

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00054 vom 5. März 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00054

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00054 du 5 mars 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00054 del 5 marzo 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1952, war seit April 1990 bei der Y.____ AG als Gartenarbeiter angestellt und damit bei der Suva versichert, als er sich am 2. März 2015 bei m Abbau einer dreiteiligen Leiter eine Kopfverletzung zuzog (Urk. 8/1).

Nach getätigten Abklärungen stellte die Suva die bis dahin erbrachten Leistungen mit Verfügung vom 1 2. Juni 2017 per

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 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung 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 2. März 2015 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

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

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 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). 1.3

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, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst 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. 1.4

Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht hinreichend nachweisbaren Unfallfolgeschäden ist wie folgt zu differenzieren (BGE 127 V 102 E. 5b/ bb): Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS), eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädelhirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 (sogenannte Psycho-Praxis) zur Anwendung. Ergibt die Abklärung indessen, dass die versicherte Person eine der oben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (vgl. BGE 119 V 335 E. 1, 117 V 359 E. 4b) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. In diesen Fällen ist die Beurteilung praxisgemäss ebenfalls unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall vorzunehmen (BGE 127 V 102 E. 5b/ bb, 123 V 98 E. 2a); andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 entwickelten und in BGE 134 V 109 präzisierten Regeln (sogenannte Schleudertrauma-Praxis). Ergibt sich, dass es an der Adäquanz fehlt, erübrigen sich auch Weiterungen zur natürlichen Kausalität (vgl. SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67; Urteil des Bundesgerichts 8C_70/2009 vom 31. Juli 2009 E. 3).

E. 1.5

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). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auf fallend 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).

E. 1.6

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen

Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). 2.

2.1

Die Beschwerdeführerin ging im angefochtenen Entscheid davon aus (Urk. 2), dass bei dem Beschwerdeführer eine dokumentiert gut geheilte äussere Verletzung der Kopfhaut rechts fronto-parietal vorliege, überwiegend wahrscheinlich mit einem kleinen hypästhetischen Hautareal im genähten Wundbereich nach Kopf anprall eines spitzen Gegenstandes ohne Nachweis einer strukturellen Verletzung des Gehirns oder hirneigener Anteile. Anhaltende Kopfschmerzen oder kognitive Defizite über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten hinaus seien daher ohne ein geeignetes organisches Korrelat nicht mit dem notwendigen Beweisgrad neurologisch-versicherungsmedizinisch begründbar. Die über den 30.

Juni 2017 vorhandenen Befunde würden weder eine Behandlungsbedürftigkeit noch eine Arbeitsunfähigkeit begründen (S. 5). Von der Skalpierungsverletzung gleich auf einen schweren Unfall zu schliessen sei falsch und mit der Rechtsprechung nicht begründbar. Der hier zu beurteilende Unfall sei unter Berücksichtigung der Akten im Lichte der in der Rechtsprechung dar gelegten Präjudizien den mittel schweren Unfällen im engeren Sinn zuzuordnen. Da keines der massgebenden Kriterien besonders ausgeprägt vorliege und die Kriterien auch nicht in gehäufte Weise gegeben seien, sei die Einstellung der Versicherungsleistungen zu Recht erfolgt (S. 6 unten).

In der Beschwerdeantwort nahm sie Stellung zu den geltend gemachten formellen Mängeln des Einspracheentscheides (Urk.

E. 3

0. Juni 2017 ein und verneinte einen Rentenanspruch und einen solchen auf Integritätsentschädigung (Urk. 8/74). Die vom zuständigen Krankenversicherer erhobene Einsprache (Urk. 8/75) wurde am 22. Juni 2017 wieder zurückgezogen (Urk. 8/80). Die vom Versicherten am 11.

Juli 2017 erhobene Einsprache (Urk. 8/82) wies die Suva am 17. Januar 2018 ab (Urk. 8/98 = Urk. 2). 2.

Der Versicherte erhob am 19. Februar 2018 Beschwerde (Urk. 1) gegen den Einspracheentscheid vom 17. Januar 2018 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben (S. 2 Ziff. 1) und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zu gewähren (S.

