

SO_GERICHTE VSBES.2018.15 vom 29. November 2017

SO Obergericht, 2017-11-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.15

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.15 du 29 novembre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.15 del 29 novembre 2017

Erwägungen

E. 1

1.1 Der Versicherte A.____ (fortan: Beschwerdeführer), geb. 1985, war seit April 2013 bei der Firma B.____ (fortan: Arbeitgeberin) beschäftigt. Auf Grund dieser Anstellung war er bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt Suva (fortan: Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er am 7. Mai 2014 einen Unfall erlitt. Gemäss Schadenmeldung UVG vom 8. Mai 2014 (Akten der Beschwerdegegnerin / Suva-Nr. 1) stürzte der Beschwerdeführer während der Arbeit und fiel auf einen Pfosten, wobei er sich einen Bruch zuzog und am Auge verletzte. Die Beschwerdegegnerin erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen in der Form von Taggeldern und Heilbehandlung (Suva-Nr. 2 f.). 1.2 Mit Verfügung vom 28. September 2017 stellte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 31. Oktober 2017 ein, da die aktuellen Beschwerden nicht mehr unfallbedingt seien (Suva-Nr. 333). Dagegen liess der Beschwerdeführer am 30. Oktober 2017 Einsprache erheben (Suva-Nr. 345 S. 3 f.), welche die Beschwerdegegnerin mit Entscheid vom 29. November 2017 abwies (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

E. 2

2.1 Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nicht-berufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dabei handelt es sich um vorübergehende Leistungen, die – wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt – nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (d.h. eine Wiederherstellung oder eine ins Gewicht fallende Steigerung der Arbeitsfähigkeit, s. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) erwartet werden kann. Dabei ist nur der unfallbedingt, nicht aber der krankheitshalber geschädigte Gesundheitszustand zu berücksichtigen (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 101). Sobald dies nicht mehr der Fall ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene

Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 353 E. 5b S. 360) zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt nicht, um einen Leistungsanspruch zu begründen (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 55).

E. 2.3

2.3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181). Die Adäquanz dient mit anderen Worten der rechtlichen Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers. Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweisen).

2.3.2 Treten nach einem Unfall psychische und / oder organisch nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden auf, und kann weder das für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typische, bunte Beschwerdebildes noch eine solche Verletzung bejaht werden, so ist die adäquate Kausalität gemäss der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen zu prüfen (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250 f.). Ein unfallbedingtes pathologisch-anatomisches Substrat liegt nur bei objektivierbaren Untersuchungsergebnissen vor, die reproduzierbar sowie von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen kann mit anderen Worten erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen resp. bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die dabei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251). Bei der Adäquanzprüfung im Sinne der Psycho-Praxis ist zunächst vom Unfallereignis auszugehen. Dieses ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6

S. 138 f.). Den Ausgangspunkt der Adäquanzbeurteilung bildet das (objektiv erfassbare) Unfallereignis. Im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise ist zu untersuchen, ob der Unfall nach dem augenfälligen Geschehensablauf und den sich dabei entwickelnden Kräften eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Nicht massgebend sind Unfallfolgen oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zuzuordnen sind (André Nabold in: Marc Hürzeler / Ueli Kieser [Hrsg.], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Bern 2018, Art. 6 N 67; Kaspar Gehring in: Ueli Kieser / Kaspar Gehring / Susanne Bolliger [Hrsg.], Kommentar zu den Bundesgesetzen über die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, Zürich 2018, Art. 4 ATSG N 47). Bei banalen Unfällen (z.B. einem geringfügigen Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses) und bei leichteren Unfällen (z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen) ist die Adäquanz in der Regel ohne weiteres zu verneinen, bei schweren Unfällen hingegen zu bejahen. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht auf Grund des Unfallereignisses allein schlüssig beantworten, sondern es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Massgeblich sind die folgenden Kriterien (BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls
- Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung
- körperliche Dauerschmerzen
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit

Bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen müssen vier der massgeblichen Kriterien erfüllt sein, um die Adäquanz zu bejahen, bei einem im engeren Sinn mittelschweren Unfall drei Kriterien (Gehring, a.a.O., Art. 4 ATSG N 47). Im gesamten mittleren Bereich kann jedoch ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist (BGE 115 V 133 E. 6c/bb S. 140 f., 134 V 109 E. 10.1 S. 126 f.). Bei der Beurteilung der Adäquanzkriterien wird lediglich von den organischen Unfallfolgen ausgegangen, während etwaige bloss körperlich imponierende Schäden unberücksichtigt bleiben (Nabold, a.a.O., Art.

E. 2.5

2.5.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V

393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264, mit Hinweis).

2.5.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

3. 3.1 Der Beschwerdeführer war am 7. Mai 2014 während der Arbeit bei heftigem Regen mit einer Schubkarre unterwegs. Plötzlich rutschte er auf den nassen Schaltafeln mit beiden Füßen seitwärts aus und stürzte kopfvoran nach vorne. Dabei liess er die Handgriffe der Schubkarre los, worauf die linke Griffstange heftig gegen seine linke Leiste stiess. Der Beschwerdeführer landete mit dem Gesicht auf einem Absteckeisen, das sich am Nasenansatz, unmittelbar neben dem linken Auge, in den Knochen der Augenhöhle bohrte. Dabei zog sich ein heftiger Schmerz über den Schädel bis zum Hinterkopf. Der Beschwerdeführer prallte mit der Unterlippe gegen die Kante der Schubkarre und landete mit beiden Knien auf dem Boden. Ihm wurde schwindlig und er sah, dass seine Hände voller Blut waren, das aus Mund und Nase trat. Als der Beschwerdeführer aufstand, hielten

