

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00109 vom 18. Oktober 2004

ZH Sozialversicherungsgericht, 2004-10-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2003.00109

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00109 du 18 octobre 2004

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00109 del 18 ottobre 2004

Erwägungen

E. 1

1.1 Die massgebenden rechtlichen Grundlagen sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 3 f. Ziff. 2.2-4). Darauf kann vorerst verwiesen werden.

1.2 Praxisgemäss stellen die Gerichte im Bereich des Sozialversicherungsrechts in der Regel auf die Aussagen der ersten Stunde ab, denen in beweiswürdiger Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 47 Erw. 1a, 115 V 143 Erw. 8c mit Hinweis).

1.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin steht auf dem Standpunkt, im Zeitpunkt der von ihr verletzten Leistungseinstellung sei in somatischer Hinsicht der Zustand erreicht gewesen, wie er auch ohne Unfall bestanden hätte (Status quo sine), und für eine Leistungspflicht für psychische Beschwerden fehle es am rechtsgenügenden Kausalzusammenhang (Urk. 2 S. 4 f. Ziff. 2.5).

2.2 Der Beschwerdeführer steht auf dem Standpunkt, die vorhandenen medizinischen Beurteilungen ergäben eine unfallbedingte Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 %, woraus ein Invaliditätsgrad von 54 % resultiere (Urk. 1 S. 10 f. Ziff. 2.2.5 und 2.6). Ferner seien bestehende psychische Einschränkungen mit einer Integritätsentschädigung von 20 % abzugelten (Urk. 1 S. 11 Ziff. 2.5).

2.3 Zu klären ist mithin, welche Beschwerden im Zeitpunkt der strittigen Leistungseinstellung (1. März 2001) in einem rechtsgenügenden Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 15. Februar 2000 standen sowie welche Leistungspflichten die Beschwerdegegnerin allenfalls hat.

E. 3

3.1 In der Unfallmeldung vom 3. März 2000 (mit Erganzung vom 19. Marz 2000) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei am 15. Februar 2000 beim Skifahren auf die linke Schulter gestürzt und sei seit dem 28. Februar 2000 arbeitsunfähig (Urk. 15/1 Ziff. 6 und 9-10, Urk. 15/2).

In der Besprechung mit einem Mitarbeiter der Beschwerdegegnerin führte der Beschwerdeführer am 15. August 2000 aus, er sei früh morgens auf vereister Piste, bei Dunkelheit und deshalb langsam zu Tal gefahren. Nach zirka drei Kurven habe er gestoppt und, da sich wohl die Skikante am Schluss noch ins Eis gehakt habe, sei er praktisch aus dem Stand auf die linke Körperseite gestürzt. Er könne sich nicht erinnern, ob er dabei den Kopf oder die linke Schulter angeschlagen habe. Der Sturz könne als Bagatell-Sturz angesehen werden, da keine grosse Dynamik dahinter gewesen sei (Urk. 15/9 S. 1 oben).

3.2 Dr. med. C.____, den der Beschwerdeführer am 21. Februar 2000 erstmals aufsuchte, stellte Schulterschmerzen und einen blanden Röntgenbefund fest und diagnostizierte ein cerviko-vertebrales bis cerviko-cephales posttraumatisches Syndrom bei Status nach Schulterkontusion und Halswirbelsäulen- (HWS-) Distorsion (Urk. 16/M1 und Urk. 16/M2, je Ziff. 4-5).

Im Fragebogen bei HWS-Verletzungen berichtete Dr. C.____ am 5. April 2000 über Schmerzen am Hinterkopf und linksseitige Schulterschmerzen mit Ausstrahlung in Schulter und Arm unmittelbar nach dem Unfall und ansslich der Erstkonsultation sowie anfänglichen Schwindel nach dem Unfall, und er verneinte Bewusstlosigkeit, Übelkeit oder Erbrechen unmittelbar nach dem Unfall und ansslich der Erstkonsultation (Urk. 16/M3 Ziff. 2).

Dr. med. D.____, Orthopädische Chirurgie FMH, berichtete am 4. Mai 2000 über seine Untersuchung vom 1. Marz 2000 (Urk. 16/M4 Ziff. 1 und 10). Der Beschwerdeführer sei beim Skifahren praktisch aus dem Stand auf die linke Schulter gestürzt (Urk. 16/M4 Ziff. 2). Als Befund nannte Dr. D.____ einen Schulterhochstand (ansonsten inspektorisch unauffällig). Die HWS-Beweglichkeit sei bezüglich Inklination und Reklination uneingeschränkt, die Seitneigung nach rechts und Rotation nach links seien schmerzhaft im Bereich der paracervikalen Muskulatur. Der Trapezius und der Levator scapulae seien stark druckdolent, hier bestnden auch Verspannung, Dehnungs- und Spannungsschmerz. Die Schulter selbst sei frei beweglich ohne Hinweise für eine Rotatorenmanschettenpathologie, AC-Gelenkstraumatisierung oder Instabilität. Der Röntgenbefund zeige keine ossären Läsionen, eine Streckhaltung und degenerative Veränderungen vor allem im Segment C4/5 sowie 5/6 und 6/7 (Urk. 16/M4 Ziff. 4).

3.3 Dr. med. E.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumatologie, behandelte den Beschwerdeführer seit 18. April 2000 (Urk. 16/M5 S. 2 Ziff. 4a) und stellte am 19. Juni 2000 folgende Diagnosen (Urk. 16/M5 S. 1 Ziff. 1):

■ Cervikospondylogenes Syndrom links bei

■ degenerativen Veränderungen

■ Differentialdiagnose: CRS C7 bei kleiner lateraler Diskushernie C6/7 links und vorbestehender dorsolateraler Spondylose links

■ Psoriasis mit Verdacht auf Psoriasisarthritis

■ Status nach Operation einer Diskushernie lumbal L4/5 links 1984

Der Beschwerdeführer sei beim Skifahren auf die linke Schulter und den linken Hinterkopf (Okziput) gestürzt und habe seither Schmerzen in der Halswirbelsäule, ausstrahlend Richtung linkes Schulterblatt, ohne direkte Ausstrahlung in den Arm. Dabei handle es sich um einen Dauerschmerz, der durch Bewegung und Belastung verstärkt werde (Urk. 16/M5 S. 1 Ziff. 2). Vorläufig sei die physikalische Therapie weiterzuführen und die Arbeitsfähigkeit, die zur Zeit noch 20 % betrage, zu erhöhen (Urk. 16/M5 S. 1 Ziff. 3a).

Am 29. Juni 2000 wurde ein MR der HWS durchgeführt (Urk. 16/M7), dessen Befunde Dr. E. in ihrer späteren Diagnose aufgründete (vgl. Urk. 16/M8 S. 1 Mitte). Eine am 21. August 2000 durchgeführte sonographische Untersuchung der linken Schulter ergab keine Hinweise für eine relevante Läsion im Bereich der Rotatorenmanschette (Urk. 16/M9).

