

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00254**

## **vom 6. März 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2018.00254](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00254)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00254 du 6 mars 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00254 del 6 marzo 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1970, ist als Inhaber eines Restaurants und Selbstständigerwerbende r bei der SWICA Versicherungen AG freiwillig unfallversichert. Am 22. August 2016 prallte ein rückwärtsfahrender Personenwagen gegen die rechte vordere Seite des von ihm gelenkten Autos (Urk. 9/4, 9/10). In der Folge litt er an Nacken-, Schulter- und Kopfschmerzen und verspürte ein Ohrenpfeifen. Ärztlicherseits wurde er in unterschiedlichem Mass arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 9/4, 9/16, 9/18, 9/25). Die SWICA kam für die Heilbehandlung auf und richtete Taggelder aus (vgl. Urk. 9/5).

Es folgten mehrere ärztliche Untersuchungen (Urk. 9/12, 9/18, 9/29, 9/37, 9/58, 9/60, 9/61, 9/68, 9/75). Die SWICA ordnete eine interdisziplinäre (neurologische, psychiatrische und otorhinolaryngologische) Begutachtung beim Y.\_\_\_\_ an. Erstattet wurde das Gutachten am 28. Juni 2017 (Urk. 9/90). Am 10. Oktober 2017 erfolgte eine Ergänzung des Gutachtens in Beantwortung von Zusatzfragen (Urk. 9/107; vgl. auch Urk. 9/91, 9/100). Nach Gewährung des rechtlichen Gehörs (Urk. 9/111, 9/122) stellte die SWICA mit Verfügung vom 5. Februar 2018 die Versicherungsleistungen mangels Unfallkausalität der noch vorhandenen Beschwerden (rückwirkend) per 1. Oktober 2016 ein. Dabei erklärte sie den Verzicht auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Leistungen (Urk. 9/127). Die dagegen erhobene Einsprache (Urk. 9/129) wies sie mit Entscheid vom 31. August 2018 ab (Urk. 2).

#### **E. 1.1**

Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich einen Berufsunfall, einen Nichtberufsunfall oder eine Berufskrankheit voraus (Art.

#### **E. 1.2**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

2.

#### **E. 2**

Mit Eingabe vom 3. Oktober 2018 erhob der Versicherte Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid vom 31. August 2018 sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen über den 1. Oktober 2016 hinaus zu gewähren (Urk. 1 S. 2). Die SWICA schloss in der Beschwerdeantwort vom 28. Januar 2019 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8 S. 2). Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren Anträgen fest (Urk. 13, 16). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

In der Verfügung vom 5. Februar 2018 respektive im

Einspracheentscheid vom 31. August 2018 führte die SWICA aus, im Y.\_\_\_\_-Gutachten werde einzig die Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) auf den Unfall vom 22. August 2016 zurückgeführt. Aufgetreten sei diese einige Wochen nach dem Unfallereignis. Im Gutachten werde als Zeitpunkt der 1. Oktober 2016 genannt. Die weiteren diagnostizierten Beschwerden seien laut Einschätzung der Gutachter nicht unfallkausal. Auf diese Beurteilung sei abzustellen. Hinsichtlich der Anpassungsstörung ergebe die Adäquanzprüfung, welche nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen vorzunehmen sei, dass ein Kausalzusammenhang zu verneinen sei. Dementsprechend seien die Leistungen per 1. Oktober 2016 einzu stellen (Urk. 2, 9/127).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer

moniert in der Beschwerde eine Verletzung des rechtlichen Gehörs. Zu keinem Zeitpunkt sei die SWICA auf die von ihm vorgetragene Kritik am Y.\_\_\_\_-Gutachten eingegangen. Damit habe sie ihre Begründungspflicht verletzt (Urk. 1 S. 8 ff.). Inhaltlich

