

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00253 vom 3. Dezember 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-12-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2017.00253](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00253)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00253 du 3 décembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00253 del 3 dicembre 2018

## **Erwägungen**

### **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). Dem entsprechend 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 4. Juni 2016 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

### **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 weg gedacht 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 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**

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/aa). Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hier bei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11.

März 2014 E.

2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des S tatus quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der S tatus quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfa llversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art.

#### **E. 6**

, vgl. auch Polizeirapport vom 1. Juli 2016, Urk. 8/34 ) und war in der Folge vom 4. bis 8. Juni 2016 im Stadtpital B.\_\_\_\_ hospitalisiert, wobei die Ärzte insbesondere eine Kontusion lumbal sowie ein chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom rechts diagnostizierten (Urk. 8/26/2). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Urk. 8/18).

#### **E. 10**

UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/20

#### **E. 13**

vom 11. März 2014 E. 2.3.2). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete in ihrem Entscheid vom 4. Oktober 2017 (Urk. 2) die Einstellung der Leistungen per 31. Dezember

2016 insbesondere ge stützt auf den Bericht des Kreisarztes vom 3. April 2017 und führte dabei aus, es bestehe kein Anlass, die umfassend und schlüssig begründete Einschätzung des erfahrenen Versicherungsmediziners in Frage zu stellen. Medizinische Berichte, welche dieser Beurteilung widersprechen würden, lägen nicht vor. Die kreisärztliche Beurteilung stehe auch im Einklang mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur unfallbedingt lediglich en Aktivierung einer degenerativ bereits vorbestehenden Diskush erni e. Demnach könne das Erreichen des Status quo sine bei einer posttraumatischen Lumbalgie, wie sie von Dr. C.\_\_\_\_ diagnostiziert worden sei, nach drei bis vier Monaten erwartet werden. Eine traumatische Verschlimmerung des beim Beschwerdeführer klar ausgewiesenen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule habe demgegenüber ausgeschlossen werden können (S. 11 lit . b ). Soweit der Beschwerdeführer psychische Beschwerden als Folge des Un fallereignisses geltend mache, sei festzuhalten, dass in keinem der vorliegenden Arztberichte eine psychiatrische Diagnose gestellt und dem Beschwerdeführer zu keiner Zeit eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bescheinigt worden sei. Weitere Überlegungen und Abklärungen würden sich folglich erübrigen (S. 11 lit . c ). Mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit sei damit erstellt, dass das Unfallereignis vom 4. Juni 2016 nicht mehr Ursache des Gesundheitsschadens, wie er sich spätestens sechs Monate danach präsentiert habe, dar stelle, und der Status quo sine vel ante sei zu diesem Zeitpunkt erreicht gewesen. Die danach noch bestehenden Beschwerden seien nicht mehr unfall-, sondern ausschliesslich noch krankheitsbedingt (S. 11 Ziff. 4). 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, es sei nicht zutreffend , dass betreffend die psychischen Beschwerden keine Diagnose gestellt worden sei. Im Bericht der D.\_\_\_\_ sei festgehalten worden, dass er deprimiert wirke, und im Bericht der Klinik E.\_\_\_\_ stehe, dass Anzeichen für Depressionen bestünden. Er sei nie zu seinem psychischen Befinden befragt worden. Erst im August 2017 habe er eine Psychiaterin aufgesucht, mit der er sich ver ständigen könne (Urk. 1 S. 5 Rz 15). Diese habe ein posttraumatisches Belastungssyndrom diagnostiziert, welches in Anbetracht des Verlustes der Arbeits stelle eine

relativ hohe Tendenz zur Chronifizierung habe (S. 6 Rz 16). Die Beschwerdegegnerin habe ihre Abklärungspflicht verletzt. Es sei offensichtlich, dass bei einem so schweren Autounfall die psychischen Traumafolgen in die Beurteilung miteinbezogen werden müssten (S. 6 Rz 17). Es sei nicht von der Hand zu weisen, dass er zum Zeitpunkt des Unfalles einen Vorzustand am Rücken aufgewiesen habe, dennoch habe er eine Arbeitsstelle gehabt (S. 6 Rz 18). Der Autounfall habe sein Leben vollständig verändert, auch die psychische Situation. Seit dem Unfall könne er sich keine Arbeitsstelle mehr vorstellen (S. 6 Rz 19). Bei dieser Ausgangslage habe die Beschwerdegegnerin die Leistungen zu früh eingestellt, der Status quo ante vel sine sei bei Leistungseinstellung noch nicht erreicht gewesen (S. 6 Rz 20). 2.3