Letztmals am 23. August 2000 (Urk. 16/M16 Ziff. 3c) fand im Ambulatorium Neurologie der F. Klinik, Zürich, eine Infiltrationsbehandlung statt. In den entsprechenden Berichten vom 19. Oktober und vom 18. Dezember 2000 (Urk. 16/M10, Urk. 16/M16) wurden ein chronisches Zervikalsyndrom bei degenerativen Veränderungen C4-6, ein Status nach Diskushernienoperation L4/5 und ein Status nach Knieoperation beidseits diagnostiziert (Urk. 16/M10 und Urk. 16/M16, je Ziff. 1). Unter neuraltherapeutischer Segmenttherapie sowie Facettengelenksinfiltration C5/6 und C6/7 habe sich eine Beruhigung des Geschehens eingestellt; nach wie vor beständen jedoch belastungsabhängige Zervikalgien linksbetont (Urk. 16/M10 Ziff. 2a). Seit 30. Mai 2000 und bis auf weiteres betrage die Arbeitsunfähigkeit mindestens 50 % (Urk. 16/M10 und Urk. 16/M16, je Ziff. 4a).

Am 8. September 2000 überwies Dr. E. den Beschwerdeführer an die Rheumaklinik des Universitätsspitals Z. Dabei stellte sie folgende Diagnosen (Urk. 16/M8 S. 1 Mitte):

■ Cervikospondylogenes Syndrom links bei

■ Status nach Sturz beim Skifahren auf die linke Schulter und den Hinterkopf im Februar 2000

■ degenerativen Veränderungen: Spondylarthrose C6/7 und C7/Th1, diskrete Diskusprotrusion C5/6 und C6/7 nach medial leicht linksbetont mit geringgradiger Duralsackeindellung (vgl. Urk. 16/M7)

■ Differentialdiagnose: - CRS C7 oder C8

- im Rahmen einer Psoriasisarthritis

■ Periarthropathia humeroscapularis links (m. infraspinatus, m. subscapularis) klinisch, Ultraschall bland

■ Status nach Operation einer Diskushernie lumbal L4/5 links 1984

■ Psoriasis mit Verdacht auf Psoriasisarthritis

Seit seinem Sturz beklage sich der Beschwerdeführer über Schmerzen in der HWS, zeitweise in den linken Arm ausstrahlend. Es handle sich um

belastungs- und bewegungsabhängige Dauerschmerzen. In den letzten Monaten sei zusätzlich eine Periarthropathia humeroscapularis tendopathica aufgetreten. Der Beschwerdeführer könne deshalb nur noch zu 20 % als Informatiktechniker arbeiten, nach 10 Minuten Sitzen am Computer verstärkten sich die Beschwerden, er bekomme Konzentrationsstörungen und müsse die Arbeit aufgeben, um sich hinzulegen. Er beklage, dass er den Kopf nicht mehr halten könne, und sei auch durch die ständigen Beschwerden psychisch beeinflusst (Urk. 16/M8 S. 1 unten).

3.4 Vom 13. bis 29. September 2000 war der Beschwerdeführer in der Rheumaklinik des Universitätsklinikums hospitalisiert. Im Bericht vom 11. Oktober 2000 wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 16/M18 S. 1 Mitte):

■ Cervikospondylogenes Syndrom links bei

■ Status nach Sturz beim Skifahren auf die linke Schulter im Februar 2000

■ diskrete Diskusprotrusion C5/6 und C6/7, Spondylarthrose C6/7 und C7/Th1

■ Psoriasis vulgaris mit Hautbefall, gelegentlich Arthritiden Hände metatarso-phalangeal (MTP) beidseits

■ Chronisch oesophageale Refluxbeschwerden

Zum Verlauf wurde ausgeführt, da der Beschwerdeführer über konstante Schmerzen geklagt habe, welche kaum zu beeinflussen gewesen seien, sei ein psychiatrisches Konsilium durchgeführt worden, in welchem der Verdacht auf dysfunktionale Schmerzverarbeitung geäußert worden sei. Unter Physiotherapie und Schmerzmitteln habe eine deutliche Schmerzreduktion erreicht werden können, vor allem die Ausstrahlung in die Schulter sei deutlich regredient gewesen (Urk. 16/M18 S. 1). Ab 2. Oktober 2000 betrage die Arbeitsfähigkeit 20 %, mit baldiger Arbeitsfähigkeit von 50 % sei zu rechnen (Urk. 16/M18 S. 2 oben).

3.5 Am 22. November 2000 kam es zu einem Suizidversuch und am 11. Dezember 2000 trat der Beschwerdeführer in die Klinik G. für Psychosomatik, H., ein, wo er sich bis am 5. Februar 2001 aufhielt (Urk. 16/M20 S. 1 unten). Im Austrittsbericht vom 5. März 2001 wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 16/M20 S. 1 Mitte):

■ Schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) mit/bei

■ Cerviko-spondylogenem Syndrom (infolge Skiunfall Februar 2000)

■ Psychosozialer Belastungssituation

■ Status nach Sturz beim Skifahren (Februar 2000) mit/bei

■ Anamnestisch diskreter Diskusprotrusion C5/6

■ Anamnestisch Spondylarthrose C6/7 und C7/Th1

■ Psoriasis vulgaris

■ Chronisch oesophageale Refluxbeschwerden

Nach dem Sturzereignis im Februar 2000 sei es zu einem cerviko-spondylogenen Syndrom gekommen. Aufgrund der nahezu therapieresistenten Schmerzen sei im Oktober 2000 eine Hospitalisation in der Rheumaklinik des

Universitätsspitals Z.____ erfolgt, wobei die Schmerzsymptomatik nach Austritt rasch wieder exazerbiert habe. Zu den Schmerzen seien Konzentrationsstörungen und eine zunehmend depressive Verstimmung hinzugekommen. Durch die dauernde Anwesenheit zu Hause habe sich auch die seit Jahren bestehende Eheproblematik zugespitzt (Urk. 16/M20 S. 1 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In den ersten zwei Wochen sei eine deutliche Zunahme der depressiven Symptomatik eingetreten (Urk. 16/M20 S. 2 unten). Nach deren Abklingen unter entsprechender Medikation sei es zu einer eindrücklichen Exazerbation der Schmerzen im Rahmen des cerviko-spondylogenen Syndroms gekommen. Eine entsprechende Therapie habe eine für den Beschwerdeführer befriedigende Schmerzfreiheit erbracht (Urk. 16/M20 S. 3 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es wurde die Fortsetzung der hausärztlichen Betreuung sowie eine psychiatrische und paartherapeutische Nachbetreuung empfohlen. Aus psychiatrischer Sicht sollte rund zwei Wochen nach Austritt eine Arbeitsfähigkeit von 50 % möglich sein (Urk. 16/M20 S. 3 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 29. Januar 2001 berichtete Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie/Psychotherapie, er habe den Beschwerdeführer vor dem Klinikeintritt konsiliarisch betreut (Urk. 16/M19 Ziff. 3-4), dies auf Zuweisung von Dr. E.____ (vgl. Urk. 16/M13). Er diagnostizierte eine suizidale Verstimmung bei reaktiver Depression und einen Status nach Skiunfall mit chronischem Schmerzsyndrom (Urk. 16/M19 Ziff. 1). Als mitwirkende unfallfremde Faktoren nannte Dr. I.____ eine belastete Vergangenheit und eine Selbstwertproblematik, die jedoch nicht zu Arbeitsunfähigkeit geführt hätten (Urk. 16/M19 Ziff. 2b).

