

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00247 vom 31. Mai 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00247

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00247 du 31 mai 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00247 del 31 maggio 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1972, war seit dem 1. September 2013 mit einem Pensum von 80 % bei der Y.____ GmbH als Fahrzeugeinkäufer tätig und dadurch bei der Suva obligatorisch unfallversichert. Des Weiteren war er als Servicemitarbeiter beim Ristorante

Z.____

angestellt (Urk. 7/ 23 S.

E. 1.1

Gemäss Absatz 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015, das heisst vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt, weshalb im Folgenden die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Rechtslage zitiert wird. 1. 2

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

E. 1.3

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).

E. 1.4

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. 1.5

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1). 1. 6

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/ aa ; SVR 199

E. 1.7

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht auf Grund 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. 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). 2.

E. 2

).

Am 7. Oktober 2013 befand er sich als Beifahrer in einem Auto, als vor einem Rotlicht das dahinter folgende Auto nicht mehr rechtzeitig bremsen konnte und auf das Auto auffuhr, in welchem der Versicherte sich befand

(Unfallmeldung vom 1

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, gemäss der Stellungnahme ihres

Kreisarztes Dr. J.____ vom 17. März 2015 sei von einer weiteren Behandlung keine namhafte Besserung zu erwarten. Die geklagten Beschwerden seien von somatischer Seite unfallbedingt nicht zu erklären, insbesondere da auch im Bericht des H.____ keine strukturellen Befunde erhoben worden seien, welche die geklagten Beschwerden erklären könnten. Es sei davon auszugehen, dass die diagnostizierte Diskushernie

HWK 5/6

vorbestehend und im Rahmen des Unfallgeschehens dann symptomatisch geworden sei. Eine eigentliche unfallbedingte Läsion habe somit nicht stattgefunden. Daher könne mit Datum der Untersuchung in der Klinik für Neurologie des H.____ vom 11. November 2014 von einem Status quo sine ausgegangen werden. Objektivierbare Folgen des Unfalls im Sinne von strukturellen Veränderungen lägen keine (mehr) vor. Die bildgebenden Abklärungen hätten keine Hinweise auf unfallbedingte ossäre Läsionen ergeben und laut dem Bericht von Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie, vom 31. Juli 2014 bestünden klinisch-neurologisch und elektrophysiologisch normale Befunde. Gemäss den Ausführungen der Klinik für Neurologie vom 11. November 2014 bestehe kein Zusammenhang zwischen den bildgebend nachgewiesenen Veränderungen lumbal, thorakal sowie zervikal und dem Unfall (S. 7-8). Somit lägen allerhöchstens noch sogenannte organisch nicht hinreichend erklärbare Beschwerden vor (S. 8). Der Argumentation „post hoc ergo propter hoc“ des Beschwerdeführers komme kein Beweiswert zu (S. 3 f. und S. 8).

Inbesondere gestützt auf die Berichte des Psychiaters Dr. E.____

ging die Suva davon aus, dass psychische Beschwerden in den Vordergrund getreten seien. Sie führte aus, zur Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den nicht organisch-strukturellen Beschwerden gelange die Psycho-Praxis zur Anwendung (S. 9). Sie qualifizierte die Auffahrkollision vom 7. Oktober 2013 als mittelschweres Unfallereignis

im Grenzbereich zu den leichten Unfällen und verneinte die Adäquanz in Anwendung der Psycho-Praxis, wobei sie sämtliche Kriterien verneinte (S.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte in seiner Beschwerde vor, seine Schmerzen würden vom Unfall herrühren (Urk. 1/1). 3. 3.1

Die Ärzte des Neurozentrums C.____ nannten in ihrem Bericht vom 23. Dezember 2013 über die neurologische Untersuchung vom 16. Dezember 2013 die Diagnosen einer chronifizierten

Cervico-Zephalgie bei Status nach HWS-Distorsionstrauma am 7. Oktober 2013 sowie ein Reizsyndrom C6 links bei zervikaler Diskushernie C5/6, möglicherweise posttraumatisch (Urk. 7/39 S. 1). Sie führten aus, in der klinischen Untersuchung habe sich eine Sensibilitätsstörung im Dermatome C6 linksseitig gefunden, welche mit der radiologisch nachgewiesenen Diskushernie HWK 5/6 mit Reizung der beiden Wurzeln C6 in Verbindung gebracht werden könne. Klinisch sei von einem Kompressionssyndrom C6 links auszugehen. Alle Beschwerden, insbesondere die hartnäckigen zervikalen und nuchalen Schmerzen, könnten durch diesen Befund allerdings nicht erklärt werden. Es sei eine beträchtliche muskuläre Komponente anzunehmen

