

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00137 vom 2. März 2004

ZH Sozialversicherungsgericht, 2004-03-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2003.00137](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2003.00137)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00137 du 2 mars 2004

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00137 del 2 marzo 2004

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt zunächst 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 beziehungsweise 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen). Namentlich genügt die Formel "post hoc ergo propter hoc" nicht, um einen natürlichen Kausalzusammenhang zu bejahen. Das heisst, dass eine Läsion, die zeitlich nach dem Unfall erkannt wird, nicht automatisch auf diesen Unfall zurückzuführen ist (Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Bern 1985, S. 460, N 1205).

1.2 Für die Feststellung des natürlichen Kausalzusammenhangs im medizinischen Bereich ist die Verwaltung, und im Beschwerdefall das Gericht, auf die Angaben ärztlicher Experten angewiesen (BGE 112 V 30 Erw. 1a). 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).

1.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren 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 125 V 461 Erw. 5a, 123 V 103 Erw. 3d, 139 Erw. 3c, 122 V 416 Erw. 2a, 121 V 49 Erw. 3a mit Hinweisen; RKUV 1997 Nr. U 272 S. 172 Erw. 3a).

Bei organisch nachweisbaren Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung praktisch keine Rolle, indem die Unfallversicherung auch für seltenste, schwerwiegendste Komplikationen haftet, welche nach der unfallmedizinischen Erfahrung im Allgemeinen gerade nicht einzutreten pflegen (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 118 V 291 Erw. 2a, vgl. auch BGE 117 V 365 Erw. 5d/bb, mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung).

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b). Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallerlebnis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 91).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die 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 (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

## E. 2

Ä Ä Ä Ä Ä

2.1 Ä Ä Ä Unbestrittenermassen erlitt die Beschwerdeführerin am 10. Februar 2001 bei der Arbeit einen Unfall, als beim Reinigen einer Badewanne eine Deckenplatte auf sie herabfiel (vgl. Urk. 7/2). Gestützt auf die medizinische Aktenlage, auf welche in nachstehender Erwägung 4 näher einzugehen ist, kam die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 25. September 2001 (Urk. 7/26) beziehungsweise im angefochtenen Einspracheentscheid vom 9. April 2003 zum Schluss, die gesundheitlichen Folgen des Ereignisses seien innert 6 Wochen, das heisst am 21. März 2001 wieder abgeheilt gewesen, weshalb die aktuellen Beschwerden nicht unfallkausal seien (Urk. 2 S. 6 ff., Urk. 7/26 S. 1-2).

2.2 Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, seit dem Ereignis vom 10. Februar 2001 habe sie starke Schmerzen, leide an Gleichgewichtsstörungen,

Äbelkeit, Sprachstörungen, Konzentrationsschwäche, Schlaflosigkeit, Depressionen, Neurosis, Angstgefühlen und habe Nebel vor den Augen. Bis drei Monate nach dem Unfall habe sie nie länger als 20 Minuten durchschlafen können. Auf der linken Körperseite könne sie bis heute nicht schlafen und das rechte Bein könne sie nicht zu 100 % kontrollieren und müsse es bisweilen schleppen. Seit dem Unfall habe sie ständige Wirbelschmerzen, welche sich in der letzten Zeit verstärkt hätten. Die linke Schulter sei operiert worden. Bis drei Monate nach der Operation sei aber die Schulter unbeweglich gewesen. Wegen der andauernden Schmerzen habe sie Hilfe bei verschiedenen Ärzten gesucht und bei Dr. med. F. \_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin, endlich eine korrekte Behandlung gefunden. Dr. F. \_\_\_\_ habe bestätigt, dass posttraumatische Beschwerden beständen, und dass eine starke Bewegungseinschränkung im Nacken- und Schulterbereich bestehe. Auch Dr. med. G. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, habe festgestellt, dass mindestens 50 % der Beschwerden unfallbedingt seien. Die Beschwerdeführerin stehe bei Dr. med. H. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in psychiatrischer Behandlung; ein diesbezüglicher Bericht werde noch nachgereicht. Dr. H. \_\_\_\_ könne bestätigen, dass starke, unfallbedingte psychische Beschwerden beständen. Nicht zureichend abgeklärt worden sei der Umstand, welche Grösse und welches Gewicht die herunter gefallene Deckenplatte gehabt habe. Zu berücksichtigen sei schliesslich, dass Dr. E. \_\_\_\_ anlässlich der Begutachtung mündlich geäussert habe, es lägen unfallbedingte Beschwerden vor. In seinem Gutachten habe er dann aber etwas anderes geschrieben. Des Weiteren habe Dr. E. \_\_\_\_ keine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt, obschon erhebliche Konzentrationsschwächen, Gedächtnislücken und Sprachstörungen vorlägen. Dies müsse noch nachgeholt werden (Urk. 1 S. 2 f.).