bringt der Beschwerdeführer vor, dass dem Y.\_\_\_\_-Gutachten kein Beweiswert zukomme. Darin werde ausgeführt, die Diagnose einer Verletzung der Halswirbelsäule, wie sie in einigen Vorakten erscheine, sei nicht zutreffend. Im Gutachten bleibe diese Einschätzung indessen unbegründet. Sie sei denn auch nicht nachvollziehbar. Zudem fehle es an einem biomechanischen Gutachten (Urk. 1 S. 4). Dem otorhinolaryngologischen Teilgutachten sei zu entnehmen, dass die Schwindelbeschwerden und der Tinnitus zumindest teilkausal auf den Unfall vom 22. August 2016 zurückzuführen seien. Entsprechendes ergebe sich auch aus den Vorakten. Davon sei mithin auszugehen (Urk. 1 S. 5 ff.). Weiter äussere sich das Gutachten nicht zu den Wechselwirkungen der somatischen und psychischen Beschwerden, auch deshalb sei das Gutachten nicht beweisbildend (Urk. 1 S. 7). Im neurologischen Teilgutachten werde sodann ausgeführt, dass spätestens nach drei Monaten nach dem Unfall wieder eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Eine medizinische Begründung für diese Annahme könne dem Gutachten aber nicht entnommen werden (Urk. 1 S. 7 f.). Gleichzeitig gehe aus dem Gutachten hervor, dass von weiteren Heilbehandlungen eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten sei. Damit sei dargetan, dass die Adäquanzprüfung verfrüht erfolgt sei (Urk. 1 S. 9 f.). In der Replik ergänzte der Beschwerdeführer, dass eine etwaige Adäquanzprüfung in Anwendung der Schleudertraumarechtsprechung zu erfolgen habe (Urk. 13 S. 2 ff.). Abgesehen davon sei die Richtigkeit der im Gutachten gestellten Diagnose einer Anpassungsstörung fraglich (Urk. 13 S. 5).

3.

Es liegt keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör respektive der Begründungspflicht vor, wenn eine sachgerechte Anfechtung des vorinstanzlichen Entscheids möglich war (vgl. BGE 142 III 433 E. 4.3.2). Das trifft hier zu. 4. 4.1

Streitig und prüfen ist, ob die Leistungseinstellung per 1. Oktober 2016 beziehungsweise (wegen des Verzichts auf allfällige Rückforderungen auf den Zeitpunkt der effektiven Leistungseinstellung) per Ende Oktober 2017 (Urk. 9/122/5, 9/12

## **E. 6**

Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung UVG). Der Unfallversicherer haftet jedoch für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3). Dabei spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2; 127 V 102 E. 5b/bb). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1, Bundesgerichtsurteil 8C\_387/2018 vom 16. November 2018 E. 3.3). Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfallkausal, nicht aber in diesem Sinne objektiv ausgewiesen, so ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 2.1). Hat die versicherte Person einen Unfall erlitten, welcher die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hierbei die durch BGE 134 V 109 E. 10 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 E. 6c/aa), heran zuziehen (BGE 134 V 109 E. 2.1). Wird die Unfallkausalität bejaht, sind für die Beurteilung der invalidisierenden Wirkung einer spezifischen HWS-Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle die in BGE 130 V 352, später in BGE 141 V 281 entwickelten Kriterien analog anzuwenden (vgl. BGE 141 V 574; unter der alten Rechtsprechung: BGE 136 V 279 E. 3.2.3 in Verbindung mit 141 V 281 E. 4.2; Bundesgerichtsurteil 8C\_261/2019 vom 8. Juli 2019 E. 3).

### **E. 6.1**

Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden ist wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, ein dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (vgl. dazu: BGE 119 V 337 E. 1, 117 V 360 E. 4b) zwar teilweise

vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/ aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 134 V 126 E. 10 fest gelegten Kriterien (BGE 127 V 103 E. 5b/ bb mit Hinweisen). Dieselbe Ausnahme von der Regel der Anwendung der besonderen Kriterien für Schleudertraumen und äquivalente Verletzungen der Halswirbelsäule gilt, wenn es sich bei der nach einem Unfall aufgetretenen, psychischen Fehlentwicklung nicht um eine mit dem organisch-psychischen Beschwerdebild nach Schleuder-trauma oder schleuder traumaähnlicher Verletzung eng verflochtene Entwicklung handelt, sondern um einen selbständigen (sekundären) psychischen Gesundheitsschaden. Für diese Abgrenzung sind insbesondere Art und Pathogenese der Störung, das Vorliegen konkreter unfallfremder Faktoren und der Zeitablauf von Bedeutung (vgl. RKUV 2001 Nr. U 412 S. 80 f.; Urteile des Eidg. Versicherungsgerichtes U 377/01 vom 7. November 2002 E. 4.3, U 313/01 vom 7. August 2002 E. 2.2 und U 409/00 vom 26. November 2001 E. 2).