Strittig und zu prüfen ist demnach, ob die Suva aus dem Ereignis vom 4. Juni

2016 auch über den 31. Dezember 2016 hinaus eine Leistungspflicht trifft. 3. 3.1

Vom 4. bis 8. Juni 2016 war der Beschwerdeführer im Stadtspital B.\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 8. Juni 2016 (Urk. 8/26/2-3) nannten die Ärzte folgende Diagnosen (S. 1): - Kontusion lumbal am 4. Juni 2016 - Hypästhesie und Kribbelparästhesien der proximalen und distalen unteren Extremität rechts - chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom rechts bei - Diskushernie L4/5 rechts - Status nach mikrochirurgischer Fensterung L4/5 rechts 2014 F.\_\_\_\_ , Sequesternukleotomie 2/2013

Der Beschwerdeführer sei am Fussgängerüberweg von einem Auto erfasst worden und auf dessen Motorhaube gelandet. Es hätten keine Bewusstlosigkeit, keine Amnesie und keine Anzeichen einer Commotio bestanden. Der Beschwerdeführer klagte über diffuse Rückenschmerzen sowie Schmerzen im rechten Bein mit Kribbelparästhesien. In der Ganzkörper-Computertomographie hätten sich keine Traumafolgen gezeigt. Der Beschwerdeführer beklage seit dem Unfall in das rechte Bein ziehende Schmerzen, begleitet von einer Hypästhesie und Parästhesie. Diese seien als ein lumboradikuläres Schmerzsyndrom mit diffuser Hypästhesie gewertet worden. Auch in der MRI - Untersuchung der Lendenwirbelsäule (LWS) habe kein Korrelat der vom Beschwerdeführer beschriebenen Hypästhesien gefunden werden können. Die Mobilisation mit der Physiotherapie habe sich problemlos gestaltet. Der Beschwerdeführer habe ohne Hilfe gehen und Treppen steigen können und sei in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden (S. 1).

Gemäss Bericht vom 6. Juni 2016 konnten mittels MRI der LWS weder posttraumatische Veränderungen noch frische ossäre Läsionen festgestellt werden (Urk. 8/26/7). 3.2

Dr. G.\_\_\_\_ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie für Chirurgie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 23. Juli

2016 nach der Erstbehandlung am 16. Juni

2016 (Urk. 8/23 Ziff. 1) eine Prellung der Wirbelsäule (Ziff. 5) und hielt fest, der reduziert und deprimiert wirkende Beschwerdeführer sei schmerzbedingt erheblich in der Motorik eingeschränkt (Ziff. 4). Vom

16. Juni bis 30. Juli 2016 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 8). 3. 3

In ihrem Bericht vom 29. September

2016 (Urk. 8/59/1-2) nannte Dr. C.\_\_\_\_ , Provisorische Wirbelsäulenmedizin, folgende Diagnosen (S. 1): - exazerbierte unspezifische Lumbalgie rechtsbetont mit/bei - Status nach

Unfall am 7. Juni 2016 (richtig: 4. Juni 2016) - Status nach Diskushernien-Operation L4/5 links, Klinik F.\_\_\_\_ 2013 - Status nach Diskushernien-Operation L5/S1, 2007 - muskuläre Dysbalance

Dr. C.\_\_\_\_ empfahl eine aktive, segmental stabilisierende Physiotherapie und keine ausschliesslich passive Massnahmen. Auf den Gehstock solle der Beschwerdeführer verzichten, da es keinen Grund gebe, zu entlasten und die muskuläre Dysbalance damit nur unterstützt werde (S. 2). 3.4