ihn seine Beine nicht. Er stürzte seitwärts und fiel mit der rechten Schulter auf die Erde (s. Besprechung mit der Beschwerdegegnerin vom 8. Januar 2015, Suva-Nr. 38 S. 1). Der Austrittsbericht des [Spitals] C.____ vom 7. Mai 2014 (Suva-Nr. 171) diagnostizierte eine Kontusion der linken Gesichtshälfte mit Fraktur der medialen Orbitawand links. Die Ultraschalluntersuchung ergab keine freie Flüssigkeit und keine Organläsion. Gemäss Röntgenaufnahme lagen weder ein Pneumothorax noch eine Fraktur in diesem Bereich vor. Bewusstlosigkeit, Amnesie, Übelkeit und Erbrechen wurden verneint. Die okulären Befunde fielen regelrecht aus (s.a. Suva-Nr. 19). Das CT des Neuroviszerocraniums vom gleichen Tag zeigte eine imprimierte Fraktur der medialen Berandung der Orbita links mit Einstrahlung in den hinteren Orbitaboden und geringer Herniation des orbitalen Fettgewebes. Es fanden sich kein Retrobulbärhämatom, keine Herniation der Augenmuskeln sowie keine frische intrazerebrale Blutung (Suva-Nr. 235 S. 3). Die nur diskret dislozierte Fraktur wurde konservativ behandelt (Suva-Nr. 31). Der Beschwerdeführer nahm die Arbeit am 24. Mai 2014 wieder auf (Suva-Nr. 10). In der folgenden Zeit war er wiederholt – meist tageweise – arbeitsunfähig resp. wegen Arzt- und Behandlungsterminen an der Arbeit verhindert (Suva-Nrn. 20 / 23 / 27 / 33 / 37 / 44 / 51 / 53 f. / 57 / 64 / 81 / 88 / 93 / 95). Er klagte im Verlauf in erster Linie über anhaltende ziehende Schmerzen in der linken Gesichtshälfte und der Mitte des Hinterkopfs, welche Schwindel auslösten, Schmerzen an der linken Fusssohle, an der linken Leiste und Hüfte sowie oberhalb des rechten Schulterblatts; ausserdem gab er an, er könne auf dem linken Bein nicht stehen (s. Suva-Nrn. 31 / 32 / 38 S. 2 / 43 / 50 / 52 / 70 / 79 / 87 / 97 / 102 / 104 / 106 f. / 109). Die Arbeitgeberin löste die Anstellung mit Kündigungsschreiben vom 10. Februar 2016 per 30. April 2016 auf (Suva-Nr. 99 S. 2).

3.2 3.2.1 Der Kreisarzt Dr. med. D.____, Facharzt für Chirurgie FMH, gab am 15. Juni 2016 gestützt auf die Akten folgende Beurteilung ab (Suva-Nr. 115): Beim Sturz vom 7. Mai 2014 sei es durch den Holm der Schubkarre zu einer Kontusion im Bereich der linken Hüfte resp. Leiste gekommen, dies aber ohne strukturell objektivierbare unfallbedingte Veränderungen. Echtzeitlich sei nirgends eine Hüftgelenks- oder Leistenverletzung dokumentiert. Die fraglichen Beschwerden seien erstmals ca. neun Monate nach dem Unfallereignis erwähnt worden. Auch die späteren ausgedehnten Abklärungen hätten keine unfallbedingten Veränderungen ergeben; das festgestellte CAM-Impingement entspreche nicht einer Unfallverletzung, sondern einer Anlagevariante, der Befund sei somit unfallfremd. Vor diesem Hintergrund könne man heute, gut zwei Jahre nach Unfallereignis, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass Unfallfolgen im Beschwerdebild der linken Hüfte resp. linken Leiste keine Rolle mehr spielten. In der Beurteilung vom 27. Juni 2016 (Suva-Nr. 118) erklärte Dr. med. D.____, das Ereignis vom 7. Mai 2014 habe zu keinen objektivierbaren strukturellen Läsionen am linken Fuss geführt. Echtzeitlich sei keine Fussverletzung dokumentiert und es seien auch keine entsprechenden Abklärungen erfolgt. Die Fussbeschwerden würden erstmals im Bericht der [Klinik] E.____ zur Konsultation vom 14. Dezember 2015 (ärztlich) erwähnt (s. Suva-Nr. 87). Dort habe man die geklagten Schmerzen an der lateralen Fusskante auf eine Spondylarthropathie zurückgeführt. Mangels einer echtzeitlich belegten Fussverletzung und angesichts der Tatsache, dass diese Schmerzen am ehesten einer Ausstrahlung einer unfallfremden Rückenproblematik zuzuordnen seien, könne man heute, über zwei Jahre nach dem Ereignis, davon ausgehen, dass Unfallfolgen im Beschwerdebild keine Rolle mehr spielten. Die Orbitawandfraktur bewirke keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr. Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 11. Mai 2017 (Suva-Nr. 267) hielt Dr. med. D.____ fest, der