3.6 Ä Ä Ä Ä In ihrem Bericht vom 5. April 2001 stellte Dr. E.____ folgende Diagnosen (Urk. 16/M21 S. 1 Ziff. 1):

Ä ■ Cervikospondylogenes Syndrom links bei/mit

Ä ■ Status nach Sturz beim Skifahren auf die linke Schulter im Februar 2000

Ä ■ diskrete Diskusprotrusion C5/6 und C6/7, Spondylarthrose C6/7 und C7/Th1

Ä ■ Depressive Entwicklung mit Konzentrations- und Gedächtnisstörungen mit

Ä ■ Status nach zweimaligem Suizidversuch

Ä ■ Psoriasis vulgaris

Ä ■ gelegentlich Arthritiden Hände und MTP beidseits

Ä ■ Chronisch oesophagiale Refluxbeschwerden

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. E.____ berichtete, der Beschwerdeführer sei nach dem Austritt aus der Klinik in verschiedener Hinsicht überfordert gewesen, was zu einem Suizidversuch am 14. März 2001 und einem erneuten Klinikaufenthalt geführt habe (Urk. 16/M21 S. 1 Ziff. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Laut Austrittsbericht vom 21. März 2001 weilte der Beschwerdeführer vom 15. bis 21. März 2001 in der Psychiatrischen Privatklinik J.____ (Urk. 20/7 S. 1), wobei eine mittelgradige depressive Episode, Probleme in Beziehung zum Ehepartner sowie Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit

diagnostiziert wurden (Urk. 20/7 S. 1 Mitte). Der Beschwerdeführer habe berichtet, nach dem Sturz auf die linke Schulter hätten die Schmerzen trotz verschiedener Behandlungen weiterbestanden und seit August 2000 habe sich sein psychischer Zustand verschlechtert. Per Ende Februar 2001 sei ihm seine Arbeitsstelle gekündigt worden. Dies und seit längerem bestehende Spannungen in der Familie hätten zu dem erneuten Suizidvorhaben geführt (Urk. 20/7 S. 1 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach Klinikaustritt wurde der Beschwerdeführer ambulant psychotherapeutisch betreut (vgl. Urk. 16/M24 S. 2 Ziff. 3, Urk. 16/M22 Ziff. 2a).

3.7 Ä Ä Ä Ä Am 30. Juli 2001 erstattete Dr. med. K. ____, Facharzt für Neurologie und für physikalische Medizin und Rehabilitation, Leitender Arzt L. __-Klinik, ____, ein Gutachten (L. __-Gutachten; Urk. 16/M28), basierend auf den überlassenen Akten (vgl. Urk. 16/M28 S. 2-7) und den anschließend der Untersuchungen vom 2. bis 6. Juli 2001 erhobenen Befunden (Urk. 16/M28 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. K. __ stellte folgende Diagnosen (Urk. 16/M28 S. 16 Ziff. V):

■ Status nach Sturz beim Skifahren mit Anprall der linken Schulter und des linken Hinterkopfes am 15. Februar 2000

■ Cervikospondylogenes Syndrom HWK 2/4 und HWK 4/5

■ distalem Ansatzschmerz des Musculus levator scapulae links

■ zervikogenem Kopfschmerz, differentialdiagnostisch Spannungskopfschmerz

■ Status nach mittel- bis schwergradiger depressiver Episode ohne psychotische Symptome zirka November 2000 bis April 2001

■ Bestehende leichtgradige depressive Episode unter antidepressiver Therapie

■ Leichtgradige neuropsychologische Funktionsstörungen

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Beantwortung der ihm unterbreiteten Fragen führte Dr. K. __ aus, das cervikale spondylogene Syndrom C4/C5 mit dem untergeordneten Schulterblattschmerz stehe sicher in natürlichem Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 15. Februar 2000. Darauf weise die vorangehende Beschwerdefreiheit und der klare zeitliche Zusammenhang der nach dem Unfall aufgetretenen Schmerzen hin. Es sei nachvollziehbar, dass ein Sturz aus zumindest Körperhöhe auf eine eisige Piste zu einer Distorsion der Halswirbelsäule führen könne (Urk. 16/M28 S. 17 Ziff. 5.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die neuropsychologischen Beschwerden ständen nur möglicherweise in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 15. Februar 2000 (Urk. 16/M28 S. 17 unten). Gegen einen Kausalzusammenhang sprächen unter anderem die fehlenden Hinweise auf eine Commotio oder Contusio cerebri, die blanden Bildbefunde und der atypische zeitliche Verlauf. Die Defizite seien zum Teil auf das bestehende leichtgradige depressive Syndrom, zum Teil auf die Schmerzen und zum Teil auf die fehlende kognitive Kondition zurückzuführen (Urk. 16/M28 S. 18).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Frage nach krankhaften Vorzuständen verneinte Dr. K. ____, dies auch hinsichtlich der degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule, die er als dem Alter entsprechend banal einstufte (Urk. 16/M28 S. 18 unten Ziff. 5.2).

Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im früheren Beruf sei aus orthopädischer Sicht leicht eingeschränkt bei Tätigkeiten, die eine anhaltende protrahierte Kopfhaltung ohne Pause erforderten. Aus neuropsychologischer Sicht bestehe eine Einschränkung für Tätigkeiten, welche die Konzentration und die Aufmerksamkeitsfunktion dauerhaft und ohne Pause beanspruchten. Am Tag des Gutachtens sei die Arbeitsunfähigkeit in der früheren Tätigkeit aus orthopädischer und neuropsychologischer Sicht bei 40 % einzuschätzen (Urk. 16/M28 S. 19 Ziff. 6.1).

Zur Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten führte Dr. K. ___ aus, aus orthopädischer Sicht sei von einer anhaltenden vorgeneigten Sitzhaltung über eine Stunde abzuraten. Allerdings liessen der orthopädische Befund und die ehrliche Selbsteinschätzung der körperlichen Belastbarkeit beim PACT-Test mehrere berufliche Tätigkeiten zu. Der Beschwerdeführer sei ohne Einschränkung in der Lage, zu heben und zu tragen, sich zu beugen, sich fortzubewegen und Treppen zu steigen. Aus neuropsychologischer Sicht bestehe eine Einschränkung in bestimmten Berufen. Eine Tätigkeit, die ein massiges Konzentrationsniveau erfordere, müsste der Beschwerdeführer zu 80 % durchführen können (Urk. 16/M28 S. 19 Ziff. 6.2).

Die diagnostizierte depressive Episode stehe nur möglicherweise in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 15. Februar 2000, dies unter anderem wegen der Schwäche der feststellbaren Reaktionskette und dem sehr späten Auftreten des depressiven Syndroms (Urk. 16/M28 S. 23 Ziff. 7.1). Die Arbeitsfähigkeit im früheren Beruf sei durch die depressiven Rest-Symptome um 50 % eingeschränkt. Bei bestimmten anderen Tätigkeiten könnte die Arbeitsfähigkeit innerhalb von 3 bis 6 Monaten auf 100 % gesteigert werden (Urk. 16/M28 S. 24 Ziff. 8.2).

