

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/92 vom 11. Oktober 2011**

Sg Versicherungsgericht, 2011-10-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2010\\_92](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2010_92)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/92 du 11 octobre 2011

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/92 del 11 ottobre 2011

## **Regeste**

Art. 6 UVG. Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden nach einer schleudertraumaähnlichen Verletzung. Frage der Leistungseinstellung (Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Oktober 2011, UV 2010/92).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen, welche sie für die Folgen des Unfalls vom 2. Juli 2007 ausgerichtet hatte, zu Recht auf den 28. Juni 2010 eingestellt hat. Mit der mit dem angefochtenen Entscheid (UV-act. 166) bestätigten Verfügung vom 22. Juni 2010 (UV-act. 145) verneinte die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf Versicherungsleistungen mit Hinweis auf die fehlende Adäquanz in genereller Weise und bezog damit auch jenen auf Rente und Integritätsentschädigung grundsätzlich mit ein (UV-act. 145). Der angefochtene Entscheid hat somit die Frage des Anspruchs auf Rente insofern zum Gegenstand, als mit ihm die Verfügung vom 22. Juni 2010 vollumfänglich bestätigt wurde. Vorliegend stellt sich vorab die Frage der Unfallkausalität der beim Beschwerdeführer bestehenden gesundheitlichen Probleme. Aus dem Beschwerdeantrag, der Einspracheentscheid vom 25. Oktober 2010 und die Verfügung vom 22. Juni 2010 seien aufzuheben und die Angelegenheit sei zur Durchführung weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, ergibt sich, dass die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers die Einstellung der Leistungen generell als ungerechtfertigt erachtet. In der Begründung legte sie dar, dass sie mit der Aberkennung der Adäquanz, welche mit dem angefochtenen Entscheid ebenfalls bestätigt wurde, nicht einverstanden sei. Die von ihr beantragte Rückweisung zu weiteren Abklärungen betrifft zum einen den medizinischen Sachverhalt und zum anderen die bei Adäquanzprüfung wesentliche Frage des Unfallablaufs. Damit beanstandet sie implizit insofern auch die Einstellung der Taggeld- und Heilungskosten, als deren Ausrichtung im Wesentlichen durch medizinische Feststellungen bestimmt wird, welche aus ihrer Sicht erneut abzuklären sind. Bei diesem Sachverhalt ist auf die Beschwerde einzutreten. 1.2 Gemäss ständiger Praxis des Bundesgerichts (bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht [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 blosse 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 bildgebenden 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 Bericht der Klinik für Neurologie am KSSG vom 17. Oktober 2007 wurde festgehalten, aus neuropsychologischer Sicht zeigten sich beim Beschwerdeführer leichte kognitive Funktionsstörungen (Aufmerksamkeit, visuelle Belastbarkeit). Insgesamt zeichne sich ein posttraumatisches klinisches Bild ab, wie es bei leichten Schädelhirntraumata auftreten könne mit Kopfschmerzen, Schwindel, Erschöpfung, Reizbarkeit, Schwierigkeiten der Konzentration, Schlafstörungen und verminderter Belastungsfähigkeit (UV-act. 12). In der Folge wurden eine medizinische Trainingstherapie und Physiotherapie sowie Ergotherapie durchgeführt (UV-act. 18a, 19, 30), und der Beschwerdeführer übte stundenweise eine Tätigkeit bei der bisherigen Arbeitgeberin aus (UV-act. 21, 27). Dr. E. \_\_\_\_, Innere Medizin FMH, berichtete am 9. Januar 2008, es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem Ereignis und dessen Verarbeitung im Sinn einer posttraumatischen Belastungsstörung. Der Beschwerdeführer habe die Arbeit seit 10. Dezember 2007 wieder zu 20-30% aufgenommen (UV-act. 35). Hinsichtlich der Rissquetschwunde am linken Oberlid und der Braue erfolgte der Behandlungsabschluss am 11. Januar 2008 (UV-act. 51 Beilage). Nach Scheitern der Arbeitsversuche (UV-act. 47, 49) kündigte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis (während der Probezeit) am 31. Januar 2008 per 8. Februar 2008 (UV-act. 52 Beilage). Im Nachgang zu einer stationären Neurorehabilitation und Abklärung in der Zeit vom 13. Februar bis 11. Juli 2008 bestätigte die Rehaklinik Bellikon am 15. Juli 2008 das Vorliegen einer leichten

