umsetzbar gewesen sei, habe er mit dem Arbeitgeber eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bei 80%iger Anwesenheit vereinbart (Urk. 12/ 14).

E. 3.6

Am 22. Januar 2014 berichtete das USZ, bezüglich der Nasenbeinfraktur sei der Beschwerdeführer bei der letzten Verlaufskontrolle vom 10. Januar 2014 bis auf einen

leichten Druckschmerz über dem Nasenrücken beschwerdefrei gewesen. Die Schwindelbeschwerden seien erneut mittels Epley-Manöver therapiert worden (Urk. 12/16). 3.

E. 3.8

Die psychiatrische Begutachtung durch Dr. B.____ erfolgte am 10. April 2014 (Urk. 12/25/1). Dr. B.____ gab in seinem Gutachten vom 5. Mai 2014 an, der Beschwerdeführer habe vor allem über Schwindelsensationen geklagt. Zuerst sei es ein Drehschwindel gewesen, nun sei es eine Gangunsicherheit. Hin und wieder habe er starke Kopfschmerzen und er sei vergesslich geworden. Über psychische Probleme habe er nicht berichtet (Urk. 12/25/9). Anlässlich seiner Untersuchung fand Dr. B.____ keine Hinweise für Störungen der Aufmerksamkeit oder des Gedächtnisses (Urk. 12/25/10). In seiner Beurteilung führte Dr. B.____ aus, im Vordergrund stehe zurzeit die Gangunsicherheit, die der Beschwerdeführer so beschreibe, als ob er auf Watte gehen würde. Es fehle also mittlerweile der für eine Contusio

labyrinthische typische benigne paroxysmale Lagerungsschwindel, der in den Lehrbüchern als Drehschwindel beschrieben werde. Anscheinend führe der Beschwerdeführer auch keine Übungen gegen den benignen Lagerungsschwindel durch. Dem Umstand, dass kein Drehschwindel mehr vorliege, hätten die behandelnden Ärzte Rechnung getragen und den Schwindel mit dem Terminus „phobisch“ versehen und eine Anpassungsstörung respektive eine posttraumatische Belastungsstörung diskutiert (Urk. 12/25/11). Die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung seien aber nicht erfüllt. Nun vorliegende beeinträchtigende psychische Symptome könnten nicht mehr kausal auf den Unfall zurückgeführt werden (Urk. 12/25/12-13). Die Gangunsicherheit des Beschwerdeführers müsse daher in Ermangelung einer hinreichenden neurologischen Erklärung als dissoziativ etikettiert werden. Dabei liege eine Mischform mit dissoziativen Bewegungsstörungen (ICD-10: F44.4) und dissoziativen Empfindungsstörungen (ICD-10: F44.6) vor. Bei dissoziativen Störungen, welche in unserem Kulturkreis nur noch selten vorkommen würden, jedoch in anderen Kulturen noch gang und gäbe seien, lasse sich nur sehr schwer feststellen, ob und in welchem Umfang die Funktionsverluste willkürlich kontrollierbar seien. Grundsätzlich würden dissoziative Störungen dazu tendieren, innerhalb Wochen bis Monaten abzuklingen

(Urk. 12/25/14-15). Dr. B.____ zog die Schlussfolgerung, dass keine unfallbedingte psychische Störung vorliege. Die dissoziative Störung sei nur möglicherweise, nicht aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 18. Juli 2013 zurückzuführen (Urk. 12/25/15, Urk. 12/25/18). Ferner wies Dr. B.____ darauf hin, dass in einer rein sitzenden Tätigkeit schon länger wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 12/25/15, Urk. 12/25/19). 3.

E. 3.10

Dr. med. E.____, F.____, überwies den Beschwerdeführer am 12. August 2014 zwecks diagnostischer Einordnung und Unterbreiten von Therapieansätzen ans interdisziplinäre Zentrum für Schwindel- und Gleichgewichtsstörungen des C.____

(Urk. 12/49/3).

