

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00143 vom 1. März 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-03-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2021.00143](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00143)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00143 du 1 mars 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00143 del 1 marzo 2022

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1962, arbeitet seit dem 1. Juni 2000 bei der Stadt Y.\_\_\_\_ als Betriebsoptimierer (vgl. Urk. 7/36/4) in einem Pensum von 80 % und ist in dieser Eigenschaft bei der Suva gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert. Am 1. September 2018 wurde der Suva angezeigt, dass der Versicherte am 9. September 2018 nachts gestürzt und mit dem Kopf vornüber in die Wand des schmalen Ganges gestürzt sei, wobei er mit dem Kopf in die Ecke zweier Wände aufgeschlagen habe und der Kopf dabei nach hinten abgeknickt worden sei. (Urk. 7/1). Die erstbehandelnden Ärzte der Klinik für Traumatologie des Universitätsspitals Z.\_\_\_\_ diagnostizierten in ihrem Austrittsbericht vom 20. September 2018 (1) eine inkomplette Arm- und links betonte Tetraparese sub C4, inital ASIA D, im Sinne eines Central-Cord-Syndromes bei traumatisierter, degenerativer Spinalkanalstenose C3/4 und C4/5 vom 9. September 2018, (2) eine Schädelkontusion am

9. September 2018, (3) arterielle Hypertonie, (4) eine Dyslipidämie, (5) eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) Stadium I und (6) einen Vitamin-B12-Mangel (Urk. 7/13). Die Suva trat auf den Schaden ein und erbrachte die gesetzlichen Leistungen.

Die Invalidenversicherung erteilte am 18. Januar 2019 Kostengutsprache für eine Frühinterventionsmassnahme im Sinne einer berufsberaterischen Begleitung zur Arbeitsplatzhaltung (Urk. 7/50), am 30. Juli 2019 Kostengutsprache für ein Coaching durch A.\_\_\_\_ (Urk. 7/93; Urk. 7/117; Urk. 7/162) und sprach Hilfsmittel für den Arbeitsplatz zu (Urk. 7/111; Urk. 7/117). Am 30. November 2020 teilte die IV-Stelle mit, dass der Arbeitsvertrag seitens des Arbeitgebers angepasst worden sei, so dass keine Beratung bezüglich Eingliederung mehr notwendig sei (Urk. 7/275). Mit Vorbescheid vom 2. Juni 2021 stellte die IV-Stelle eine von September 2019 bis Oktober 2020 befristete ganze Rente in Aussicht (Urk. 7/308).

Nach getätigten erwerblichen und medizinischen Abklärungen verfügte die Suva am 27. Januar 2021 die Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. Januar 2021, da gestützt auf die neurologische Beurteilung der Versicherungsmedizin vom 14. Januar 2021 die noch geklagten Beschwerden sowie eine allfällige Leistungseinschränkung nicht mehr überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 9. September 2018 zurückzuführen sei (Urk. 7/289). Nachdem der Versicherte hiergegen am 25. Februar 2021 Einsprache erhoben hatte (Urk. 7/302) holte die Suva intern die neurologische Beurteilung vom 4. Mai 2021 ein (Urk. 7/305). Mit Einspracheentscheid vom 10. Juni 2021 wies die Suva die Einsprache ab (Urk. 2).

## **E. 2**

Hiergegen erhob der Versicherte am 12. Juli 2021 Beschwerde und beantragte, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Angelegenheit sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach Vornahme weiterer Abklärungen, insbesondere Einholung eines polydisziplinären Gutachtens, neu verfüge (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 6. September 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

### **E. 2.1**

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

### **E. 2.2**

Ein Unfall ist gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

### **E. 2.3**

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 un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm ob liegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 2.4**

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nach gewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der

Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) 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. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

### **E. 2.5**

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 (Urteil des Bundesgerichts 8C\_75/2016 vom 18. April 2016 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 2.1).

### **E. 2.6**

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).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee ). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 3.

