

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00010 vom 14. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00010

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00010 du 14 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00010 del 14 marzo 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1950, war seit Februar 1974 bei der Y.____ AG als Projektleiter tätig und damit bei der Suva versichert, als er am 26. Februar

2014 einen Unfall mit Kopfanprall erlitt (Urk. 9/1).

Nach getätigten Abklärungen bejahte die Suva mit Verfügung vom 25. Juni 2014 eine Leistungspflicht für den Kopfanschlag und die Erstbehandlung so wie die physikalischen Therapien aufgrund der Schädelkontusion,

verneinte aber eine Leistungspflicht für die ab dem 4. März 2014 aufgetretenen neurologischen und neuropsychologischen Probleme aufgrund der Ischämie (Urk. 9/42).

Die vom Versicherten erhobene Einsprache (Urk. 9/45) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 26. Februar 2014 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden. 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 es in Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 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

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).

E. 2

6. Februar 2014 in einem kausalen Zusammenhang stehen, mit hinob die Beschwerdegegnerin hierfür leistungspflichtig ist.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) davon aus, dass kein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 26. Februar 2014 mit der aufgetretenen Dissektion der Arteria vertebralis und der Ischämie (Schlaganfall) bestehe. Sie sei leistungspflichtig für das Anschlagen des Kopfes wie auch für die Erstbehandlung sowie für die physikalischen Therapien aufgrund der Schädelkontusion. Für die ab dem 4. März 2014 aufgetretenen neurologischen und neuropsychologischen Probleme aufgrund der Ischämie bestehe hingegen keine Leistungspflicht.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass selbst der Neurologe der Suva, Dr. Z.____, festgehalten habe, dass die Dissektion mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 26. Februar 2014 zurückzuführen sei. Aufgrund des derzeitigen Aktenstandes und der erwähnten Literatur sei davon auszugehen, dass die cerebrale Ischämie zumindest teilkausal von der Sektion der A. vertebralis mitverursacht worden sei. Dafür spreche die grundsätzliche Tatsache, dass eine A. vertebralis Dissektion zu Ischämien führen könne, mit Hirnstammschädigungen. Als dann sei der stattgehabte Zeitablauf kaum zufällig, sei es doch 10 Tage nach der Dissektion zur Ischämie gekommen. Entsprechend habe die Beschwerdeführerin die Versicherungsleistungen zu erbringen.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Ischämie und deren Folgen mit dem Unfallereignis vom

E. 3.1

Dr. med. A.____, Oberärztin, B.____, berichtete am 7. März 2014 (Urk. 9/6) über die native Computertomographie (CT) des Neurocraniums und der Halswirbelsäule (HWS) und führte aus, dass intrazerebral weder eine Blutung

noch eine Kalottenfraktur hätten festgestellt werden können. An der HWS fänden sich multisegmentale degenerative Veränderungen, aber auch keine ossäre Läsion.

E. 3.2

Dr. med. C.____ und Dr. med. D.____, B.____, berichteten am 7. März 2014 (Urk. 9/25) und führten aus, dass aufgrund der Klinik und der gefertigten Untersuchungen eine intrakranielle Blutung sowie eine frische Fraktur an der HWS ausgeschlossen werden könnten (S. 2).

E. 3.3

Prof. Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. F.____ und med. pract. G.____, H.____, berichteten am 14. März 2014 (Urk. 9/12) und nannten folgende Diagnosen: - Schädelkontusion (axiales Stauchungstrauma) am 26. Februar 2014 mit/bei - Dissektion der hypoplastischen A. vertebralis im V3 Segment (Atlas schleife) rechts mit Nackenschmerzen und Stenose - ischämisch-lakunärem Schlaganfall im tiefen Stromgebiet der linken A. cerebri media mit Ataxie und Verlangsamung der Extremitäten rechts sowie Merkfähigkeits- und Konzentrationsstörungen - MR Schädel: links subakuter Infarkt am lateralen Rand des hinteren Schenkels der Capsula

interna mit Ausdehnung ins angrenzende Pal lidum - MRI/MRA zervikal: rechts Dissektion der hypoplastischen A. vertebra lis im V3 Segment (Atlasschleife) - z erebrale Farbduplexsonographie: Plaques der A. carotis

communis rechts 10%, A. carotis

interna rechts 15% und Karotisbifurkation links 20% sowie Hypoplaste der A. vertebralis rechts - koronare Herzkrankheit mit Zustand nach Stenting