Am 21. August 2014 führte er aus, seiner Ansicht nach lägen in Bezug auf den chronischen Schwindel unklare Befunde sowie eine unzureichende neurologische

Beurteilung im Verlauf vor. Zwar würden gewisse Aspekte auf eine psychische Verarbeitung des Schwindels hinweisen, doch bestünden weiterhin Phänomene, die an einen organisch bedingten Schwindel erinnern würden. Anhand des Schwindeltagebuchs habe sich gezeigt, dass keineswegs ein ungerichteter

Dauerschwindel vorliege, wie dies bei psychischen Beschwerden eher typisch wäre, sondern dass die Schwindelsymptomatik durch rasche Körperbewegungen ausgelöst werde (Urk. 12/ 47/17).

E. 3.11

Die Ärzte des C.____, Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen, untersuchten den Beschwerdeführer am 26. September sowie am 2. Oktober 2014 und hielten zusammenfassend fest, klinisch und MR-radiologisch zeigten sich keine eindeutigen Hinweise auf eine peripher-vestibuläre Ursache der Beschwerden. In der apparativen Vestibularisdiagnostik hätten sich diskrete Zeichen einer peripher-vestibulären Unterfunktion links gezeigt. Die Untersuchungsbedingungen seien allerdings bei teilweise psychischer Überlagerung deutlich erschwert gewesen. Die Symptomatik sei einerseits im Rahmen einer möglichen peripher-vestibulären Unterfunktion links und andererseits im Rahmen einer vestibulären Migräne zu interpretieren, wobei sicherlich auch eine gewisse psychische Überlagerung eine Rolle spiele (Urk. 12/ 55).

E. 3.12

Die Ärzte der F.____ hielten in ihrem Bericht vom 17. November 2014 fest, anhand der Abwesenheit von Schwindel durch Lagerungsmanöver könnten persistierende intermittierende Schwindelattacken durch Lagerungsschwindel nicht ausgeschlossen werden. Auch die Beurteilung im interdisziplinären Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen habe eine multifaktorielle Genese des Schwankschwindels ergeben

(Urk. 12/ 56 S. 2). Eine somatische, auf den Unfall zurückzuführende Ursache habe nicht ausgeschlossen werden können, vielmehr sei eine peripher-vestibuläre Unterfunktion diskutiert worden, deren Zusammenhang mit einem Unfallereignis noch neurologischerseits zu beurteilen bleibe, neben allfälligen psychischen Ursachen (Urk. 12/ 46 S. 3). Aufgrund des multifaktoriellen Schwindels sowie der psychischen Erkrankung mit depressiven Symptomen bestehe eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit. Die Schwindelsymptome träten im Übrigen auch bei sitzenden Tätigkeiten auf (Urk. 12/ 56 S. 3).

Am 19. Januar 2015 gaben die Ärzte der F.____ an, bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt bestehe im angestammten Bereich keine Arbeitsfähigkeit (Urk. 3 S. 1 und S. 8). In einer stark angepassten Tätigkeit sei im Rahmen einer beruflichen Massnahme eine Tätigkeit in einem Ausmass von drei Stunden pro Tag mit verringerter Leistungsfähigkeit möglich (Urk. 3 S. 1 und S. 9). Die Ursache der Arbeitsunfähigkeit liege in Krankheit sowie Unfall. Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie die folgenden Diagnosen: - Schwindel und Taumel (ICD-10: R42) wahrscheinlich gemischter Genese: - benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (ICD-10: H81.1), differenzialdiagnostisch

komorbid multifaktorieller Schwankschwindel - bei Zustand nach Contusio

labyrinthi - mit möglicher peripher-vestibulärer Ursache bei Unterfunktion links, Differentialdiagnose vestibuläre Migräne - beziehungsweise zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht auszuschliessen den psychiatrischen Anteilen im Sinne von zum Beispiel ICD-10: F44.7 - Verdacht auf komorbiden dissoziativen Schwindel (ICD-10: F44.7) - leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F 43.1) - Tinnitus aurium rechts mehr als links (ICD-10: H93.1).