## **E. 6.2**

Gestützt auf das

Y.\_\_\_\_-Gutachten bestand im Zeitpunkt der Leistungseinstellung einzig die Anpassungsstörung noch in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall. Vor diesem Hintergrund schadet auch nicht weiter, dass sich die Gutachter nicht explizit zu den Wechselwirkungen der somatischen und psychischen Beschwerden äusserten. Immerhin ist darauf hinzuweisen, dass sie aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit attestierten und somit von dieser Seite her eine relevante Einschränkung verneinten ( Urk. 9/90/13) .

## **E. 6.3**

Die Anpassungsstörung setzte bald nach dem Unfall ein ( Urk. 9/90/29-30) . Sie ist Ausdruck einer neurotischen Verarbeitung , was für einen eigenständigen psychischen Gesundheitsschaden spricht . Auf der anderen Seite trat die depressive Reaktion - die gemäss Ausführungen der Gutachter Merkmal der Anpassungs störung bildet (vgl. dazu auch Horst Dilling / Werner Mombour /Martin H. Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), 10. Auflage 2015, F43.2 1 S. 210) - reaktiv auf den Unfall auf. Depressionen bilden sodann Teil der typischen Symptomatik nach Schleudertrauma und äquivalente n Verletzungen (vgl. BGE 117 V 360 E. 4b). Indessen spielte n die weiteren typischen Symptome schon bald eine untergeordnete Rolle. Bereits Ende November 2016 hatten sich die Nacken- und Rückenschmerzen zurückgebildet. Die übrigen (somatischen) Beschwerden sind als unfallfremd einzustufen. Insgesamt betrachtet ist

davon auszugehen, dass von den Beschwerden , die auf den Unfall vom 22. August 2016 zurückzuführen sind , die psychische Problematik

über den gesamten Krankheitsverlauf gesehen eindeutige Dominanz aufgewiesen hat. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs ist daher nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall auf gestellten Kriterien zu prüfen. Soweit der Beschwerdeführer die Diagnose der Anpassungsstörung anzweifelt ( Urk.

## **E. 9**

/6)

zufolge fehlenden Kausalzusammenhangs zwischen dem Autounfall vom 22. August 2016 und den verbliebenen Beschwerden zu Recht erfolgt ist. 4.2

Der erstbehandelnde Arzt, Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, den der Beschwerdeführer am 24. August 2016 aufgesucht hatte, diagnostizierte eine Distorsion der Halswirbelsäule und hielt als Folge des Unfalls Kopf-, Schulter- und Nackenschmerzen, Schwindel sowie Hörstörungen in Form eines Tinnitus fest ( Urk. 9/1, 9/16, vgl. auch Urk. 9/25 ). Er veranlasste ein MRI der Halswirbelsäule und des Schädels. Diese zeigten keine Hinweise auf Traumafolgen (MRI -Bericht vom 23. September 2016, Urk. 9/12).

Am 4. Oktober 2016 untersuchte Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, den Beschwerdeführer. Er hielt fest, es bestehe ein posttraumatisch akzentuierter Tinnitus mit knapper psychischer Kompensation, ein Schultergürtel- und Nackensyndrom, eine Hochtonperzeptionsstörung beidseits sowie ein mögliches Schlafapnoesyndrom. Letzteres könne die nächtliche Tinnitussymptomatik ungünstig beeinflussen ( Urk. 9/18). 4.3

Dr. Z.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 26. November 2016 aus, es bestehe ein Status nach Distorsionstrauma der Halswirbelsäule mit einem zervikozephalen und zervikospondylogenen Schmerzsyndrom, Kopfschmerzen und einem Tinnitus. Gleichzeitig vermerkte er, dass die Beschwerden generell zurückgegangen seien. Vordergründig bestünden noch Kopfschmerzen und der Tinnitus ( Urk. 9/25). Gegenüber der SWICA erklärte der Beschwerdeführer am 29. November 2016, dass er keine Schmerzen mehr habe. Das einzige Problem sei der Tinnitus. Er könne deswegen nur noch drei bis vier Stunden schlafen ( Urk. 9/27). 4.4