2 Ziff. 2). Es seien die vollständigen Verfahrensakten beizuziehen (S. 2 Ziff. 3).

Mit Beschwerdeantwort vom 4. April 2018 (Urk.

E. 3.1

4

Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, PD Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, Suva Versicherungsmedizin, nahmen am 8. Januar 2018 eine neurologische Beurteilung

vor (Urk. 8/90) und führten aus, in der ereignisnahen Erstdokumentation seien weder Kopfschmerzen noch neurologische Zusatzsymptome wie Verwirrtheit, Gedächtnisstörungen oder Schwindel dokumentiert. Formal gesehen sei erstmals am 14. April 2015 in der ambulanten Nachkontrolle und somit ausserhalb des gemäss internationaler Kopfschmerzklassifikation definierten diagnostischen Zeitfensters von maximal 7 Tagen nach Ereignis für posttraumatische akute beziehungsweise später chronische Kopfschmerzen Angaben des Beschwerdeführers dokumentiert (S.

2

f.).

Anhaltende Kopfschmerzen oder kognitive Defizite über einen Zeitraum von 6-12 Monaten hinaus seien ohne ein geeignetes organisches Korrelat nicht mit dem notwendigen Beweisgrad neurologisch-versicherungsmedizinisch begründbar (S. 3). Bezüglich der Schulterverletzung führten sie aus, dass diese nicht ins neurologische Fachgebiet gehöre, aus versicherungsmedizinischer Sicht jedoch in keiner der unfallnahen Dokumentationen bei rechtsseitiger Kopfverletzung überhaupt eine linksseitige Schulterverletzung dokumentiert worden sei dies bei unauffälligen Extremitäten befunden (S. 4). 4. 4.1

Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden kein unfallbedingtes organisches Substrat im Sinne einer bildgebend oder sonst klar nachweisbaren strukturellen Veränderung zugrunde liegt. So erlitt der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 2. März 2015 eine Rissquetschwunde mit Skalpierungsverletzung rechts parietal. Er war zu jedem Zeitpunkt wach und orientiert, es erfolgte kein Bewusstseinsverlust und es lag keine posttraumatische Amnesie vor (vgl. vorstehend E. 3.1). Die Bildgebung mittels CT und HWS-Röntgen zeigte lediglich eine äussere Schwellung der schädelumgebenden Weichteile aufgrund der Skalpierungsverletzung, jedoch keine Fraktur und keine Hirnverletzung (vgl. vorstehend E. 3.1; Urk. 8/11). Auch die im weiteren Behandlungsverlauf erfolgten bildgebenden Abklärungen zeigten nie strukturelle Läsionen im Hirn- oder Wirbelsäulenbereich (vgl. vorstehend E.

3. 2, E. 3.7;

Urk. 8/11). Auch die neurologische Beurteilung

ergab nichts Auffälliges (vgl. vorstehend E. 3. 3, E. 3.

E. 3.2

Die Ärzte des Z.____ berichteten mit Ambulatoriumsbericht vom 14. April 2015 (Urk. 8/6) über die geplante Verlaufskontrolle und führten aus, der Beschwerdeführer

klage über seit dem Unfall aufgetretene holocephale Kopfschmerzen stechenden Charakters. Dies gehe einher mit Schwindel und Übelkeit. Das CT des Schädels vom 14. April 2015

(vgl. Urk. 8/11) zeige im Vergleich mit der Voruntersuchung vom 2. März 2015 keine Hinweise auf neue Blutungen. Es bestünden

stationäre regelrechte innere und äussere Liquorräume sowie ein unbekannter Status nach Schussverletzung.

In der heutigen Sprechstunde zeigten sich keine Hinweise auf intrakranielle Blutungen oder Frakturen, die mit dem Unfall einhergehen würden. Auch in der neurologischen

Untersuchung liessen sich keine neuen Defizite objektivieren. Zur weiteren Abklärung der Beschwerden (Kopfschmerzen, Übelkeit) werde um ein Aufgebot in der Kopfschmerzsprechstunde gebeten.

Aus neu rochirurgischer Sicht seien bei weiterhin klinisch stabiler Situation keine routinemässigen Verlaufskontrollen mehr geplant.