Die relevante medizinische Aktenlage stellt sich im Wesentlichen folgendermassen dar: 3.1

Die erstbehandelnden Ärzte der Klinik für Traumatologie des Universitätsspitals Z.\_\_\_\_ diagnostizierten in ihrem Austrittsbericht vom 20. September 2018

Folgendes (Urk. 7/13) : - Inkomplette Arm und links betonte Tetraparese

sub C4, initial ASIA D, im Sinne eines Central-Cord- Syndromes bei traumatisierter, degenerativer Spinalkanalstenose C3/4 und C4/5 vom 9. September 2018 - radikuläre Symptomatik Arm rechts erstmals 2016, konservative Therapie, bekannte Spondylarthrose seit Jahren - Myelopathiesignal C3/4, C4/5, fraglich chronisch - Osteochondrose C3/4, C4/5 und C5/6 mit Spinalkanalstenose hoch gradig C3/4, C5/6 und geringgradig C6/7 sowie foraminale Stenose C3/4 links, C4/5 links, C5/6 beidseits und C6/7 links - Schädelkontusion am

9. September 2018 - ältere, undislozierte Fraktur des Arcus zygomaticus rechts - Arterielle Hypertonie - anamnestisch prophylaktische Aspirineinnahme - Dyslipidämie - Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) Stadium I - Vitamin-B12-Mangel (Urk. 7/13).

Die behandelnden Ärzte führten eine komplikationslose dekompressive

Laminektomie C3-5 und Spondylodese von Halswirbelkörper (HWK) 3-5 durch. 3.2

Der Beschwerdeführer wurde danach vom 20. September bis 18. Dezember 2018 stationär im Zentrum für Paraplegie der Universitätsklinik B.\_\_\_\_ behandelt. Im Austrittsbericht hielten die behandelnden Ärzte folgende, gekürzt wieder gegebenen Diagnosen fest (Urk. 7/49): - Inkomplette Arm - und links betonte Tetraplegie

sub C4 AIS D - Schädelkontusion am 9. September 2018 - Neurogene Harnblasen-, Sexual- und Darmfunktionsstörung bei inkompletter Tetraplegie - Panarthritis Dig I Fuss links - Arterielle Hypertonie - Dyslipidämie - PAVK Stadium I - Vitamin B12-Mangel

Zusammenfassend zeigte der Beschwerdeführer eine erfolgreiche Rehabilitation mit rascher Wiedererlangung der eigenständigen Gehfähigkeit, einer langsamen Verbesserung der Armfunktion links mehr als rechts und einer Regredienz der Restharnmengen unter PTNS-Therapie. Die Schmerzsituation sei bei Entlassung teilkompensiert. Sollte sich unter der weiteren zu erwartenden Spontanerholung keine Verbesserung ergeben, erfolge die Anpassung im Ambulatorium. 3.3

In der Folge befand sich der Beschwerdeführer in ambulanter Behandlung im Zentrum für Paraplegie der Universitätsklinik B.\_\_\_\_

und die Ausfall symptomatik verbesserte sich im Verlauf bei einer fortbestehenden Schmerzsymptomatik (vgl. Bericht vom 1. März 2019, Urk. 7/64). Am 22. Mai 2019 fand eine neurologische und neurophysiologische Untersuchung in der Universitätsklinik B.\_\_\_\_ statt. Die Behandler konstatierten, dass sich im mittelfristigen Verlauf eine Besserung zeige. Die Schmerzsituation sei unter der gegenwärtigen Dosierung von 150 mg Pregabalin morgens und abends zufrieden stellend. Sie empfahlen die Beibehaltung der Dosierung für 3 Monate und dann eine Neuevaluation (Urk. 7/80). 3.4

Der Beschwerdeführer nahm im Februar 2019 seine angestammte Tätigkeit in reduziertem Pensum wieder auf. Da die erhoffte Leistungssteigerung allerdings ausblieb, wurden seitens der Beschwerdegegnerin als auch seitens der Pensionskasse Stadt Y.\_\_\_\_ (F.\_\_\_\_) weitere medizinische Aufklärungen vorgenommen.

