

# **BGer 8C 198/2011 vom 9. August 2011**

Bundesgericht, 2011-08-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_8C\\_198\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_198_2011)

FR: TF 8C 198/2011 du 9 août 2011

IT: TF 8C 198/2011 del 9 agosto 2011

## **Regeste**

Unfallversicherung (Kausalzusammenhang, Arbeitsfähigkeit) | Unfallversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Beschwerde kann wegen Rechtsverletzung nach Art. 95 f. BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an ( Art. 106 Abs. 1 BGG ). Immerhin prüft es grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind ( Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG ; BGE 133 II 249 E. 1.4.1 S. 254). Im Beschwerdeverfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Unfallversicherung ist das Bundesgericht nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden ( Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG ).

### **E. 2.1**

Die Vorinstanz hat die Grundlagen über den für die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem Gesundheitsschaden ( BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f.) sowie die erforderliche Adäquanz des Kausalzusammenhangs bei psychischen Unfallfolgen ( BGE 115 V 133 ) und Folgen eines Unfalls mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS) oder einer äquivalenten Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle ( BGE 134 V 109 ) richtig dargelegt. Gleiches gilt zum Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ( BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125) und zum Beweiswert von Arztberichten ( BGE 134 V 232 E. 5.1. S. 232). Richtig ist auch, dass die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle spielt, da sich hier adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken ( BGE 134 V 109 E. 2 S. 112). Darauf wird verwiesen.

### **E. 2.2**

Soweit sich ein Entscheid auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen stützt, sind nach Art. 43 f. ATSG und Art. 6 Ziff. 1 EMRK an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen: Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit dieser ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen ( BGE 135 V 465 ; Urteil 9C\_689/2010 vom 19. Januar 2011 E. 3.1.4). Ein medizinischer Aktenbericht ist beweistauglich, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Berichterstatter imstande ist, sich aufgrund der

vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95 E. 5d; Urteil 8C\_185/2010 vom 16. Juni 2010 E. 5).

### **E. 3**

Der Versicherte macht geltend, die Vorinstanz habe sich mit verschiedenen seiner Vorbringen nicht auseinandergesetzt, womit sie Art. 29 BV und Art. 6 EMRK verletzt habe. Gemäss dem Anspruch auf rechtliches Gehör ( Art. 29 Abs. 2 BV ) hat die Behörde ihren Entscheid zu begründen. Indessen ist es nicht erforderlich, dass sie sich mit allen Parteistandpunkten auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken. Die Begründung muss so abgefasst sein, dass sich die Parteien über die Tragweite des Entscheides Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache weiterziehen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich ihr Entscheid stützt ( BGE 134 I 83 E. 4.1 S. 88). Diese Anforderungen erfüllt der angefochtene Entscheid.

### **E. 4.1**

Der Versicherte legt neu einen Auszug aus dem FMH-Ärzteindex [<http://www.doctorfmh.ch>] betreffend Dr. med. T. \_\_\_\_\_ auf, was im Lichte von Art. 99 Abs. 1 BGG zulässig ist (vgl. auch SVR 2009 KV Nr. 1 S. 1 E. 3.4 [9C\_56/2008]). Die Vorinstanz stützte sich unter anderem auf die von der SUVA bei ihr eingereichte neurologische Aktenbeurteilung des Dr. med. T. \_\_\_\_\_, SUVA Versicherungsmedizin, vom 28. Juni 2010, welche dieser unterzeichnete als Facharzt für Neurologie FMH, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM. Es ist festzuhalten, dass Dr. med. T. \_\_\_\_\_ entgegen dem Vorbringen des Versicherten gemäss dem FMH-Ärzteindex seit dem Jahr 2000 den deutschen Facharzttitel für Neurologie besitzt (vgl. [www.doctorfmh.ch](http://www.doctorfmh.ch)), der im Jahr 2006 auch in der Schweiz anerkannt wurde (<http://medregom.admin.ch>). Seine psychiatrische Fachkenntnis braucht nicht näher geprüft zu werden, da er sich zu entsprechenden Fragen nicht äusserte und diesbezüglich aus seinem Aktenbericht vom 28. Juni 2010 auch nichts abgeleitet wird (E. 5 hienach).