In seinem Bericht vom 30. August 2016 (Urk. 8/33) nannte Dr. H.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie und Interventionelle Schmerztherapie, folgende Diagnosen (S. 2): - Verdacht auf lumbosakrales

radikuläres Reizsyndrom rechts - z um Ausschluss: spondylogene Schmerzeteiligung, DD: ISG-Reiz - Status nach Diskushernien-Operation L5/S1 links 2007 - Status nach Fensterung L4/5 rechts mit Sequesternukleotomie 2013

Dr. H.\_\_\_\_ besprach mit dem Beschwerdeführer die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten, machte jedoch keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit (S. 2). 3. 5

Dr. I.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt der Beschwerdeführerin, führte am 13. Oktober 2016 aus, die geltend gemachten Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 4. Juni 2016 zurückzuführen (Urk. 8/40 Ziff. 1). Der Beschwerdeführer habe sich beim Unfall eine Kontusion ohne richtungsgebende Verschlimmerung, aber bei Vorzustand, zugezogen. Solche Kontusionen seien nach allgemeiner Lehrauffassung und gültiger Rechtsprechung nach sechs, spätestens aber nach zwölf Monaten abgeheilt. Dann spiele das Unfallereignis im weiteren Verlauf keine Rolle mehr (Ziff. 2). 3.6

In seiner Beurteilung vom 3. April 2017 (Urk. 8/61) führte der Kreisarzt Dr. I.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer habe am 4. Juni 2016 einen Unfall erlitten und bestätigt, dass er dabei im Bereich der rechten Hüfte angefahren worden sei. Ein direktes Anpralltrauma an den Rücken habe nicht stattgefunden. Beim Beschwerdeführer bestehe zudem ein Status nach Rückenoperationen (S. 3). Der Befund des am Unfalltag durchgeführten CT zeige, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Frakturen oder Verletzungen im Bereich der Wirbelsäule vorgelegen hätten (S. 3 f.). In einem weiteren, zwei Tage nach dem Unfall durchgeführten MRI habe sich kein Nachweis posttraumatischer Veränderungen an der LWS gezeigt und es hätten keine frischen ossären Läsionen vorgelegen. Festgestellt worden sei eine leichte mediane Protrusion der Bandscheibe an L3 oder 4 ohne zentrale rezessale oder neuroforaminale Spinalkanaleinengungen. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit könne davon ausgegangen werden, dass durch das Unfallereignis keine somatischen Veränderungen generiert worden seien. Bezüglich der neurologischen Beschwerden finde sich in den Akten ein Bericht der Wirbelsäulenmedizin Prodrorso, wobei expressis verbis formuliert werde, dass sich kein Anhalt für eine spinale Impulsleitungsstörung finde und sich kein neurologisches Substrat für eine erneute Radikulopathie infolge des Unfalls ergebe (S. 4).

Als Gesundheitsschaden bestehe beim Beschwerdeführer vorbestehend ein Status nach Diskushernienoperation L4/L5 links 2014 und 2013 sowie eine r

Diskushernienoperation L5/S1 in Basel 2007. Ferner bestehe eine muskuläre Dysbalance. Unter Zusammenschau der genannten Faktoren habe der Unfall vom 4. Juni 2016 mit

überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung des vorbestehenden Zustandes geführt. Speziell eine Verschlimmerung im Bereich der Wirbelsäule könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine Prellung im Sinne einer vorübergehenden Unfallfolge zurückzuführen. Diese Unfallfolgen seien nach allge meiner Lehrauffassung und nach Rechtsprechung bei nicht nachweisbaren richtungsgebenden Veränderungen nach spätestens sechs Monaten als abgeheilt zu betrachten. Das Unfallereignis spiele dann im weiteren Verlauf keine Rolle mehr (S. 4). 3.7