Nach dem Einholen der Verlaufsberichte der Universitätsklinik B.\_\_\_\_

wurden insbesondere mehrere Stellungnahmen von PD Dr. C.\_\_\_\_ ( Stellungnahmen vom 8. April, 27. September, 12. November 2019 , 30. März und 22. Juli 2020 , Urk. 7/73, Urk. 7/106, Urk. 7/124 ,

Urk. 7/179 , Urk. 7/212 ) eingeholt, durch die F.\_\_\_\_ eine Begutachtung durch ihre Vertrauensärztin Dr. D.\_\_\_\_ veranlasst (Gutachten vom 18. November 2019, Urk. 7/131) und durch die Suva eine neuropsychologische Untersuchung in der Klinik G.\_\_\_\_ in Auftrag gegeben ( Untersuchung vom 2. März 2020, Urk. 7/176). 3.5

Vom 25. August bis zum 17. September 2020 befand sich der Beschwerdeführer in stationärer Behandlung in der Rehaklinik E.\_\_\_\_ . Im Austrittsbericht vom 18. September 2020 führten die behandelnden Ärzte und Therapeuten aus, dass der Beschwerdeführer auf Zuweisung durch die Suva bei objektiv funktionell guter Erholung aber Diskrepanz hinsichtlich der effektiven Leistungsfähigkeit in seiner Bürotätigkeit als Energieoptimierer bei der Stadt Y.\_\_\_\_

eingetreten sei . An unfallfremden Faktoren sei eine CDT Erhöhung bekannt, zurückzuführen auf vermehrten Alkohol -Konsum während des Lockdowns - klinisch Zeichen eines Palmarerythems . Seit August sei er abstinent, der CDT-Wert sei im Verlauf entsprechend rückläufig bzw. jetzt normal.

Daneben sei neu ein schwergradiges , obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom mit teils tiefen Enttächtigungen diagnostiziert worden, Ende August 2020 sei die Behandlung mit einer Maske erfolgt (APAP-Behandlung).

In einer neuropsychologischen Voruntersuchung vom 2. März 2020 hätten sich keine kognitiven Einschränkungen ergeben, einzig eine leicht erhöhte Störneigung ohne Hinweise auf eine systematische Störbarkeit. Es sei ein möglicher leistungsmindernder Einfluss durch Medikamente ( Pregabalin ) und Schmerzen eingeräumt worden, eine zentrale Ätiologie sei aber bei unauffälligem cMRI -Befund wenig wahrscheinlich. Klinisch präsentiere sich ein freundlich und offen zugewandter, optimistisch gestimmter 58-jähriger Beschwerdeführer, der die an ihn gestellten Aufgaben leistungsmotiviert und kooperativ bearbeite. Die Belastbarkeit sei bei anamnestisch berichteter steter Tagesmüdigkeit während der 180-minütigen Untersuchung leicht vermindert, nach 90 Minuten erfolge auf seinen Wunsch eine kurze Pause. In zwei Selbstbeurteilungs-Fragebögen würden hinsichtlich der Müdigkeit sowohl körperliche als auch kognitive Symptome angegeben. Es bestünden zudem leichte Schmerzen im Arm- und Schulterbereich (rechts mehr als links).

Testdiagnostisch lägen in attentionalen Leistungsbereichen Minderleistungen in Form einer Verlangsamung vor: Mittelschwer verlangsamt sei die selektive Aufmerksamkeit in einer länger andauernden, konzentrativ anspruchsvollen Papier-/Bleistiftaufgabe. Leicht verlangsamt seien auch die Reaktionszeiten in einer Aufgabe zur geteilten Aufmerksamkeit, zur Daueraufmerksamkeit und zur Ablenkbarkeit bei jedoch qualitativ weitgehend normgerechter Leistung. Alle weiteren überprüften kognitiven Leistungsbereiche seien unauffällig.

Obengenannte Befunde seien ätiologisch - bei unauffälliger Bildgebung - am ehesten im Rahmen der chronischen Schmerzen und Tagesmüdigkeit bei obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom interpretierbar. Nebenwirkungen des Pregabalins sowie weitere leistungsmindernde Faktoren (unregelmässiges Tragen der Atemmaske, Alkoholkonsum) könnten nicht ausgeschlossen werden.

Seitens hausinternem Psychiater werde eine psychotherapeutische Behandlung als nicht indiziert erachtet und eine psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit oder zumutbaren Leistungsfähigkeit werde ausgeschlossen.

Gut 2 Jahre nach dem Sturz stünden Dauerschmerzen in der Schulter- und Nackenregion rechtsbetont im Vordergrund. Die Oberflächensensibilität sei beidseits erhalten. Die Handkraft sei beidseits im Normbereich. Eine Schädelkontusion sei zwar dokumentiert, aber keine Bewusstlosigkeit und auch bildgebend zeige sich keine strukturelle Läsion.