Beschwerdeführer berichte über Schmerzen in der linken Hüfte, sowohl beim Gehen wie bei längerem Sitzen, sowie in der linken Leiste, vor allem beim Laufen und Heben von Lasten. Zudem bestünden weiterhin permanente Kopfschmerzen sowie Schmerzen in der linken Fusssohle, bei Belastung in der rechten Schulter und in letzter Zeit im Rücken (S. 3). Die Palpation des Orbitabodens und der Nasenwurzel medial links sei schmerzfrei. An der Halswirbelsäule seien keine pathologischen Befunde palpierbar, die Funktion liege im Normbereich. Der Muskeltonus des Trapezius sei beidseits verstärkt, rechts bestehe eine Druckdolenz mit Schmerzausstrahlung entlang dem medialen Scapularand. Die rechte Schulter sei palpatorisch unauffällig, ohne klinische Hinweise für eine Rotatorenmanschettenpathologie und frei beweglich. Links bestehe eine deutliche Verkürzung des Musculus supraspinatus mit Schiefstand des Schultergürtels. Für eine radikuläre Symptomatik im Bereich der unteren Extremitäten gebe es klinisch keine Hinweise. Am linken Hüftgelenk bestehe eine Druckdolenz am dorsalen Anteil des Trochanter major. Die Hüftgelenksfunktion sei nur in der Flexion leicht bis mässig eingeschränkt. Im Bereich der linken Leiste lasse sich keine Inguinalhernie nachweisen. Der linke Hoden sei palpatorisch deutlich schmerzhaft, strukturell ergäben sich keine pathologischen Befunde. Am linken Fuss bestehe eine Druckdolenz plantar über den Metatarsalia IV und V; von dorsal her liege in dieser Region keine Schmerzhaftigkeit vor, bei der Palpation von plantar her sei keine Resistenz nachweisbar. Der linke Mittelfuss zeige auch keine Schwellung und keine trophische Störung (S. 7). Die im bisherigen Verlauf durchgeführten umfassenden klinischen und bildgebenden Abklärungen hätten keine pathologischen Befunde zu Tage gefördert, welche die geklagten Beschwerden erklären würden. Im Bereich des Schädels, des linken Fusses, des Beckens, der linken Hüfte und der linken Leiste sowie an der linken und rechten Schulter hätten sich ausser den bekannten Frakturen des Orbitabodens und der Lamina papyracea keine weiteren strukturell objektivierbaren unfallbedingten Veränderungen ergeben (S.

E. 3

3.1 Der Beschwerdeführer war am 7. Mai 2014 während der Arbeit bei heftigem Regen mit einer Schubkarre unterwegs. Plötzlich rutschte er auf den nassen Schaltafeln mit beiden Füßen seitwärts aus und stürzte kopfvoran nach vorne. Dabei liess er die Handgriffe der Schubkarre los, worauf die linke Griffstange heftig gegen seine linke Leiste stiess. Der Beschwerdeführer landete mit dem Gesicht auf einem Absteckeisen, das sich am Nasenansatz, unmittelbar neben dem linken Auge, in den Knochen der Augenhöhle bohrte. Dabei zog sich ein heftiger Schmerz über den Schädel bis zum Hinterkopf. Der Beschwerdeführer prallte mit der Unterlippe gegen die Kante der Schubkarre und landete mit beiden Knien auf dem Boden. Ihm wurde schwindlig und er sah, dass seine Hände voller Blut waren, das aus Mund und Nase trat. Als der Beschwerdeführer aufstand, hielten ihn seine Beine nicht. Er stürzte seitwärts und fiel mit der rechten Schulter auf die Erde (s. Besprechung mit der Beschwerdegegnerin vom 8. Januar 2015, Suva-Nr. 38 S. 1).

Der Austrittsbericht des [Spitals] C.____ vom 7. Mai 2014 (Suva-Nr. 171) diagnostizierte eine Kontusion der linken Gesichtshälfte mit Fraktur der medialen Orbitawand links. Die Ultraschalluntersuchung ergab keine freie Flüssigkeit und keine Organläsion. Gemäss Röntgenaufnahme lagen weder ein Pneumothorax noch eine Fraktur in diesem Bereich vor. Bewusstlosigkeit, Amnesie, Übelkeit und Erbrechen wurden verneint. Die okulären Befunde fielen regelrecht aus (s.a. Suva-Nr. 19). Das CT des Neuroviszerocraniums vom gleichen Tag zeigte eine imprimierte Fraktur der medialen Berandung der Orbita links mit

Einstrahlung in den hinteren Orbitaboden und geringer Herniation des orbitalen Fettgewebes. Es fanden sich kein Retrobulbärhämatom, keine Herniation der Augenmuskeln sowie keine frische intrazerebrale Blutung (Suva-Nr. 235 S. 3). Die nur diskret dislozierte Fraktur wurde konservativ behandelt (Suva-Nr. 31).

Der Beschwerdeführer nahm die Arbeit am 24. Mai 2014 wieder auf (Suva-Nr. 10). In der folgenden Zeit war er wiederholt ■ meist tageweise ■ arbeitsunfähig resp. wegen Arzt- und Behandlungsterminen an der Arbeit verhindert (Suva-Nrn. 20 / 23 / 27 / 33 / 37 / 44 / 51 / 53 f. / 57 / 64 / 81 / 88 / 93 / 95). Er klagte im Verlauf in erster Linie über anhaltende ziehende Schmerzen in der linken Gesichtshälfte und der Mitte des Hinterkopfs, welche Schwindel auslösten, Schmerzen an der linken Fusssohle, an der linken Leiste und Hüfte sowie oberhalb des rechten Schulterblatts; ausserdem gab er an, er könne auf dem linken Bein nicht stehen (s. Suva-Nrn. 31 / 32 / 38 S. 2 / 43 / 50 / 52 / 70 / 79 / 87 / 97 / 102 / 104 / 106 f. / 109).