In einem am 3. Februar 2017 übermittelten Bericht nannte Dr. G.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (Urk. 3/10 Ziff. 8): - Status nach Diskushernien-Operation L4/L5 2013 - Status nach Diskushernien-Operation L5/S1 2007 - muskuläre Dysbalance

Der Beschwerdeführer klagt über chronische, rechtsbetonte Rückenschmerzen (Ziff. 3.2). Er wirke leicht deprimiert und besorgt (Ziff. 4.1). Die Motorik der LWS sei leicht eingeschränkt mit chronischem Schmerzsyndrom lumbal. Unter Physiotherapie sei der Verlauf insgesamt positiv mit Rückgang der Schmerzen und Verbesserung der Motorik (Ziff. 8). Die letzte Tätigkeit als Bauarbeiter sei höchstens noch im Umfang von 25 % zumutbar (Ziff. 11.4). Es bestehe eine vollständige Invalidität (Ziff. 11.7). Für eine wechselbelastende Tätigkeit ohne schweres Heben und Tragen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 30 % (Ziff. 11.5-6). 3.8

Dr. J.\_\_\_\_, Praktische Ärztin, führte am 20. Oktober 2017 aus, sie führe seit September 2017 wöchentlich eine Gesprächstherapie mit dem Beschwerdeführer durch. Dieser habe bereits vor dem Unfall an Beschwerden der LWS gelitten, aber seinen Beruf auf dem Bau problemlos ausüben können. Der Autounfall habe sein Leben total verändert. Gemäss den Ärzten dürfe er nicht mehr als zehn Kilogramm heben, weshalb er weder auf seinem Beruf noch in der Reinigung arbeiten könne. Danach habe sich eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickelt. In Anbetracht des Verlustes seines Berufes und seiner Existenz sei die Tendenz zur Chronifizierung relativ hoch. Eine Umschulung sei nicht möglich und eine Arbeit in einer angepassten Tätigkeit eine Illusion (Urk. 3/12). 4.4.1

Was zunächst die somatischen Beschwerden betrifft, stützte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungseinstellung per 31. Dezember 2016 insbesondere auf die ärztliche Beurteilung durch den Kreisarzt Dr. I.\_\_\_\_ (E. 3.6), welcher eine traumatische Verschlimmerung des klar ausgewiesenen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule habe ausschliessen können (E. 2.1).

Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung umfasst die Leistungspflicht des Unfallversicherers auch die Beeinträchtigung durch Beschwerden, welche aus einer unfallbedingten (vorübergehenden oder richtungsgebenden) Verschlimmerung einer vorbestehenden Diskushernie herrühren. Ist die Diskushernie allerdings bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach der zeitigem medizinischem Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtungsgebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der

alters üblichen Progression abheben muss; 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C\_571/2015 vom 14. Oktober

2015, E. 2.2.3 mit weiteren Hinweisen). Es handelt sich dabei um einen unfall medizinisch allgemein anerkannten Verlauf vorbestehender Wirbelsäulenerkrankungen nach einem Unfallereignis ohne strukturelle Verletzungen der Wirbelsäule (Urteil des Bundesgerichts 8C\_217/2013 vom 4. September 2013, E. 3.4 mit weiteren Hinweisen).

Um von diesen allgemeinen medizinischen Erfahrungstatsachen respektive von der geltenden Rechtsprechung des Bundesgerichtes abzuweichen, besteht vorliegend entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (E. 2.2) kein Anlass, sind doch aufgrund der medizinischen Aktenlage, wie dies Kreisarzt Dr. I. \_\_\_ in seiner ärztlichen Beurteilung vom 3. April 2017 (E. 3.6) nachvollziehbar und überzeugend begründet ausführte, weder Frakturen oder Verletzungen im Bereich der Wirbelsäule noch posttraumatische Veränderungen an der LWS oder frische ossäre Läsionen nachgewiesen (vgl. auch E. 3.1). Die erstbehandelnden Ärzte des Stadtspitals B. \_\_\_ diagnostizierten nach den bildgebenden Abklärungen denn auch lediglich eine Kontusion lumbal sowie ein chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom rechts (E. 3.1). Anhaltspunkte dafür, dass - entgegen der allgemeinen medizinischen Erfahrungstatsache - die durch den Unfall vom 4. Juni

