

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/53 vom 27. Mai 2010**

Sg Versicherungsgericht, 2010-05-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2009\\_53](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2009_53)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/53 du 27 mai 2010

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/53 del 27 maggio 2010

## **Regeste**

Art. 6 UVG: Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden im Nachgang zu einem Arbeitsunfall (mit leichtem Schädelhirn-Trauma). Verneinung der Adäquanz (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. Mai 2010, UV 2009/53).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Streitig ist, ob die Leistungen, welche von der Beschwerdegegnerin aufgrund des Unfallereignisses vom 15. März 2007 ausgerichtet wurden, auf den 31. Dezember 2008 eingestellt werden durften oder nicht. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 Erw. 2 mit Hinweisen). Dabei muss der Unfallversicherer jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 Erw. 3b). Ebenso wenig hat der Unfallversicherer den negativen Beweis zu erbringen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 18. Dezember 2003 i/S Z. [U 258/02], vom 25. Oktober 2002 i/S L. [U 143/02] und vom 31. August 2001 i/S O. [U 285/00]).

1.2 Gemäss ständiger Praxis des EVG kann ein nach einem versicherten Unfall neu aufgetretenes Leiden nur dann als dessen Folge betrachtet werden, wenn und soweit es sicher oder doch zumindest überwiegend wahrscheinlich von jenem Unfall herrührt (natürliche Kausalität; BGE 115 V 133 sowie 117 V 359 und 134 V 109). Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung des Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1 und 118 V 289 Erw. 1b je mit Hinweisen). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Fragen nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beurteilen (BGE 123 III 110 Erw. 3a). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit Bild

gebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb, 123 V 102 Erw. 3b, 118 V 291 Erw. 3a, 117 V 365 Erw. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen 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 Erw. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 Erw. 2a). Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 Erw. 3b).

## **E. 2**

2.1 Im Nachgang zu einer neuropsychologischen Untersuchung im Kantonsspital St. Gallen wurde im Bericht vom 14. Mai 2007 festgehalten, der Beschwerdeführer habe ab der 2./3. Klasse eine Sonderschule besucht und eine zweijährige Anlehre absolviert. Ein Teil der festgestellten Defizite (Schreiben, Rechnen, Lernen) dürfte deshalb vorbestehend sein. Inwiefern durch den Unfall eine Verschlechterung der kognitiven Leistungen vorliege, könne nicht beurteilt werden. Eine neuropsychologische Therapie sei nicht indiziert; eventuell sei ein vorbereitendes Arbeitstraining sinnvoll (UV-act. 13). Der Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, erachtete am 29. Mai 2007 eine psychotherapeutische Behandlung als erforderlich (UV-act. 17). Eine solche wurde in der Folge aufgenommen (UV-act. 22, 65). Eine Kernspintomographie des Neurocraniums vom 14. Juni 2007 ergab im Wesentlichen eine unauffällige Darstellung des Gehirns ohne Anhalt für umschriebene oder diffuse Strukturdefekte (UV-act. 23). Vom 8. August bis 7. September 2007 hielt sich der Beschwerdeführer zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon auf, wo ein Arbeitsunfall vom 15. März 2007 mit leichter traumatischer Hirnverletzung, Rissquetschwunde am Kopf, Zahnschäden und cervicobrachialem Schmerzsyndrom rechtsbetont sowie ein rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach Diskushernienoperation L4/L5 rechts am 4. Januar 2001 und ein Verdacht auf fluktuierende dissoziative Störung mit mindestens einmaliger Episode von Depersonalisation und akzentuierten Persönlichkeitszügen bei histrionischen Anteilen diagnostiziert wurden. Zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen liege eine leichte bis mittelschwere kognitive Leistungsminderung infolge einer neuropsychologischen Funktionsstörung vor, die nicht Folge einer primär hirnorganischen Schädigung sei. Eine klare Trennung von unfallkausalen und nicht unfallkausalen Einschränkungen sei schwierig. Aufgrund des Abbruchs der Hospitalisation durch den