Eine objektivierbare dauernde erhebliche Schädigung bestehe als Folge des Unfalls vom 15. Februar 2000 nicht (Urk. 16/M28 S. 21 Ziff. 8).

Dr. med. O. ___, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, nahm am 28. Dezember 2001 zum L. ___-Gutachten Stellung (Urk. 16/M30) und führte aus, von Dr. K. ___ werde die depressive Symptomatik in den Vordergrund gestellt und diese habe im Rahmen der Schmerzverarbeitung einen wesentlichen Einfluss. Der Unfall selber werde sogar vom Beschwerdeführer als Bagatellunfall beschrieben und sei aufgrund der vorhandenen Unfallkräfte nicht geeignet, die chronische Schmerzsymptomatik zu unterhalten, zumal eine morphologische Schädigung ausgeschlossen sei. Die depressive Entwicklung dürfte unabhängig vom Unfall bestehen. In diesem Sinn stimme er Dr. K. ___ zu, dass die depressive Episode nur möglicherweise in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall stehe (Urk. 16/M30 S. 1 Ziff. 1).

Die rein orthopädisch bedingte Arbeitsunfähigkeit beurteile er aufgrund des Fehlens von richtungsweisenden Veränderungen beziehungsweise morphologischen Schädigungen mit 0 %. Eine allfällige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit lasse sich nur psychiatrisch erklären (Urk. 16/M30 S. 1 Ziff. 2). Die Arbeitsunfähigkeit bis zum Manifestwerden der Depression könne er rückwirkend nicht beurteilen; sie dürfte wohl von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen sein. Nach Ausbrechen der Depression sei dies, falls eine Arbeitsunfähigkeit weiterhin attestiert werde, jedoch nicht mehr der Fall (Urk. 16/M30 S. 2 Ziff. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. P.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Äusserte sich am 3. Januar 2002 dahingehend, dass die kognitiven Einschränkungen der Hauptgrund für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seien und sich offensichtlich nicht mit der Depression allein erklären liessen, denn sie persistierten, obwohl die Depression vollständig abgeklungen sei (Urk. 16/M29 S. 1 unten). Auch bezüglich der Entwicklung im Frühjahr 2000 können vermutet werden, dass die Depression als Reaktion auf die Folgen der kognitiven Einbussen aufgetreten sei (Urk. 16/M29 S. 1 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. Q.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Beratender Psychiater der Beschwerdegegnerin, nahm am 13. Februar 2002 Stellung (Urk. 16/M31) und führte unter anderem aus, aus den Akten (vgl. Urk. 16/M8) sei klar, dass für die Konzentrationsstörungen, die erstmals im September 2000 erwähnt worden seien, die Beschwerdezunahme verantwortlich sei; die Einschränkung in der cerebralen Leistungsfähigkeit sei wahrscheinlich schmerzbedingt, nicht hirnanorganisch (Urk. 16/M31 S. 2 Ziff. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 14. März 2002 nahm Dr. med. R.____, ebenfalls beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, Stellung (Urk. 16/M33) und Äusserte sich weitgehend zustimmend zum L.____-Gutachten. Allerdings sei der Vorzustand im Sinne der schon von Dr. C.____ und später Dr. D.____ beschriebenen vorbestehenden Osteochondrosen C4/5, C5/6 und C6/7 bei der Frage allfälliger Vorzustände (vgl. Urk. 16/M28 S. 18 Ziff. 5.2) zu wenig gewichtet worden (Urk. 16/M33 S. 2 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ferner habe Dr. K.____ die Arbeitsunfähigkeit kombiniert aus orthopädischer, psychiatrischer und (neuro-)psychologischer Sicht beurteilt und auf 40 % geschätzt. Vom rein medizinisch-orthopädischen Standpunkt aus könne eine Arbeitsunfähigkeit oder Teilarbeitsunfähigkeit bis Ende Februar 2001 übernommen werden, mithin bis nach dem stationären Aufenthalt in der Klinik G.____ (Urk. 16/M33 S. 2). Der Status quo sine bezüglich Halswirbelsäule und linkem Schultergelenk sei, bei grosszügiger Betrachtung, Ende Februar 2001 erreicht gewesen. Ab 1. März 2001 seien aus orthopädischer Sicht die Abnützungerscheinungen der unteren Halswirbelsäule (Osteochondrose und Spondylarthrose C4/5, C5/6 und C6/7), mithin ein Vorzustand, für die weiteren Beschwerden verantwortlich (Urk. 16/M33 S. 3 Ziff. 2).

3.9 Ä Ä Ä Ä Dr. D.____, der den Beschwerdeführer am 1. März 2000 untersucht hatte (vgl. vorstehend Erw. 3.2), berichtete am 29. April 2002, der Beschwerdeführer habe sich wegen Schulterschmerzen links wieder bei ihm gemeldet und wegen der anhaltenden Schmerzen um eine Neuabklärung ersucht (Urk. 16/M34 Ziff. 2a). Er diagnostizierte eine posttraumatische subacromiale Impingementsymptomatik links bei leichter AC-Arthrose und Acromion Typ II sowie ein chronisches cervikovertebrales Syndrom bis möglicherweise sensibles cervikoradikulares Syndrom C6 links (Urk. 16/M34 Ziff. 1). Der Beschwerdeführer sei voll arbeitsfähig (Urk. 16/M34 Ziff. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. S.____, Beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, nahm am 6. Februar 2003 Stellung (Urk. 16/M37) und führte aus, das L.____-Gutachten erachte er als weitgehend schlüssig. Allerdings sei seines Erachtens der recht erhebliche Vorzustand der unteren HWS mit Spondylarthrose C6/C7 und C7/Th1 sowie Diskusprotrusionen C5/C6 und C6/C7 zu wenig beachtet worden. Solche Vorzustände könnten jederzeit, aus eigener Dynamik heraus, ohne Äussere Einwirkung, symptomatisch werden. Die cervikale Symptomatik und die Schultersymptomatik könnten deshalb seines Erachtens nur

temporär als unfallkausal aufgefasst werden und er stimme dem von Dr. R.____ sehr grosszügig per Ende Februar 2001 bemessenen Status quo sine voll zu (Urk. 16/M37 S. 1 Ziff. 1).

Die heutigen somatischen Befunde seien allerhöchstens noch in einem möglichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 15. Februar 2000 (Urk. 16/M37 S. 1 Ziff. 2).

E. 4

4.1 Aus den umfangreichen medizinischen Unterlagen geht hervor, dass sich der Beschwerdeführer beim Sturz am 15. Februar 2000 eine Schulterkontusion und eine HWS-Distorsion zugezogen hat. Strukturelle Läsionen des Schultergelenks oder der HWS wurden gestützt auf die bildgebenden Befunde ausgeschlossen.