Die vom Beschwerdeführer beklagte Schmerzproblematik im Bereich der Arme lasse nicht eindeutig auf ein neuropathisches Schmerzsyndrom schliessen. Im Screening Bogen zur Erkennung neuropathischer Schmerzen erreiche er 10 von 35 Punkten. Diesbezüglich hätten sie empfohlen nochmals die Pregabalin Medikation zu evaluieren. Zwar habe ein Auslassversuch vor ca. 1 Jahr über eine Woche zu mehr Schmerzen geführt, aber inwieweit es nicht doch die Müdigkeit miterkläre, sei durchaus nochmals zu prüfen. Dabei wäre zur Objektivierung ein Schmerztagebuch empfehlenswert.

Eine volle Arbeitsfähigkeit im Büro sei bis heute nicht erreicht worden (Pensum und Leistung). Es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Selbstbeurteilung bzw. der Einschätzung durch den Vorgesetzten und der unfallkausalen medizinischen Beurteilung.

Sie erklärten die Tagesmüdigkeit und die neuropsychologischen Defizite mehrheitlich im Rahmen des Schlafapnoe-Syndroms und nicht als Unfallfolge. Ausserdem liege keine strukturelle Hirnverletzung vor. In der Literatur werde beschrieben, dass die Schwere des Schlafapnoe-Syndroms mit der Ausprägung des Symptoms Müdigkeit korreliere.

In unfallkausaler Sicht sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit ganztags im Rahmen seines 80%-Pensum arbeitsfähig. Es bestünden Restschmerzen im Rahmen des zervikobrachialen Syndroms rechtsbetont. Ergo nomische Anpassungen am Arbeitsplatz seien vorhanden. Die ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit betrage ab 1. Oktober 2020 0 %.

Die Leistungseinbusse würden sie auf ca. 10 %, d.h. ca. 3,5 Stunden pro Woche (auf ein Arbeitspensum von 80 % bezogen) taxieren. Die speziellen (unfallfremden) Einschränkungen bestünden in leichten attentionalen Einbussen in Form einer Verlangsamung. Das Ausmass der Leistungseinbusse sei durch einen Facharzt (Pneumologie/Schlafmedizin) zu beurteilen (Urk. 7/237). 3.6

Am 7. Oktober 2020 untersuchte die Vertrauensärztin der F.\_\_\_\_

Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, den Beschwerdeführer. In ihrem Bericht vom 26. Oktober 2020 konstatierte sie, dass aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit vorliege. Es liege ein psychopathologischer Normalbefund vor, psychiatrisch liege kein Leidenswert vor (Urk. 7/240). 3.7

Die Vertrauensärztin der F.\_\_\_\_

Dr. D.\_\_\_\_ untersuchte den Beschwerdeführer am 24. September 2020. Sie notierte folgende (gekürzt wiedergegebenen) Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/242) : - Cervikobrachialgie beidseits rechtsbetont bei - Status nach inkompletter arm- und linksbetonter Tetraparese

sub C4, initial ASIA D, im Sinne eines Central-cord-Syndroms bei traumatisierter, degenerativer Spinalkanalstenose C3/4 und C4/5 vom 9. September 2018 - Schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, Erstdiagnose August 2020 mit Tagesmüdigkeit

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit notierte sie folgende (gekürzt wiedergegeben): - Schädelkontusion am 9. September 2018, computertomographisch ältere, undislozierte Fraktur des Arcus zygomaticus rechts - Arterielle Hypertonie - Dyslipidämie - PAVK Stadium I - Vitamin B12-Mangel - Status nach regelmässigem Alkoholkonsum, aktuell abstinent mit wieder normaler CDT

Der Beschwerdeführer gebe an, bei Bewegung unter Schmerzen in der rechten Schulter und in beiden Armen zu leiden, welche durch Training verstärkt würden. Die Schmerzen seien schon beim Aufstehen da, morgens habe er auch Schmerzen in den Beinen, welche bei Anstrengung zunehmen. Die Schmerzintensität sei durchschnittlich 3/10 auf der visuellen analogen Schmerzskala (VAS) , maximal 4, minimal 3. Er sei müde während des Tages und habe ein verlangsamtes Arbeitstempo.