(Urk. 7/39 S. 2). 3.2

Dem Bericht von Dr. B.____ vom 18. Mai 2014 ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer sei nach dem Auffahrunfall aus dem sozialen Gefüge gefallen und leide an unbeherrschbaren Schmerzen nuchal und dorsal. Die physiotherapeutischen Massnahmen würden zu keiner Verbesserung führen. Eine psychiatrische Begleitung sei unbedingt empfehlenswert (Urk. 7/58). Im Bericht vom 16. Juni 2014 führte Dr. B.____ mit Angabe des Datums vom 30. Dezember 2013 eine Depression an und zählte

bei der Medikation unter anderem Saroten auf (Urk. 7/59 S. 1). Als Differentialdiagnose stellte er eine posttraumatische Somatisierungsstörung zur Diskussion (Urk. 7/59 S. 2). 3.3

Kreisarzt Dr. J.____ führte in seinem Bericht vom 24. Juni 2014 aus, die diagnostizierte Diskushernie sei wahrscheinlich vorbestehend und im Rahmen des Unfallgeschehens dann symptomatisch geworden. Direkt nach dem Unfall habe laut dem HWS-Dokumentationsbogen zumindest keine neurologische Symptomatik bestanden.

Insofern liege das Trauma als Ursache lediglich im Bereich des Möglichen (Urk. 7/60). 3.4

Dr. K.____

berichtete am 31. Juli 2014 nach seiner Untersuchung vom 29. Juli 2014 über klinisch-neurologisch sowie elektrophysiologisch normale Befunde ohne periphere oder zentrale Ausfälle. Er gab an, eine zervikale Radikulopathie C6 beidseits oder eine lumbale Radikulopathie L4-S1 beidseits lasse sich nicht objektivieren (Urk. 7/78). 3.5

Dem Austrittsbericht der Rehaklinik D.____ vom 15. September 2014 (Urk. 7/76) ist zu entnehmen, es bestehe eine ausgesprochen therapieresistente Nackenschmerzproblematik. In der MRI-Bildgebung präsentiere sich ein Befund mit Kompression der Nervenwurzel C6 links, wobei die Foraminale Nervenwurzeln gegenüber Oktober 2013 leicht zugenommen hätten. Einerseits sei die geschilderte Nackenschmerzproblematik durch eine Nervenwurzelkompression C6 durchaus erklärbar, andererseits dürfte das Ausmass der geltend gemachten Beschwerden im Rahmen einer erheblichen Symptomausweitung sowie auch einer psychischen Problematik in deutlicher Masse überlagert sein. Bei der psychosomatischen Abklärung habe sich eine agitiert-depressive Symptomatik mit sichtlicher Anspannung, Reizbarkeit sowie einer ausgeprägten ängstlichen Besorgtheit gezeigt. Zusätzlich leide er an Zwangsgedanken. Diagnostisch liege eine anhaltende Anpassungsstörung vor, welche durch auffällige Persönlichkeitszüge begünstigt werde. Vermutlich hätten schon vor dem Unfall kritische Lebensereignisse oder erhebliche

psychische Belastungsfaktoren vorgelegen. Derzeit gebe es kaum noch Optionen, die Schmerzproblematik auf konservativem Wege in namhafter Weise zu verbessern (S. 3). Bei schlechtem Leistungsverhalten und nicht optimalem Verhalten bezüglich Rehabilitation habe während des Aufenthalts keine wesentliche Verbesserung der Schmerzproblematik erreicht werden können (S. 4). Auch objektiv habe sich bei Austritt im Vergleich zum Eintritt keine wesentliche Befundänderung gezeigt (S. 9). Eine weitere psychotherapeutische Betreuung sei empfehlenswert (S. 16).