Die Arbeitgeberin löste die Anstellung mit Kündigungsschreiben vom 10. Februar 2016 per 30. April 2016 auf (Suva-Nr. 99 S. 2).

E. 3.2

3.2.1 Der Kreisarzt Dr. med. D.____, Facharzt für Chirurgie FMH, gab am 15. Juni 2016 gestützt auf die Akten folgende Beurteilung ab (Suva-Nr. 115): Beim Sturz vom 7. Mai 2014 sei es durch den Holm der Schubkarre zu einer Kontusion im Bereich der linken Hüfte resp. Leiste gekommen, dies aber ohne strukturell objektivierbare unfallbedingte Veränderungen. Echtzeitlich sei nirgends eine Hüftgelenks- oder Leistenverletzung dokumentiert. Die fraglichen Beschwerden seien erstmals ca. neun Monate nach dem Unfallereignis erwähnt worden. Auch die späteren ausgedehnten Abklärungen hätten keine unfallbedingten Veränderungen ergeben; das festgestellte CAM-Impingement entspreche nicht einer Unfallverletzung, sondern einer Anlagevariante, der Befund sei somit unfallfremd. Vor diesem Hintergrund könne man heute, gut zwei Jahre nach Unfallereignis, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass Unfallfolgen im Beschwerdebild der linken Hüfte resp. linken Leiste keine Rolle mehr spielten.

In der Beurteilung vom 27. Juni 2016 (Suva-Nr. 118) erklärte Dr. med. D.____, das Ereignis vom 7. Mai 2014 habe zu keinen objektivierbaren strukturellen Läsionen am linken Fuss geführt. Echtzeitlich sei keine Fussverletzung dokumentiert und es seien auch keine entsprechenden Abklärungen erfolgt. Die Fussbeschwerden würden erstmals im Bericht der [Klinik] E.____ zur Konsultation vom 14. Dezember 2015 (ärztlich) erwähnt (s. Suva-Nr. 87). Dort habe man die geklagten Schmerzen an der lateralen Fusskante auf eine Spondylarthropathie zurückgeführt. Mangels einer echtzeitlich belegten Fussverletzung und angesichts der Tatsache, dass diese Schmerzen am ehesten einer Ausstrahlung einer unfallfremden Rückenproblematik zuzuordnen seien, könne man heute, über zwei Jahre nach dem Ereignis, davon ausgehen, dass Unfallfolgen im Beschwerdebild keine Rolle mehr spielten. Die Orbitawandfraktur bewirke keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr.

Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 11. Mai 2017 (Suva-Nr. 267) hielt Dr. med. D.____ fest, der Beschwerdeführer berichte über Schmerzen in der linken Hüfte, sowohl beim Gehen wie bei längerem Sitzen, sowie in der linken Leiste, vor allem beim Laufen und Heben von Lasten. Zudem bestünden weiterhin permanente Kopfschmerzen sowie Schmerzen in der linken Fusssohle, bei Belastung in der rechten Schulter und in

letzter Zeit im Rücken (S. 3). Die Palpation des Orbitabodens und der Nasenwurzel medial links sei schmerzfrei. An der Halswirbelsäule seien keine pathologischen Befunde palpierbar, die Funktion liege im Normbereich. Der Muskeltonus des Trapezius sei beidseits verstärkt, rechts bestehe eine Druckdolenz mit Schmerzausstrahlung entlang dem medialen Scapularand. Die rechte Schulter sei palpatorisch unauffällig, ohne klinische Hinweise für eine Rotatorenmanschettenpathologie und frei beweglich. Links bestehe eine deutliche Verkürzung des Musculus supraspinatus mit Schiefstand des Schultergürtels. Für eine radikuläre Symptomatik im Bereich der unteren Extremitäten gebe es klinisch keine Hinweise. Am linken Hüftgelenk bestehe eine Druckdolenz am dorsalen Anteil des Trochanter major. Die Hüftgelenksfunktion sei nur in der Flexion leicht bis mässig eingeschränkt. Im Bereich der linken Leiste lasse sich keine Inguinalhernie nachweisen. Der linke Hoden sei palpatorisch deutlich schmerzhaft, strukturell ergäben sich keine pathologischen Befunde. Am linken Fuss bestehe eine Druckdolenz plantar über den Metatarsalia IV und V; von dorsal her liege in dieser Region keine Schmerzhaftigkeit vor, bei der Palpation von plantar her sei keine Resistenz nachweisbar. Der linke Mittelfuss zeige auch keine Schwellung und keine trophische Störung (S. 7). Die im bisherigen Verlauf durchgeführten umfassenden klinischen und bildgebenden Abklärungen hätten keine pathologischen Befunde zu Tage gefördert, welche die geklagten Beschwerden erklären würden. Im Bereich des Schädels, des linken Fusses, des Beckens, der linken Hüfte und der linken Leiste sowie an der linken und rechten Schulter hätten sich ausser den bekannten Frakturen des Orbitabodens und der Lamina papyracea keine weiteren strukturell objektivierbaren unfallbedingten Veränderungen ergeben (S.