Diagnonalast im August 2005 - vaskuläre Risikofaktoren: Hypercholesterinämie - Unverträglichkeit auf Atorvastatin (Muskelschmerzen) Sie führten aus, dass sich erstens rechts eine Dissektion der hypoplastischen A. vertebralis im V3 Segment (Atlasschleife) finde, die möglicherweise zu Nackenschmerzen und einer in der MRA nachweisbaren Stenose geführt habe. Zweitens zeige sich ein ischämisch-lakunärer Schlaganfall im tiefen Stromgebiet der linken A. cerebri media mit Befall des lateralen Randes des hinteren

Schenkels des Capsula

interna und Ausdehnung ins angrenzende Pallidum , der klinisch zu einer Ataxie und Verlangsamung der rechtsseitigen Extremitäten sowie Merkfähigkeits- und Konzentrationsstörungen geführt habe .

Die Ursache des Hirnschlags sei unklar, insbesondere habe sich kein Anhaltspunkt für eine Karotis- und Mediadisektion ergeben. Deshalb und weil auch eine koinzidente kardiale Emboliequelle vorliegen könnte, sei sicherheitshalber die Suche nach einer kardialen Emboliequelle organisiert worden (S. 1 f.) .

E. 3.4

Dr. med. I.____ , Facharzt für Kardiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 21. März 2014 (Urk. 9/21) und führte aus, dass

in der kardiologischen Untersuchung formal keine Emboliequelle dokumentiert werden könne. Aus seiner Sicht bestehe eindeutig eine Korrelation zwischen dem Stauungstrauma, der Dissektion der Arteria vertebralis und der cerebralen Ischämie (S. 1).

E. 3.5

Lic. phil. J.____ , Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP und Psychotherapie FSP, berichtete am 23. April 2014 (Urk. 9/24) und führte aus, dass die Behandlung mit einer Therapiesitzung pro Woche fortgeführt werde. Der Hauptfokus liege zurzeit darauf, regenerierende und aufbauende Aktivitäten im Wechsel mit Arbeitszeit und Ruhe- und Erholungsphasen in angemessener Weise in den Tag einzubauen, so dass sich mittelfristig eine Stabilisierung der aktuell labil vorhandenen Belastungsfähigkeit entwickeln könne (S. 3) .

E. 3.6

Dr. med. K.____ , Facharzt für Chirurgie, Subklinik-Kreisarzt ,

nahm am 5. Juni 2014 Stellung (Urk. 9/35) und führte aus, es könne nicht sicher ausgeschlossen werden , dass die Dissektion der A. vertebralis nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen sei, so dass zumindest eine Teilkausalität für eine Dissektion nicht ausgeschlossen werden könne.

Dass die aufgetretene Ischämie im linken A. cerebri media-Stromgebiet ursächlich auf die Dissektion der rechten A. vertebralis im Bereich des Atlasbogens zurückzuführen sei, sei jedoch unwahrscheinlich . Vorbestehend und in den CT-Aufnahmen vom 7. März 2014 dokumentiert, zeigten sich deutliche arteriosklerotische Veränderungen der Hirnbasisarterien, im MRI-Angio finde sich eine höhergradige

supraophthalmische arteriosklerotisch bedingte A. carotis

interna -Stenose links . Bei bereits vorbestehender Hypoplasie der A. vertebralis rechtsseitig sei davon auszugehen, dass diese zur Perfusion des vertebrobasilären Kreislaufes und des Circulus Willisii bereits früher nicht viel beigetragen habe, so dass die, falls tatsächlich aufgrund des Ereignisses stattgehabte, Dissektion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als asymptomatisch zu betrachten sei und die Ursache der cerebralen Ischämie somit, nach Ausschluss einer kardialen Embolisierung , in den vorbestehenden arteriosklerotischen Veränderungen der anderen Cerebralarterien zu suchen sei (S. 4) . Zusammenfassend könne also eine Teilkausalität der diagnostizierten Dissektion der bereits anlagebedingt

hypoplastischen A. vertebralis rechts nicht ausgeschlossen werden. Dass der cerebrale Insult auf eine Dissektion der rechten A. vertebralis zurückzuführen sein sollte, sei aus genannten Gründen jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich (S. 4 f.).