Die Ärzte des B.\_\_\_\_ hielten

im Bericht vom 5. Dezember 2016 fest, das Hauptproblem stelle zur Zeit der posttraumatisch aufgetretene Tinnitus dar, welcher den Beschwerdeführer massiv belastet und zu Schlafstörungen führe. Der Tinnitus sei wohl aber nur eine Teilursache der Schlafstörung. Gemäss Ehefrau träten auch nächtliche Atempausen auf. Es müsse daher ein Schlafapnoe-Syndrom vermutet werden. Dazu passe auch die Adipositas, die sich seit dem Unfall noch verstärkt habe ( Urk. 9/29). Das von den Klinikärzten veranlasste MRI des Schädels ergab keinen Nachweis einer duralen AV-Fistel oder einer anderweitigen Pathologie ( MRI vom 19. Dezember 2016, Urk. 9/37). Im Rahmen der Verlaufskontrolle vom 25. Januar 2017 hielten die Ärzte fest, der Beschwerdeführer berichte von Drehschwindel, Tinnitus, Hörminderung und Kopfschmerzen ( Urk. 9/52). Das von ihnen in Auftrag gegebene CT der Schädelbasis zeigte keine auffälligen Darstellungen (CT vom 31. Januar 2017, Urk. 9/58). 4.5

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine ORL, Hals- und Gesichtschirurgie, Rhinologie und Schnarchen, hielt im Bericht vom 8. Februar 2017 fest, der Beschwerdeführer leide unter Schlafstörungen und einem Tinnitus links. Drehschwindelbeschwerden würden negiert. Ohrmikroskopisch bestünden keine Auffälligkeiten. Weder klinisch noch aus dem CT vom 31. Januar 2017 ergäben sich Zeichen einer Perilymphfistel oder eines Barotraumas ( Urk. 9/60). 4.6

Die Ärzte des

D.\_\_\_\_ diagnostizierten im Bericht vom 22. Februar 2017 ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom schweren Grades. Die obstruktiven Atemstörungen führten zu

Sauerstoffentsättigungen und zu einer Fragmentierung des Schlafes ( Urk. 9/68, vgl. auch Urk. 9/61). Die Ärzte des B.\_\_\_\_ erklärten im Bericht vom 14. März 2017, die Kopfschmerzen stünden einerseits im Zusammenhang mit dem Schlafapnoe-Syndrom und andererseits mit den Beschwerden der Halswirbelsäule ( Urk. 9/75). 4.7

Im Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom 28. Juni 2017 wurde als unfallkausale Diagnose eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) gestellt. Das Nacken-, Schulter-, Armsyndrom links, das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom bei Adipositas, die

sensori-neurale Schwerhörigkeit beidseits leichten bis mittleren Grades, der subakute bis chronische Tinnitus links sowie das Kopfweh vom Spannungstyp mit unsystematischem Schwindel (nicht peripher-vestibulär) wurden als unfallfremd beurteilt ( Urk. 9/90/9).

Dazu führten

die Gutachter aus, das Unfallereignis vom 22. August 2016 habe keine milden traumatischen Hirnverletzungen zur Folge gehabt. Die bildgebenden Verfahren hätten keine Hinweise auf strukturelle Verletzungen ergeben. Auch liege kein typischer Verletzungsmechanismus der Halswirbelsäule vor. Die Diagnose einer Distorsion der Halswirbelsäule, wie sie in einigen Akten aufgeführt würde, sei nicht zutreffend. Seit dem Unfall bestünden permanent verschiedene Beschwerden: Schlafstörungen, welche zum Teil auf das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom bei Adipositas zurückzuführen seien, dauerndes diffuses Kopfweh, unangenehme Ohrgeräusche, Schwindel, Schulterbeschwerden und Kopf- und Nackenschmerzen. Letztere Schmerzen würden von den Ärzten des B.\_\_\_\_ als posttraumatisch bezeichnet. Dies beziehe sich gemäss Klassifikation aber einzig auf das zeitliche Auftreten und nicht auf die Kausalität ( Urk. 9/90/9-10).