3. Was die Frage betrifft, welche Grösse und welches Gewicht die Deckenplatte aufwies, welche am 10. Februar 2001 auf die Beschwerdeführerin herabfiel, ergeben sich aus den Akten widersprüchliche Angaben.

Gemäss Unfallmeldung vom 26. Februar 2001, verfasst von der Arbeitgeberin, handelte es sich um eine 150 x 250 cm grosse Platte (Urk. 7/2). Gemäss dem Schreiben der Arbeitgeberin vom 10. April 2001 an die Beschwerdegegnerin wies die Platte eine Grösse von 70 x 150 cm und ein Gewicht von 550 Gramm auf. Die Personalverantwortliche und Verfasserin des Schreibens, I. \_\_\_\_, erwähnte zusätzlich, sie habe die Platte persönlich ausgemessen (Urk. 7/8 S. 1). Aus einer Telefonnotiz der Beschwerdegegnerin vom 11. Mai 2001 betreffend ein Telefonat mit einem früheren Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ergibt sich, die Beschwerdeführerin habe behauptet, es habe sich um eine grosse Platte gehandelt, die in der Zwischenzeit durch kleinere ausgewechselt worden sei (Urk. 7/10). Dem Bericht von Dr. G. \_\_\_\_ vom 18. Juni 2001 lässt sich entnehmen, die Beschwerdeführerin habe angegeben, es habe sich um eine 200 x 70 cm grosse Platte mit einem Gewicht zwischen 5 und 10 kg gehandelt (Urk. 7/19 S. 2 Ziff. 4). In der Schmerzsprechstunde vom 14. März 2002 in der Klinik Z. \_\_\_\_ in Zürich gab die Beschwerdeführerin gemäss Bericht von Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_, Leitender Arzt Schmerzzentrum, an, die Deckenplatte habe mindestens 15 kg gewogen (Urk. 7/38/2 S. 1).

Die Erhebung von Beweisen durch die Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang erfolgte nicht. Dies ist aber entbehrlich. Wie nachfolgend zu zeigen sein wird (vgl. nachstehende Erw. 4), erlitt die Beschwerdeführerin durch das Herabfallen der Deckenplatte lediglich Weichteilverletzungen, welche innert mehreren Wochen danach

wieder abgeheilt waren. Strukturelle Schädigungen konnten zu keinem Zeitpunkt nachgewiesen werden. Dies spricht mit Überwiegender Wahrscheinlichkeit dafür, dass die herabfallende Deckenplatte lediglich ein geringes Gewicht aufwies.

#### E. 4

4.1 Am 10. Februar 2001 konsultierte die Beschwerdeführerin Dr. D. \_\_\_\_, den sie zuerst konsultierte, diagnostizierte eine Schulter- und Nackenkontusion sowie Schürfwunden des linken Vorderarms, zum einen gestützt auf die von ihm erhobenen Befunde (Druckdolenz im Bereich der rechten Schulter und des linken Vorderarms sowie Schürfwunden im Bereich des linken Vorderarms), zum anderen gestützt auf eine radiologische Untersuchung des Schulterbereichs sowie der Brustwirbelsäule. Der Röntgenbefund ergab keine traumatischen Knochenveränderungen (Urk. 7/3).

4.2 Am 26. Februar 2001 konsultierte die Versicherte Dr. med. K. \_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie, der Bewegungseinschränkungen, Bewegungsschmerzen bei der Funktionsprüfung der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule sowie Bewegungseinschränkungen der linken Schulter, jedoch einen unauffälligen Neurostatus feststellte. Er diagnostizierte eine Nacken- und Rückenkontusion und attestierte ab 23. Februar 2001 bis 20. März 2001 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/6-7).