E. 3.7

Dr. med. Z.____, Facharzt für Neurologie, Suva Kreisarzt,

nahm am 20. November 2015 Stellung (Urk. 9/74) und führte aus, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei es anlässlich des Unfalls vom 25. Februar 2014 bei einem bagatellären Kopfanprall mit axialem Stauchungstrauma der HWS zu einer Dissektion der hochgradig hypoplastischen A. vertebralis rechts gekommen. Diese sei jedoch symptomlos geblieben. Die später manifestierte kleine lakunare Ischämie im tiefen Marklager links sei aus unfallfremden inneren Ursachen vermutlich bei einem arteriosklerotischen arterio-arterielle n Embolieschauer aufgetreten (S. 6).

E. 3.8

Prof. Dr. med. L.____, Facharzt für Neurologie, M.____, erstattete sein neurologisches Gutachten zuhanden des Beschwerdeführers am 13. Juli 2016 (Urk. 14) gestützt auf die Akten sowie die neurologische Untersuchung vom 22. März 201

E. 6

Er nannte folgende neurologische Diagnosen (S. 20): - axiales Stauchungstrauma am 26. Februar 2014 mit/bei - Schädelkontusion - ischämisch-lakunärem Schlaganfall im tiefen Stromgebiet der linken A. cerebri media - traumatischer Dissektion der A. vertebralis im V3 Segment (Atlas schleife) rechts mit transient Nackenschmerzen und Stenose - koronare Herzkrankheit mit Status nach Stenting im August 2005 - vaskulärer Risikofaktor: Hypercholesterinämie

Er führte aus, dass sich eine Dissektion der hinteren Halsgefässe (Vertebralarterien) bekannterweise bei Verletzungen wie Schläge gegen den seitlichen Hals oder eben auch bei Stauchungstraumata finde. Solche Dissektionen der A. vertebralis fänden sich häufig bei Sportverletzungen wie zum Beispiel bei Eishockeyspielern, welche kopfveran in die Bande prallen würden (S. 27 f.). Abschliessen d sei die Unfallkausalität der Vertebralisdissektion als überwiegend wahrscheinlich zu erachten (S. 28 oben).

Es gelte festzuhalten, dass der erfolgte Unfallmechanismus überwiegend wahrscheinlich geeignet sei, eine Vertebralisdissektion zu verursachen. Dies spreche also für eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität. Das Fehlen anderer möglicher externer Ursachen spreche ebenfalls für eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität bezüglich des Unfalls vom 26. Februar 2014.

Nun müsse jedoch auch berücksichtigt werden, dass es auch sogenannte spontane Dissektionen von Halsgefässen geben könne, das heisse es komme zu einer Dissektion ohne externe beziehungsweise erkennbare Einflüsse. Eine solche spontane Dissektion könne nie ausgeschlossen werden, sei jedoch bei einem zeitlich koinzidenten, vorliegenden externen Faktor natürlich eher im Hintergrund zu sehen (S. 28). Diese Ausführungen betrachtend und dem in der Medizin gebrauchten Motto „was häufig ist, ist häufig und was selten ist, ist selten“ folgend, sei die Vertebralisdissektion als gänzlich unfallkausal zu erachten (S.

29 oben). Es sei davon auszugehen, dass man die beiden gleichzeitig entdeckten Gefässerkrankungen (Vertebralisdissektion und Ischämie) als Gesamt ereignis ansehen

müsse und nicht getrennt betrachten könne. Nun könne man sicherlich in der Literatur aufzeigen, dass Patienten mit einer Vertebralisdissektion auf der einen Seite praktisch nie gleichzeitig eine Ischämie auf der Gegenseite hätten. Dies würde gegen eine Unfallkausalität der Ischämie sprechen. Gleichzeitig könne man jedoch mittels Literatur auch nachweisen, dass die zeitliche Koinkidenz, dass dieselbe Person eine traumatische Vertebralisdissektion und auch noch eine unabhängige nicht-traumatisch bedingte Ischämie aufweise, praktisch nicht vorkomme. Somit müsse festgehalten werden, dass die medizinische Literatur hier nicht weiterhelfe. Deshalb gelte es hier den gesunden Menschenverstand walten zu lassen und da müsse man sich die Sachlage vor Augen halten, dass der Beschwerdeführer vor dem 26. Februar 2014 gesund gewesen sei und nach dem Kopfanstoss die beiden Gefässverletzungen aufgewiesen habe. Auch wenn eine post hoc ergo propter hoc Beurteilung nun nicht statthaft sei, müsse man in casu doch auf eine solche Beurteilung zurückkommen (S.