E. 3.4

3.4.1 Es muss nicht abschliessend geklärt werden, ob zwischen dem Unfallereignis vom 7. Mai 2014 und den fortbestehenden Beschwerden, welche psychischer Natur resp. somatisch nicht begründbar sind, ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, da es ohnehin an der Adäquanz fehlen würde. Die Beschwerdegegnerin hat einen adäquaten Kausalzusammenhang zu Recht anhand der Psycho-Praxis (s. dazu E. II. 2.3.2 hiervor) verneint. Die Schleudertrauma-Praxis ist nicht anwendbar: Einerseits sind innerhalb der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden nach dem Unfall keine typischen Symptome aufgetreten. Andererseits hat Dr. med. F.____ ein Schädel-Hirntrauma und eine Commotio cerebri ausdrücklich verneint. Die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis würde indes mindestens eine Commotio cerebri im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri voraussetzen (Urteil des Bundesgerichts 8C_75/2016 vom 18. April 2016 E. 4.2).

3.4.2 Was die Schwere des Unfalls angeht, so verweist die Beschwerdegegnerin grundsätzlich zutreffend darauf, dass ein geringfügiges Anschlagen des Kopfes oder ein gewöhnlicher Sturz grundsätzlich als leichter Unfall gilt (BGE 115 V 133 E. 6a S. 139). Hier prallte der Beschwerdeführer indes beim Sturz mit dem Gesicht gegen ein Absteckeisen und erlitt eine Orbitawandfraktur, jedoch keine Augenverletzung und kein Schädel-Hirntrauma. Hierbei handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im engeren Sinn (vgl. BGE 115 V 399 E. 11a + 11b S. 401, wo der Versicherte mit dem Kopf gegen eine Metallstange schlug, als Tram und Bus zusammenstiessen, und sich dabei eine Nasenbeinfraktur sowie eine Schädelprellung zuzog). Daraus ergibt sich jedoch nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers, da die erforderlichen Adäquanzkriterien für diese Unfallkategorie nicht erfüllt sind:

Da sechs von sieben Kriterien nicht erfüllt sind, kann offen bleiben, welche Eindrücklichkeit dem Unfall zukommt, da dieses Kriterium auf jeden Fall nicht in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist.

3.5 Zusammenfassend ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fall per 31. Oktober 2017 ohne weitere Leistungen abgeschlossen hat, fehlt es doch an einem rechtserheblichen Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 7. Mai 2014 und den beim Fallabschluss noch geklagten Beschwerden. Die Beschwerde stellt sich damit als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

4. Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin wiederum hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

5. Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Haldemann

E. 6

N 71). 2.4 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht länger die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht (BGE 117 V 359 E. 4a S. 360, 117 V 369 E. 3a S. 376; 115 V 133 E. 8b S. 142). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage

handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 54). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss indes nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Gehring, a.a.O., Art. 4 ATSG N 40; Urteil des Bundesgerichts 8C_416/2010 vom 29. November 2010 E. 2.2).

E. 7

+ 8). Beim radiologisch festgestellten CAM-Impingement handle es sich nicht um eine Unfallverletzung, sondern um eine unfallfremde Anlagevariante. Die geltend gemachten urologischen Beschwerden gingen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 7. Mai 2014 zurück; bei der am 9. Juli 2015 operierten Varikozele handle es sich um eine Krankheit (Stauung der Vena spermatica), welche nicht in einem Kausalzusammenhang zum Unfall stehe. Auch eine sonographische Untersuchung habe keine Hinweise auf eine Inguinalhernie ergeben (S. 8). Bei fehlenden strukturellen Veränderungen könne man heute, drei Jahre nach Unfallereignis, davon ausgehen, dass Unfallfolgen im Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielten (S. 8 f.). Bei der heutigen kreisärztlichen Untersuchung stehe ein multilokuläres Schmerzsyndrom bei Verdacht auf schwere Schmerzverarbeitungsstörung im Vordergrund. Im Rahmen dieser Schmerzverarbeitungsstörung sei es auch zu diversen Muskelverspannungen mit gestörtem Gangbild gekommen. Der Beschwerdeführer sei absolut fixiert auf seine Schmerzen. Klinisch liessen sich keine anatomisch-pathologischen Befunde feststellen, welche diese Schmerzen erklären würden (S. 9).

Am 3. August 2017 hielt Dr. med. D.____ fest (Suva-Nr. 305), das Ereignis vom 7. Mai 2014 habe zu keiner strukturellen Hirnschädigung geführt. Dies gehe sowohl aus den bildgebenden Abklärungen als auch der ausführlichen neurologischen Beurteilung durch Dr. med. F.____ vom 26. Juli 2017 hervor (s. dazu E. II. 3.2.2 hiernach). Die dokumentierten und heute noch beklagten Beschwerden (Kopfschmerzen, Schwindel, Ohren- und Nasenbeschwerden) seien mit den erlittenen Schädelfrakturen nicht erklärbar. Unfallfolgen würden im neurologischen Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit heute keine Rolle mehr spielen, die Schädelverletzung sei als vollständig abgeheilt zu betrachten. In somatischer Hinsicht könne von weiteren medizinischen Behandlungen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden (S. 4). Ein erheblicher Integritätsschaden liege nicht vor (S. 5).

3.2.2 Prof. Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie FMH, beschrieb im Bericht vom 18. Juni 2014 (Suva-Nr. 9) von der linken Orbita fortgeleitete nociceptive Kopfschmerzen. Dabei handle es sich um unmittelbare Traumafolgen im Sinne lokaler Schmerzen in der Orbita durch die Frakturen. Ansonsten sei der Neurostatus unauffällig.