### **E. 4.2**

Der Versicherte wendet weiter ein, im neurologischen Bericht der Poliklinik D. \_\_\_\_\_ vom 14. Mai 2010 werde beschrieben, die MR seines Schädels habe lakurane supratentoriale ischämische Veränderungen erbracht. Dabei handle es sich offensichtlich um eine schwammige Blutgefässeränderung unterhalb des Kleinhirns, also in der mittleren oder vorderen Schädelgrube. Dr. med. T. \_\_\_\_\_ und die Vorinstanz täten diese Feststellungen damit ab, die bisherigen Arztberichte hätten Entsprechendes bereits festgestellt und darauf verwiesen. Genau diese Feststellungen seien weder im CT des Spitals U. \_\_\_\_\_ (vom 22. Mai 2007) noch im von der Klinik Bellikon eingeholten MRI (vom 16. Oktober 2007) wiederholt worden. Was bereits vor dem Bericht der Poliklinik D. \_\_\_\_\_ festgestellt worden sei, sei lediglich die Sinusitis. Dr. med. T. \_\_\_\_\_ habe den Versicherten nicht untersucht, weshalb sein Bericht nicht stärker gewertet werden könne als der Bericht der Poliklinik D. \_\_\_\_\_ oder die anderen von ihm eingereichten Berichte. Dr. med. T. \_\_\_\_\_ vergleiche die Röntgenbilder aus den Jahren 2007 und 2010, was eine radiologische Frage sei; er überschreite damit sein Berufsfach und beweise damit seine Voreingenommenheit. Es handle sich um bildgebende Berichte, so dass für

deren Analyse kein Ermessensspielraum bestehe. Dr. med. T. \_\_\_\_\_ halte sich nur an gewisse Berichte und beweise damit, dass er nicht von sämtlichen Akten ausgehe. Er zeige selber auf, welche Widersprüche medizinisch vorlägen. Es ergebe sich somit, dass offensichtlich ein organisches Substrat vorliege; falls dies umstritten sei, müsste eine erneute Abklärung vorgenommen werden.

#### **E. 4.3**

Zu prüfen ist somit, ob die im Bericht der Poliklinik D. \_\_\_\_\_ vom 14. Mai 2010 mit einer Endokranium-MR festgestellten lakunären supratentorialen ischämischen Veränderungen eine natürlich kausale Folge des Unfalls vom 22. Mai 2007 sind.

##### **E. 4.3.1**

Aufgrund des Schädel-CT vom 22. Mai 2007 führte das Spital U. \_\_\_\_\_ am 23. Mai 2007 aus: Keine Fraktur. Keine Blutung. Normale Weite der Liquorräume. Rahmenartige Schleimhautschwellungen in den Kieferhöhlen und den Ethmoidalzellen, hier teils auch mit Spiegelbildungen im Sinne einer Sinusitis. Gemäss dem Austrittsbericht der Klinik L. \_\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2007 beurteilte Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Klinik I. \_\_\_\_\_ das von ihm am 16. Oktober 2007 durchgeführte Schädel-MRI wie folgt: Keine posttraumatischen Veränderungen intrakraniell bei regelrechtem Hirnparenchym. Die beschriebenen Veränderungen rechts auf Höhe der Corona radiata dürften asymmetrisch erweiterten Perivaskulärräumen entsprechen. Das Hirnparenchym sei sonst regelrecht ohne jegliche fokale Störung, ebenfalls normale Hirngefässe und Venensinus. Die Klinik L. \_\_\_\_\_ nahm hiezu am 29. Oktober 2007 wie folgt Stellung: Es hätten keine posttraumatischen Veränderungen intrakraniell bei regelrechtem Hirnparenchym dargestellt werden können.