Zum Schwindel führten die Ärzte aus, weder eine periphere noch eine zentrale Ursache der Schwindelgefühle habe nachgewiesen werden können. Unsystematische Schwindelzustände seien typischerweise assoziiert mit Kopfweh vom Spannungstyp ( Urk. 9/90/10).

Im Rahmen der neurologischen Beurteilung wurde festgehalten, die Beschwerden des Beschwerdeführers seien nicht objektivierbar. Ein Schädelhirntrauma habe nicht stattgefunden. Das Belastungsprofil und damit die Arbeitsfähigkeit sei auf der neurologischen Ebene nicht reduziert. Retrospektiv sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit spätestens drei Monate nach dem Ereignis, also ab Ende Dezember 2016, wieder voll gegeben gewesen ( Urk. 9/90/20 -21 ).

In psychiatrischer Hinsicht wurde ausgeführt,

der Beschwerdeführer habe bei völliger Gesundheit einen Verkehrsunfall erlitten, welchen er neurotisch verarbeitet habe. In diesem Zusammenhang sei es zu einer depressiven Reaktion gekommen, was sich als Anpassungsstörung zeige und bis heute anhalte ( Urk. 9/90/29). Diese Störung führe dazu, dass aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % in der bisherigen sowie in Verweistätigkeiten bestehe ( Urk. 9/90/31 -32 ). Die Symptomatik der Anpassungsstörung dürfte

wenige Wochen nach dem Unfallereignis aufgetreten sein, als die akute Belastung abgeklungen sei. Aus pragmatischen Gründen sei der 1. Oktober 2016 zu nennen ( Urk. 9/90/32, vgl. auch Urk. 9/107/1 ). Es sei davon auszugehen, dass die Anpassungsstörung bei einer angemessenen Behandlung innert einem Jahr abklinge ( Urk. 9/90/32).

Die otorhinolaryngologische Beurteilung erging im Rahmen eines eigenständigen Teilgutachtens. Darin führte Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten und Hals- und Gesichtschirurgie, zum Tinnitus und zur Schwerhörigkeit aus, aktuell finde sich ein unauffälliger ohrmikroskopischer Befund. Der weitgehende symmetrische Hochtonabfall sei mit einer (frühzeitig) beginnenden Presbyakusis vereinbar. Hinweise für eine traumatische Genese der Hörstörung lägen keine vor. Bei einer Contusio labyrinthi oder einem Knalltrauma wäre kein symmetrischer Hochtonabfall zu erwarten, sondern vielmehr eine asymmetrische, einseitige Hochtonsenke mit maximalem Hörverlust bei vier bis sechs kHz. Eine

ohrnahe Schädelbasisfraktur oder eine Labyrinthfistel habe

im Schädel-CT vom 31. Januar 2017 ausgeschlossen werden können. Die Kausalität des Tinnitus sei nicht eindeutig beurteilbar. Einerseits sei der Tinnitus erst nach dem Kopftrauma vom 22. August 2016 aufgetreten. Andererseits fänden sich, wie erwähnt, im Tonaudiogramm keine objektivierbaren Hinweise für ein relevantes Ohrtrauma. Insgesamt könne also eine traumatische Genese nicht ausgeschlossen werden beziehungsweise erscheine als möglich (Urk. 9/90/36-37). Zu den Schwindelbeschwerden erklärte Dr. E.\_\_\_\_, dass diese nicht auf eine periphere vestibuläre Pathologie zurückzuführen seien. Die neurootologischen Befunde seien normal. Insbesondere könne ein benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel ausgeschlossen werden. Differenzialdiagnostisch sei an orthostatische Schwindelbeschwerden zu denken, da der Schwindel mehrheitlich beim Aufstehen und beim Bücken auftritt. Es fänden sich also keine objektivierbaren Hinweise für eine traumatische Genese der Schwindelbeschwerden. Dennoch sei ein Zusammenhang mit dem Distorsionstrauma der Halswirbelsäule nicht ausschliessbar; eine zumindest partielle traumatische Ursache des Schwindels bleibe also möglich (Urk. 9/90/36-37). Aus HNO-Sicht werde die Arbeitsfähigkeit weder aufgrund der Schwerhörigkeit noch der Schwindelbeschwerden beeinträchtigt. Grundsätzlich beeinflusse auch der Tinnitus die Arbeitsfähigkeit nicht. In Anbetracht der multifaktoriell bedingt stark beeinträchtigten Schlafqualität empfehle sich eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf 50% für drei Monate. Nach Durchführung von Therapien sei die Situation neu zu beurteilen beziehungsweise die Arbeitsfähigkeit auf 100% zu steigern (Urk. 9/90/37). 4.8