Patienten habe keine abschliessende Testung und Beurteilung durchgeführt werden können. Infolge Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate von physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als bei den Tests und Therapien gezeigt worden sei. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung sowie der Diagnose aus somatischer Sicht (bezüglich Kopf und Nacken) nur ungenügend erklären. Es sei nicht auszuschliessen, dass die vorbestehenden intermittierenden lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung in die Beine durch den Unfall vom 15. März 2007 verschlechtert worden seien. Bei Eintritt in die Klinik hätten allerdings die Kopfschmerzen klar im Vordergrund gestanden. LWS-Beschwerden seien nur am Rand geklagt worden. Eine Exazerbation der lumbalen Schmerzen sei während eines Wochenendurlaubs geschehen. Bei Klinikaustritt wurde dem Beschwerdeführer - hinsichtlich der Folgen der erlittenen MTBI (bzw. *Commotio cerebri*) - in der angestammten Tätigkeit wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 % attestiert, wobei für den Wiedereinstieg während vier bis sechs Wochen eine reduzierte Leistung von 50 % als gerechtfertigt erachtet wurde. Aufgrund der lumbalen Problematik sei die teils schwere Arbeit nicht mehr vollumfänglich zumutbar. Zumutbar seien aktuell leichte Arbeiten ohne rückenbelastende Zwangspositionen und ohne längeres Gehen, Stehen und Sitzen am Stück während einer ganztägigen Arbeitszeit. Diese Beurteilung sei im Rahmen einer BEFAS-Abklärung ähnlich festgelegt worden (UV-act. 40). Im neuropsychologischen Bericht der Rehaklinik Bellikon wurde unter anderem festgehalten, die kognitiven Schwierigkeiten seien sehr wahrscheinlich durch multiple Faktoren bedingt, hauptsächlich jedoch wahrscheinlich durch die Schmerzproblematik. Eine primär traumatisch-somatisch-organische Ursache sei sechs Monate nach durchgemachter MTBI unwahrscheinlich, allenfalls möglich, stehe aber, so vorhanden, mit hoher Wahrscheinlichkeit im Hintergrund (UV-act. 38).

2.2 Suva-Arzt Dr. med. D. \_\_\_ kam in seiner Beurteilung vom 27. September 2007 zum Schluss, aus dem Jahr 2001 sei eine Bandscheibenoperation bekannt. Bekannt sei auch eine reduzierte körperliche Arbeitsfähigkeit wegen der Restproblematik mit Rückenschmerzen unter Belastung und einer Ausstrahlungssymptomatik ins rechte Bein. Der Unfall vom 15. März 2007 könne nicht die Ursache für den erneuten Bandscheibenvorfall sein. Die Kostenübernahme für die vorgesehene Operation sei deshalb abzulehnen (UV-act. 44). Die Arbeitgeberin löste das Arbeitsverhältnis mit dem Beschwerdeführer auf Ende Oktober 2007 auf (UV-act. 45). Ende September 2007 war im Spital Herisau eine Rückenoperation im LWS-Bereich vorgenommen worden (UV-act. 53, 60). Eine Abklärung durch Dr. med. E. \_\_\_, Augenärztin FMH, ergab gemäss Bericht vom 3. Dezember 2007 einen im Rahmen der ophthalmologischen Untersuchung erhobenen altersentsprechenden und unauffälligen morphologischen Befund. Auffällig sei eine Exophorie in die Nähe gewesen, die aber gut kompensiert werden könne und die Beschwerden nicht erkläre. Einzig die Tränenaufrisszeit sei deutlich im Sinne einer Sicca-Symptomatik reduziert gewesen. Diesbezüglich werde die Fortführung der Therapie empfohlen (UV-act. 59). Am 8. Dezember 2007 berichtete Dr. C. \_\_\_, die postoperative Phase sei abgeschlossen und die von den Diskushernien herrührenden Beschwerden seien deutlich abgeklungen. Unverändert heftig seien aber die vom Unfall herrührenden Beschwerden (Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, Nebelsehen, Angstzustände). Ein Zusammenhang der Sehstörungen mit dem Unfall habe nicht erhärtet werden können. Die bisherigen