Dr. D.\_\_\_\_ konstatierte, dass eine Arbeitsunfähigkeit von 25 % bezogen auf das 80%-Pensum vorliege, was einer Arbeitsfähigkeit von 60 % entspreche. Diese Restarbeitsfähigkeit sollte auf 4 Tage verteilt werden, so dass das Gesamtpensum besser durch Pausen strukturiert werden könne und der Beschwerdeführer in einem langsameren Tempo arbeiten könne. Zumutbare Verweistätigkeiten, in denen eine höhere Arbeitsfähigkeit erzielt werden könnte, seien nicht denkbar ( Urk. 7/242/12 ff.). 3.8

PD Dr. C.\_\_\_\_ führte in seiner neurologischen Beurteilung vom 14. Januar 2021 aus ( Urk. 7/286/6 ff.) , dass - unter Berücksichtigung sämtlicher Vorakten und den darin erhobenen Befunden - auf neurologischem Fachgebiet zusammengefasst keine überwiegend wahrscheinlichen unfallkausalen funktionell einschränken den, relevanten neurologischen Defizite entstanden seien. Auch die bislang als möglicherweise neuropathisch eingeschätzten Beschwerden im rechtsseitigen Schulter-Arm-Syndrom seien nach der aktuellen Standortbestimmung in der Rehaklinik E.\_\_\_\_ nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in Unfallzusammenhang zu beurteilen bei Wegfall der Diagnose neuropathisches Schulter-Armsyndrom wegen fehlender charakteristischer Schmerzangaben, zumal auch als Vorschaden eine rechtsseitige Zervikobrachialgie seit 2016 bei bekannter Spondylarthrose und wahrscheinlich chronischen Myelopathiesignal C3-5 auf dem Boden einer degenerativen Spinalkanalstenose bekannt sei.

Im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bestätigten sich während des stationären Aufenthaltes Inkonsistenzen in der subjektiven Beschwerdewahrnehmung und der objektiven guten Funktion sowohl kognitiv als auch von der Ausdauer her. So sei in der ergotherapeutischen Berufstherapie festgestellt worden, dass er in einem Therapieprogramm von 4-5 Stunden täglich zwar über eine erhöhte Ermüdung klage, eine solche jedoch nicht objektivierbar gewesen sei und insbesondere auch keine Verminderung der Leistungseffizienz gegen Ende aufgetreten sei. Auch in der neuropsychologischen Testung habe er drei Stunden mit einer Pause gut durcharbeiten können , ohne objektivierbare Überforderungszeichen und bei uneingeschränkten qualitativen Leistungsergebnissen. Von neuropsychologischer Seite sei eine gewisse Belastungsminderung, jedoch nicht in Unfallzusammenhang, sondern bei dem neu diagnostizierten Schlafapnoesyndrom und möglicherweise in Kombination mit medikamentösen Effekten bei Pregabalin Gabe festgestellt worden. Insgesamt sei die Rehaklinik E.\_\_\_\_ zum Ergebnis gelangt, dass in Unfallzusammenhang eine vollständige Arbeitsfähigkeit für leichte administrative Tätigkeiten ganztags vor liege. Als weitere nicht in Unfallzusammenhang stehende Ursachen für die Tagesmüdigkeit sei auch ein bis August 2020 dokumentierter höherer Alkoholabusus als auch das Nichttragen der verordneten Maskenbehandlung bei

Schlafapnoesyndrom dokumentiert worden. Die Leistungseinbusse, bezogen auf ein Arbeitspensum von 80 % sei mit 10 % , entsprechend 3.5h pro Woche ein geschätzt worden, aufgrund leichter attentionaler Einbussen in Form einer all gemeinen Verlangsamung. Die auf der Grundlage der stationären A bklärung erfolgte unabhängige Einschätzung der aktuellen Arbeitsfähigkeit differiere deutlich von der eigenen Leistungseinschätzung des Beschwerdeführers mit lediglich 20-30 % , und lasse leider überwiegend nicht medizinische respektive nicht unfallkausale Gründe für den bislang nicht nachvollziehbaren fehlenden Pensums- und Leistungsaufbau bei der beruflichen Wiedereingliederung erkennen , bei aktenkundig fehlender Leistungsmotivation diesbezüglich. Psychiatrische Gründe seien von der Rehaklinik E.\_\_\_\_ und vom vertra uens är z t lichen Dienst ausdrücklich ausgeschlossen worden.