Im Rahmen der ergänzenden Stellungnahme vom

7. September 2017 erklärte Dr. E.\_\_\_\_, dass ein Tinnitus als Folge eines Traumas nur ausreichend wahrscheinlich gemacht werden könne, wenn gleichzeitig andere pathologische Befunde aufgetreten seien. Solches sei vorliegend nicht der Fall. Der bestehende beidseitige symmetrische Hochtonabfall sei nicht typisch für eine traumatische Schwerhörigkeit, sondern entspreche einer altersbedingten Gehörsabnutzung. Die typische traumatische Gehörseinschränkung zeige eine V- oder U-förmige Senke bei 4000 bis 6000 Hz mit Erholung der Hörschwelle bei 8000 Hz. Eine solche Veränderung bestehe beim Beschwerdeführer nicht (Urk. 9/107/4).

Auf diese Ausführungen verwiesen die Y.\_\_\_\_-Gutachter in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 10. Oktober 2017. Ansonsten wiesen sie darauf hin, dass es sich bei einer Anpassungsstörung definitionsgemäss um eine leichte depressive Störung handle. Zur Frage, weshalb der Unfallmechanismus aus medizinischer Sicht nicht zu einer Distorsion der Halswirbelsäule passe (vgl. Urk. 9/101), erklärten sie, dass eine solche typischerweise im Rahmen einer Heckauffahrkollision oder allenfalls bei einer Frontalkollision auftrete.

Bei einer Seitenkollision gälte andere physikalische Gesetzmässigkeiten. Auf die weitere Frage, weshalb aus neurologischer Sicht nach spätestens drei Monaten nach dem Unfall wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden habe ( Urk. 9/101), antworteten sie, dass Kontusionen ohne Nachweis struktureller Verletzungen nach sechs Wochen als abgeheilt gälten. Im Einzelfall könne die Beschwerdedauer auch bis zu drei Monaten betragen. Eine längere Arbeitsunfähigkeit lasse sich medizinisch nicht begründen ( Urk. 9/107/2).

#### 5. 5.1

Beim Unfall vom 22. August 2016 handelte es sich aufgrund des Hergangs nicht um ein eigentliches Schleudertrauma (Peitschenhieb-Verletzung, Whiplash-injury ; vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts U 197/04 vom 29. März 2006 E. 2.1, ferner: Debrunner / Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Bern 1990, S. 52 ff.). Offensichtlich darauf bezogen sich die Y.\_\_\_\_-Gutachter, als sie ausführten, der Unfallmechanismus passe nicht zu einer Distorsion der Halswirbelsäule, da eine solche im Rahmen einer Heckfahrrespektive einer Frontalkollision auftrete ( Urk. 9/90/9, 9/107/2 ). Wie es sich damit genau verhält, kann indessen offen bleiben, weil davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Seitenkollision zumindest eine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitt und die für die Unfallkausalität von Schleudertraumata der Halswirbelsäule geltende Rechtsprechung auch auf solche Verletzungen anwendbar ist ( BGE 134 V 109 E. 2.1). 5. 2

Was die Frage nach der natürlichen Kausalität anbelangt, kann auf das Y.\_\_\_\_-Gutachten, welches die rechtsprechungsgemäss erforderlichen Voraussetzungen für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage erfüllt (E. 1.2 hier vor), abgestellt werden. Dabei ist zu beachten, dass den Beschwerden des Beschwerdeführers, was soweit unbestritten ist, kein organisches Korrelat zu Grunde liegt ( Urk. 9/12, 9/37, 9/58 ).