Behandlungsergebnisse seien dürftig. Die erwähnten Beschwerden seien multifaktoriell bedingt und teilweise die Folge einer schon vor dem Unfall bestehenden ungünstigen Disposition des Patienten (UV-act. 60; act. G 9 Beilage 4). Suva-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ hielt am 19. Dezember 2007 fest, er sehe höchstens einen möglichen kausalen Zusammenhang zwischen der erneuten Diskushernie und dem Trauma vom 15. März 2007, welches die mit grösster Wahrscheinlichkeit schon vorher vorhandene Diskushernie möglicherweise klinisch habe symptomatisch werden lassen. Jedenfalls habe die Rückenproblematik nach dem Unfall nicht im Vordergrund der ärztlichen Bemühungen gestanden (UV-act. 63). Die Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, lic. phil. F.\_\_\_\_, hielt im Bericht vom 14. Januar 2008 fest, mit dem Beschwerdeführer hätten im Juni 2007 zwei Sitzungen stattgefunden; weitere vereinbarte Termine habe er nicht wahrgenommen. Es sei die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung zu stellen. Der Beschwerdeführer wolle ohne Wiedereingliederungsmassnahmen eine Stelle suchen (UV-act. 68). Dr. C.\_\_\_\_ bestätigte am 30. Januar 2008 eine unklare, teils lagerungsabhängige rezidivierende Übelkeit (UV-act. 74). Eine Vestibularisabklärung im Kantonsspital St. Gallen musste gemäss Bericht vom 27. Februar 2008 abgebrochen werden, nachdem der Beschwerdeführer über eine massive Übelkeit klagte. Die Anamnese spreche aber sicher gegen das Vorliegen einer peripher-vestibulären Störung (UV-act. 83). Suva-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie FMH, hielt im Bericht vom 27. März 2008 fest, ein direktes Augentrauma könne vorliegend ausgeschlossen werden. Bei der Sicca handle es sich um ein krankhaftes Geschehen. Die Nahexophorie sei etwas sehr Häufiges in der Bevölkerung. Die Myopie und der Astigmatismus seien angeboren. Die Siccasympptomatik, die Nahexophorie und die Myopie stünden nicht mit genügender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Unfall vom 16. März 2007. Eine weitere ophthalmologische Abklärung sei unfallbedingt nicht indiziert (UV-act. 87).

2.3 Eine multidisziplinäre MEDAS-Begutachtung des Beschwerdeführers ergab gestützt auf Abklärungen vom Juni und Juli 2008 gemäss Bericht vom 21. August 2008 die Hauptdiagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eines (1) Status nach leichter traumatischer Hirnverletzung, RQW Scheitel und Zahnschäden am 15. März 2007, (2) einer persistierenden Kopfschmerzproblematik bei MTBI und unklarer, teils lagerungsabhängiger rezidivierender Übelkeit und Schwindelattacken schon bei geringer körperlicher und geistiger Anstrengung, (3) einer multifaktoriell bedingten leichten kognitiven Störung bei Status nach leichter traumatischer Hirnverletzung, (4) von vorbestehenden habituellen kognitiven Teilleistungsschwächen, (5) eines persistierenden lumbovertebralen Schmerzsyndroms und (6) einer psychischen Überlagerung der Ganzkörperschmerzsymptomatik. Die Gutachter kamen unter anderem zum Schluss, für die angelernte Tätigkeit als Plattenleger bestehe aus orthopädischer Sicht wegen Rückenbeschwerden eine volle Arbeitsunfähigkeit. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Pulverbeschichtung bestehe aus orthopädischer Sicht unter Berücksichtigung der qualitativen Einschränkungen (keine Lasten wiederholt über 25 kg heben, keine Arbeiten in Zwangshaltung) keine weitere Einschränkung. Zusätzlich seien aufgrund der posttraumatischen Kopfschmerzproblematik Einschränkungen im Ausmass von 10-20 % aufgrund nicht voraussehbarer schmerz- und schwindelbedingter Ausfälle zu berücksichtigen. Psychiatrischerseits werde eine ca. 20 %ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestätigt. Neuropsychologischerseits werde derzeit höchstens von leichten kognitiven Störungen ausgegangen, welche bezüglich der bisherigen oder einer anderen Hilfsarbeitertätigkeit theoretisch zu einer leichten Einschränkung (bis 20 %) in leistungsmässiger Hinsicht führen könnten. Polydisziplinär werde von einer rund 20-30