Nach der erneuten Untersuchung im Auftrag der Beschwerdegegnerin vom 18. Juli 2017 hielt Dr. med. F.____ fest (Suva-Nr. 303), das stumpfe Trauma des Gesichtsschädels vom 7. Mai 2014 habe zu keiner Läsion von Gesichts- oder Hirnnerven und zu keiner Traumatisierung von Gehirn oder Neurocranium geführt. Gegen eine Commotio cerebri

spreche die fehlende antero- wie retrograde Amnesie. Es bestehe ein starker Verdacht auf eine (lange Zeit übersehene) posttraumatische psychische Fehlentwicklung. Die seit dem Unfall persistierenden nicht klassifizierbaren Kopfschmerzen seien wahrscheinlich in diesem Rahmen zu sehen. Die jetzt beklagten Beschwerden entsprächen nicht mehr den anfänglichen: Ursprünglich hätten die Schmerzen von der Orbita her gegen occipital ausgestrahlt, nun sei der Schmerzzschwerpunkt ohne klinisches Korrelat zerviko-occipital und strahle gegen vorne aus. Ausserdem bestehe eine gewisse Diskrepanz zu den unter Ablenkung völlig normalen klinisch-neurologischen Befunden. Es sei zu hoffen, dass dem Beschwerdeführer nun wenigstens partiell geholfen werden könne (Suva-Nr. 303).

3.2.3 Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Konsiliararzt der Beschwerdegegnerin, hielt in seiner Stellungnahme vom 27. September 2017 dafür (Suva-Nr. 326 S. 2), gemäss Bericht der Klinik H.____ an den Hausarzt sei der Beschwerdeführer als stabil entlassen worden. Er sei von seinen Schmerzen ablenkbar, zeige eine erhaltene Schwingungsfähigkeit und mithin keine relevante psychiatrische Symptomatik. Ohne strukturell objektivierbare somatische Schäden könne die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung formal zwar noch gestellt werden. Sie begründe indes keine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Der gesamte prolongierte Verlauf sei mit dem Ereignis nicht mehr begründbar. Da weiterhin keine Arbeitsfähigkeit vorliege, könne drei Jahre nach dem Ereignis von einer weiteren Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden.

3.3 Betrachtet man zunächst einmal den somatischen Gesundheitszustand, so hat die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht per 31. Oktober 2017 abgeschlossen und einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 7. Mai 2014 sowie den persistierenden Schmerzen verneint. Bei den Beschwerden am Bewegungsapparat und in der Leistengegend konnte sie sich auf die Stellungnahme des Kreisarztes Dr. med. D.____ stützen, wonach sich die Schmerzen nicht durch pathologische organische Befunde objektivieren lassen und Unfallfolgen keine Rolle mehr spielen. Diese Beurteilung geniesst vollen Beweiswert, stammt sie doch von einem Facharzt, der sich in mehreren Stellungnahmen eingehend mit dem Sachverhalt befasst, die umfangreichen Vorakten studiert und den Beschwerdeführer selber untersucht hat. In neurologischer Hinsicht wiederum lagen zwei fachärztliche Berichte von Dr. med. F.____ vor, der ein Schädel-Hirn-Trauma verneinte, die persistierenden Kopfschmerzen als nicht klassifizierbar erachtete und den Verdacht auf eine psychische Fehlentwicklung äusserte. Der Fallabschluss erfolgte keineswegs verfrüht. Dr. med. D.____ erklärte ausdrücklich, dass weitere somatisch orientierte Behandlungen keine relevante Verbesserung mehr erwarten lassen, was angesichts der fehlenden organischen Korrelate einleuchtet. Dr. med. F.____ wiederum machte keine weiteren somatischen Behandlungsvorschläge, sondern ging davon aus, dass eine psychische Fehlentwicklung therapiert werden müsse. Der Fallabschluss setzt im Übrigen nicht voraus, dass gar kein Behandlungsbedarf mehr besteht, d.h. Massnahmen zur Symptombekämpfung oder Verbesserung der Befindlichkeit stehen dem Abschluss und der Prüfung der Kausalitätsfrage nicht entgegen (Philipp Geertsen in: Marc Hürzeler / Ueli Kieser [Hrsg.], a.a.O., Art. 19 N 9).

Was im Beschwerdeverfahren vorgebracht wird, vermag auch keine geringen Zweifel an den Schlussfolgerungen des Kreisarztes Dr. med. D.____ sowie von Dr. med. F.____ zu erwecken. Insbesondere trifft es nicht zu, dass der Kreisarzt bloss behauptet, es fehle an relevanten somatischen Unfallfolgen, welche die Beschwerden erklären könnten. Dies

erhellte namentlich aus den folgenden Arztberichten:

3.3.1 Laut Bericht von Dr. med. I.____, Chefarzt-Stellvertreter am [Spital] J.____, vom 26. November 2014 (Suva-Nr. 168 S. 2) fanden sich keine Hinweise auf eine Hodentorsion.

3.3.2 Die MRI-Aufnahmen des Neurokraniums vom 6. und 7. November 2014 zeigten eine Fraktur der medialen Wand der Orbita links, aber keine posttraumatischen Veränderungen im Hirnparenchym und keine abgrenzbare Pathologie des Nervus VIII (Suva-Nrn. 188 f.). Das CT vom 3. Juli 2016 stellte den Schädel sowie die zervikalen und intrakraniellen arteriellen und venösen Gefässe unauffällig dar (Suva-Nrn. 136 + 153). Das MRI des Neurokraniums vom 15. April 2017 schliesslich ergab weder eine akute Ischämie noch entzündliche Läsionen oder eine auffällige raumfordernde Formation (Suva-Nr. 245).