4.2 Auf eine Commotio oder Contusio cerebri im Zusammenhang mit dem Kopfanprall lassen die echtzeitlichen medizinischen Feststellungen nicht schliessen. Der am 21. Februar 2000 erstbehandelnde Dr. C.____ bejahte im HWS-Fragebogen ausdrücklich einen erfolgten Kopfanprall und vermerkte Schwindel nach dem Unfall am Anfang, verneinte jedoch Bewusstlosigkeit, Übelkeit und Erbrechen, und statt Beschwerden im Sinne von Schlafstörungen oder Depression bemerkte er Schmerzen (Urk. 16/M3 S. 1 Ziff. 1c und 2).

Sechs Monate nach dem Unfall, am 15. August 2000, führte der Beschwerdeführer gegenüber einem Mitarbeiter der Beschwerdegegnerin aus, unmittelbar nach dem Sturz sei es ihm irgendwie nicht wohl gewesen. Rund eine halbe Stunde später sei es ihm schlecht geworden; er habe etwas wie einen unbestimmten Brechreiz gehabt, sich aber nicht übergeben müssen (Urk. 15/9 S. 1 Mitte).

Die Benommenheit unmittelbar nach dem Unfall wurde bereits von Dr. C.____ festgehalten, ebenso der Umstand, dass der Beschwerdeführer nicht erbrechen musste. Hingegen weichen die späteren Angaben des Beschwerdeführers betreffend Übelkeit von den Feststellungen Dr. C.____s ab. Dr. C.____ als Mediziner wusste um die Bedeutung der gemäss HWS-Fragebogen systematisch geordneten einzelnen Beschwerdepunkte, dies insbesondere bei einem stattgefundenen Kopfanprall, so dass er den Beschwerdeführer dementsprechend gezielt befragen konnte. Die Angaben, welche der Beschwerdeführer in diesem vergleichsweise frühen Zeitpunkt gegenüber dem medizinisch kompetenten Befrager machte, sind von grösserer Aussagekraft als die Schilderung, die er sechs Monate später gegenüber einem Sachbearbeiter der Beschwerdegegnerin abgab. Den ärztlichen Feststellungen kommt in diesem Zusammenhang ebenso ein grösseres Gewicht zu, wie die Aussagen des Beschwerdeführers der ersten Stunde (vgl. vorstehend Erw. 1.2) beweiskräftiger sind als allfällige spätere Darstellungen.

Aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer sechs Monate nach dem Unfall nicht mehr sagen konnte, ob er den Kopf oder die linke Schulter angeschlagen habe, lässt sich sodann nicht schliessen, es sei eine Bewusstlosigkeit oder eine Amnesie aufgetreten, wie dies der Beschwerdeführer behauptet (vgl. Urk. 19 S. 6 f.). Erstens handelt es sich dabei offensichtlich lediglich darum, dass sich der Beschwerdeführer an einen bestimmten Umstand nicht mehr erinnern konnte, und zweitens wurde die entsprechende Frage von Dr. T.____ im HWS-Fragebogen klar verneint.

Es bleibt somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer zwar eine HWS-Distorsion, jedoch keine Commotio oder gar Contusio cerebri erlitten hat.

Auch ist festzuhalten, dass die im weiteren Verlauf übereinstimmend festgehaltenen Beschwerden nicht dem spezifischen «bunten» Beschwerdebild entsprechen, das, wenn es nach sogenannten Schleudertrauma-Verletzungen auftritt, zu einer speziellen rechtlichen Würdigung führt (vgl. BGE 117 V 359).

4.3 Es sind drei Beschwerdekompexe, die in den medizinischen Akten übereinstimmend festgehalten wurden, nämlich erstens eine Nacken- und Schulterproblematik, zweitens Konzentrationsstörungen im Sinne neuropsychologischer Defizite und drittens depressive Verstimmungen in unterschiedlicher Intensität. Auf diese Beschwerdekompexe und ihren Zusammenhang mit dem erlittenen Unfall ist nachstehend einzeln einzugehen.

4.4 Konzentrationsstörungen wurden erstmals von Dr. E. in ihrem Bericht vom 8. September 2000 erwähnt, wo sie ausführte, der Beschwerdeführer leide unter Dauerschmerzen und «nach 10 Minuten sitzen am Computer verstärken sich die Beschwerden, er bekommt Konzentrationsstörungen und muss die Arbeit aufgeben» (Urk. 16/M8 S. 1 unten).

Im Bericht über die Hospitalisation im September 2000 wurden Konzentrationsstörungen weder als Diagnose noch im Rahmen des Verlaufsberichts erwähnt (vgl. Urk. 16/M18).

Laut Austrittsbericht der Klinik G. beschrieb der Beschwerdeführer selber die Entwicklung dahingehend, dass nach dem stationären Aufenthalt vom September 2000 die Schmerzen wieder zugenommen hätten; zu den Schmerzen seien Konzentrationsstörungen und eine zunehmend depressive Verstimmung gekommen (Urk. 16/M20 S. 1 unten).

Als Diagnose erwähnte Dr. E. Konzentrationsstörungen erstmals am 15. November 2000, als sie den Beschwerdeführer einerseits an einen Psychiater überwies (Urk. 16/M13) und andererseits zu einer neuropsychologischen Abklärung anmeldete (Urk. 16/M14). Letztere fand offenbar nicht statt; jedenfalls ist kein entsprechender Bericht aktenkundig und Dr. E. nahm in der Folge nie auf einen solchen Bezug, erneuerte aber auch die Anmeldung nicht.

Ein weiteres Mal diagnostizierte Dr. E. Konzentrationsstörungen am 5. April 2001, nämlich als «Depressive Entwicklung mit Konzentrations- und Gedächtnisstörungen» (Urk. 16/M21 S. 1 Ziff. 1).

Im L.-Gutachten diagnostizierte Dr. K. schliesslich, gestützt auf entsprechende Testabklärungen (vgl. Urk. 16/M28 S. 13 f. Ziff. 7), leichtgradige neuropsychologische Funktionsstörungen und führte aus, diese ständen nur möglicherweise in natürlichem Kausalzusammenhang zum erlittenen Unfall. Sie seien zum Teil auf das bestehende leichtgradige depressive Syndrom, zum Teil auf die Schmerzen und zum Teil auf die fehlende kognitive Kondition zurückzuführen (Urk. 16/M28 S. 17 f.).

Der Verlauf und die ärztlichen Beurteilungen führen übereinstimmend zum Schluss, dass die im September 2000 erstmals erwähnten und im November 2000 erstmals diagnostizierten Konzentrationsstörungen als Folge der

Belastung durch die persistierenden Nacken-/Schulterschmerzen und die depressive Symptomatik, sowie in einem späteren Zeitpunkt durch die zwischenzeitlich eingetretene kognitive Dekonditionierung, zu erklären sind. Die Kausalitätsbeurteilung durch Dr. K. ___ im L. ___-Gutachten steht in Einklang mit den früheren ärztlichen Feststellungen und erweist sich als nachvollziehbar und überzeugend.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Daran vermag auch der Hinweis des Beschwerdeführers auf ein Schreiben von Dr. P. ___ (Urk. 19 S. 10 f.) nichts zu ändern, führte Dr. P. ___ am 3. Januar 2002 doch lediglich aus, es sei zu vermuten, dass die Depression als Reaktion auf die Folgen der kognitiven Einbussen aufgetreten sei (Urk. 16/M29 S. 1 f.). Auch wenn Dr. P. ___ in diesem Punkt zu folgen wäre, so würde dies im Sinne einer Wechselwirkung keineswegs ausschliessen, dass - wie von Dr. K. ___ angenommen - die depressive Symptomatik ihrerseits zur kognitiven Beeinträchtigung beigetragen hat.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Somit ist zusammenfassend festzuhalten, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang der Konzentrationsstörungen beziehungsweise leichtgradigen neuropsychologischen Funktionsstörungen mit dem erlittenen Unfall nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist.