E. 3.3

Die Ärzte des Z.____, Klinik für Neurologie, berichteten am 22. Mai 2015 (Urk. 8/12) und nannten folgende Diagnosen: - akuter posttraumatischer Kopfschmerz bei leichter Kopfverletzung - unspezifischer Schwankschwindel seit März 2015

Sie führten aus, als Therapie werde eine Schwindelphysiotherapie, Rehabilitation sowie Magnesium empfohlen (S. 1).

Aktuell seien der Kopfpulstest und Lageungsproben un auffällig. Trotzdem werde der Beschwerdeführer noch einmal ambulant zu einer vestibulären Testung aufgeboten. Sollte dort kein Anhalt für eine strukturell-vestibuläre Ursache des Schwindels gefunden werden, so sollte eine rasche Mobilisierung mit vestibulärer Physiotherapie, gegebenenfalls Rehabilitation und eine schnellstmögliche Rückkehr an den Arbeitsplatz erfolgen, um einer Chronifizierung der Beschwerden vorzubeugen (S. 3).

E. 3.4

Die Ärzte der Rehaklinik A.____

erstatteten am

1. Oktober 2015 (Urk. 8/23) einen neurologischen Bericht über die Spezialsprechstunde « leichte traumatische Hirnverletzung (Spät-Assessment) », betreffend die Untersuchung vom 26. August 2015 und nannten folgende Diagnosen (S. 1) : - Unfall vom 2. März 2015: Skalpierverletzung Kopfhaut zentral mit akutem posttraumatischem Kopfschmerz bei leichter Kopfverletzung und mit unspezifischem Schwankschwindel - Zustand nach Schussverletzung linkes Auge 1986

Der Beschwerdeführer gebe an, bislang keine Physiotherapie oder Ergotherapie besucht zu haben wegen der Vergesslichkeit. Der Zettel sei in der Hosentasche verschwunden und er habe vergessen, dass er eine Therapie absolvieren sollte (S.

2 und 3). Hinsichtlich der peripher-vestibulären Funktion habe sich im Video-Kopfpulstest eine normale Bogengangsfunktion bei einer Otholithen-Dysfunktion gezeigt. Insgesamt müsse aufgrund der aktuellen anamnestischen und apparativen diagnostischen Angaben weiterhin von einem posttraumatischen Schwindel ausgegangen werden, wobei dies er sich im Verlauf deutlich gebessert habe und aktuell nicht im Vordergrund stehe. Bezüglich der Kopfschmerzen werde eine einschleichende, schmerzdistanzierende Therapie empfohlen. Der psychopathologische Status sei insgesamt unauffällig (S. 3). Ätiologisch seien die gezeigten kognitiven Minderleistungen unspezifisch. Von einem hirnorganischen Korrelat sei nicht auszugehen. Rein neurologisch seien keine weiteren Massnahmen nötig (S. 4). Aufgrund der fehlenden strukturellen Verletzung des Gehirns im Rahmen des Unfallhergangs (im CT vom 2. März 2015 habe sich eine galeale Scherverletzung rechts gezeigt) werde eine ergänzende psychiatrische Abklärung empfohlen (S. 5).

E. 3.5

Die Ärzte des Z.____

b ericht eten

am

8. März 2016 (Urk. 8/39) über die Kopfweh sprechstunde und führte n aus, es erfolge eine Verlaufskontrolle bei Beschwerde persistenz. Aufgrund unzureichender Analgesie werde die Dosis von Lyrica erhöht und der Beschwerdeführer werde zum MRI des Schädels aufgeboten (S. 4).

E. 3.6

Die Ärzte des Z.____

b ericht eten am 26. September 2016 (Urk. 8/53) über die Sprechstunde für allgemeine Neurologie und führten aus, es sei eine Zuweisung durch den Hausarzt bei unverändert bestehenden posttraumatischem Kopfschmerz erfolgt. Der Beschwerdeführer vermute eine strukturelle Schädigung innerhalb des Schädels und frage nach einem MRI. Aufgrund der Metallsplitter sei dies nicht möglich. Es werde ein Schädel CT angemeldet (S. 4).