##### **E. 4.3.2**

Dr. med. T. \_\_\_\_\_ legte in der Aktenbeurteilung vom 28. Juni 2010 dar, in der neurologischen Beurteilung der CT-Aufnahmen des Kopfes und der HWS vom 22. Mai 2007 fänden sich intrakraniell (innerhalb des Schädels) keine Hinweise auf eine unfallbedingte Hirnparenchymschädigung oder eine frische Einblutung. Beidseits frontal zeige das Hirnparenchym eine kortikale Atrophie (diffuse Hirnsubstanzminderung), die dort disproportional zum übrigen Cortex ausgeprägt sei und aus neurologischer Sicht altersgemäss erscheine. Diese sei nicht mit Wahrscheinlichkeit eine unfallbedingte Schädigung. Die Angiographie (Gefässdarstellung mit Kontrastmittel) habe keine wesentlichen Auffälligkeiten gezeigt; es könne kein Hinweis auf eine traumatisch bedingte Dissektion der hirnversorgenden Gefässe gefunden werden. Im sog. "Knochenfenster" (Darstellung knöcherner Strukturen) könne weder im Bereich des Kopfes noch der HWS eine Unfallfolge (wie z.B. eine Fraktur) erkannt werden. Die von radiologischer Seite her beschriebenen degenerativen Veränderungen im HWS-Bereich seien nachvollziehbar. In der neurologischen Beurteilung des MRI des Kopfes vom 16. Oktober 2007 verfestigte sich der Eindruck, dass beim Versicherten eine über altersgemässe frontale äussere (kortikale) Hirnatrophie vorliegen könne. Zudem lägen unspezifische Marklagerveränderungen vor, die z.B. als Folge der langjährigen Bluthochdruckerkrankung (arterielle Hypertonie) gewertet werden könnten. Die Veränderungen rechts auf Höhe der Corona radiata seien von radiologischer Sicht auf asymmetrisch erweiterte Perivaskulärräume und somit nicht als unfallbedingt gewertet worden. Hinweise für unfallbedingte frühere Hirnschädigungen oder Zeichen früherer intrakranielle Einblutungen seien nicht zu finden. Die im Bericht der

serbischen Neurologin der Poliklinik D. \_\_\_\_\_ vom 14. Mai 2005 beschriebenen Auffälligkeiten im "MR-Endokranium: Lakunäre supratentoriale ischämische Veränderungen, reduktive kortikale Veränderungen und maxillare Sinusitis rechtsseitig" seien in den vorliegenden Aufnahmen aus dem Jahre 2007 bereits in vergleichbarer Form bereits zu finden; sie stellten sämtlich keine wahrscheinlichen Unfallfolgen dar. Die im Bericht der Prim. Dr. E. \_\_\_\_\_, Allgemeinmedizinspezialistin, vom 15. Mai 2010 bezeichneten "sichtlichen Veränderungen ... besonders Veränderungen des Gehirngewebes" seien (unter Berücksichtigung der Aufnahmen aus dem Jahre 2007 und der Befunderhebung der Neurologin) nicht als unfallkausal zu bezeichnen. Da eine detaillierte Bildgebung des Kopfes (des Jahres 2007) vorliege und in den Aufnahmen des Jahres 2010 keine wahrscheinlichen Unfallfolgen beschrieben würden, sei eine neurologische Beurteilung der (vom Versicherten nicht vorgelegten) Bildgebung nicht erforderlich. Es lägen keine strukturellen oder organischen Unfallfolgen vor.