Die psychiatrischen Diagnosen seien bestehend seit Juli 2013, ausser bei der leichten depressiven Episode sei der Beginn unklar (Urk. 3 S. 2). Des Weiteren führten sie in ihrer Beurteilung aus, die Schwindelsymptomatik sei unabhängig von ätiologischen Überlegungen erheblich ausgeprägt und führe zu einer Beeinträchtigung in praktisch allen Bereichen des Alltags. Einhergehend mit dem Schwindel bestünden häufige und nur schlecht auf übliche Analgetika ansprechende Kopfschmerzen sowie ein Tinnitus, der den Beschwerdeführer im Alltag beeinträchtige, ablenke und affektive Reaktionen auslöse. Ausserdem bestünden einige Hinweise für das Vorliegen einer prolongierten posttraumatischen Belastungsstörung, die möglicherweise aufgrund der subjektiv im Vordergrund stehenden Schwindelsymptomatik schlecht greifbar sei (Urk. 3 S. 6). 4. 4.1

Zunächst ist zu prüfen, ob beim Beschwerdeführer organisch nachweisbare Unfallfolgen bestehen. Aufgrund der Akten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer beim Ereignis vom 18. Juli 2013

eine Nasenbeinfraktur sowie eine Kontusion der Brustwirbelsäule

erlitten hat. Der Wert auf der GCS betrug 15

(Urk. 12/4/1). Eine intrakranielle Blutung oder eine Fraktur der Schädelbasis oder der Kalotte lagen nicht vor (Urk. 12/6). Die Nasenbeinfraktur war bereits am 22. August 2013 und erst recht im Zeitpunkt des Fallabschlusses - allenfalls abgesehen von einem nicht behandlungsbedürftigen und nicht einschränkenden leichten Druckschmerz über dem Nasenrücken -

beschwerdefrei und vollständig verheilt (Urk. 12/3, Urk. 12/16). Die erlittene Kontusion der Brustwirbelsäule wurde nie mit andauernden Beschwerden in Zusammenhang gebracht. 4.2

Der Beschwerdeführer klagt auch über den Fallabschluss hinaus über Schwindel. Als wahrscheinlichste Ursache für den benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel (ICD-10: H81.1) wurde eine

Contusio

labyrinthi nach traumatischer Nasenbeinfraktur

angesehen (Urk. 12/9).

Bereits am 30. August 2013 waren die daraus resultierenden Beschwerden laut den Ärzten des Stadthospitals A. ____, Abteilung für Neurologie, dank eines mehrfach durchgeführten Befreiungsmanövers fast vollständig sistiert. Weiter gingen sie davon aus, dass die Beschwerden komplett verschwinden würden, wenn der Beschwerdeführer das Befreiungsmanöver während circa einer Woche dreimal täglich dreimal hintereinander durchführen werde

(Urk. 12/ 9/1).

Dr. D.____ bestätigte am 24. März 2014, dass die Drehschwindelkomponente besser geworden sei (Urk. 12/ 24). Auch bei Dr. B.____ berichtete der Beschwerdeführer, dass zuerst ein Drehschwindel vorgelegen habe, nun hingegen eine Gangunsicherheit vorhanden sei und im Vordergrund stehe

(Urk. 12/ 25/9, Urk. 12/25/11).

Am 22. Mai 2014 fiel denn auch die in der neurologischen Abteilung des Stadtsitals A.____ durchgeführte Lagerungsprobe - im Gegensatz zur Voruntersuchung vom 29. August

2013

(Urk. 12/

E. 7

Am 24. März 2014 gab Dr. D.____ an, der Beschwerdeführer habe angegeben, das Befreiungsmanöver täglich zu machen. Unterzessen sei vor allem die Drehschwindelkomponente besser geworden, die Gangunsicherheit werde hingegen durch das Manöver nicht beeinflusst (Urk. 12/ 24).

E. 9

Stunden und 25 Minuten

sowie Fr. 22.10 Barauslagen geltend. Insgesamt ist der geltend gemachte Aufwand der Bedeutung der Streitsache sowie den Schwierigkeiten des Prozesses angemessen. Daraus resultiert bei einem gerichtsüblichen Stundenansatz von Fr. 220.-- eine Entschädigung von Fr. 2'261.25 (Fr. 2'071.65 zuzüglich Barauslagen von Fr. 22.10

und Mehrwertsteuer von 8 %).

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin ist demgemäss für ihre Bemühungen und Barauslagen mit Fr. 2'261.25 (Mehrwertsteuer inbegriffen) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Der Beschwerdeführer ist auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Britta Keller, Zürich, wird mit Fr. 2'261.25 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Britta Keller - Rechtsanwalt Dr. Martin Schmid - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 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.