E. 3.7

Am 30. September 2016 erfolgte ein CT des

Neurocraniums inklusive Schädelkalotte

(Urk. 8/56). Bei Status nach Scherverletzung rechts seien aktuell nur noch leichtgradige narbige Veränderungen nachweisbar. Es zeigten sich eine stationäre Darstellung der Metallsplitter bei Status nach Schussverletzung, ein

stationäres verkalktes Meningeom frontal links sowie stationär Teilverlegte Mastoidzellen basal beidseits. Ansonsten bestehe ein stationärer Befund, insbesondere weiterhin eine regelrechte Darstellung des Hirnparenchyms ohne Nachweis von Traumafolgen oder weiterer Raumforderungen.

E. 3.8

Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtet

am

8. Oktober 2016 (Urk. 8/54/1) und führte aus, es sei leider zu keiner wesentlichen Besserung der Beschwerden gekommen. Die Prognose sei wahrscheinlich ungünstig. Der Endpunkt sei bereits erreicht. Eine weitere Verbesserung sei nicht mehr zu erwarten. In aktuellem Zustand sei eine Beschäftigung als Gärtner nicht mehr zumutbar.

E. 3.9

Kreisärztin Dr. med. C.____ nahm am 1. November 2016 Stellung (Urk. 8/58) und empfahl eine Besprechung mit dem

Konsiliarpsychiater sowie die Vorlage des Dossiers bei einem Neurologen.

E. 3.10

Med.

pract.

D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

Konsiliar psychiater der Suva, berichtet

am 18. Januar 2017 (Urk. 8/68) über die psychiatrische Untersuchung vom 17. Januar 2017 und nannte folgende Diagnosen (S. 7): - affektiver Hyperarousal - Stimmungsschwankungen und Ängste, am ehesten im Rahmen einer protrahiert verlaufenden, wahrscheinlich auch chronifizierten Anpassungsstörung (ICD-10 F 43.21). - deutliche Hinweise auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Er führte aus, während der Exploration liessen sich unmittelbar keine psychopathologischen Befunde erheben, die ohne weiteres eine psychische Störung von Krankheitswert begründen lassen würden (S. 7). Die Indikation zu einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Unterstützung und Begleitung wäre grundsätzlich gegeben. Allerdings dürfe auch bei adäquater psychotherapeutischer Behandlung nicht mehr eine namhafte Besserung in Bezug auf das Wiedererlangen einer wirtschaftlich verwertbaren Arbeitsfähigkeit erwartet werden. Auch nicht in Bezug auf eine angepasste Tätigkeit. Insofern könne unfallkausal ein stabiler psychischer Gesundheitsschaden angenommen werden (S. 8).

E. 3.11

Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, Suva Versicherungsmedizin, nahm am 15. Mai 2017 eine neurologische Beurteilung vor

(Urk. 8/72) und führte aus, die bildgebenden Untersuchungen hätten abgesehen von der galealen Verletzung, also der weichteil- und bindegewebigen Strukturen ausserhalb des knöchernen Schädels, keine posttraumatischen Läsionen gezeigt, welche sich in den Folge-CCT bestätigt hätten. In der Folge habe sich doch ein recht protrahierter Verlauf entwickelt, und zwar insbesondere wegen unspezifischer und zunächst diffuser Beschwerden.

Im Vordergrund seien die Kopfschmerzen gestanden. Der weitere Verlauf sei als ungünstig zu bezeichnen. So gebe der Beschwerdeführer trotz medikamentöser Behandlungsversuchen (welche nie mit einem Serumspiegel kontrolliert worden seien) weiterhin intensive Kopfschmerzen an (S. 5). Schlussendlich müsse festgestellt werden, dass der Zustand bezüglich der organischen Situation als Endzustand einzuschätzen sei. Die Dynamik der psychischen Komorbidität und Behandlungsbedürftigkeit stehe nicht im direkten Zusammenhang mit dem Unfallereignis.

Das Ausmass der heute geltend gemachten Beschwerden lasse sich durch die genannten, etwa 30 Minuten anhaltenden, gelegentlich rezidivierenden Schmerzen im Bereich des Kopfes nicht begründen. Es sei in organischer Hinsicht ein Endzustand erreicht. Zusätzlich bestehe eine erhebliche psychiatrische Komorbidität, die möglicherweise auch das heutige Schmerzerleben modifiziere (S. 7).