#### **E. 4.3.3.1**

Weder im Bericht der Poliklinik D. \_\_\_\_\_ vom 14. Mai 2010 noch in demjenigen der Frau Prim. Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 15. Mai 2010 wird dargetan oder begründet, dass die im MRI aus dem Jahre 2010 festgestellte Pathologie - lakunäre supratentoriale ischämische Veränderungen und reduktive kortikale Veränderungen sowie maxillare Sinusitis rechtsseitig - natürlich kausal auf den Unfall vom 22. Mai 2007 zurückzuführen sei; Gleiches gilt für den vom Versicherten im IV-Verfahren aufgelegten Bericht des Neurochirurgen Dr. A. \_\_\_\_\_, vom 5. November 2010. Aus diesen Berichten kann der Versicherte somit nichts zu seinen Gunsten ableiten. In diesem Lichte ist es auch nicht zu beanstanden, dass Dr. med. T. \_\_\_\_\_ auf den Beizug des MRI aus dem Jahre 2010 verzichtete. Entgegen dem Vorbringen des Versicherten kann nicht gesagt werden, dass Dr. med. T. \_\_\_\_\_ als Neurologe und zertifizierter medizinischer Gutachter SIM zur Beurteilung der vorliegenden Hirnproblematik nicht fachkompetent sei. Auf seine schlüssige und überzeugende Aktenbeurteilung vom 28. Juni 2010, die mit der Einschätzung der Klinik L. \_\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2010 übereinstimmt, kann demnach abgestellt werden. Es sind keine Gründe ersichtlich, seine Beurteilung in Zweifel zu ziehen.

#### **E. 4.3.3.2**

Soweit der Versicherte generell vorbringt, das Eidgenössische Versicherungsgericht (seit 1. Januar 2007 Bundesgericht) habe gewisse Schmerzen bzw. Beschwerden als organisch qualifiziert (zervikozephalobrachialgisches und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom; Kopf- und Nackenschmerzen und Konzentrationsstörungen; neuropsychologische Defizite, Nackenbeschwerden mit Ausstrahlungen in die Schulter; traumatische Genese eines Zervikalsyndroms), kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Gleiches gilt für seinen Einwand, es habe in ähnlich gelagerten Fällen in Bezug auf die Kopf-, Nacken- und Schuldersituation organische Unfallfolgen angenommen, obwohl entsprechende organische/strukturelle Läsionen nicht nachweisbar seien. Denn nach geltender Rechtsprechung kann von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen - bei denen die Unfalladäquanz praktisch keine Rolle spielt - erst gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden und die angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich auf breiter Basis anerkannt sind ( BGE 134 V 231 f. E. 5.1; SVR 2009 UV Nr. 30 S. 105 E. 2.1 [8C\_413/2008]; Urteil 8C\_717/2010 vom 15. Februar 2011 E. 2). Entsprechende Unfallfolgen wurden beim Versicherten mit den durchgeführten apparativen Abklärungen nicht festgestellt.

### **E. 4.3.3.3**

Da in somatischer Hinsicht von weiteren medizinischen Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind, kann darauf verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148; Urteil 8C\_944/2010 vom 21. März 2011 E. 7.2.6). Nach dem Gesagten liegen überwiegend wahrscheinlich keine organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen vor.