neuropsychologischen Funktionsstörung, von intermittierend auftretenden Kopfschmerzen, eines Sensibilitätsausfalls fronto-parieto-temporal links (Versorgungsgebiet 1. Trigeminasast), anhaltende bewegungs- und belastungsverstärkte sowie witterungsabhängige Nacken- und Schulterschmerzen links, ein Taubheitsgefühl der zwei ulnaren Finger und ulnaren Handkante links, ein streifenförmiges Taubheitsgefühl am rechten Oberschenkel sowie einen Verdacht auf agitiert-depressives Zustandsbild (DD: Anpassungsstörung). Es liege zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen eine leichte kognitive Leistungsminderung infolge einer neuropsychologischen Funktionsstörung vor, die nicht Folge einer primär hirnorganischen Schädigung, sondern Folge eines psychopathologischen Zustandsbildes sei. Die frühere Tätigkeit (Tischler, Produktionsmitarbeiter) sei nicht mehr zumutbar. Eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit sei ganztags zumutbar. Die Leistungsbereitschaft in den Therapien werde als sehr zuverlässig beurteilt (UV-act. 76). Vom 18. August bis 19. Dezember 2008 absolvierte der Beschwerdeführer eine von der Invalidenversicherung finanzierte berufliche Massnahme beim Ostschweizerischen Blindenfürsorgeverein (OBV) St. Gallen (UV-act. 84, 86, 90; act. G 1 Beilage 14). Am 4. Dezember 2008 berichtete Dr. C. \_\_\_ unter anderem, es bestehe der Verdacht, dass die beim Beschwerdeführer bestehende psychische Überlagerung die Gesamtsymptomatik mitbestimme und den - von der körperlichen Seite her guten - Rehabilitationserfolg in Frage stelle. Eine psychiatrische Beurteilung und Behandlung sei sinnvoll. Die Arbeitsfähigkeit betrage derzeit 50% (UV-act. 88). Auf den 7. Januar 2009 meldete sich der Beschwerdeführer zum Bezug von Leistungen der Arbeitslosenversicherung an (UV-act. 103).

2.2 Eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. D. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ergab gemäss Bericht vom 8. Juni 2009 die Diagnosen von akzentuiert zwanghaften und passiv-aggressiven Persönlichkeitszügen, differenzialdiagnostisch: zwanghafte und passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung, einer Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Für die Entstehung, die Entwicklung und den Verlauf der gesundheitlichen Problematik seien in sehr hohem Mass persönlichkeitsbezogene Probleme verantwortlich. Dies gelte für alle erwähnten Diagnosen. Die Frage der Unfallkausalität sei aus psychiatrischer Perspektive zu verneinen. Eine Psychotherapie sei dann erfolgversprechend, wenn sie durch einen Änderungswunsch motiviert sei, der Erlebens- und Verhaltensweisen selbstkritisch aufgreife. Ein solches Behandlungsmotiv sei beim Beschwerdeführer derzeit nicht ersichtlich. Berücksichtige man die Ergebnisse der Berufsabklärungen und des Arbeitstrainings mit den Ergebnissen seiner eigenen psychopathologischen Untersuchung und nehme dazu in den Blick, wie der Beschwerdeführer selbst über sein Leistungsvermögen urteile, dann ergebe sich aus psychiatrischer Perspektive kein Grund, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen (UV-act. 112). Dr. E. \_\_\_ hielt im Bericht vom 2. September 2009 fest, es würden nach wie vor episodenhaft heftige Kopfschmerzen auftreten. Deren Auftreten lasse sich nicht vorhersehen und sei somit nicht berechenbar. Die von der Beschwerdegegnerin angenommene 75%ige Arbeitsfähigkeit (UV-act. 113) sei aktuell nicht realistisch (UV-act. 116). Kreisarzt Prof. Dr. med. F. \_\_\_ legte am 9. September 2009 dar, von orthopädisch-traumatischer Seite her sei die Arbeitsfähigkeit auch im Sinn der Zumutbarkeit nicht eingeschränkt. Hinweise auf eine traumatisch gesetzte Minderbelastbarkeit liessen sich nicht erkennen. Zur Frage der psychiatrischen Kausalität verweist er auf das Gutachten von Dr. D. \_\_\_. Psychiatrisch könne ebenfalls keine