Abschliessend könne in Übereinstimmung mit der vertrauensärztlichen Ein schätzung vom 2 4. September 2020 festgestellt werden, dass die verbliebenen leichten Leistungseinschränkungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal seien, sondern mit einer leichten Tagesmüdigkeit mit geringen attentionalen Einschränkungen am ehesten einem Schlafapnoesyndrom mit schlechter Behandlungsc ompliance ohne das regelmässige Tragen der verordneten APAP-Maske geschuldet sei. Insbesondere sei eine charakteristische neuropathische Armschmerzkomponente, die in relevantem Ausmass die aktuelle Arbeitsfähigkeit einschränken würde, nicht mehr mit dem Bewe isgrad einer über wiegenden Wahr scheinlichkeit festzustellen , in Übereinstimmung mit der Beurteilung der Rehaklinik E.\_\_\_\_ .

Bei dem Beschwerdeführer seien abschliessend keine mit überwiegender Wahr scheinlichkeit unfallkausalen funktionell relevant einschränkenden neuro logischen Defizite oder Beschwerden feststellbar. Die angestammte Arbeits fähigkeit und Zumutbarkeit sei rein in Unfallzusammenhang daher als voll ständig einzuschätzen. Weitere Heilmassnahmen seien nicht geschuldet. 3.9

Nachdem der Beschwerdeführer Einsprache erhoben hatte (vgl. Urk. 7/302) , nahm PD Dr. C.\_\_\_\_

am 4. Mai 2021 erneut Stellung. Er konstatierte, dass der Beschwerdeführer Fussgänger ohne Hilfsmittel sei und eine funktionell relevante Querschnittslähmung bei fehlenden neurologischen Defiziten nicht mehr aus gewiesen sei, so insbesondere auch keine Schwächung der Atemmuskulatur. Ein unfallkausaler Zusammenhang des obstruktiven Schlafapnoesyndroms sei ent sprechend in keinem der Berichte ausgewiesen ,

es wird als unabhängige Diagnose geführt .

Die von Dr. D.\_\_\_\_ attestierte Einschränkung von 25 % sei darauf zurück zuführen, dass sie nicht nur die Arbeitsfähigkeit in rein unfallkausalem Zusammenhang, sondern gesamthaft beurteilt habe. Sie habe das schwere ob struktive Schlafapnoesyndrom mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt, wobei sie von einer Verbesserung des Beschwerdebildes einer Tages müdigkeit durch eine effektive Therapie des Schlafapnoesyndroms ausgehe und zum anderen durch die Beendigung der Therapie mit Pregabalin . Das Schlaf apnoesyndrom sei nicht unfallbedingt und aufgrund des Fehlens eines nachvoll ziehbaren neuropathischen Schmerzsyndroms sei keine Indikation für Pregabalin mehr gegeben gemäss der Standortbestimmung der Rehaklinik E.\_\_\_\_ . Ent sprechend könne an der Beurteilung vom 1 4. Januar 2021 festgehalten werden ( Urk. 7/305). 3.10

Der Beschwerdeführer reichte im Rahmen des Beschwerdeverfahrens vom 15. Juli 2021 den Bericht der behandelnden Ärzte des Zentrums für Paraplegie der Universitätsklinik B.\_\_\_\_ ein ( Urk. 10) . Diese führten aus, dass sich klinisch-neurologisch Residuen im Sinne der inkompletten Tetraplegie

sub C3, AIS D, zeigten. Es bestehe hierbei eine Betonung der sensiblen Störungen der Finger spitzen linksbetont sowie der Füsse. Weiterhin zeigten sich auch Störungen der Feinmotorik, insbesondere der linken Hand sowie eine Pallhypästhesie links betont.

Neurophysiologisch zeige sich kein Hinweis für eine relevante periphere Neuro pathie. Die Neurographien seien unverändert zum Vorbefund von 2018. Hinsichtlich der Tibialis -SEPs zeige sich ebenfalls eine leichte Verbesserung zu 2018 mit gut konfigurierten Amplituden der Tibialis -SEP und Latenzen im oberen Norm bereich.