4.5 Ä Ä Ä Ä Dr. E. ___ erwähnte in ihrem Bericht vom 8. September 2000 erstmals, der Beschwerdeführer sei auch durch die ständigen Beschwerden psychisch beeinflusst, ohne jedoch eine entsprechende Diagnose zu stellen (vgl. Urk. 16/M8). Im Austrittsbericht nach der Hospitalisation vom September 2000 wurde zwar ein Verdacht auf dysfunktionale Schmerzverarbeitung geussert, aber ebenfalls keine psychiatrische Diagnose gestellt (vgl. Urk. 16/M18).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im November 2000 wurde sodann die depressive Symptomatik manifest, es kam zu einem Suizidversuch und Dr. E. ___ überwies den Beschwerdeführer dem Psychiater Dr. I. ___ (Urk. 16/M13), welcher diesen bis zum Eintritt in die Klinik G. ___ am 11. Dezember 2000 konsiliarisch betreute (vgl. Urk. 16/M19 Ziff. 3c und 4). Dr. I. ___ diagnostizierte nunmehr eine suizidale Verstimmung bei reaktiver Depression, dies nebst einem Status nach Skiunfall mit chronischem Schmerzsyndrom (Urk. 16/M19 Ziff. 1), und nannte als mitwirkende unfallfremde Faktoren eine belastete Vergangenheit und eine Selbstwertproblematik (Urk. 16/M19 Ziff. 2b).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Austrittsbericht der Klinik G. ___ wurde sodann eine schwere depressive Episode mit/bei cervikospondylothem Syndrom infolge Skiunfall im Februar 2000 und psychosozialer Belastungssituation diagnostiziert (Urk. 16/M20 S. 1 Mitte). Nach einem Suizidversuch und erneuter Hospitalisation im März 2001 lautete die Diagnose auf eine mittelgradige depressive Episode, Probleme in Beziehung zum Ehepartner sowie Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (Urk. 20/7 S. 1 Mitte). Der Beschwerdeführer habe berichtet, seit August 2000 habe sich sein psychischer Zustand verschlechtert. Die per Ende Februar 2001 ausgesprochene Kündigung und seit längerem bestehende Spannungen in der Familie hätten zu dem erneuten Suizidvorhaben geführt (Urk. 20/7 S. 1 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. K. ___ diagnostizierte im L. ___-Gutachten schliesslich einen Status nach mittel- bis schwergradiger depressiver Episode und eine bestehende leichtgradige depressive Episode und hielt fest, die Arbeitsfähigkeit im früheren Beruf sei durch die depressiven Restsymptome um 50 % eingeschränkt. Unter anderem wegen der Schwäche der feststellbaren Reaktionskette und dem sehr späten Auftreten des

depressiven Syndroms stehe die diagnostizierte depressive Episode nur möglicherweise in natürlichem Kausalzusammenhang zum erlittenen Unfall (Urk. 16/M28 S. 23 Ziff. 7.1).

Die medizinischen Berichte machen deutlich, dass - abgesehen von einer eher unspezifischen Bemerkung Dr. E. ___s im September 2000 - die depressive Symptomatik erstmals im November 2000 zum Ausdruck kam, dann während mehrerer Monate in grosser Intensität anhielt und anlässlich der Untersuchung im Rahmen des L. ___-Gutachtens im Juli 2001 wieder im Abklingen begriffen war. Vor diesem Hintergrund erscheint die Kausalitätsbeurteilung durch Dr. K. ___, wonach eine Verursachung dieser psychischen Beschwerden durch den Unfall vom 15. Februar 2000 lediglich als möglich zu erachten sei, als nachvollziehbar und überzeugend. Insbesondere der Umstand, dass die psychische Problematik erst rund 9 Monate nach dem Unfall akut wurde und dass unbestrittenermassen schon vor dem Unfall eine Problematik im Sinne eines Vorzustandes bestanden hat, führt zum Schluss, dass die depressiven Episoden auch hätten eintreten können, ohne dass der Unfall stattgefunden hätte, so dass ihr Auftreten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den erlittenen Unfall zurückgeführt werden kann.

Die führt zum Schluss, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den depressiven Episoden und dem erlittenen Unfall nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist.

4.6 Hinsichtlich der Nacken- und Schulterbeschwerden ist nicht die - von Dr. K. ___ im L. ___-Gutachten explizit bejahte - Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs strittig, sondern die Frage, ob diesbezüglich Ende Februar 2001 der Status quo sine erreicht gewesen sei. Im Hinblick auf eine allfällige Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ist dabei primär von Belang, wie sich die von Seiten der Nacken- und Schulterbeschwerden beeinträchtigte Arbeitsfähigkeit entwickelte.

Im Juni 2000 ging Dr. E. ___ von einer Arbeitsfähigkeit von 20 % aus, wobei sie ein cervikospondylogenes Syndrom links bei degenerativen Veränderungen (und differentialdiagnostisch eine Affektion im HWS-Bereich bei Diskushernie und vorbestehender Spondylose) diagnostizierte (Urk. 16/M5 S. 1). Auf die Formular-Frage, ob im Heilungsverlauf unfallfremde Faktoren mitspielten, antwortete Dr. E. ___ Nein, eigentlich nicht, vorbestehend jedoch degenerative HWS-Veränderungen (Urk. 16/M5 S. 1 Ziff. 2). Am 8. September 2000 ging Dr. E. ___ weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit von 20 % aus, wobei sie nun ein cervikospondylogenes Syndrom links bei Status nach Sturz auf Schulter und Hinterkopf und degenerativen Veränderungen diagnostizierte (Urk. 16/M8 S. 1).

Nach der Hospitalisation im September 2000 wurden ausschliesslich somatische Diagnosen gestellt, eine Arbeitsfähigkeit von 20 % attestiert und ausgeführt, mit einer baldigen Arbeitsfähigkeit von 50 % sei zu rechnen (Urk. 16/M18 S. 1 und 2).

Über den Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Klinik G. ___ vom 11. November 2000 bis 5. Februar 2001 wurde berichtet, nach Abklingen der Depression sei es zunächst zu einer Exazerbation der Schmerzen im Rahmen des cervico-spondylogenen Syndroms gekommen. Die daraufhin eingesetzte Therapie habe eine für den Beschwerdeführer befriedigende Schmerzfreiheit erbracht (Urk. 16/M20 S. 3 oben). Die für die Zeit nach dem Klinikaustritt attestierte Arbeitsunfähigkeit von

100 % und von 50 % nach zwei Wochen wurde ausschliesslich psychiatrisch begründet (Urk. 16/M20 S. 3 unten).