2016 verursachte Rückenprellung eine über Ende Dezember 2016 hinaus andauernde Schädigung verursacht hätte, liegen nicht vor. Mit dem Kreisarzt Dr. I. \_\_\_ ist demnach davon auszugehen, dass sechs Monate nach dem Unfall der status quo sine der durch den Unfall ausgelösten Rückenbeschwerden erreicht war und die über den 31. Dezember 2016 hinaus persistierenden Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 4. Juni 2016 stehen.

Bezüglich der somatischen Beschwerden trifft die Beschwerdegegnerin demnach keine über den 31. Dezember 2016 hinausgehende Leistungspflicht. 5. 5.1

Es bleibt damit die Prüfung der geltend gemachten psychischen Beschwerden.

Diesbezüglich beanstandete der Beschwerdeführer den Fallabschluss per Ende Dezember 2016 als verfrüht (vgl. E. 2.2). Ein Fallabschluss ist dann vorzunehmen, wenn von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden kann. In diesem Zeitpunkt ist der Fall somit unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen. Die verunfallte Person hat Anspruch auf Heilbehandlung, solange von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (vgl. Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteile des Bundesgerichts 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014, E. 3, und 8C\_888/2013 vom 2. Mai 2014, E. 4.1). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes zu verstehen ist, um schreibt das Gesetz nicht näher. Nach der Rechtsprechung ist der Begriff der namhaften Besserung namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, aus zulegen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes namhaft durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss und dass unbedeutende Verbesserungen nicht genügen (BGE 134 V 109, E. 4.3). Der Fallabschluss und die Prüfung der Adäquanz setzen sodann lediglich

voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine erhebliche Verbesserung mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteile des Bundesgerichts 8C\_729/2012 vom 4. April 2013, E. 5.2, und 8C\_727/2012 vom 21. Dezember 2012, E. 3.2.2). 5.2

Die Beschwerdegegnerin stellte ihre Leistungen per Ende Dezember 2016, mithin gut ein halbes Jahr nach dem Unfall, ein. In diesem Zeitpunkt war der Beschwerdeführer zwar nach wie vor arbeitsunfähig, dies jedoch aufgrund der Rückenbeschwerden, nicht aber aufgrund einer fachärztlich diagnostizierten psychiatrischen Erkrankung. Vielmehr hatte der Beschwerdeführer bis zu diesem Zeitpunkt keine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung aufgenommen. Die Hausärztin Dr. G.\_\_\_\_ hielt in ihrem Bericht vom 23. Juli 2016 zwar fest, der Beschwerdeführer wirke reduziert und deprimiert, empfahl aber keine psychiatrische Abklärung oder Behandlung (E. 3.2). Diese Ausführungen sind entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht mit einer psychiatrischen Diagnose gleichzusetzen.

Weitere Hinweise auf eine psychiatrische Erkrankung finden sich in den Akten nicht. Erst mit der Beschwerde reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. J.\_\_\_\_ ein, bei welcher er seit September 2017 eine Gesprächstherapie besucht, welche jedoch gemäss dem Medizinalberuferegister ([www.medregom.ch](http://www.medregom.ch)) über keine psychiatrische Fachausbildung verfügt. Hinzuweisen ist im Weiteren auf das Protokoll des im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren geführten Standortgesprächs vom 4. November 2016 (Urk. 3/7). Dabei gab der Beschwerdeführer die medizinische Situation betreffend an, er leide unter starken, in jeder Position bestehenden Rückenschmerzen, Schmerzen und Kribbeln im rechten Bein sowie Kopfschmerzen (S. 3 Ziff. 5), klagte jedoch nicht über psychiatrische Beschwerden. Auch aus dem restlichen Protokoll ergeben sich keine Hinweise auf eine psychiatrische Erkrankung. Insgesamt ist der von der Beschwerdegegnerin per Ende Dezember 2016 verfügte Fallabschluss nicht zu beanstanden. 5.3