%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten ab dem Zeitpunkt der MEDAS-Untersuchung ausgegangen, wobei zuvor unfallbedingt ab 15. März 2007 volle Arbeitsunfähigkeiten zu berücksichtigen seien. Psychiatrischerseits würden medizinische Massnahmen als kaum durchführbar beurteilt. Berufliche Massnahmen seien im Rahmen einer BEFAS-Abklärung wünschenswert, um die weiteren Möglichkeiten eines Arbeitseinsatzes zu prüfen. Somatischerseits ergäben sich keine Empfehlungen, die zu einer wegweisenden Verbesserung der Arbeitsfähigkeit bzw. einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes führen würden. Orthopädischerseits sei keine weitere Behandlung notwendig. Bezüglich der Schmerzproblematik sei der Einsatz von Analgetika zu erwägen. Aus orthopädischer Sicht werde festgehalten, dass es an typischen Nackenbeschwerden fehle. Eine typische HWS-Distorsion sei mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht abgelaufen. Die Beschwerden (Kopfschmerzen, Schwindel, Unverträglichkeit von lauten Geräuschen, Müdigkeit, Schlafrythmusstörungen und Konzentrationsschwierigkeiten) seien als typisch infolge eines protrahierten Verlaufs nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma zu beurteilen. Bezüglich Kopfschmerzproblematik könne ein morphologisches Korrelat nicht gefunden werden. Eine Unfallkausalität der Kopfschmerzen könne nach objektiven Kriterien weder bewiesen noch ausgeschlossen werden. Orthopädischerseits bestünden keine unfallkausalen Beschwerden; die degenerativen Veränderungen der LWS seien unfallfremd. Eine schwere, mit CTI oder MRI nachweisbare Hirnverletzung habe nicht objektiviert werden können. Ophthalmologischerseits unfallfremd seien die Sicca-Problematik, die leichtgradige Exophorie und die leichte Myopie. Unfallfremd sei auch die psychische Problematik. Die Gesundheitsstörungen im Zusammenhang mit dem typischen Beschwerdebild nach HWS-Distorsionstrauma würden gegenüber den psychischen Beschwerden nicht in den Hintergrund treten (UV-act. 103 S. 31-34). Am 2. September 2008 erklärte der Beschwerdeführer unter anderem, die angegebenen Medikamente wolle er nicht einnehmen, da er sich davon keine Verbesserung verspreche (UV-act. 105). Am 4. November 2008 berichtete das Psychiatrische Zentrum St. Gallen, zum aktuellen Zeitpunkt werde keine ausreichende Motivation des Patienten für eine Behandlung gesehen. Eine Behandlung werde von ihm nicht gewünscht (UV-act. 110). Dr. C. \_\_\_ wies im Schreiben vom 18. Dezember 2008 darauf hin, aus hausärztlicher Sicht sei nachvollziehbar, dass die Beschwerdegegnerin einen Zusammenhang der Lendenwirbelbeschwerden mit dem Unfall vom 15. März 2007 ablehne. Es bestünden aber erhebliche Kopfschmerzen, Gedächtnisstörungen und eine bei Belastung auftretende Übelkeit. In der Suva-Verfügung vom 10. Dezember 2008 sei nur auf organisch nachweisbare Beschwerden abgestellt worden, nicht aber auf psychosomatische Beschwerden. Das erhebliche Vermeidungsverhalten des Patienten weise auf eine schwere psychische Beeinträchtigung durch den Unfall hin (Beilage zu UV-act. 116). Mit Verfügung vom 21. April 2009 gab die IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Versicherten bekannt, es werde Beratung und Unterstützung bei der Arbeitsplatzrehabilitation und Stellensuche durch die Eingliederungsberaterin gewährt (UV-act. 129).

### **E. 3**

3.1 Von organisch-strukturell objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 9, 117 V 359 Erw. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 Erw. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 Erw. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008 i/S H.B.-G. [8C\_124/2008] mit vielen