Die MRI-Aufnahme des linken Hüftgelenks vom 1. Dezember 2014 (Suva-Nr. 34) zeigte eine subchondrale Ödemzone im ventrolateralen Anteil des Femurkopfes, welche mit einem Knochenmarködem nach einem direkten Trauma vereinbar war, bei ansonsten unauffälligen Befunden; insbesondere liess sich weder inguinal noch im Verlauf des Funiculus spermaticus eine Pathologie nachweisen. Das erneute MRI vom 24. August 2015 (Suva-Nr. 187) ergab einen anterosuperioren Labrumbasisriss und eine minimale anterosuperiore Offsetstörung des proximalen Femurs bei intakten Knorpelstrukturen.

Das MRI des Beckens vom 22. Mai 2015 (Suva-Nr. 186) bildete beidseits geringe aktive Iliosakralgelenksarthritiden sowie geringe chronische ISG-Arthritiden ab, zudem eine sehr diskrete Symphysisitis, jedoch keine Fraktur. Die Adduktorenansätze sowie die Wirbelsäule präsentierten sich unauffällig. Am 9. Juli 2015 wurde eine Varikozelektomie durchgeführt, welche jedoch an den Schmerzen in der Leiste nichts änderte (Suva-Nrn. 68 + 107). Ein weiteres MRI vom 13. Oktober 2016 (Suva-Nr. 216) ergab keinen Hinweis auf eine Inguinalhernie und auch keine sonstige Pathologie.

Das MRI der rechten Schulter vom 10. Februar 2017 (Suva-Nr. 237) bildete bei allenfalls leichtem subakriomalem Impingement zarte intratendinöse Partialrupturen der Supraspinatussehne ohne bursalen Reizerguss ab. Die Rissbildung entlang des inferioren bis zum Übergang des posterioren Labrum glenoidale sei wahrscheinlich auf das frühere Trauma zurückzuführen. Vor etwa einem Jahr habe sich ein Autounfall ereignet.

3.3.3 Dr. med. K.____, Leitender Arzt am [Spital] J.____, fand gemäss Bericht vom 18. Februar 2015 (Suva-Nr. 50 S. 2 f.) klinisch und elektrophysiologisch keinen Anhaltspunkt für eine neurologische Ursache der Leisten- und Fusschmerzen.

3.3.4 Dr. med. L.____, [Spital] M.____, ging im Bericht vom 8. September 2015 (Suva-Nr. 71) in der Zusammenschau von Klinik, Anamnese und bildgebender Diagnostik (s. dazu MRI vom 22. Mai und 24. August 2015) davon aus, es bestehe keine symptomatische Labrumläsion der linken Hüfte. Die Impingementsymptomatik sei asymptomatisch. Die angegebenen Beschwerden seien möglicherweise im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung überlagert. Die Labrumläsion könne mit hoher Wahrscheinlichkeit durch das Leistentrauma stattgefunden haben, aber die Beschwerden seien selbstlimitierend gewesen. Es sei nicht ausgeschlossen, dass die Impingementsymptomatik im Verlauf wieder auftrete, angesichts der kleinen Läsion und des komplett asymptomatischen Patienten jedoch sehr unwahrscheinlich. Sodan erfolgte am 10. November 2015 an der linken Hüfte eine Offset-Korrektur sowie eine Kapselnaht (Suva-Nrn. 80 + 96 S. 2).

3.3.5 Dr. med. N.____, Kaderärztin am [Spital] M.____, hielt im Bericht vom 16. März 2016 (Suva-Nr. 104) fest, die geklagten Fusssschmerzen seien bildmorphologisch nicht erklärbar. Aus orthopädischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Am 25. April 2016 ergänzte sie die Differentialdiagnose eines Morbus Ledderhose (Suva-Nr. 109).

3.3.6 Anlässlich der interdisziplinären Schmerzkonferenz vom 15. Juni 2016 stellten die beteiligten Ärzte des [Spitals] M.____ fest (Suva-Nr. 119), die Schmerzen im Bereich der linken Hüfte persistierten auch nach der Offsetkorrektur in unveränderter Intensität. Ein Versuch, die Arbeit als Landschaftsgärtner wieder aufzunehmen, habe abgebrochen werden müssen. Die bisherigen Behandlungsversuche seien ohne Effekt geblieben. Der initiale Verdacht einer Spondylarthropathie habe sich nicht bestätigen lassen. Bei einem sicherlich somatisch bedingten Grundleiden bestehe aktuell ein depressives Zustandsbild mit somatischer Fixierung. Man empfehle dringend eine vertrauensärztliche Beurteilung durch die Suva.

3.3.7 Dr. med. O.____, Facharzt für Neurologie FMH, konnte gemäss Bericht vom 18. Oktober 2016 (Suva-Nr. 206) weder eine zentrale noch eine peripher-neurogene Affektion ■ sei es im Sinne einer Polyneuropathie, einer small fiber neuropathy oder einer radikulären Läsion ■ feststellen. Auf jeden Fall liege keine Verletzung inguinaler Nerven vor. Eine klare Diagnose vermöge er nicht zu stellen. Im Bereich der linken Schulter, wo Schmerzen geklagt würden, habe er nicht viel finden können.