Dr. K.____ führte im L.____-Gutachten vom Juli 2001 aus, die Arbeitsunfähigkeit in der früheren Tätigkeit sei aus orthopädischer und neuropsychologischer Sicht bei 40 % einzuschätzen; aus orthopädischer Sicht sei sie leicht eingeschränkt bei Tätigkeiten, die eine anhaltende protrahierte Kopfhaltung ohne Pause erforderten (Urk. 16/M28 S. 19 Ziff. 6.1). Im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten formulierte Dr. K.____ aus orthopädischer Sicht lediglich einen Vorbehalt zu einer anhaltenden vorgeneigten Sitzhaltung von über einer Stunde und hielt fest, der orthopädische Befund lasse mehrere berufliche Tätigkeiten zu; der Beschwerdeführer könne ohne Einschränkung heben und tragen, sich beugen, sich fortbewegen und Treppen steigen (Urk. 16/M28 S. 19 Ziff. 6.2).

Dr. D.____, der den Beschwerdeführer rund zwei Wochen nach dem Unfall schon einmal untersucht hatte (vgl. Urk. 16/M4), diagnostizierte am 29. April 2002 nebst einem chronischen zervikovertebralen Syndrom zusätzlich eine subacromiale Impingementsymptomatik bei leichter AC-Gelenksarthrose und Acromion. Gleichzeitig hielt er fest, der Beschwerdeführer sei voll arbeitsfähig (Urk. 16/M34).

Gemäss den medizinischen Feststellungen zu den Auswirkungen der Nacken-/Schulterbeschwerden wurde ab Oktober 2000 mit einer baldigen Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % gerechnet. Diesbezüglich blieb es bei einer Prognose, weil ab November 2000 die schwerwiegende psychiatrische Problematik einsetzte. Nach dem Abklingen der Depression im Rahmen des Aufenthalts in der Klinik G.____ verstärkten sich die Nacken-/Schulterbeschwerden vorerst wieder, jedoch konnte bis zum Austritt am 5. Februar 2001 eine befriedigende Schmerzfreiheit erreicht werden und es wurde anschliessend eine Arbeitsunfähigkeit (von 50 %) lediglich aus psychiatrischer Sicht attestiert.

Bezüglich der Frage, ob daran anschliessend - mithin per 1. März 2001 - der Status quo sine erreicht war, ist die Einschätzung zu berücksichtigen, die Dr. K.____ im Rahmen des Rheingut-Gutachtens vom Juli 2001 vorgenommen hat.

Dr. K.____ attestierte in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %, und zwar aus orthopädischer und neuropsychologischer Sicht; aus orthopädischer Sicht nannte er eine einzige Einschränkung, nämlich betreffend eine anhaltende protrahierte Kopfhaltung ohne Pause. Auch für leidensangepasste Tätigkeiten riet Dr. K.____ aus orthopädischer Sicht lediglich von einer vorgeneigten Sitzhaltung von über einer Stunde ab und umschrieb im Übrigen faktisch eine volle Arbeitsfähigkeit. Diese Beurteilung lässt den Schluss zu, dass im Zeitpunkt der Begutachtung und im Zeitpunkt des Klinik-Austritts die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von Seiten der Nacken-/Schulterproblematik nicht mehr in quantifizierbarem Ausmass eingeschränkt gewesen ist.

Würde man davon ausgehen, in diesem Zeitpunkt habe noch eine von Dr. K.____ zwar nicht quantifizierte, aber doch nennenswerte Einschränkung bestanden, stünde dies der Annahme des Status quo sine ebenfalls nicht entgegen. Diesbezüglich erweisen sich die von Dr. Jaques (Urk. 16/M30), Dr. R.____ (Urk. 16/M33) und Dr. S.____ (Urk. 16/M37) dargelegten Überlegungen betreffend Vorzustand als nachvollziehbarer und überzeugender als jene von Dr. K.____. Zu beachten ist nämlich, dass degenerative

Veränderungen bereits im initialen Röntgenbefund erhoben worden waren (vgl. Urk. 16/M3 Ziff. 4) und dass alle ab April 2000 durchgeföhrten Untersuchungen Diagnosen ergaben, die im Zusammenhang mit dem cervikospondylogenen Syndrom auf degenerative Veränderungen hinwiesen. Dass, wie der Beschwerdeföhrer zuletzt vorbrachte, die Diskushernie (wohl C5/6) durch den Unfall verursacht sein sollte, entbehrt jeglicher Grundlage; dazu ein Gutachten einzuholen (vgl. Urk. 19 S. 11 Mitte), eröbrigt sich.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der von Dr. E.____ im Juli 2000 gestellten Diagnose wurde im Zusammenhang mit der Diagnose des cervikospondylogenen Syndroms der erlittene Sturz nicht einmal erwöht und Dr. E.____ bezeichnete die degenerativen HWS-Veränderungen ausdröcklich als vorbestehend. Dass sie nach Einschötzung von Dr. E.____ in jenem Zeitpunkt den Heilverlauf (noch) nicht beeinflussten, vermag durchaus einzuleuchten, doch lässt sich dies nicht auf die Situation im Februar 2001 öbertragen. Vielmehr ist mit den erwöhten Ärzten davon auszugehen, dass allföllige im fraglichen Zeitpunkt noch vorhandene Einschrönkungen von Seiten der Nacken-/Schulterproblematik öberzeugend mit dem Einfluss der vorbestandene degenerativen Veränderungen zu erklören sind, so dass diesbezöglich per Ende Februar 2001 ein Zustand anzunehmen ist, wie er auch ohne Unfall hötte eintreten können, dass mithin der Status quo sine erreicht war.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf das Erreichen des Status quo sine per Ende Februar 2001 weist somit einerseits der Umstand hin, dass bei Austritt aus der Klinik G.____ am 5. Februar 2001 eine Arbeitsunföhgigkeit nur noch aus psychiatrischer Sicht attestiert wurde, andererseits der Umstand, dass Dr. K.____ im Juli 2001 aus orthopödischer Sicht nur noch minimale Einschrönkungen namhaft machte, obwohl er aus orthopödischer und neuropsychologischer Sicht kombiniert die Arbeitsunföhgigkeit auf 40 % schözte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dass dabei die Nacken-/Schulterproblematik bezogen auf die Arbeitsföhgigkeit quantitativ höchstens einen geringen - und dem Vorzustand zuzuschreibenden - Anteil gehabt haben könnte, wird schliesslich durch die Beurteilung von Dr. D.____ im April 2002 bestötigt: Dr. D.____, vom Beschwerdeföhrer wegen anhaltender Schulterbeschwerden erneut konsultiert, stellte zwei Diagnosen, einerseits das bekannte cervikovertebrale Syndrom, und andererseits - neu - eine Impingementsymptomatik bei leichter AC-Arthrose. Gleichzeitig hielt er jedoch eine volle Arbeitsföhgigkeit fest. Wenn aber gemöss der Einschötzung von Dr. D.____ die Arbeitsföhgigkeit nicht beeintröchtigt war, obwohl im Vergleich zur Situation im Februar 2001 zusötzliche Defekte festzustellen waren, so bedeutet dies, dass sich föhr den Zeitpunkt, in welchem von einer Impingementsymptomatik noch keine Rede war, eine Arbeitsunföhgigkeit nicht nachvollziehbar rechtfertigen liesse.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dies föhrt zum Schluss, dass im fraglichen Zeitpunkt (1. Mörz 2001) die Arbeitsföhgigkeit des Beschwerdeföhrers mit öberwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr durch vom erlittenen Unfall verursachte Nacken-/Schulterbeschwerden beeintröchtigt war.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

5.1 Ä Ä Ä Ä Wörde man, entgegen den vorstehenden öberlegungen (Erw. 4.3) annehmen, die psychischen Beschwerden stönden in einem natörllichen Kausalzusammenhang mit dem erlittenen Unfall, so wöre zu pröfen, ob dieser auch als

adäquat einzustufen ist.