3. 6

Dr. E.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 10. Oktober 2014 eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F 43.21) und nannte als Differentialdiagnose eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F 32.1; Urk. 7/82 S. 1). Seinem Bericht vom 19. Februar 2015 ist zudem die Diagnose einer gemischten Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10: F43.24) zu entnehmen (Urk. 7/96 S. 1). Zugleich berichtete er über eine leichte Verbesserung der initialen psychopathologischen Symptomatik (Urk. 7/96 S. 2). 3. 7

Die Ärzte der Klinik für Neurologie des H.____ führten in ihrem Bericht vom 11. November 2014 aus, die vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden und klinisch erhebaren Befunde gingen über die bildgebend erhobenen Befunde hinaus. In den elektrophysiologischen Untersuchungen hätten sich keine Hinweise auf eine relevante radikuläre Schädigung oder Funktionsbeeinträchtigung der Pyramidenbahnen gezeigt. Auch einen Zusammenhang zwischen dem Auffahrunfall und insbesondere den bildgebend nachgewiesenen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule lumbal, thorakal sowie zervikal sehe man nicht als wahrscheinlich an. Die direkt nach dem Trauma durchgeführte Computertomographie der BWS habe keine frischen traumatischen Veränderungen/Frakturen gezeigt, so dass die im MRI vom 30. September 2014 beschriebenen degenerativen Veränderungen im Wirbelkörper Th11 und Th12 nicht mit dem Auffahrunfall vom 7. Oktober 2013 im Zusammenhang stünden, sondern einer primär degenerativen Genese zuzuordnen seien oder differentialdiagnostisch von einer alten Fraktur herrühren würden (Urk. 7/ 87 S. 2).

3. 8

Dr. B.____ führte am 14. November 2014 aus, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei unverändert schlecht. Eine psychiatrische Behandlung sei dringend indiziert. Auf die bisherige Medikation reagiere der Beschwerdeführer nicht optimal (Urk. 7/90).

Laut dem Bericht von Dr. B.____ vom 6. März 2015 litt der Beschwerdeführer namentlich noch an unbeherrschbaren Schmerzen (Urk. 7/99). 3. 9

Der Konsiliarpsychiater med. pract.

I.____ gab am 3. März 2015 an, die im Dossier vorliegenden Berichte würden spätestens seit Mai 2014 auf eine psychische Problematik hinweisen. Deren natürliche Kausalität zum Unfallereignis sei noch zu bejahen. Zur Frage eines stabilen psychischen Gesundheitszustandes könne angesichts der erst kurzen Dauer der psychiatrischen Behandlung noch nicht Stellung genommen werden (Urk. 7/97).

3. 10

Kreisarzt Dr. J.____ führte in seinem Bericht vom 17. März 2015 aus, eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands (beschränkt auf die somatischen Schädigungen) sei nicht zu erwarten. Die geklagten Beschwerden seien von somatischer Seite aus unfallbedingt nicht zu erklären, insbesondere, da auch im Bericht des H.____ vom 11. November 2014 keine strukturellen Befunde erhoben worden seien, welche die geklagten Beschwerden erklären könnten. Folglich sei davon auszugehen, dass die diagnostizierte Diskushernie vorbestehend und im Rahmen des Unfallgeschehens dann symptomatisch geworden sei. Eine eigentliche unfallbedingte strukturelle Läsion habe somit nicht stattgefunden. Nach dem Gesagten sei davon auszugehen, dass mit dem Datum der Untersuchung in der Klinik für Neurologie des H.____ vom 11. November 2014 der Status quo sine eingetreten sei (Urk. 7/100). 4.

E. 4

. Oktober 2013, Urk.

E. 4.1

Zunächst ist zu prüfen, ob beim Beschwerdeführer organisch nachweisbare Unfallfolgeschäden bestehen (vgl. vorstehende E. 1.3 und E. 1.5). Der Beschwerdeführer erlitt beim Unfall eine HWS-Distorsion zweiten Grades (Urk. 7/26 S. 3) sowie eine Schulterkontusion links (Urk. 7/25 S. 1). Die bildgebenden Untersuchungen ergaben keinen Anhalt für frische traumatische ossäre Läsionen, jedoch zeigte sich eine Diskushernie der Bandscheibe C5/6 mit möglicher Reizung der Nervenwurzeln C6 beidseits (Urk. 7/30-32).