Unfallkausalität der geklagten Kopfschmerzen diagnostiziert werden. Die Befunde einer verminderten Sensibilität der linken Schädelhälfte, und von zeitweiligen Störungen an den Fingern IV und V der linken Hand würden keine Arbeitsunfähigkeit oder verminderte Leistungsfähigkeit begründen. Wegen der geklagten Kopfschmerzen (deren Unfallkausalität anzuzweifeln sei) solle der Arbeitsplatz nicht stark licht- oder lärmexponiert sein. Mit Blick auf das Unfallereignis sei der jetzt zweijährige Leidensweg aus traumatologischer Sicht nicht zu erklären. Dr. D. \_\_\_ lege andere Problemkreise offen, welche die die Abstinenz von der Arbeit erklären könnten, die aber nicht dem Unfall angelastet werden könnten. Es sei ab sofort eine 75%ige Arbeitsfähigkeit zu attestieren (UV-act. 118). Gemäss Auskunft der Unia Arbeitslosenkasse vom 22. September 2009 übe der Beschwerdeführer damals einen Zwischenverdienst aus (UV-act. 124). Dr. E. \_\_\_ hielt im Bericht vom 20. November 2009 unter anderem fest, der Feststellung von Dr. D. \_\_\_, wonach eine berufliche Zukunft hierzulande möglicherweise nicht im Interesse des Beschwerdeführers liege, dürfte ein Missverständnis anlässlich der Beurteilung zugrunde liegen. Vor dem Kriegsausbruch in Ex-Jugoslawien habe der Beschwerdeführer zwar Pläne gehabt, nach H. \_\_\_ zurückzukehren und dort ein selbständiges Unternehmen aufzubauen. Sein Lebensschwerpunkt spiele sich aber seit vielen Jahren hier in der Schweiz ab. Seine Familie wäre sicherlich nicht gewillt, nach H. \_\_\_ zurückzukehren. Wegen der Unberechenbarkeit und Heftigkeit der Migräneanfälle sei nach wie vor mit Arbeitsausfällen zu rechnen. Eine 75%ige Arbeitsfähigkeit sei daher von rein theoretischem Charakter (UV-act. 130). 2.3 Im Bericht der Klinik Hirslanden vom 16. Dezember 2009 wird unter anderem ausgeführt, beim Patienten sei es im Rahmen eines äusseren Schädeltraumas mit möglicher leichter Commotio cerebri zu posttraumatisch auftretenden Kopfschmerzen gekommen. Lediglich der teils einseitig starke Charakter und das plötzliche Einsetzen mit minimalen Begleiterscheinungen seien hinweisend für eine migräniforme Komponente (UV-act. 132). Am 7. April 2010 bestätigte Dr. E. \_\_\_, dass die nach wie vor bestehende Kopfschmerzproblematik arbeitslimitierend sein dürfte (UV-act. 139). Dr. C. \_\_\_ berichtete am 9. Juni 2010 unter anderem, es habe sich eine posttraumatische Migräne ohne Aura entwickelt, welche mittlerweile als limitierender Faktor für die Arbeitsfähigkeit zu gelten habe. Die übrigen Faktoren, insbesondere die leichten neurokognitiven Defizite und die leichten Sensibilitätsstörungen, würden (auch) vom Patienten selbst nicht mehr als in relevanter Weise einschränkend betrachtet. Hinsichtlich Kopfwehproblematik gehe er (der Arzt) prognostisch nicht (mehr) von einer wesentlichen Besserungswahrscheinlichkeit aus (UV-act. 144).

### **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). 3.2 Nachdem im Bericht des KSSG vom 3. Juli 2007 noch eine Amnesie von ca. 30 Sekunden (anamnestisch) festgehalten worden war, erklärte der Beschwerdeführer gegenüber dem Suva-Aussendienstmitarbeiter am 20. November 2007, dass er nach dem Unfall ca. 30 Minuten bewusstlos gewesen sei (UV-act. 15). Dr. G. \_\_\_, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, vermerkte in seinem Bericht vom 14. August 2007 als Angabe des