Hinweisen, sowie vom 7. Februar 2008 i/S D. [U 13/07] Erw. 3.2 und 3.3). Nach Lage der medizinischen Akten fehlt es vorliegend an somatisch-strukturellen Befunden, welche auf das Unfallereignis vom 15. März 2007 zurückzuführen sind. Hiervon geht auch der Beschwerdeführer aus (act. G 3 S. 3). Ist ein Schleudertrauma der HWS oder eine äquivalente Verletzung (vorliegend: Status nach leichter traumatischer Hirnverletzung) diagnostiziert und liegt kein fassbarer organischer (unfallbedingter) Befund an der HWS vor, muss für die Bejahung der natürlichen Kausalität ein typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. gegeben sein (BGE 117 V 359 Erw. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 Erw. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 Erw. 9). 3.2 Im Bericht des Spitals Flawil vom 22. März 2007 wurden im Nachgang zum streitigen Unfall gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers unter anderem Schmerzen am Schädel und an der Schulter mit Übelkeit und anterograder Amnesie und ein vernebelter Visus sowie Kopf- und Nackenschmerzen vermerkt (UV-act. 2). Am 13. April 2007 gab der Beschwerdeführer an, er sei vielleicht eine Sekunde "weg" gewesen. Eine Bewusstlosigkeit habe aber nicht bestanden (UV-act. 9). Gemäss Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 12. April 2007 klagte der Beschwerdeführer über typische Beschwerden eines protrahierten Verlaufs nach leichtem Schädel-Hirntrauma wie Kopfschmerzen, Schwindel, Unverträglichkeit von lauten Geräuschen, Müdigkeit, Schlafrhythmusstörungen und Konzentrationsschwierigkeiten (UV-act. 12). Angesichts der geschilderten Aktenlage ist ohne weiteres vom Auftreten eines typischen Beschwerdebilds mit einer Häufung von Beschwerden auszugehen. Ärztlicherseits wurde sodann bei - allerdings höchstens kurzzeitiger - unfallbedingter Bewusstseinsbeeinträchtigung/Amnesie und äusserlich sichtbarer Kopfverletzung (Rissquetschwunde) eine leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI) bestätigt (vgl. dazu S. Johannes/R. Schaumann-von Stosch, Grundlegende Aspekte der leichten traumatischen Hirnverletzung, Medizinische Mitteilungen der SUVA Nr. 78 [2007], 74ff). Die Beschwerdegegnerin ging im Resultat von einer - wenn auch zeitlich befristeten - Unfalleinwirkung aus, indem sie ihre Leistungspflicht für die Erst-Behandlung bis Ende Dezember 2008 anerkannte. Es gibt Fälle, in denen bei sonst unauffälligen Untersuchungsbefunden neuropsychologische Abklärungen Hirnleistungsstörungen aufzeigen können und der neuropsychologische Befund der einzig verlässliche Parameter ist (BGE 117 V 378 Erw. 3d). Jedenfalls bei eindeutigem, nicht diffusem Befund kann der neuropsychologischen Diagnostik - im Rahmen einer neurologischen Gesamtwürdigung - nach der Rechtsprechung auch bei der Kausalitätsbeurteilung ein Aussagewert zukommen (BGE 119 V 343 Erw. 3c). Hingegen vermag es die Neuropsychologie nach derzeitigem Wissensstand nicht, selbständig die Beurteilung der Genese abschliessend vorzunehmen (RKUV 2000, 316 Erw. 3). Nach B.P. Radanov (Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, SZS 1996, S. 471 ff) sind psychologische Probleme (und die eingenommenen Medikamente) geeignet, die kognitiven Leistungen negativ zu beeinflussen (S. 477). Psychologische Probleme bzw. die Interrelation psychologischer und kognitiver Funktionen könnten die reduzierte Leistungsfähigkeit mit erklären (S. 475). - Aufgrund der in Erw. 2 dargelegten einschlägigen medizinischen Akten ist davon auszugehen, dass die kognitiven Funktionen beim Beschwerdeführer durch vorbestehende Defizite (im Schreiben, Rechnen, Lesen; UV-act. 13) und durch den psychischen Befund (UV-act. 38 S. 6) sowie das Schmerzerleben (UV-act. 101) mit beeinflusst wurden und die neuropsychologischen

Einschränkungen damit eine vielschichtige Ursache aufweisen. Damit können neuropsychologische Unfall-Restfolgen im Sinn eines selbständigen, klar abgrenzbaren Befunds nicht als nachgewiesen gelten. Neuropsychologische Einschränkungen können hingegen Teil des typischen Beschwerdebilds nach leichtem Schädelhirn-Trauma bilden. Inwiefern dies konkret tatsächlich der Fall ist, kann offenbleiben, nachdem das typische Beschwerdebild wie dargelegt unabhängig davon zu bejahen ist.