Die Schlussfolgerung von Dr. J.____, bei den noch geklagten Beschwerden handle es sich nicht um somatische unfallbedingte (Urk. 7/100), steht in Einklang mit den Akten. Die Diskushernie beurteilte er als vorbestehend (Urk. 7/100 und Urk. 7/60). Kongruent zu dem Ergebnis, zu welchem Dr. J.____ gelangte, bestand laut dem HWS-Dokumentationsbogen direkt nach dem Unfall keine neurologische Symptomatik (Urk. 7/26 S. 2) und auch die Ärzte des Neurozentrums

C.____ beurteilten die Diskushernie als nur

möglicherweise posttraumatisch (Urk. 7/39 S. 1). Sie nahmen eine beträchtliche muskuläre Komponente an (Urk. 7/39 S. 2). Solche klinischen Befunde können

rechtsprechungsgemäss für sich allein ebenso wenig wie Schmerzen als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_721/2008 vom 24. April 2009, E. 4.2 mit Hinweisen).

Sodann ist eine Diskushernie rechtsprechungsgemäss nur bei einem Unfallereignis von besonderer Schwere als weitgehend unfallbedingt zu betrachten und eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr, als abgeschlossen zu betrachten (Urteile des Bundesgerichts 8C_396/2011 vom 21. September 2011, E. 3.2; 8C_346/2008 vom 11. November 2008, E. 3.2.1-3.2.3; 8C_151/2012 vom 12. Juli 2012, E. 4; 8C_765/2014 vom 9. Februar 2015, E. 6.1, je mit Hinweisen).

Dr. K.____ erhob am 29. Juli 2014 klinisch-neurologisch sowie elektro-physiologisch normale Befunde (E. 3.4 vorstehend) und in den elektro-physiologischen Untersuchungen durch die Klinik für Neurologie des H.____ ergaben sich laut dem Bericht vom 11.

November 2014 ebenfalls keine Hinweise auf eine relevante radikuläre Schädigung oder eine Funktionsbeeinträchtigung der Pyramidenbahnen. In Übereinstimmung mit Dr. J.____ hielten auch sie die bildgebend nachgewiesenen Veränderungen für primär degenerativ bedingt (E. 3.7 vorstehend). Nach dem Gesagten ist die Schlussfolgerung von Dr. J.____ nachvollziehbar, wonach der Unfall keine eigentliche strukturelle Läsion zur Folge hatte und bezüglich der Unfallfolgen spätestens am 1. November 2014 der Status quo sine eingetreten ist (Urk. 7/100).

E. 4.2

Der Beschwerdeführer brachte in seiner Beschwerde vor, seine Schmerzen seien auf den Unfall zurückzuführen (Urk. 1/1). Diesbezüglich ist - wie es bereits die Beschwerdegegnerin in ihrem Entscheid getan hat (Urk. 2 S. 3 f. und S. 8) - darauf hinzuweisen, dass aus dem Fehlen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung vor dem Unfall praxisgemäss (BGE 119 V 335 und Urteil des Bundesgerichts 8C_614/2007 vom 10. Juli 2008, E. 4.1.2 mit Hinweisen auf neuere Entscheide) nicht auf die Unfallkausalität von hernach aufgetretenen Beschwerden geschlossen werden kann (Formel „post hoc ergo propter hoc“). 4.3

Die Schmerzproblematik hat überdies eine psychische Komponente.

Entsprechendes hielten die Ärzte der Rehaklinik D.____ fest (Bericht vom 15. September 2014), als sie ausführten, das Ausmass der geltend gemachten Beschwerden sei im Rahmen einer erheblichen Symptomausweitung sowie auch einer psychischen Problematik in deutlichem Masse überlagert (Urk. 7/76 S. 3). Auf die erhebliche Symptomausweitung schlossen sie aus den Beobachtungen bei den Leistungstests sowie im Behandlungsprogramm. Sie führten aus, die Beschreibung der Schmerzen sei wenig differenziert und das Schmerzverhalten nicht adäquat gewesen. Das Leistungsverhalten sowie die Konsistenz beurteilten sie als schlecht. Es hätten sich mehrere Diskrepanzen und Widersprüchlichkeiten gezeigt (Urk. 7/76 S. 4).