Beschwerdeführers eine ca. einstündige Bewusstlosigkeit (UV-act. 9) während im Bericht der Klinik für Neurologie am KSSG vom 17. Oktober 2007 ausgeführt wurde, der Patient sei "anscheinend während 30 bis 50 Minuten bewusstlos" gewesen (UV-act. 12). In der Beschwerde wurde schliesslich eine "mehrminütige, aber letztlich unbekannte Dauer" vermerkt (act. G 1 S. 4). Die Berichterstatter der Rehaklinik Bellikon gingen demgegenüber von einer anterograden Amnesie im Sekundenbereich aus (UV-act. 76). Mit Blick auf diese Gegebenheiten erscheint die unmittelbar nach dem Unfall festgehaltene Angabe (Amnesie von 30 Sekunden) am plausibelsten. Der cranio-cerebrale und cervikale und neurologische Befund war - bei röntgenologisch vermutetem, wegen Artefakten allerdings nicht darstellbarem Metallfremdkörper im Bereich der oberen Umschlagsfalte - unauffällig und zeigte insbesondere keine frischen Läsionen (UV-act. 33, 34). Die im Zeitverlauf an der Behandlung und Abklärung beteiligten Ärzte massen denn auch dem vermuteten Metallfremdkörper keine (weiter abklärungsbedürftige) Bedeutung zu und gingen übereinstimmend von einem leichten Hirntrauma aus (vgl. UV-act. 12, 76). Die ärztliche Behandlung im Augenbereich wurde bereits im Januar 2008 abgeschlossen (UV-act. 51 Beilage). Keiner der Ärzte stellte je einen (möglichen) Zusammenhang zwischen dem mutmasslichen Metallfremdkörper und den Kopfschmerzen her, wie ihn der Beschwerdeführer heute vermutet (act. G 1 S. 8f). Dr. C.\_\_\_\_ verneinte am 9. Juni 2010 eine wesentliche Besserungswahrscheinlichkeit der Kopfschmerzproblematik (UV-act. 144 S. 3). Ein eigentlicher hirnorganischer (struktureller) Schaden kann bei diesem Sachverhalt nicht als nachgewiesen gelten. Für weitere medizinische Abklärungen fehlt es - bei übereinstimmenden ärztlichen Äusserungen - an einem Anlass. Weitere Abklärungen des Unfallhergangs, wie sie vom Beschwerdeführer verlangt werden, vermöchten hier ebenfalls überwiegend wahrscheinlich zu keinem anderen (für den Beschwerdeführer günstigeren) Resultat zu führen (vgl. dazu auch nachstehend Erw. 5.1).

3.3 Der Beschwerdeführer klagte im Anschluss an das Unfallereignis vom 2. Juli 2007 über Kopfschmerzen (vgl. UV-act. 12). In der Folge traten diese nach Lage der Akten episodenhaft und unregelmässig bzw. unvorhersehbar auf (UV-act. 75, 139). Die Ärzte der Klinik Hirslanden brachten die Kopfschmerzen ursächlich mit einer möglichen leichten Commotio cerebri in Verbindung, wobei sie auch Hinweise für eine migräniforme Komponente vermerkten (UV-act. 132). Dr. C.\_\_\_\_ wies am 9. Juni 2010 in diesem Zusammenhang darauf hin, dass alle Angaben bezüglich Symptomatik, Frequenz sowie Dauer und Schwere der angegebenen Migräneattacken auf Angaben des Patienten beruhten und nicht weiter objektiviert werden könnten (UV-act. 144). Ein klar fassbares organisch/somatisches Korrelat des Kopfschmerzes ist damit nicht ausgewiesen (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juli 2007 i/S O. [U 328/06] Erw. 7.2). Sodann stellen die in den medizinischen Akten erwähnten Sensibilitätsstörungen im Bereich der linken Schädelhälfte sowie bei einzelnen Fingern der linken Hand ausschliesslich klinische Befunde dar; diesbezüglich fehlt es an einem objektivierbaren organischen Substrat (UV-act. 9, 34 S. 2). Hieraus resultierte zudem weder eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit noch eine Behandlungsbedürftigkeit (vgl. UV-act. 118 S. 5f und 144 S. 2 unten).