E. 3.12

Die Ärzte der Universitätsklinik F.____ berichteten am 31. Mai 2017 (Urk. 8/85) über die Schulterprechstunde und nannten folgende Diagnosen: - Verdacht auf subacromiales

Impingement mit Tendinopathie Schulter links - chronisches zerviko- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom - posttraumatische Cephalgie nach leichter Kopfverletzung - Vitamin D Mangel, substituiert - chronische Diarrhoe unklarer Genese -

unspezifischer Schwankschwindel - Status nach Schussverletzung linkes Auge 1986 - Hypakusis rechts

Sie führten aus, dass der Beschwerdeführer komme aufgrund persistierender Schulter schmerzen, bestehend seit fast 2.5 Jahren, in die Sprechstunde. Er habe damals einen Treppensturz erlitten mit Kontusion der linken Schulter. Es werde eine Infiltration sowie Physiotherapie empfohlen.

E. 3.13

Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 27. Oktober 2017 (Urk. 3/3/7) und nannte folgende Diagnosen (S. 3): - posttraumatische Belastungsstörung Verwitterungsstörung (PTED; ICD-10 F43.1) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.1) - anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.41)

Er führte aus, die Psychomotorik des Beschwerdeführers sei leicht gehemmt gewesen, die Mimik und Gestik seien unruhig und traurig. Die Stimmungslage sei depressiv, bedrückt und traurig gewesen. Im Affekt wirke der Beschwerdeführer eingeengt, apathisch und unkonzentriert. Die Aufmerksamkeit und Konzentration seien reduziert gewesen. Hinweise auf psychische Symptome hätten nicht festgestellt werden können (S. 2). Der Beschwerdeführer leide an den genannten Störungen, die im Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall im März 2015 stünden. Er sei auf Psychopharmaka eingestellt worden. Aufgrund der vorliegenden Symptome der Störungen sei seine Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Er sei weiterhin behandlungsbedürftig (S. 3).

E. 7

S. 2 f.) und führte weiter aus, dass die Bildgebung mittels CT und HWS-Röntgen vom 2. März 2015 habe lediglich eine äussere Schwellung der schädelumgebenden Weichteile aufgrund der Skalpierungsverletzung gezeigt, jedoch keine Fraktur und keine Hirnverletzung. Auch die im weiteren Behandlungsverlauf erfolgten bildgebenden Abklärungen hätten nie strukturelle Läsionen im Hirn- oder Wirbelsäulenbereich gezeigt. Es hätten aber Residuen einer alten Schussverletzung mit verschiedenen Metalleinschlüssen im Bereich der rechten fronto-orbitalen Strukturen und mit E nukleation des rechten Auges vorgelegen. Dieser Befund sei nicht Folge eines bei der Suva versicherten Unfalls. Beim Beschwerdeführer liege somit eine dokumentierte gut geheilte äussere Verletzung der Kopfhaut vor ohne Nachweis einer strukturellen Verletzung des Gehirns oder Hirnweichteile (S. 3 f.). Bei der vom Beschwerdeführer genannten Galea-Verletzung handle es sich um eine Verletzung von Kopfhaut und Unterhautgewebe, also einer Verletzung ausserhalb des knöchernen Schädels. Eine knöcherne Verletzung des Schädels sei in keinem Arztbericht diagnostiziert worden. Strukturelle Läsionen lägen somit nicht vor (S.

4 oben). Auch betreffend eine durch den Unfall erlittene Schulterverletzung fänden sich keine objektivierbaren Ursachen in den medizinischen Berichten. Zudem falle auf, dass der Beschwerdeführer über Schmerzen in der linken Schulter klage, vom Unfall betroffen sei aber die rechte Seite des Kopfes gewesen. Es sei somit unwahrscheinlich, dass der Unfall zu einer Verletzung an der linken Schulter haben können (S. 5 oben).