Zusammenfassend lasse sich eine Polyneuropathie neurophysiologisch aktuell nicht bestätigen, sie gingen als Ursache der Beschwerden von Residuen der Tetraplegie aus , mit einer Betonung des spinothalamischen Traktes. Hinsichtlich der Arbeitssituation als auch Privatsituation bestünden weiterhin relevante Defizite , so sei z.B. das Gitarrespielen mit der linken Hand aufgrund der eingeschränkten Flexion von Dig . II nicht möglich, weiterhin sei hier die reduzierte Sensibilität einschränkend. Der Beschwerdeführer müsse, um dies zu kompensieren, eine erhöhte Konzentration aufwenden, die in der Summe seine Leistungsfähigkeit weiter einschränke, selbiges gelte für die Gangfunktion, hier sei eine erhöhte kompensatorische Arbeit zu leisten bei vorwiegend sensorisch bedingter, leichtgradiger Ataxie.

Sie bäten darum, dies bei der Begutachtung zur Arbeitsfähigkeit zu beachten. Sollte eine Objektivierung spinothalamischer Defizite versicherungstechnische Relevanz haben, könnten ggf. ergänzende Kontakthitze evozierte Potentiale ergänzt werden zur Messung der spinothalamischen Fähigkeit. 4.

#### 4.1

Die Ausführungen von PD Dr. C.\_\_\_\_ , insbesondere seine Stellungnahmen vom 14. Januar und 4. Mai 2021 (E. 3.8 und E. 3.9), erfüllen

die rechtsprechungs gemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 2.6 ). PD

Dr. C.\_\_\_\_ stützte seine Einschätzung

auf die relevanten Vorakten und würdigte diese sorgfältig, insbesondere auch den Austrittsbericht der Rehaklinik E.\_\_\_\_ und die Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_

( vgl. E. 3.5 und E. 3.7 ). Er berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. 4.2

Der Beschwerdeführer brachte demgegenüber vor, dass die Ärzte der Rehaklinik E.\_\_\_\_ eine Leistungseinbusse von ca. 10 % , d.h. ca. 3.5 Stunden pro Woche attestiert hätten, entsprechend bestünden Zweifel an den Ausführungen von PD Dr. C.\_\_\_\_ ( Urk. 1) .

Richtig ist, dass die Ärzte der Rehaklinik E.\_\_\_\_ eine Leistungseinbusse von 10 % attestierten und diese auf leichte attentionale Einbussen in Form einer Verlangsamung zurückführten, wobei das Ausmass der Leistungseinbusse durch einen Facharzt zu beurteilen sei ( Urk. 7/237/3). Präzisierend führten sie aus, dass sich die beklagte

Schmerzproblematik im Bereich der Arme nicht eindeutig auf ein neuropathisches Schmerzsyndrom zurückführen lasse und die Gabe von Pregabalin zu evaluieren sei. Darüber hinaus seien die beklagte Tagesmüdigkeit und die neuropsychologischen Defizite mehrheitlich im Rahmen des Schlaf-Apnoe-Syndroms und nicht als Unfallfolge zu erklären. Ausserdem liege keine strukturelle Hirnverletzung vor ( Urk. 7/237/5). Entsprechend gehen sie über einstimmend mit PD Dr. C.\_\_\_\_ davon aus, dass die Leistungseinbusse nicht unfallkausal ist. 4.3

Dr. D.\_\_\_\_ notierte zwar, dass die Arbeitsunfähigkeit unfallbedingt sei. Gleichzeitig notierte sie, dass die Prognose ungünstig sei im Hinblick auf das Erreichen einer vollen Arbeitsfähigkeit, hinsichtlich einer Teilzeitarbeitsfähigkeit sei sie allerdings günstig. Weitere Verbesserungen des Beschwerdebildes seien durch eine effektive Therapie des Schlafapnoesyndroms zu erwarten und evtl. auch durch eine Beendigung der Medikation mit Pregabalin . Entsprechend qualifizierte sie nebst der Cervikobrachialgie auch das Schlafapnoe-Syndrom als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit . Dass das Schlafapnoe-Syndrom unfallbedingt wäre, wurde von ihr allerdings zu keinem Zeitpunkt behauptet oder ausgeführt. Zusammenfassend hat Dr. D.\_\_\_\_ entsprechend ihrem Auftrag die Arbeitsfähigkeit gesamthaft unter Berücksichtigung des Schlafapnoe-Syndroms festgelegt, womit ihre Beurteilung diejenige von PD Dr. C.\_\_\_\_ - entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers - nicht in Zweifel zu ziehen vermag. 4.4