#### **E. 4**

4.1 Ist ein Schleudertrauma der HWS oder eine äquivalente Verletzung (vorliegend: Status nach leichter traumatischer Hirnverletzung) diagnostiziert und liegt - bezogen auf diese Diagnose - kein fassbarer organischer (unfallbedingter) Befund 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). Angesichts der geschilderten Aktenlage ist in der Zeit nach dem Unfall vom 2. Juli 2007 vom Auftreten eines typischen Beschwerdebilds mit einer gewissen Häufung von Beschwerden auszugehen. Ärztlicherseits wurde sodann bei - allerdings höchstens kurzzeitiger - unfallbedingter Bewusstseinsbeeinträchtigung/Amnesie (vgl. UV-act. 2 und vorstehende Erw. 3.2) und äusserlich sichtbarer Verletzung im Augenbereich eine leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI) bestätigt (vgl. dazu auch 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 Unfalleinwirkung aus, indem sie ihre Leistungspflicht anerkannte. 4.2 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 diffussem 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 medizinischen Akten ist von einer Beeinflussung/Überlagerung der kognitiven Funktionen beim Beschwerdeführer durch den psychischen Befund auszugehen, womit die neuropsychologischen Einschränkungen eine vielschichtige Ursache aufweisen (vgl. dazu UV-act. 76 S. 2 oben, UV-act. 88 S. 2), wobei gemäss Bericht von Dr. C. \_\_\_ vom 9. Juni 2010 der Beschwerdeführer selbst die leichten neurokognitiven Defizite sowie die leichten Sensibilitätsstörungen (vgl. UV-act. 76 S. 7 Mitte) nicht mehr als in relevanter Weise einschränkend betrachtet (UV-act. 144). Damit können neuropsychologische Unfall-Restfolgen im Sinn eines selbständigen, klar abgrenzbaren Befunds nicht als nachgewiesen gelten. Neuropsychologische Einschränkungen - wie auch diejenigen psychischer Art - können hingegen Teil des typischen Beschwerdebilds nach leichtem Schädelhirn-Trauma bilden. 4.3 Der Psychiater Dr. D. \_\_\_ zog in seinem Gutachten mit Hinweis auf vom Beschwerdeführer geäusserte Rückkehrpläne nach H. \_\_\_ in Betracht, dass die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz möglicherweise nicht in seinem Interesse liegen könnte (UV-act. 112 S. 20f und S. 34). Wenn Dr. E. \_\_\_ diese Schlussfolgerung auf ein Missverständnis zurückführen will (UV-act. 130), so ist anzumerken, dass Dr. D. \_\_\_ seine Darlegungen mit eigenen, wiederholten diesbezüglichen Äusserungen des Beschwerdeführers (UV-act. 112 S. 20f und S. 29) begründete und so ein Missverständnis wenig plausibel erscheint. Dr. D. \_\_\_ begründete seine Schlussfolgerungen mit einlässlichen, gut nachvollziehbaren Darlegungen, welche deutlich machen, dass er sich mit der Situation des Beschwerdeführers umfassend und in durchaus einfühlsamer Weise auseinandersetzte. Wenn er in seiner Beurteilung auch auf den Unfallhergang und die zur Diskussion