Gemäss gutachterlicher Einschätzung stand von den bei der Leistungseinstellung bestehenden Beschwerden einzig die Anpassungsstörung in einem (natürlichen) Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 22. August 2016. Hinsichtlich der weiteren Diagnosen wird im Gutachten nachvollziehbar dargelegt, weshalb dies nicht der Fall ist. So kann ein Tinnitus laut den fachärztlichen Ausführungen bloss dann auf ein Trauma zurückgeführt werden, wenn gleichzeitig andere objektivierbare pathologische Befunde aufgetreten sind. Solches ist beim Beschwerdeführer nicht der Fall. Insbesondere spricht der bestehende symmetrische Hochtonabfall nicht für eine traumatische Genese, sondern entspricht einer altersbedingten Gehörsabnutzung ( Urk. 9/90/37, 9/107). Auch hinsichtlich des Schwindels wird im Gutachten nachvollziehbar dargelegt, dass es an

einer peripheren oder vestibulären Pathologie fehlt und sich keine objektivierbaren Hinweise für eine traumatische Genese finden ( Urk. 9/90/36, 9/107). Der Vorwurf des Beschwerdeführers, die Gutachter würden ihre Einschätzung nicht lege artis herleiten ( Urk. 1 S. 5), ist unbegründet. Weiter trifft es zwar zu, dass Dr. E.\_\_\_\_

in seinem Teilgutachten den Unfall vom 22. August 2016 als partielle Ursache des Tinnitus und der Schwindelbeschwerden nicht gänzlich ausschloss. Eine überwiegende Wahrscheinlichkeit verneinte er jedoch stets. Den Verkehrsunfall als mögliche Ursache begründete er einzig damit, dass die Beschwerden danach aufgetreten seien ( Urk. 9/90/36 ). Dies liefe auf aber einen unzulässigen " post hoc ergo propter hoc " Schluss ( zu deutsch : danach, also deswegen) hinaus (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb ). Auf einen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem Tinnitus

beziehungsweise den Schwindel beschwerden lassen übrigens auch nicht die Berichte der Ohrenärzte Dr. A. \_\_\_ und Dr. Hermann schliessen ( Urk. 9/1 8, 9/60 ). 5.3

Wegen den Kopfschmerzen wurde ein CT des Schädels durchgeführt, welches ein normales Ergebnis zeigte ( Urk. 9/58, 9/90/20). Die Y. \_\_\_ -Gutachter erklärten, unsystematische Schwindelzustände seien typischerweise mit Kopfweh vom Spannungstyp assoziiert ( Urk. 9/90/10 ). Dementsprechend qualifizierten sie sie als unfallfremd. Laut den Ärzten des B. \_\_\_ stehen die Kopfschmerzen

einerseits mit dem Schlafapnoe-Syndrom und andererseits mit den Beschwerden der Halswirbelsäule im Zusammenhang ( Urk. 9/75). Das Schlaf apnoe-Syndrom, begünstigt durch die Adipositas, wird in keinem der Arztberichte mit dem Unfall in Verbindung gebracht. Die Beschwerden der Halswirbelsäule spielten ab Ende November 2016, wenn überhaupt, nur noch eine untergeordnete Rolle. Dem Bericht von Dr. Z. \_\_\_ vom 26. November 2016 ist zu entnehmen, dass die Nacken- und Schulterschmerzen zurückgegangen seien ( Urk. 9/25). Gegenüber der SWICA bestätigte der Beschwerdeführer denn auch drei Tage später, dass er diesbezüglich keine Schmerzen mehr habe ( Urk. 9/27). Angesichts dieses Verlaufs ist auch die vom neurologischen (Teil-)Gutachter geäußerte Einschätzung, wonach spätestens nach drei Monaten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestanden habe ( Urk. 9/90/21, 9/107/2 ), nicht zu beanstanden. 5.4

Anzufügen ist, dass der Beschwerdeführer mit der Einsprache einen Bericht von Dr. med. F. \_\_\_ , Facharzt für Orthopädie, vom 26. April 2018 ( Urk. 9/132) einreichte. Diesem ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer mittlerweile an einer Arthrose im unteren Sprunggelenk leidet. Er gab Dr. F. \_\_\_ gegenüber an, dass die Sprunggelenksbeschwerden Folge des Unfalls seien. Aktenkundig klagte er aber erst im August 2017 über diese Beschwerden (S. 2 ). Da weder der Unfallhergang geeignet war, Sprunggelenksbeschwerden zu verursachen, noch sich aus den initialen Arztberichten Anhaltspunkte auf irgendwelche Fussprobleme ergeben, erübrigen sich Weiterungen dazu. In der Beschwerde wird denn auch zu Recht keine Unfallkausalität behauptet (vgl. Urk. 1, 13). 6.