Der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens vom Beschwerdeführer eingereichte Bericht der behandelnden Ärzte des Zentrums für Paraplegie vom 15. Juli 2021 vermag die Ausführungen von PD Dr. C.\_\_\_\_ ebenfalls nicht in Zweifel zu ziehen: Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers berücksichtigte PD Dr. C.\_\_\_\_ die dokumentierten objektiven Befunde ausführlich und konstatierte, dass aus den umfangreichen neuropsychologischen Testungen mit vielen PC-Aufgaben keine Feinmotorikstörung hervorgehe, die die PC-Arbeit oder Testfähigkeit limitiert hätte ( Urk. 7/286/6). Entsprechend verneinte er nicht sämtliche neurologischen Defizite, sondern konstatierte, dass keine unfallkausalen funktionell relevant einschränkenden neurologischen Defizite oder Beschwerden feststellbar seien (vgl. E. 3.8) . Dies wurde auch seitens der behandelnden Ärzte nicht vorgebracht, welche lediglich eine Einschränkung beim Gitarrespielen attestierten (vgl. E. 3.9). Darüber hinaus machten die behandelnden Ärzte keine neuen konkreten, objektiv fassbare Aspekte namhaft machen, die PD Dr. C.\_\_\_\_ entgangen sind oder mit denen er sich unter Berücksichtigung der Vorakten nicht befasst hat. 4.5

Damit liegen keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Stellungnahme von PD Dr. C.\_\_\_\_

vor (vgl. E. 1.6). Nach dem Gesagten ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgestellt, dass der Beschwerdeführer aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht in der angestammten Tätigkeit voll arbeitsfähig ist. Bei dieser Aktenlage sind von weiteren medizinischen Abklärungen keine anderslautenden oder weitere entscheidung relevante Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 II 427 E. 3.1.3 S. 435 mit Hinweisen).

Demnach ist nicht zu bestanden, dass die Beschwerdegegnerin die Leistungen per 31. Januar 2021 eingestellt hat. Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich daher 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 Thomas Wehrli - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diese Entscheidung 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  
Die Gerichtsschreiberin  
Hurst Casanova

#### **E. 6**

unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-313), worüber der Beschwerdeführer am 13. September 2021 in Kenntnis gesetzt wurde ( Urk. 8). Mit Schreiben vom 28. September 2021 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht der Universitätsklinik B.\_\_\_\_ vom 15. Juli 2021 ein ( Urk.

#### **E. 9**

und Urk. 10), worüber die Beschwerdegegnerin am 11. Oktober 2021 in Kenntnis gesetzt wurde ( Urk. 12). 3.

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

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Einspracheentscheid dafür, dass gestützt auf die Beurteilungen von PD Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, überwiegend wahrscheinlich aus unfallkausaler Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Der Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, vermöge diese Einschätzung nicht in Frage zu stellen, da sie auch unfallfremde Einflüsse miteinbezogen habe. Darüber hinaus habe PD Dr. C.\_\_\_\_ überzeugend dargelegt, warum in casu nicht von einem wahrscheinlichen Kausalzusammenhang des Schlafapnoesyndroms und der unfallkausalen Verletzung auszugehen sei ( Urk. 2).

Der Beschwerdeführer brachte demgegenüber vor, dass Dr. D.\_\_\_\_ gestützt auf eine persönliche Untersuchung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 25 % bezogen auf das 80%-Pensum des Beschwerdeführers attestiert habe und als Ursache «Unfall» angekreuzt habe. Entsprechend vermöge diese Beurteilung Zweifel an den Ausführungen von PD Dr. C.\_\_\_\_ zu wecken. Auch die Ärzte der Rehaklinik E.\_\_\_\_ hätten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert, was ebenfalls Zweifel an der Beurteilung von PD Dr. C.\_\_\_\_ wecke ( Urk. 1). Die behandelnden Ärzte der Universitätsklinik B.\_\_\_\_

attestierten darüber hinaus neurologische Defizite, was von PD Dr. C.\_\_\_\_ verneint werde.  
Demnach seien weitere Abklärungen vorzunehmen ( Urk. 9). 2.

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