Sie beschrieben eine agitiert-depressive Symptomatik (Urk. 7/76 S. 3), diagnostizierten eine Anpassungsstörung sowie auffällige Persönlichkeitszüge (Urk. 7/76 S. 1) und empfahlen eine weitere psychotherapeutische Betreuung (Urk. 7/76 S. 16). Bereits am 18. Mai 2014 hatte

Dr. B.____ auf die Notwendigkeit einer psychiatrischen Begleitung hin gewiesen und angegeben, der Beschwerdeführer sei aus dem sozialen Gefüge gefallen. In seinem Bericht vom 16. Juni 2014 nannte er eine Depression und differentialdiagnostisch eine posttraumatische Somatisierungsstörung. Ferner verordnete er das Antidepressivum Saroten (E. 3.2 vorstehend). Am 23. September 2014 begab sich der Beschwerdeführer dann in psychiatrische Behandlung (Urk. 7/82 S. 2). Der Psychiater Dr. E.____ diagnostizierte eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, differentialdiagnostisch eine mittelgradige depressive Episode, sowie eine gemischte Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (E. 3.6 vorstehend). Die Indikation für eine psychiatrische Behandlung blieb auch im weiteren Verlauf dringlich (E. 3.8 vorstehend). Die

geannten psychischen Störungen lagen am 19. Februar 2015 weiterhin vor (Urk. 7/96 S. 1). Am 3. März 2015 konnte noch nicht beurteilt werden, ob ein stabiler psychischer Gesundheitszustand vorliege. Die psychische Problematik war weiterhin vorhanden (Urk. 7/97).

Somit besteht die Ausgangslage, dass beim Unfall eine bestimmte Verletzung (HWS-Distorsion und Schulterkontusion) stattgefunden hat, aber die im Entscheidzeitpunkt noch geklagten Beschwerden nicht mit einer strukturellen Läsion erklärt werden können, so dass über das Bestehen eines rechtsgenügenden Kausalzusammenhangs praxisgemäss die Adäquanz zu prüfen ist (vorstehend E. 1.6). Beim geschilderten Verlauf mit psychischer Überlagerung und Symptomausweitung stand im Zeitpunkt des Fallabschlusses die psychische Fehlentwicklung im Vordergrund. Daher ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die adäquate Kausalität nach der Psycho-Praxis (BGE 115 V 133), folglich unter Ausschluss psychischer Aspekte, geprüft hat (BGE 123 V 98).

E. 4.4

Die Adäquanzprüfung hat praxisgemäss zu erfolgen, wenn im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann.

Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmt. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch eine weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_58/2010 vom 28 Juni 2010, E. 2.2).

Im Zeitpunkt des Fallabschlusses (1. April 2015; Urk. 7/103) lagen laut nach vollziehbarer ärztlicher Beurteilung keine unfallkausalen somatischen Beeinträchtigungen mehr vor.

Ferner erwartete Kreisarzt Dr. J. ___ laut seinem Bericht vom 17. März 2015 in Bezug auf die somatischen Schädigungen keine namhafte Besserung mehr (E. 3.10 vorstehend). Diese Beurteilung überzeugt vor dem Hintergrund, dass bereits im Mai 2014 die physiotherapeutischen Massnahmen zu keiner Besserung führten (E. 3.2 vorstehend), dass während des Aufenthalts in der Rehaklinik D. ___ ebenfalls keine Besserung erzielt werden konnte, dass die konservativen Therapieoptionen damals schon beschränkt waren (E. 3.5 vorstehend) und dass es dem Beschwerdeführer auch gemäss dem Bericht von Dr. B. ___ vom 14. November 2014 noch unverändert schlecht ging (E. 3.8 vorstehend). Da die Psycho-Praxis zur Anwendung gelangt, musste der Endzustand lediglich bezüglich der somatischen Unfallfolgen gegeben sein, hingegen weder bezüglich der weiterhin geklagten und ihm Rahmen einer Symptomausweitung zu erklärenden Beschwerden noch bezüglich der psychischen Symptomatik (Urteil des Bundesgerichts U 414/05 vom 7. Juni 2006, E. 4.4 und 4.5). Nach dem Gesagten ist der Zeitpunkt des Fallabschlusses nicht zu beanstanden.