stehenden somatischen Diagnosen Bezug nahm (UV-act. 112 S. 30-32), so erfolgte dies innerhalb eines Rahmens, der für die anschliessenden psychiatrischen Schlussfolgerungen grundlegend und damit erforderlich war. Eine unzulässige fachübergreifende Würdigung von medizinischen Sachverhalten lässt sich darin nicht erblicken. Die treffende Feststellung, wonach eine zeitliche Rekonstruktion einer Bewusstlosigkeit dem Bewusstlosen selbst nicht möglich sei (UV-act. 112 S. 30 mit Hinweis auf die vom Beschwerdeführer in UV-act. 9 angegebene Dauer der Bewusstlosigkeit), hat durchaus auch für die Würdigung von psychischen Vorgängen eine Bedeutung. Der Art des vertraglichen Verhältnisses zwischen Dr. D. \_\_\_ und der Beschwerdegegnerin kommt im Rahmen der Beweiswürdigung für sich allein keine Bedeutung zu, zumal auch Berichte versicherungsinterner Ärzte beweiskräftig sind, wenn keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen (vgl. BGE 125 V 353 Erw. 3b/ee; BGE 135 V 465, insb. Erw. 4.3). Abweichende psychiatrische Beurteilungen/Meinungen liegen nicht vor. Auch werden konkrete Anhaltspunkte, welche inhaltliche Zweifel am Gutachten D. \_\_\_ zu begründen vermöchten, weder geltend gemacht noch sind solche aus den Akten ersichtlich. Damit erübrigt sich auch eine weitere Abklärung des medizinischen Sachverhalts (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 20. März 2008 i/S P. [8C\_217/2008], Erw. 7.3). Die Frage, ob die Adäquanzprüfung angesichts der dargelegten Fakten nach der Schleudertrauma- oder nach der Psycho-Praxis durchzuführen ist, kann offen bleiben, da die Adäquanz auch nach der für den Beschwerdeführer günstigeren Schleudertrauma-Praxis (vgl. dazu SVR 2010 UV Nr. 3 S. 11; Urteil des Bundesgerichts vom 18. September 2009 i/S G. [8C\_283/2009]) zu verneinen ist, wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen werden. 4.4 Gestützt auf die Berichte des KSSG (UV-act. 51 Beilage) und das Gutachten von Dr. D. \_\_\_ (UV-act. 112) ist davon auszugehen, dass somatisch am 11. Januar 2008 bzw. spätestens im Juni 2009 keine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit mit Aussicht auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands mehr vorlag und die Therapien im Wesentlichen zur Aufrechterhaltung der bestehenden (teilweisen) Arbeitsfähigkeit und des Gesundheitszustands vorgeschlagen wurden. Dr. C. \_\_\_ ging am 9. Juni 2010 nicht mehr von einer wesentlichen Besserungswahrscheinlichkeit der Kopfschmerzproblematik aus (UV-act. 144 S. 3). Die Beschwerdegegnerin nahm somit auf das verfügte Einstelldatum zu Recht den Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) - als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung (BGE 134 V 109) - an, wie auch der Beschwerdeführer anerkennt (act. G 9 S. 4). Bei Anwendung der so genannten Schleudertraumapraxis beurteilt sich die Adäquanz dabei nach Massgabe der in BGE 117 V 359 Erw. 6 entwickelten und in BGE 134 V 109 Erw. 10 präzisierten Kriterien. Dabei wird auf eine Differenzierung zwischen psychischen und physischen Komponenten verzichtet (vgl. BGE 123 V 98 Erw. 2a).

## **E. 5**

5.1 Nach Lage der Akten wurde der Beschwerdeführer am 2. Juli 2007 beim Ausbau eines Maschinenteils von einem Metallteil (Bolzen) an der Stirn getroffen und stürzte rückwärts zu Boden. Wegen einer kurzzeitigen Bewusstlosigkeit konnte er sich an den Unfallhergang nicht erinnern. Keine andere Person beobachtete den Unfall. Die Beschwerdegegnerin versuchte daher den Unfallhergang aufgrund der Fakten zu rekonstruieren (UV-act. 1; vgl. auch Unfallrapport vom 19. November 2007, UV-act. 14a S. 2). Weitere Abklärungen vermöchten hier - ohne Verfügbarkeit von Zeugen - überwiegend wahrscheinlich keine besseren Erkenntnisse über den Hergang und die Qualifikation (Schweregrad) des Ereignisses zu liefern, zumal dieses im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen

Entscheidungs bereits über drei Jahre zurücklag. Der in Frage stehende Unfall kann nicht als ausserordentlich schweres, lebensbedrohliches Geschehen im Sinn der Praxis (dargestellt in RKUV 1995 Nr. U 215 S. 91) eingestuft werden (vgl. auch Urteil des EVG vom 13. Juni 2005 [U 276/04] Erw. 2.3). 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 nicht im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen (vgl. dazu etwa den Sachverhalt im Urteil des EVG vom 12. November 2001 i/S K. [U 85/01], Erw. 2b/bb). Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs wäre 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 Eindringlichkeit des Unfalls vom 2. Juli 2007 kann nicht gesprochen werden. Solche Umstände lassen sich insbesondere nicht aus dem geltend gemachten Anblick einer sehr grossen Blutlache, dem der Beschwerdeführer ausgesetzt gewesen sei (act. G 1 S. 8), herleiten. Immerhin zeigt diese Begründung aber, dass der Beschwerdeführer trotz der geltend gemachten Bewusstseinsbeeinträchtigung seine Umgebung offenbar wahrnehmen konnte. Die unfallbedingten somatischen/körperlichen Gesundheitsschäden waren nicht unerheblich (vgl. UV-act. 2 und Fotos in act. G 1 Beilage 11 und 12). Hingegen sind eine besondere Schwere der für Schädel-Hirn-Traumen typischen Beschwerden oder besondere Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen haben könnten, nicht ersichtlich.