3.3 Die ärztliche Behandlung des Beschwerdeführers nach dem streitigen Unfall zeigte geringe Ergebnisse (UV-act. 60) bzw. wurde teilweise vorzeitig abgebrochen (UV-act. 40, 74). Gestützt auf das MEDAS-Gutachten ist davon auszugehen, dass per Ende Dezember 2008 keine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit mit der Aussicht auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr vorlag. Die Beschwerdegegnerin nahm somit zu Recht den Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG - als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung (BGE 134 V 109) - an. Das Vorliegen eines Schädel-Hirntraumas, worunter sämtliche Hirnfunktionsstörungen mit oder ohne morphologisch fassbare Schädigung des Gehirns und seiner Hüllen, einschliesslich Gehirnschädel und Kopfschwarte subsumiert werden (Trentz/Bühren, Checkliste Traumatologie, Stuttgart/New York 2001, S. 122 ff.), rechtfertigt die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis nur, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen Comotio und Contusio cerebri liegt. Leichte Hirnerschütterungen hingegen reichen hierfür nicht aus (Urteil des EVG i/S K. vom 6. Mai 2003 [U 6/03]). Die Schwere eines Schädel-Hirntraumas wird üblicherweise nach dem Punktwert in der Glasgow-Coma-Skala (GCS) eingeteilt. In dieser Skala erhält der Patient für bestimmte Reaktionen (wie Augenöffnen, Reaktion auf Schmerzreize und sprachliche Äusserungen) eine Anzahl von Punkten, welche zum Schluss addiert werden. Der schlechteste Wert beträgt 3, der beste 15. Von einem leichten Schädel-Hirntrauma spricht man bei einem GCS-Wert von 13 bis 15 (mittelschwer: 9 bis 13, schwer: 3 bis 8; vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 260. Aufl., Berlin/New York 2004, zu "Bewusstseinsstörung"; Trentz/Bühren, a.a.O., S. 123; Urteil des EVG vom 13. Juni 2005 i/S S. [U 276/04] Erw. 2.2.1). Vorliegend ist nach Lage der Akten von einer leichten traumatischen Hirnverletzung (UV-act. 40, 103) auszugehen, womit sich die Anwendung der so genannten Schleudertraumapraxis rechtfertigt. Die Adäquanz beurteilt sich damit nach Massgabe der in BGE 117 V 359 Erw. 6 entwickelten und in BGE 134 V 109 Erw. 10 präzisierten Kriterien. Dabei ist auf eine Differenzierung zwischen psychischen und physischen Komponenten zu verzichten, fehlt es doch nach Lage der Akten (UV-act. 103 S. 33) an einer Dominanz psychischer Probleme (vgl. BGE 123 V 98 Erw. 2a). Letzteres trifft sowohl bezogen auf den Zeitraum bis Ende 2008 als auch für die Zeit danach zu.

#### **E. 4**

4.1 Der in Frage stehende Unfall - ein bzw. mehrere auf einen Transportwagen geladene Fensterstahlrahmen mit einem Gesamtgewicht von 250-300 kg kippten wegen mangelnder Sicherung auf die Seite, wobei einer davon den Beschwerdeführer am Kopf und an der rechten Schulter traf (UV-act. 1, 9, 11, 57) - kann nicht als ein ausserordentlich schweres, lebensbedrohliches Geschehen im Sinn der Praxis (dargestellt in RKUV 1995, 91) eingestuft werden (vgl. auch Urteil des EVG vom 13. Juni 2005 [U 276/04] Erw. 2.3). Nach Darstellung des Beschwerdeführers schützten die von ihm bereit gestellten Böcke (aus Holz) ihn davor, dass der (rund 100 kg schwere) Fensterstahlrahmen auf ihn fiel (vgl. UV-act. 9); die Holzböcke hätten den Schlag auf den Kopf abgefedert (act. G 3 S. 2) und damit tödliche Verletzungen verhindert (act. G 3 S. 3). Die Unterscheidung zwischen

mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen und solchen im mittleren Bereich ist insofern von Bedeutung, als bei Unfällen im mittelschweren Bereich nach der Praxis mehrere Zusatzkriterien erfüllt sein müssen, um die Adäquanz bejahen zu können, wobei die Zahl um so geringer sein kann, je näher das Ereignis bei den schweren Unfällen liegt (vgl. dazu BGE 115 V 133 Erw. 6c/bb). Es scheint konkret gerechtfertigt, von einem mittelschweren Unfall auszugehen, allerdings - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - nicht im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen (vgl. dazu etwa die Sachverhalte in den Urteilen des EVG vom 14. April 2000 i/S S. [U 257/99]) und vom 24. August 2007 i/S K. [U 497/06] Erw. 4.2). Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs ist somit zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise vorliegt oder die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind ( BGE 117 V 359 Erw. 6b). Von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls kann nicht gesprochen werden. Sodann vermögen die Diagnosen eines leichten Schädelhirn-Traumas mit Rissquetschwunde am Kopf sowie Höcker- und Kronenfrakturen an fünf Zähnen - "ausgeschlagene" Zähne (act. G 3 S. 2) lagen nicht vor (vgl. Bebilderung in UV-act. 15) - die Schwere oder besondere Art der Verletzung für sich alleine nicht zu begründen. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für Schädelhirn-Traumen typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen. Solche Umstände sind hier nicht gegeben. Wenn der Beschwerdeführer geltend machen lässt, er meide auch heute noch das Aufsuchen der Unfallstelle (act. G 3 S. 3), ist dies mit seiner Angabe gegenüber den behandelnden Personen des Psychiatrischen Zentrums, wonach ein Vermeiden von Orten und Situationen nicht vorliege (UV-act. 110), nicht in Einklang zu bringen. Es liegt auch keine besondere Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden vor (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.2.2 mit Hinweisen). 4.2 Was das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.2.3) betrifft, ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 15. März 2007 bis Ende 2008 in ärztlicher Behandlung stand. Dabei handelte es sich zum einen um die Durchführung einer Physiotherapie bzw. Osteopathie (vgl. zum Ganzen UV-act. 103 S. 6-12). Den stationären Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon (UV-act. 40) brach der Beschwerdeführer - gleich wie die psychotherapeutische Behandlung (UV-act. 68) - vorzeitig ab. Die Ende September 2007 durchgeführte LWS-Operation (UV-act. 44, 53, 60) betraf keine Unfallfolgen. Weitere Abklärungsmassnahmen (UV-act. 59, 103) ergaben die Unfallfremdheit des Augenbefundes und der psychischen Problematik. In Anbetracht dieser Aktenlage kann eine fortgesetzt spezifische, den Beschwerdeführer belastende ärztliche Behandlung im Sinn der Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2008 i/S S. [8C\_331/2007], Erw. 4.2.3) nicht bzw. höchstens geringgradig als belegt gelten. Adäquanzrelevant können im Weiteren in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.4). Der Beschwerdeführer leidet gemäss den anamnestischen Angaben im neuropsychologischen Konsiliargutachten vom 22. Juli 2008 an ständigen Kopfschmerzen mit Ausstrahlung bis in den Nacken und die Schultern. Die Schmerzen würden hin und her gehen, seien überall. Er

habe grosse Schwierigkeiten mit dem Schlucken (Würgereiz). Im Zusammenhang mit den Kopfschmerzen habe er oft Schwindel. Zudem habe er Rückenprobleme. Bei starken Kopfschmerzen sei jeweils die ganze Konzentration weg (UV-act. 101 S. 4). Auch unter Ausklammerung der unfallfremden Beschwerden im Rücken lässt sich das Kriterium der ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden erheblichen Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in Abrede stellen, wobei der Beschwerdeführer jedoch weiterhin Auto fahren und soziale Kontakte pflegen kann. Auch fünfständige Fahrten sind mit entsprechenden Pausen offenbar möglich (act. G 3 S. 4; UV-act. 102 S. 3, UV-act. 103 S. 24). Das Kriterium ist somit erfüllt, wenn auch in nicht sehr ausgeprägter Weise. Im Weiteren können ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen nicht schon dann angenommen werden, wenn die Therapien zu keinem Heilungserfolg führten. Dieses Kriterium ist deshalb nicht erfüllt. Ebenso wenig kann von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, gesprochen werden.