E. 4.5

Einfache Auffahrkollisionen auf ein haltendes Fahrzeug werden grundsätzlich zu den mittelschweren im Grenzbereich zu den leichten Unfällen gezählt (Alexandra Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 64). Um ein derartiges Unfallereignis handelte es sich hier. Der Personenwagen, in welchem der Beschwerdeführer sass, befand sich im Stillstand, als das nachfolgende Fahrzeug (ebenfalls ein Personenwagen) von hinten darauf auffuhr (Urk. 7/26 S. 1). Die Prüfung der einzelnen

Adäquanzkriterien im Einspracheentscheid (Urk. 2 S. 11 Ziff. 6 lit. b) ist korrekt und wurde vom Beschwerdeführer zu Recht nicht beanstandet. Damit fehlt es an der Adäquanz eines Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 7. Oktober 2013 und den über den Fallabschluss hinaus geklagten, im Sinne der Rechtsprechung organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden.

Somit lagen im Zeitpunkt des Fallabschlusses keine Unfallfolgen mehr vor, weshalb keine weitergehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin mehr besteht. Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich deshalb als zutreffend, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Suva - 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

/1 ; Urk. 7/ 25 S. 1). Dabei erlitt er gemäss den Angaben der erstbehandelnden Ärzte des Spitals A.____ eine HWS-Distorsion sowie eine Schulterkontusion links. Diesen Diagnosen lagen bildgebende Abklärungen von Halswirbelsäule (HWS) , Brustwirbelsäule (BWS) , Lendenwirbelsäule (LWS) , Thorax und der linken Schulter zugrunde (Bericht vom 7. Oktober 2013, Urk. 7/25 S. 1 ; Urk. 7/30-31). Dr. med. B.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, attestierte dem Versicherten ab dem Unfalltag bis (mindestens) zum 30. April 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/23, Urk. 7/38 S. 2-3 , Urk. 7/41, Urk. 7/43-44, Urk. 7/49, Urk. 7/56, Urk. 7/61, Urk. 7/70-71, Urk. 7/74 S. 1 , Urk. 7/ 81 S. 2 , Urk. 7/83-84 je S. 1 , Urk. 7/89 S. 1 , Urk. 7/93 S. 2 , Urk. 7/101 S. 1 , Urk. 7/111).

Am 16. Dezember 2013 folgte eine neurologische Untersuchung im Neurozentrum C.____ (Bericht vom 23. Dezember 2013, Urk. 7/ 39). Vom 3. bis am 31. Juli 2014 hielt sich der Versicherte in der Rehaklinik D.____ auf, wobei während dieses Aufenthalts weitere Untersuchungen vorgenommen wurden (Urk. 7/ 69, Urk. 7/76 -78).

Am 23. September 2014 begab sich der Versicherte bei Dr. med. E.____ , F.____ AG, Psychiatriezentrum

G.____ , in Behandlung (Urk. 7/82). In der Klinik für Neurologie des H.____ wurden im September und November 2014 Konsultationen und Untersuchungen durchgeführt (Urk. 7/85-88). Am 3. März 2015 gaben med. pract. I.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , Konsiliarpsychiater der Suva, und am 17. März 2015 Dr. med. J.____ , Facharzt für Chirurgie und Kreisarzt der Suva, ärztliche Kurzberichte ab (Urk. 7/97 und Urk. 7/100).

Mit Verfügung vom 30 . März 201 5 stellte die Suva die von ihr bis dahin erbrachten Leistungen unter Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 7. Oktober 2013 und den

persistierenden Beschwerden in Anwendung der Praxis bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall

(Psycho-Praxis; BGE 115 V 133)

per 1. April 2015 ein (Urk. 7/103). Dagegen erhob der Versicherte am 4. April 2015 Einsprache (Urk. 7/104). Diese wies die Suva am 3. November 2015 ab (Urk. 7/119 = Urk. 2). 2.

Gegen den Einspracheentscheid vom 3. November 2015 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 27. November 2015 Beschwerde (Urk. 1 /1) und beantragte sinngemäss weitere Unfallversicherungsleistungen . In der Beschwerdeantwort vom 23. Dezember 2015 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Dies wurde dem Beschwerdeführer am 4. Januar 2016 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 8

).

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

E. 9

UV Nr. 10 E. 2).

E. 11

). Weiter ist ihrem Entscheid zu entnehmen, d er Fallabschluss sei nicht zu früh erfolgt, weil aus somatischer Sicht von einer weiteren Behandlung keine namhafte Besserung zu erwarten gewesen sei und da der Endzustand bei der Anwendung der Psycho- Praxis nur bezüglich der somatischen Unfallfolgen gegeben sein müsse (S. 10).

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