5.2 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 2. Juli 2007 mit initialer Behandlung im KSSG und anschliessender konservativer Therapie eine mehrmonatige Therapie und Abklärung in der Rehaklinik Bellikon absolvierte. Unter regelmässiger Physiotherapie und Ergotherapie wurde in der Folge bis Ende 2008 ein "guter körperlicher Trainingszustand" (UV-act. 88) erreicht und die Therapie danach im Wesentlichen noch zur Aufrechterhaltung des Erreichten fortgesetzt, wobei sich Dr. C.\_\_\_\_ damals dahingehend äusserte, dass die psychische Überlagerung den von der körperlichen Seite her guten Trainingserfolg in Frage stelle (UV-act 88). Dr. D.\_\_\_\_ verneinte in der Folge eine natürliche Unfallkausalität der psychischen Probleme (UV-act. 116). In Anbetracht dieser Aktenlage kann eine (unfallbedingte) fortgesetzt spezifische, den Beschwerdeführer belastende ärztliche Behandlung im Sinn der Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 8. August 2008 i/S H. [8C\_144/2008], Erw. 7.3) nicht als gegeben 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 Wesentlichen an unregelmässig (ca. einmal pro Woche) auftretenden Kopfschmerzen, wobei Dr. C.\_\_\_\_ auf die fehlende Objektivierbarkeit derselben (ausschliessliche Abstützung auf Angaben des Beschwerdeführers) hinwies (UV-act. 132, 144; vgl. auch Angaben des Beschwerdeführers

in UV-act. 112 S. 17 Mitte). Mit Blick auf das zeitliche Auftreten lässt sich das Kriterium der ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden erheblichen Beschwerden - wenn überhaupt - höchstens geringgradig als erfüllt erachten. Im Weiteren können ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen angesichts der medizinischen Aktenlage offensichtlich nicht angenommen werden. Dieses Kriterium ist deshalb nicht erfüllt. Ebenso wenig steht eine die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung zur Diskussion. Was den hierzu geltend gemachten Einwand betrifft, wonach eine psychiatrische Behandlung vorerst unterblieben und erst Ende 2008 empfohlen worden sei (act. G 1 S. 10), so lässt sich hieraus keine die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung ableiten.

5.3 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 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 so rasch wie möglich 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 nach dem Unfall zuerst eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden war (UV-act. 5) und Dr. G. \_\_\_ in der Folge eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt hatte (UV-act. 9), wurde im Bericht des KSSG vom 17. Oktober 2007 von einer stundenweisen Zumutbarkeit einer Arbeitstätigkeit ausgegangen (UV-act. 12). Seit Dezember 2007 arbeitete der Beschwerdeführer wieder zu 20-30% bei der bisherigen Arbeitgeberin (UV-act. 35). Im Bericht vom 15. Juli 2008 bescheinigten die Ärzte der Rehaklinik Bellikon die ganztägige Zumutbarkeit einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Arbeit, wobei sie den Verdacht auf ein agitiert-depressives Zustandsbild äusserten (UV-act. 76). Die Begutachtung durch Dr. D. \_\_\_ ergab keine (unfallbedingte) Arbeitsunfähigkeit (UV-act. 112). Kreisarzt Prof. F. \_\_\_ ging im Bericht vom 9. September 2009 von einer mindestens 75%igen Arbeitsfähigkeit (mit Steigerungspotential auf 100%) aus (UV-act. 116). Das Adäquanzkriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit liesse sich als Folge hieraus - wenn überhaupt - höchstens in geringem Umfang bejahen (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts i/S G. vom 30. Oktober 2009 [8C\_488/2009] Erw. 5.2.2), und nur soweit überdies die Wiedereingliederungsbemühungen als zureichend erachtet würden. Dem Unfall vom 2. Juli 2007 kommt damit - bei zwei höchstens geringgradig (wenn überhaupt) erfüllten Kriterien (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2010 i/S S. [8C\_897/2009] Erw. 4.5) - keine adäquanzrechtlich massgebende Bedeutung für die andauernden Kopfschmerzen und psychischen Beschwerden zu.

## **E. 6**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde daher unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 25. Oktober 2010 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 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.