3.3.8 Dr. med. P.____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, berichtete am 11. Januar 2017 (Suva-Nr. 205), er könne keine eindeutigen rheumatologischen Ursachen resp. eine Inguinalhernie als Erklärung für die anhaltend inguinalen Beschwerden finden. Auch bestünden kaum relevante somatisch orientierte Gründe für die Fusssschmerzen. Da in den Akten der Verdacht auf eine posttraumatische Schmerzverarbeitungsstörung postuliert worden sei, sei von einer relevanten psychosozialen Überlagerung des Schmerzgeschehens auszugehen.

3.3.9 Dr. med. Q.____, Oberärztin in der [Klinik] H.____, hielt am 20. April 2017 fest (Suva-Nr. 243 S. 3 f.), es bestehe eine chronifizierte Schmerzsymptomatik multipler Lokalisationen. Der Beschwerdeführer sei deswegen seit geraumer Zeit arbeitsunfähig. Gemäss den Akten fänden sich teils somatische Korrelate, teils könne kein solches nachgewiesen werden.

Der Austrittsbericht der [Klinik] H.____ vom 28. Juli 2017 (Suva-Nr. 302) diagnostizierte u.a. chronische Schmerzen mit psychischen und somatischen Faktoren, einen Status nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma mit medialer Orbitawandfraktur, chronische Kopfschmerzen mit intermittierendem Drehschwindel, unklare Schmerzen der linken Fusssohle distal lateral (differentialdiagnostisch Morbus Ledderhose) und ein femoroacetabuläres Impingement der linken Hüfte. Ausserdem wurde festgestellt, dass keine akute ISG-Arthritis bestehe.

3.3.10 Dr. med. R.____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, schloss gemäss Bericht vom 16. Mai 2017 (Suva-Nr. 277 S. 1 ff.) eine Felsenbeinfraktur oder ein Cholesteatom aus.

3.3.11 Die Berichte des [Spitals] C.____ vom 2. und 20. Oktober 2017 (Suva-Nrn. 338 + 341) sprachen von einer massiven scapulothorakalen Dyskinesie mit Bursitis scapulothorakalis bei massivem Tiefstand der rechten Schulter und Alata-Fehlstellung. Es sei eine stationäre Behandlung erforderlich.

Fasst man diese Aktenlage zusammen, so vermochten die meisten der beteiligten Ärzte keine organischen Ursachen für die geklagten Beschwerden zu finden. Namentlich ergaben die bildgebenden Abklärungen keine entsprechenden Befunde. Dies stützt die Beurteilung der Dres. D. ___ und F. ___, dass nach der Ausheilung der Orbitawandfraktur, welche ursprünglich die Kopfschmerzen hervorgerufen hatte, keine objektivierbaren Unfallfolgen mehr vorliegen, welche die anhaltenden Beschwerden erklären könnten. In einzelnen Arztberichten wurden zwar auch somatische Beschwerden postuliert. Damit ist aber noch nicht belegt, dass es sich um unfallbedingte (im Gegensatz zu krankheitsbedingten) Gesundheitsschäden handelt. Die fraglichen Berichte enthalten keine schlüssige Begründung für eine Unfallkausalität, weshalb der Beschwerdeführer daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten kann. Dies gilt auch für die kurz vor Fallabschluss gestellte Diagnose einer Bursitis, nachdem sich die rechte Schulter bis dahin unauffällig präsentiert hatte.

Gegen einen Zusammenhang zwischen Unfall und Beschwerden spricht weiter, dass einige dieser Beschwerden ■ z.B. diejenigen am Fuss oder die Bursitis ■ nicht sofort oder kurz nach dem Unfallereignis, sondern erstmals einige Monate oder gar Jahre später in den Akten auftauchten. Die Kopfschmerzen wiederum fanden zwar von Anfang an Erwähnung. Dr. med. F. ___ hält jedoch fest, der Beschwerdeführer schildere diese Schmerzen bei der Untersuchung vom 18. Juli 2017 anders als bei der früheren Untersuchung wenige Wochen nach dem Unfall. Dies deutet darauf hin, dass die Kopfschmerzen zunächst in der Tat auf die Orbitawandfraktur zurückgingen, mit deren Ausheilung aber ihre Natur wandelten und nunmehr unabhängig vom Unfall fortbestanden. Hinzu kommt, dass verschiedene somatisch orientierte Behandlungsansätze ohne nachhaltigen Erfolg blieben, was ebenfalls gegen eine organische Genese der Beschwerden spricht.

Die allgemeinen medizinischen Ausführungen in der Beschwerdeschrift, wie Schmerzen erlebt werden, sind unerheblich, da sie nicht konkret auf den vorliegenden Fall bezogen werden. Im Übrigen ist zu betonen, dass das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell, auf das sich der Beschwerdeführer beruft, in der Medizin heute zwar vorherrscht, im Sozialversicherungsrecht hingegen nicht massgebend ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_292/2018 vom 15. Januar 2019 E. 5.2.3.2).

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers erübrigt es sich, ein Gerichtsgutachten einzuholen. Dr. med. F. ___ empfiehlt zwar eine polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers, was er mit der Komplexität des Falls begründet. Die verschiedenen Arztberichte, welche auf radiologischen, klinischen und apparativen Untersuchungen beruhen, vermitteln indes ein umfassendes Bild des Sachverhalts, so dass von weiteren Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind und darauf verzichtet werden kann.

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