4.3 Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsfähigkeit anbelangt, ist gemäss BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7 dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS und leichten Schädelhirntraumen ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7). -

Nachdem Dr. C.\_\_\_\_ im Nachgang zum Unfall eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte (UV-act. 58), wurde von Seiten der Rehaklinik Bellikon für die Zeit nach Klinikaustritt und nach einer Wiedereinstiegszeit von vier bis sechs Wochen (50 %) von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen (UV-act. 40). Die MEDAS-Gutachter erachteten - unter anderem mit Hinweis auf die posttraumatische Kopfschmerzproblematik - Einschränkungen im Ausmass von 10-20 % aufgrund nicht voraussehbarer schmerz- und schwindelbedingter Ausfälle als gegeben (UV-act. 103 S. 31, wobei sie die bezüglich Kopfschmerzproblematik geäusserten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 15. März 2007 zurückführten (UV-act. 103 S. 33), andernorts jedoch ausführten, eine Unfallkausalität der Kopfschmerzen könne nach objektiven Kriterien weder ausgeschlossen noch bewiesen werden (UV-act. 103 S. 34). Im Schreiben an das RAV vom 9. Februar 2009 erachtete Dr. C.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer für eine leichte behinderungsadaptierte Arbeit vermittelbar (act. G 9 Beilage 5). Selbst wenn im hier streitigen Einstellungszeitpunkt von einer 20 %igen unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit auszugehen wäre, könnte damit eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit nicht bejaht werden. Im Weiteren sind Anstrengungen im oben erwähnten Sinn aus den Akten in keiner Form ersichtlich. Der Einwand des Beschwerdeführers, die fehlenden Arbeitsversuche seien eine Folge der fehlenden Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt (act. G 1 S. 4), hilft hier nicht weiter. Vielmehr ergibt sich daraus, dass keine Wiedereingliederungs-Versuche unternommen wurden. Wenn der Beschwerdeführer in der Beschwerde auf einen (damals geplanten) Arbeitsversuch auf

Veranlassung des RAV im Juni 2009 hinweisen lässt (act. G 1 S. 4), so ist festzuhalten, dass dieser Sachverhalt an den fehlenden Bemühungen bis zum Zeitpunkt des Behandlungsabschlusses bzw. der Adäquanzprüfung nichts zu ändern vermag. Dementsprechend kann dieses Kriterium nicht als erfüllt gelten. Dem Unfall vom 15. März 2007 kann somit - bei höchstens zwei eher geringgradig erfüllten Kriterien - keine adäquanzrechtlich massgebende Bedeutung für die über den 31. Dezember 2008 hinaus andauernden Beschwerden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen werden. Eine weitere medizinische Begutachtung kann bei diesem Ergebnis unterbleiben. Die Einstellung der Taggeldleistungen und Heilungskosten auf Ende Dezember 2008 lässt sich demgemäss nicht beanstanden. 4.4 Den Anspruch auf Rente und Integritätsentschädigung verneinte die Beschwerdegegnerin mit Hinweis auf den fehlenden adäquat-kausalen Zusammenhang der noch bestehenden Beschwerden zum streitigen Unfall, ohne die weiteren Anspruchsvoraussetzungen zu prüfen. Die MEDAS-Gutachter verneinten einen unfallbedingten Integritätsschaden mit dem Hinweis, dass orthopädischerseits die Reduktion der Belastbarkeit der Wirbelsäule als unfallfremd zu bezeichnen sei. Bezüglich der Kopfschmerzproblematik könne ein morphologisches Korrelat nicht gefunden werden (UV-act. 103 S. 34). Anhaltspunkte, aufgrund welcher diese Einschätzung in Frage zu stellen wäre, sind weder aus den Akten ersichtlich noch werden solche geltend gemacht. Im Weiteren bejahten die MEDAS-Gutachter zwar wie dargelegt - gleich wie Dr. C.\_\_\_\_ (act. G 9 Beilage 5) - eine natürliche Unfallkausalität der Kopfschmerzproblematik bzw. bezeichneten eine solche nach objektiven Kriterien als weder bewiesen noch ausgeschlossen (UV-act. 103 S. 33 oben und S. 34) und leiteten hieraus folgend eine 10-20 %ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ab (UV-act. 103 S. 32). Rentenleistungen sind jedoch insofern nicht näher zu prüfen, als es an einem morphologischen Korrelat für die Kopfschmerzen fehlt (UV-act. 103 S. 34) und die Adäquanz der Beschwerden zu verneinen ist. Dabei ist hinsichtlich Arbeitsfähigkeit auch zu berücksichtigen, dass Dr. C.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer wie erwähnt für eine leichte behinderungsadaptierte Arbeit als vermittelbar erachtete (act. G 9 Beilage 5).

## **E. 5**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde in Bestätigung des Einspracheentscheids vom 7. April 2009 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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