### **E. 5**

Der Versicherte macht geltend, er habe beim Unfall vom 22. Mai 2007 ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung erlitten, insbesondere eine Hirnverletzung. Die Vorinstanz verneinte dies. Wie es sich damit verhält, kann hier offen bleiben. Selbst bei Bejahung eines HWS-Schleudertraumas oder eines Schädel-Hirntraumas bzw. einer äquivalenten Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle könnte der Versicherte daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Die Klinik L.\_\_\_\_\_, wo er vom 6. September bis 18. Oktober 2007 hospitalisiert war, diagnostizierte eine Anpassungsstörung mit leichter depressiver Reaktion (ICD-10 F43.22; Austrittsbericht vom 29. Oktober 2007). Der ihn seit 22. November 2007 behandelnde Psychiater Dr. med. C.\_\_\_\_\_ diagnostizierte am 19. März 2008 depressive Störungen, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11); aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig. Im Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 23. Dezember 2008 diagnostizierte er eine Anpassungsstörung mit länger dauernder depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21); psychiatrischerseits sei er vom 27. November 2007 bis 4. November 2008 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Im Lichte dieser Berichte ist anzunehmen, dass ein natürlich-unfallkausales selbstständiges psychisches Geschehen vorliegt, das die Entwicklung bis zum Fallabschluss per 30. September 2008 wesentlich prägte. Es kann nicht gesagt werden, dass die psychischen Befunde beim Versicherten lediglich Teil des (grundsätzlich gleichwertigen) Gemenges physischer und psychischer Symptome bildeten, wie es die auf schleudertraumaähnliche Unfallmechanismen zurückzuführenden Verletzungsbilder kennzeichnet ( BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 126). Entscheidend ist, dass er psychisch nicht in der Lage war, den einigermaßen glimpflich verlaufenen Unfall in adäquater Weise zu verarbeiten, es vielmehr zu einer erheblichen psychischen Fehlentwicklung kam. Demnach prüfte die Vorinstanz die adäquate Unfallkausalität zu Recht nach der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen unter Ausschluss der psychischen Aspekte des Gesundheitsschadens ( BGE 115 V 133 ; SVR 2009 UV Nr. 49 S. 173 E. 4.2 [8C\_957/2008]; Urteil 8C\_835/2009 vom 6. Januar 2010 E. 4.1.2).

### **E. 6**

Die Vorinstanz hat mit einlässlicher Begründung, auf die verwiesen wird, richtig erwogen, dass der Fallabschluss per 30. September 2008 unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung rechtmässig war. Denn gestützt auf die Akten war von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung überwiegend wahrscheinlich keine namhafte, ins Gewicht fallende Besserung des Gesundheitszustandes bzw. Steigerung der Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten ( Art. 19 Abs. 1 UVG ; BGE 134 V 109 E. 4 S. 113 ff. und E. 6.1 S. 116). Gegenteiliges bringt der Versicherte nicht substantiiert vor.

### **E. 7**

Die Unfallschwere ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen. Irrelevant sind die Kriterien, die bei der Prüfung der Adäquanz bei mittelschweren Unfällen Beachtung finden (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 E. 5.3.1 [U 2/07]; Urteil 8C\_82/2011 vom 9. Juni 2011 E. 7.1). Aufgrund der Akten stürzte der Versicherte am 22. Mai 2007 aus ca. vier Metern Höhe auf einen Betonboden, wobei er glücklicherweise zunächst auf den Füßen landete und erst danach auf die Hände fiel und mit der Stirn am Boden aufschlug. Unter diesen Umständen ist der Unfall - der Vorinstanz folgend - als mittelschwer im mittleren Bereich zu qualifizieren (vgl. Urteil U 11/07 vom 27. Februar 2008 E. 4.2). Die adäquate Unfallkausalität des psychischen Gesundheitsschadens kann somit nur bejaht werden, wenn drei der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140; SVR 2010 UV Nr. 25 S. 100 E. 4.5 [8C\_897/2009]).

## **E. 8**

Die Vorinstanz sah keines der Adäquanzkriterien als erfüllt an.

### **E. 8.1**

Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person zu prüfen (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207 E. 3b/cc; Urteil 8C\_996/2010 vom 14. März 2011 E. 8.1). Auch wenn dem Unfall vom 22. Mai 2007 aufgrund der Sturzhöhe eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abgesprochen werden kann, liegen nicht Umstände vor, die zur Bejahung einer besonderen Dramatik oder besonderen Eindrücklichkeit führen könnten (vgl. Urteil U 11/07 E. 5.1).