29). Es sei doch bedeutend wahrscheinlicher, dass es neben einer rechtsseitigen traumatischen Vertebralisdissektion auch zu einer weiteren traumatisch bedingten Gefässverletzung komme. Somit sei abschliessend auch die Ischämie infolge des Unfalls vom 26. Februar 2014 zu sehen, da es am ehesten auch in kleinen Gefässen im A. cerebri media-Stromgebiet links zu Verletzungen beim Kopf anprall gekommen sei (jedoch bei vorgeschädigten Gefässen in diesem Bereich, das heisse hier sei der Kopfanprall nur als Mitursache anzusehen).

4.

4.1

Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seine Entscheidung, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisansforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S.

324 f.). 4.2

Dr. Z.____

hat sich bei seiner Beurteilung (vorstehend E. 3.7) für die Beantwortung der Frage, ob die Ischämie mit dem Unfallereignis vom 26. Februar 2014 in einem kausalen Zusammenhang steht, auf die Vorakten gestützt. Seine Ausführungen sind für die streitigen Belange umfassend und berücksichtigen die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in angemessener Weise. Weiterleuchtet seine Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die Beurteilung der medizinischen Situation sowie seine Schlussfolgerung sind nachvollziehbar begründet. Die Beurteilung durch Dr. Z.____

erfüllt daher die praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Berichts (vgl. vorstehend E. 1.4) vollumfänglich, so dass auf die darin enthaltenen Ausführungen abgestellt werden kann. 4.3

Davon ausgehend hat Dr. Z.____ in nachvollziehbarer Weise dargelegt, in der Zusammenschau der klinischen Entwicklung, der Bildgebung und Gefässdarstellung sei

davon auszugehen, dass die Dissektion der hypoplastischen A. vertebralis rechts mit einiger Wahrscheinlichkeit aufgrund des bagatellären Kopfanpralles mit axialem Stauchungstrauma der HWS aufgetreten sei, wobei in der Literatur durchaus auch spontane Dissektionen beschrieben würden. Die betroffene A. vertebralis rechts sei, wie in den Gefässdarstellungen gut erkennbar, von Geburt an hypoplastisch, das heisse mit einem sehr viel geringeren Gefässdurchmesser als die linke A. vertebralis angelegt und habe auch vor dem Gefässunfall wenig zur Aufrechterhaltung der vertebro-basilären Durchblutung beigetragen. Die Tatsache, dass es nach erfolgter Dissektion nicht zu einer Durchblutungsstörung im Kleinhirn- und Hirnstammbereich gekommen sei, beweise, dass die Aufgabe der dissezierten rechten A. vertebralis problemlos von der grosskalibrigen A. vertebralis links übernommen werden könne. Die Dissektion der A. vertebralis rechts sei somit bis auf einen möglichen Schmerz im Bereich des Nackens ohne relevante Symptome abgelaufen, so dass berechtigterweise von einem asymptotischen Verlauf auszugehen sei. Ein neurologischer Schaden, geschweige denn ein unfallbedingter Integritätsschaden, sei nicht aufgetreten. Die etwa 10 Tage nach dem Kopfanprall aufgetretene Durchblutungsstörung des Gehirns sei daher nicht Folge der A. vertebralis Dissektion rechts. Die Symptome, die der Beschwerdeführer beschrieben habe, seien eindeutig von Anfang an nicht auf eine vertebrale Flussituation zu beziehen, sondern es handle sich um eine Durchblutungsstörung von kleinen Gefässästen der A. carotis interna im tiefen Marklager links. Ursächlich dürfte die davor geschaltete hochgradige Carotis

interna Stenose sein. Meist handle es sich um kleinste arterio-arterielle Embolien aus dem vorgeschädigten Gefäss.