Massgebend für eine solche Prüfung ist die mit BGE 115 V 33 begründete Praxis bei psychogenen Unfallfolgen, da es sich eindeutig nicht um ein Beschwerdebild handelt, das zur Anwendung der sogenannten Schleudertrauma-Praxis führt (vgl. vorstehend Erw. 4.2).

5.2 Sofern es sich beim Unfall - vom Beschwerdeführer selber anfänglich als Bagatellereignis wahrgenommen (vgl. Urk. 15/9 S. 1 Mitte) - um ein blosses Umfallen gehandelt hat, ist er zweifellos den leichten Unfallereignissen zuzurechnen. Sollte der Beschwerdeführer, wie von ihm später geltend gemacht, wegen der steilen Hanglage tiefer gestürzt sein als nur seiner Körpergrösse entsprechend (vgl. Urk. 19 S. 6), so wäre das Ereignis der mittleren Kategorie zuzurechnen, allerdings an der Grenze zu den leichten. Inwiefern zum Zwecke dieser Zuordnung ein unfallanalytisches/biomechanisches Gutachten erforderlich sein sollte, ist nicht ersichtlich; Weiterungen im Sinne des gestellten Antrags sind nicht erforderlich (vgl. Urk. 19 S. 6 unten).

5.3 Von den praxisgemäss massgebenden Kriterien (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa) sind offensichtlich nicht gegeben: besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls; besondere Schwere oder Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen.

Die physisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 80 % trat im November 2000 hinter die durch die schwergradige depressive Episode bewirkte Arbeitsunfähigkeit zurück. Ab März 2001 sodann ist keine unfallbedingte körperliche Arbeitsunfähigkeit mehr anzunehmen (vgl. vorstehend Erw. 4.6), so dass Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht geeignet sind, dieses Kriterium zu bejahen.

Bei der Dauer der ärztlichen Behandlung ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass diese ab November 2000 massgebend durch die aufgetretenen psychischen Probleme geprägt wurde, so dass die Behandlung nicht als ungewöhnlich lange zu taxieren und auch dieses Kriterium zu verneinen ist.

Schliesslich ist auch das Kriterium körperlicher Dauerschmerzen nicht erfüllt. Einerseits wurde in den ärztlichen Beurteilungen wiederholt auf eine Abfolge zwischen Depression und Schmerzempfinden hingewiesen, und andererseits wurden auch Zeiten befriedigender Schmerzfreiheit berichtet, so insbesondere im Zusammenhang mit der erfolgten stationären Behandlung im September 2000 und im Januar/Februar 2001.

5.4 Da somit keines der erforderlichen Kriterien zu bejahen ist, wäre jedenfalls die Adäquanz eines allfälligen natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen psychischen Beschwerden und erlittenem Unfall zu verneinen.

6. Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass die Verneinung der Leistungspflicht für psychische Beschwerden und allfällige neuropsychologische Beeinträchtigungen infolge Fehlens eines rechtsgültigen Kausalzusammenhangs sowie die veränderte Leistungseinstellung ab 1. März 2001 infolge Erreichens des Status

quo sine rebus sunt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit besteht auch keine Grundlage für Leistungen im Bereiche von Renten oder Integritätsentschädigung, so dass auf die entsprechenden Beschwerdeanträge nicht weiter einzugehen ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der angefochtene Entscheid ist somit zu bestätigen, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

7. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es bleibt die Prüfung des Gesuches des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtsbeistand.

7.1 Ä Ä Ä Ä Ä Im Beschwerdeverfahren wird, wo es die Verhältnisse erfordern, der gesuchstellenden Person, ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt (Art. 61 lit. f des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Willen des Gesetzgebers gelten hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung die von der Rechtsprechung zur unentgeltlichen Rechtsbeistand (vgl. etwa Art. 29 Abs. 3 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, BV, in der seit dem 1. Januar 2000 geltenden Fassung; zuvor Art. 4 altBV, und § 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) entwickelten allgemeinen Kriterien (BBl 1999 V S. 4595; Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, Rz 15 ff. zu Art. 37).

Demnach sind die Anforderungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsbeistand erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Rechtsbeistand notwendig oder doch geboten ist (BGE 125 V 202 Erw. 4a und 372 Erw. 5b, je mit Hinweisen; Kieser, a.a.O., Rz 21 zu Art. 37).

7.2 Ä Ä Ä Ä Ä Als bedürftig gilt eine Person, wenn sie ohne Beeinträchtigung des für sie und ihre Familie nötigen Lebensunterhaltes nicht in der Lage ist, die Prozesskosten zu bestreiten (BGE 128 I 232 Erw. 2.5.1, 127 I 205 Erw. 3b und 125 IV 164 Erw. 4a).

Massgebend sind dabei die wirtschaftlichen Verhältnisse im Zeitpunkt der Entscheidung über das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (BGE 108 V 269 Erw. 4), wobei die Grenze für die Annahme von Bedürftigkeit praxisgemäss etwas höher anzusetzen ist als diejenige des betriebsrechtlichen Existenzminimums (vgl. Kreisschreiben der Verwaltungskommission des Obergerichtes des Kantons Zürich an die Bezirksgerichte und die Betriebsämter über Richtlinien für die Berechnung des betriebsrechtlichen Notbedarfs, Existenzminimum, vom 23. Mai 2001).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei der Prüfung der prozessualen Bedürftigkeit geht es um die Frage, ob und inwieweit einer Partei zugemutet werden kann, zur Wahrung ihrer Interessen neue Verpflichtungen einzugehen oder entsprechende Dispositionen treffen zu müssen. Wohl dürfen von der gesuchstellenden Person gewisse Opfer verlangt werden; sie soll aber nicht gezwungen werden, sich in eine Notlage zu begeben und die für den Prozess notwendigen Mittel dadurch zu beschaffen, dass sie anderen dringenden Verpflichtungen nicht nachkommt. Für die Annahme der prozessualen Bedürftigkeit genügt es, dass die gesuchstellende Person nicht über mehr Mittel verfügt, als zur Bestreitung eines normalen, bescheidenen Unterhalts notwendig sind. Dabei sind nicht nur die Einkommensverhältnisse, sondern vielmehr die gesamten finanziellen Verhältnisse ausschlaggebend, unter Einbezug der Einkommen beider Ehegatten (BGE 115 Ia 195 Erw. 3a, 108 Ia 10 Erw. 3 und 103 Ia 101, mit Hinweisen).

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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