### **E. 8.2**

Der Beschwerdeführer erlitt beim Unfall keine somatischen Verletzungen von besonderer Schwere und Art bzw. insbesondere keine Verletzungen, die erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

### **E. 8.3**

Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen. Von Bedeutung sind auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Es muss, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer gegeben sein. Manualtherapeutische Massnahmen zur Erhaltung des Zustandes sowie medikamentöse Schmerzbekämpfung allein genügen diesen Anforderungen nicht. Auch kommt einzig der Abklärung des Beschwerdebildes dienenden Vorkehren nicht die Qualität einer Heilmethodik in diesem Sinne zu (Urteil 8C\_279/2011 vom 6. Juli 2011 E. 10.4). Vom 22. bis 23. Mai 2007 war der Versicherte im Spital U. \_\_\_\_\_ hospitalisiert, wo er abgeklärt und konservativ behandelt wurde. Vom 6. September bis 18. Oktober 2007 weilte er in der Klinik L. \_\_\_\_\_, wo Kraft- und Ausdauertraining, eine Einzeltherapie zur Erarbeitung von Coping-Strategien sowie Therapie in einer Schmerz-Coping-Gruppe durchgeführt wurden. Im Übrigen bestand die unfallbedingte Behandlung im Wesentlichen in Medikamenteneinnahme, ambulanter Physio-, Wasser- und Kräftigungstherapie. In diesem Lichte ist das Kriterium nicht erfüllt. Gegenteiliges legt der Versicherte nicht substantiiert dar.

#### **E. 8.4**

Anlässlich der Besprechung mit der SUVA vom 11. April 2008 schilderte der Versicherte belastungs- und wetterabhängige Schmerzen. Zudem ist berücksichtigen, dass er im Juli 2007 für vier Wochen nach K. \_\_\_\_\_ zur Hochzeit seines Sohnes reiste und auch gemäss dem Bericht des Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 22. August 2008 in den Ferien war (vgl. Urteil 8C\_357/2009 vom 14. Dezember 2009 E. 9.4). Von besonders ausgeprägten körperlichen Dauerschmerzen kann somit nicht ausgegangen werden.

#### **E. 8.5**

Eine die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung ist aufgrund der Akten nicht ersichtlich. Entsprechende Umstände macht der Versicherte auch nicht substantiiert geltend.

#### **E. 8.6**

Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hiezu besonderer Gründe, welche die Genesung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben (SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 8.5 [U 479/05]). Der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden kann, genügt allein nicht für die Bejahung des Kriteriums (Urteil 8C\_213/2011 vom 7. Juni 2011 E. 8.2.5). In casu sind besondere Gründe für die Bejahung des Kriteriums weder konkret dargetan noch ersichtlich.

#### **E. 8.7**

Der Versicherte legt nicht substantiiert dar und es geht auch nicht aus den Akten hervor, dass im Lichte seiner ausgeprägten psychischen Problematik (E. 5 hievor) eine unfallbedingte somatische Arbeitsunfähigkeit in einem Ausmass vorlag, das die Bejahung des Kriteriums des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würde. Jedenfalls wäre es nicht besonders ausgeprägt erfüllt.

#### **E. 8.8**

Da der Unfall vom 22. Mai 2007 als mittelschwer im mittleren Bereich zu qualifizieren ist (E. 7 hievor), ist die Dauerhaftigkeit eines allfälligen psychischen Integritätsschadens des Versicherten und damit auch der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung ( Art. 24 Abs. 1 UVG ) regelgemäss zu verneinen ( BGE 124 V 29 E. 5c/bb S. 44 f., 209 S. 214; Urteil 8C\_792/2009 vom 1. Februar 2010 E. 7.2.2 in fine).

#### **E. 8.9**

Nach dem Gesagten haben SUVA und Vorinstanz die adäquate Unfallkausalität des psychischen Gesundheitsschadens und damit die diesbezügliche Leistungspflicht der Ersteren ab 1. Oktober 2008 zu Recht verneint. In diesem Punkt kann auf weitere medizinische Abklärungen verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148).

#### **E. 9**

Dem Prozessausgang entsprechend werden die Kosten dem Versicherten auferlegt ( Art. 66 Abs. 1, Art. 68 Abs. 2 BGG ; BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235).

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