Der Vorwurf, die Suva habe den Fall ohne neurologische Abklärung abgeschlossen, sei falsch. Es befänden sich mehrere neurologische Berichte in den Akten. Alle hätten gezeigt, dass keine strukturelle Hirnverletzung vorliege. Die vorgenommenen bildgebenden

Untersuchungen seien in den medizinischen Berichten dokumentiert und die Ergebnisse dieser Untersuchungen seien in den Berichten aufgeführt. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend (Urk. 1), er weise nicht nur somatisch erklärbare Hirnverletzungen und entsprechende Beschwerden auf, sondern auch allein somatisch erklärbare Schulterverletzungen/-beschwerden (S. 10 unten, S. 14, S. 19 f.). Vorliegend sei von einem schweren Unfallereignis auszugehen. Von dem gehe auch die Strafuntersuchungsbehörde aus (S. 23). Trotz der tendenziösen und unvollständigen Begründung der Beschwerdegegnerin sei bereits heute erkennbar, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf Rentenleistungen und Integritätsentschädigung habe (S. 24 oben). Er macht weiter diverse Mängel im Verfahren geltend (S. 25 ff.). 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob eine über den Zeitpunkt der erfolgten Leistungseinstellung per 30. Juni 2017 hinausgehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht, mithin ob ein Kausalzusammenhang zwischen den zu diesem Zeitpunkt noch vorhandenen Beschwerden und dem Unfallereignis vom 2. März 2015 besteht. 3.

E. 11

).

Da rechtsprechungsgemäss von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden kann, wenn die erhobenen Befunde mit apparativ/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_806/2007 vom 7. August 2008 E. 8.2), sowie angesichts des Umstandes, dass klinische Befunde wie Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken oder Einschränkungen der HWS Beweglichkeit nicht auf ein klar fassbares unfallbedingtes organisches Korrelat der geklagten Beschwerden schliessen lassen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_945/2008 vom 8. April 2009 E. 6.2), ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass höchstens organisch nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden verbleiben. 4.2

Zur Beurteilung der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ist dabei zunächst zu prüfen, ob der verfügte Fallabschluss zu Recht erfolgte (vorstehend E. 1.6).

Eine Wiederaufnahme der vollzeitlichen Arbeitstätigkeit ist bis zum Verfügungszeitpunkt nicht aktenkundig. Allerdings fehlt eine fachärztliche Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Die weiterhin bestehende Arbeitsunfähigkeit beruht demnach auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Ungeachtet dessen lässt sich aber bereits feststellen, dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr zu erwarten ist. So gab der neurologische Versicherungsmediziner Dr. von E.____ im Mai 2017 an, eine unfallkausale wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes sei nicht mehr zu erhoffen (vgl. vorstehend E. 3.11). Die Ärzte des Z.____ berichteten bereits im April 2015, dass aus neurochirurgischer Sicht bei weiterhin klinisch stabiler Situation keine routinemässigen Verlaufskontrollen mehr geplant seien und führten im Mai 2015 aus, dass ohne Anhalt für eine strukturell-vestibuläre Ursache des Schwindels eine rasche Mobilisierung mit vestibulärer Physiotherapie gegebenenfalls Rehabilitation und eine schnellstmögliche Rückkehr an den Arbeitsplatz zu erfolgen habe, um einer Chronifizierung der Beschwerden vorzubeugen (vgl. vorstehend E. 3. 2-3.3). Auch Dr. B.____ ging im Oktober 2016 davon aus, dass der Endpunkt bereits erreicht und eine weitere Verbesserung nicht mehr zu erwarten sei (vorstehend E. 3.8). Schliesslich führte der Konsiliarpsychiater

Dr. D.____ im Januar 2017 aus, dass u nfallkausal ein stabiler psychischer Gesundheitsstaden angenommen werden könne (vorstehend E.

3.10) . Der per 30. Juni 2017 verfügte Fallabschluss und die damit verbundene Prüfung der Kausalität (vorstehend E.