## **E. 13**

S. 5), ist er darauf hinzuweisen, dass der psychiatrische Teilgutachter eine eingeschränkte affektive Schwingungsfähigkeit beobachtete ( Urk. 9/90/28). Seine Ausführungen als Laie sind jedenfalls nicht geeignet, die fachärztliche Beurteilung in Zweifel zu ziehen. 7. 7.1

Psychische Beeinträchtigungen gelten nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung nur bei schweren Unfällen in der Regel als deren adäquate Folge. Banale Unfälle (z.B. geringfügiges Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses) oder leichte Unfälle (z.B. gewöhnlicher Sturz oder Ausrutschen) sind hingegen in der Regel nicht geeignet, einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen.

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 auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb , vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa ; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2). 7.2

In diesem Zusammenhang ist vorweg festzuhalten, dass die SWICA keine verfrühte Adäquanzprüfung vorgenommen hat. 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; Bundesgerichts urteil 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 (Bundesgerichts urteil 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 sie durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3).

Im Falle des Beschwerdeführers ist die Arbeitsfähigkeit als Folge des Unfalls einzig aus psychischen Gründen eingeschränkt (Urk. 9/90/13). Die hier bei der Adäquanzprüfung einzig zu berücksichtigenden physischen Komponenten bewirkten zum Zeitpunkt der

### Leistungseinstellung keine Arbeitsunfähigkeit . 7.3

Nach der Rechtsprechung werden einfache Auffahrunfälle in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (RKUV 2005 Nr. U 649 S. 237 mit Hinweisen). Davon ist auch vorliegend auszugehen. Daran ändert nichts, dass beim Unfall vom 22. August 2016 kein eigentlicher Auffahrunfall, sondern eine seitlich-frontale Kollision stattfand (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C\_682/2013 vom 14. Februar 2014 E. 10). Ebenfalls führt der Umstand, dass die Auffahrgeschwindigkeit rund 40 km/h betrug (vgl. Urk. 9/10/1), zu keiner anderen Beurteilung (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts U 21/01 vom 16. August 2001 E. 3). Beim Unfall erlitt der Beschwerdeführer einen Kopfanprall, was aber für die Qualifikation des Unfallereignisses als leicht, mittelschwer oder schwer keine Rolle spielt, sondern allenfalls für die Beurteilung des Kriteriums der besonderen Art der Verletzung relevant ist (vgl. RKUV 1998 Nr. U 297 E. 3c S. 245). 7.4

Der Unfall vom 22. August 2016 ereignete sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen, noch war er - objektiv betrachtet (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209) - von besonderer Eindringlichkeit. Auch hat der Beschwerdeführer keine schweren Verletzungen erlitten oder Verletzungen erlitten, die erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Zwar schlug er beim Unfall das linke Ohr und den Kopf an (Urk. 9/10/3), jedoch erlitt er dabei keine schwerwiegenden Verletzungen. Die bildgebenden Abklärungen des Schädels blieben allesamt unauffällig (Urk. 9/12, 9/37, 9/58). Eine ärztliche Fehlbehandlung liegt nicht vor. Ebenso wenig kann von einem schwierigen Heilungsverlauf respektive von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung gesprochen werden: Die Nacken- und Schulterschmerzen besserten bald. In der Folgeprägten der Tinnitus und das Kopfweh das Beschwerdebild, die aber unfallfremd sind. Körperliche (unfallkausale) Dauerschmerzen bestanden nicht. Was den Grad und die Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit angeht, ist davon auszugehen, dass bereits nach drei Monaten wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestand. Für die weitere Arbeitsunfähigkeit waren schon bald psychische beziehungsweise unfallfremde Gründe verantwortlich.

Nach dem Gesagten ist keines der für die adäquate Beurteilung massgebenden Kriterien gegeben, um eine über den 1. Oktober 2016 beziehungsweise über Ende Oktober 2017 hinaus bestehende Leistungspflicht der SWICA zu begründen. Die Beschwerde ist somit abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Stephan Kübler - SWICA Versicherungen AG - 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 Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
Gräub  
Sonderregger

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