In Anbetracht dieser Ausführungen ist zweifelhaft, ob eine natürliche Kausalität zwischen dem Unfall vom 4. Juni 2016 und den geltend gemachten psychischen Beschwerden vorliegt, zumal die blossige Möglichkeit eines Zusammenhangs präzisgemäss nicht genügt, um einen Leistungsanspruch zu begründen (vgl. E. 1.3). Mit Blick auf die nachfolgenden - der Vollständigkeit halber vorgenommenen - Ausführungen zur Adäquanz kann diese Frage jedoch grundsätzlich offenbleiben (vgl. BGE 135 V 465 E. 5.1).

Das Ereignis vom 4. Juni 2016 ist zunächst nach seiner Schwere zu qualifizieren, wobei diese nach dem augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften bestimmt. Zwar ist unbekannt, mit welcher Geschwindigkeit die Unfallverursacherin in den Beschwerdeführer prallte. Allerdings wurde der Beschwerdeführer als Fussgänger von einem Auto erfasst und auf die Motorhaube gehoben, was einen fünftägigen Spitalaufenthalt notwendig machte (vgl. vorstehend E. 3.1). Angesichts dieser Umstände ist von einem mittelschweren Unfall im engeren Sinn auszugehen, was zur Folge hat, dass zur Bejahung der Adäquanz drei der massgeblichen Kriterien erfüllt sein müssen oder eines in ausgeprägter Weise erfüllt sein muss. Letzteres ist gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung aber nur mit grösster Zurückhaltung anzunehmen (Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage, Zürich 2012, S. 63). Zu den massgebenden Kriterien im Detail wird auf BGE 134 V 109 E. 10.3, BGE 117 V 359 E. 5d/ bb und BGE 115 V 133 E. 6c/ aa verwiesen.

Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens der versicherten Person. Zu beachten ist dabei, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für die Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Es wird nur das Unfallgeschehen an sich, nicht die dabei erlittene Verletzung betrachtet. Der Unfall ereignete sich an einer Kreuzung, an welcher der Beschwerdeführer von einem nach dem Rotlicht eben erst angefahrenen Auto erfasst wurde. Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit können darin nicht gesehen werden.

Auch wenn der Beschwerdeführer nach dem Unfall fünf Tage im Spital verbracht, kann angesichts der diagnostizierten Rückenprellung nicht von schweren oder besonderen Verletzungen gesprochen werden.

Was das Kriterium der «fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung» betrifft, wurde der Beschwerdeführer medikamentös behandelt und besuchte physiotherapeutische Sitzungen (E. 3.1, vgl. Urk. 8/26/3), wobei erlässlich des Standortgesprächs vom 4. November 2016 ausführte, er besuche aktuell keine Therapie (Urk. 3/7 S. 4 oben). Bezüglich der geltend gemachten psychischen Beschwerden begann der Beschwerdeführer erst im September 2017, mithin mehr als ein Jahr nach dem Unfall, eine Gesprächstherapie bei einer Ärztin ohne psychiatrische Fachausbildung (E. 3.8). Insgesamt kann dies nicht als fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung qualifiziert werden.

Aus den Akten ergeben sich sodann keine Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung oder erhebliche Komplikationen.

Nach dem Gesagten sind mindestens fünf der insgesamt sieben massgeblichen Adäquanzkriterien nicht erfüllt, weshalb es an einem adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 4. Juni 2016 und den aktuell noch geklagten psychischen Beschwerden fehlt. Von einer Prüfung der weiteren Kriterien kann abgesehen werden, zumal auch der Beschwerdeführer nicht behauptet, dass zumindest eines dieser Kriterien in ausgeprägter Weise erfüllt sei (vgl. Urk. 1). 5.4

Insgesamt ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per Ende Dezember 2016 eingestellt hat. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 4. Oktober 2017 erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - MLaw Peter Egli - Rechtsanwalt Christian Leupi - 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, zuzu stellen.

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 Kübler-Zillig

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