1.4) ist demzu folge nicht zu beanstanden. 4.3

Da gestützt auf die vorliegenden Akten nicht ausgewiesen ist, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Ereignisses vom 2. März 2015 ein Schleudertrauma, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädelhirntrauma erlitten hat, hat die Beurteilung der Adäquanz der noch geklagten Beschwerden an hand der Rechtsprechung von BGE 115 V 133 zu erfolgen (vgl. E. 1.4). Mit der Beschwerdegegnerin ist dabei festzuhalten, dass das objektiv erfassbare Unfallereignis vom 2. März 2015 aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs als mittelschwerer Unfall einzustufen ist. Hinsichtlich der einzelnen Kriterien ergibt sich dabei Folgendes:

Der Unfall hat sich objektiv betrachtet weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet noch ist er als besonders eindrücklich anzusehen. Der Beschwerdeführer erlitt eine blutende Wunde am Kopf, was sicherlich eine gewisse Eindrücklichkeit aufwies. Zu beachten ist jedoch , dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_372/2013 vom 28. Oktober 2013 E. 7 mit Hinweis auf die nicht publizierte E. 3.5.1 des Urteils BGE 137 V 199). Der Beschwerdeführer musste nicht spektakulär gerettet werden, wurde sofort in Spitalpflege gebracht und konnte bereits am anderen Tag wieder entlassen werden.

Das Kriterium der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung sowie deren Eignung psychische Fehlentwicklungen auszulösen, ist vorliegend ebenfalls als nicht erfüllt zu betrachten. Der Beschwerdeführer erlitt körperlich lediglich eine Verletzung der Kopfhaut ohne Beeinträchtigung des knöchernen Schädels oder des Hirns. Zudem war er nach dem Unfall zu jedem Zeitpunkt wach und orientiert und es lag keine Bewusstlosigkeit oder posttraumatische Amnesie vor. Zwar klagt

der Beschwerdeführer über Kopfschmerzen, Schwindel sowie Konzentrationsprobleme, diese konnten allerdings gerade keinem unfallbedingten objektiven Korrelat zugeordnet werden .

Sodann ist auch eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung zu verneinen. Die Behandlung der oberflächlichen Rissquetschwunde als einzige objektivierbare Unfallfolge erfolgte gleichentags im Z.____ , wobei diese operativ versorgt und der Beschwerdeführer am nächsten Tag mit reizlosen Wundverhältnissen und nach unauffälliger neurologischer Überwachung entlassen wurde (vgl. vorstehend E. 3.1) . Die diversen Verlaufskontrollen sowie die Medikamenteneinnahme zur Schmerzlinderung erfolgten aufgrund der organisch nicht nachweisbaren Beschwerden und sind daher bei der vorliegenden Adäquanzbeurteilung nicht zu beachten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.6).

Auch das Vorhandensein von körperlichen Dauerschmerzen kann aufgrund der einzig objektivierbaren Verletzung - der oberflächlichen Rissquetschwunde - ohne Weiteres verneint werden. Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden sind organisch nicht nachweisbar und daher wie bereits erwähnt bei der Beurteilung nicht zu

beachten.

Schliesslich lassen sich den Akten keine Hinweise für eine ärztliche Fehlbehandlung, einen schwierigen Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen entnehmen. Eine lange Dauer und ein hoher Grad der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist ebenfalls nicht ausgewiesen. Diese wurde vielmehr von den organisch nicht nachgewiesenen Beschwerden beeinflusst. 4.4

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass keines der praxisgemässen Kriterien als erfüllt erachtet werden kann, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den über den 30. Juni 2017 hinaus anhaltend geklagten, organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden zu verneinen ist. Die von der Beschwerdegegnerin auf diesen Zeitpunkt hin verfügte Leistungseinstellung ist folglich nicht zu beanstanden. 4.5

Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten formellen Mängel sind nicht stichhaltig. So werden die formellen Anforderungen betreffend Verfügung und Einspracheentscheid in den Art. 49 und 52 ATSG geregelt. Der vorliegende Einspracheentscheid sowie die diesem zugrundeliegende Verfügung vermögen den entsprechenden Anforderungen zu genügen. Der Einspracheentscheid ist mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen. Dass diese fett gedruckt sein müsse, kann den vorstehend zitierten gesetzlichen Bestimmungen nicht entnommen werden. Der Einspracheentscheid ist zudem datiert und enthält eine Ortsangabe. Auch die geltend gemachte Verletzung des rechtlichen Gehörs sowie der Vorwurf der Aktenunterdrückung

sind

unbehelflich und entbehren jeglicher Grundlage.

Es kann auf die Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (Urk. 7) sowie in der Duplik (Urk. 24) verwiesen werden.

Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich demnach 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: - Rechtsanwalt Dr. Guido Brusa - 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 Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannSchüpbach

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