Dr. Z.____ machte sodann ausdrücklich darauf aufmerksam, dass diese Auffassung implizit auch durch den Gefässspezialisten Prof. E.____

geteilt werde, der jedenfalls nicht die These einer Unfallkausalität aufgrund der Vertebralisdissektion favorisiere (vgl. vorstehend E. 3.3). Er zeigte sodann auf, dass unklar bleibe, weshalb der Kardiologe Dr. I.____ die These einer Unfallkausalität

favorisiere (vgl. vorstehend E. 3.4), zumal auch Dr. I.____ keine medizinischen Argumente für seine Annahme bei diesem Gefässhochrisikopatienten liefere. Schliesslich begründete er einlässlich und sorgfältig, dass es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Dissektion der hochgradig hypoplastischen A. vertebralis rechts anlässlich des Unfalls vom 26. Februar 2014 bei einem bagatellären

Kopfanprall mit axialem Stauchungstrauma der HWS gekommen, diese jedoch symptomlos geblieben und die später manifestierte kleine lakunäre Ischämie im tiefen Marklager links aus unfallfremden, inneren Ursachen vermutlich bei einem arteriosklerotischen arterio-arteriellen Embolieschauer aufgetreten sei (Urk. 9/74 S. 6).

Diese Einschätzung von Dr. Z.____ wird ausserdem durch die Ausführungen von Kreisarzt Dr. K.____ (vgl. vorstehend E. 3.6) gestützt, wonach dieser in seiner Beurteilung zum Schluss kam, dass eine Teilkausalität der Dissektion der bereits anlagebedingt hypoplastischen A. vertebralis rechts nicht ausgeschlossen werden könne, dass der cerebrale Insult auf eine Dissektion der rechten A. vertebralis zurückzuführen sein solle, sei jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich. 4.4

Die bloss e Möglichkeit genügt nicht, vielmehr ist der Beweisgrad der über wiegenden Wahrscheinlichkeit notwendig

(vgl. vorstehend E.

4.1). Aus den Ausführungen des Prof.

E.____, wonach eine Teilunfallkausalität nicht auszuschliessen sei (vgl. vorstehend E. 3.3), kann der Beschwerdeführer somit ebenso wenig zu seinen Gunsten ableiten wie aus den Ausführungen des Prof. L.____ (vgl. vorstehend E. 3.8). Wenn Prof. L.____ die Unfallkausalität aus dem Umstand, dass der erfolgte Unfallmechanismus überwiegend wahrscheinlich geeignet sei, eine Vertebralisdissektion zu verursachen und dem Fehlen anderer möglicher externer Ursachen ableitet, kann ihm nicht gefolgt werden. Ebenso wenig vermag das von ihm angeführte

Motto „was häufig ist, ist häufig und was selten ist, ist selten“ zu überzeugen und die ausführliche und durch medizinische Fakten begründete Einschätzung von Dr. Z.____ umzustossen. Auch dass gemäss Prof. L.____

vorliegend auf eine post

hoc ergo propter hoc-Beurteilung zurückzukommen sei, vermag nicht zu überzeugen. So kann aus dem Umstand, dass sich vor dem Ereignis am 26. Februar 2014 keine Beschwerden im beschriebenen Sinne manifestiert hatten, nicht auf einen rechtsgenügli chen Zusammenhang geschlossen werden, da der Schluss „post hoc ergo propter hoc“, bei dem eine gesundheitliche Schädigung bereits deshalb als durch den Unfall verursacht erachtet wird, weil sie nach diesem aufgetreten ist im unfall versicherungsrechtlichen Bereich eben gerade untauglich ist (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/ bb).

Es geht nicht um Möglichkeiten im Rahmen der Unfallkausalität, sondern um die Beurteilung des konkreten Einzelfalls. Dieser konkrete Einzelfall wurde vorliegend eingehend abgeklärt und durch Dr. Z.____ konkret und nachvollziehbar begründet beurteilt. Daran vermögen die Hinweise auf Fachartikel und Wikipedia des Beschwerdeführers nichts zu ändern, zumal es der Verwaltung und dem Gericht verwehrt ist, aufgrund von allgemein zugängli chen, populärmedizinischen Abhandlungen oder auch aufgrund eigener Erfahrungen von begründeten ärztlichen Schlussfolgerungen abzuweichen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_837/2008 E. 8.2 sowie 8C_682/2010 E. 3.2). 4.5

Zusammenfassend wurde die vorliegend entscheidende Frage nach dem überwiegend wahrscheinli chen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall von Februar 2014 und der festgestellten Ischämie vom Neurologen Dr. Z.____

klar beantwortet: Er führte aus, dass die Hirnblutung nicht mit dem erforderli chen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in einem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 26. Februar 2014 steht.

Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht im angefochtenen Entscheid somit zu Recht verneint, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt David Husmann - Dr. Beat Frischkopf - 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, Schwellenstrasse 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder der 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 Mosmann Schüpbach

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