4.3 Am 15. Mai 2001 berichtete PD Dr. med. L. \_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, die Beschwerdeführerin habe angegeben, beim Putzen einer Badewanne sei ihr eine Plastikplatte auf den Kopf gefallen. Sie sei nicht bewusstlos gewesen, es sei ihr aber schwarz geworden vor den Augen. Schmerzen beständen im Nacken und im Kopf okzipital sowie im ganzen linken Arm. Dr. L. \_\_\_\_, diagnostizierte ein zervikospindylogenes Syndrom bei Status nach Trauma und verordnete der Versicherten Physiotherapie (Urk. 7/12).

4.4 Dr. F. \_\_\_\_, zu welcher sich die Beschwerdeführerin im April 2001 in Behandlung begab, diagnostizierte am 28. Mai 2001 eine posttraumatische Periarthropathia humeroscapularis tendinotica links, sowie ein posttraumatisches Zervikovertebralsyndrom und ein Postcommotiosyndrom bei folgenden Befunden: Kopfschmerzen mit Schwindel, initial auch Sehstörungen, starke Bewegungseinschränkungen der linken Schulter mit Endphasenschmerzen, Schmerzen im Nacken-Schultergürtel beidseits mit ebenfalls schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit der Halswirbelsäule. Die Prognose sei günstig. Sie attestierte ab 3. April 2001 bis auf weiteres eine Arbeitsunfähigkeit und erklärte, es lasse sich noch nicht festlegen, wann die Versicherte die Arbeit wieder aufnehmen könne (Urk. 7/13-14).

4.5 In der Folge holte die Hotelgastin das Gutachten vom 18. Juni 2001 von Dr. G. \_\_\_\_, ein, der zusätzlich eine MR-Arthrographie des linken Schultergelenks am Medizinischen Radiodiagnostischen Institut und eine neurologische Untersuchung bei Dr. med. M. \_\_\_\_, Spezialarzt für Neurologie FMH, veranlasste und am 12. Juli 2001 seinen Bericht vom 18. Juni 2001 ergänzte (Urk. 7/19-25).

Im Bericht vom 18. Juni 2001 hielt Dr. G. \_\_\_\_, fest, gemäß den Angaben der Beschwerdeführerin hätten unmittelbar nach dem Ereignis Schmerzen im Bereich des linken Schultergürtels, Schürfwunden am linken Ellbogen sowie Kopf- und Rückenbeschwerden bestanden. Bei der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin

geklagt, sie könne nachts nicht mehr durchschlafen, weswegen sie am Tag vermehrt müde sei und sich psychisch belastet fühle. Sie habe auch Kopf-, Schulter- und Armbeschwerden, des Weiteren Gefühlsstörungen an der Aussenseite des linken Arms und am 4. und 5. Finger. Auf die Frage, ob auch im Bereich der unteren Extremitäten Beschwerden beständen, habe die Beschwerdeführerin angegeben, sie leide seit dem Unfall im Hüft-, Knie- und Fussbereich an Beschwerden. Sie habe dies aber noch keinem Arzt berichtet. Eine Untersuchung der Beweglichkeit und der Reflexe im Bereich der Wirbelsäule, der oberen und der unteren Extremitäten habe ergeben, dass die Beschwerdeführerin an einem Zustand nach einer Kontusion von Kopf und Schulter und der gesamten Wirbelsäule durch Herunterfallen einer Deckenplatte mit anhaltendem Schmerzsyndrom im Bereich der Halswirbelsäule und an Bewegungseinschränkungen des linken Arms mit Sensibilitätsstörungen leide. Des Weiteren bestehe der Verdacht auf eine Schulterverletzung links. Es bestehe der Eindruck, dass lediglich unfallbedingte Faktoren eine Rolle beim Heilungsverlauf spielten, wobei eine posttraumatisch ausgelagerte neuropsychologische Funktionsstörung mitspiele. Eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % sei ausgewiesen. Die Beschwerdeführerin selber berichte von einer Besserung von 40 %. Verschiedene Versuche, wieder voll zu arbeiten, seien gescheitert. Aufgrund des momentanen Untersuchungsbildes könnten jedoch noch keine definitiven Aussagen gemacht werden. Dazu seien weitere Abklärungen der Schulterbeschwerden und eine neurologische Abklärung nötig (Urk. 7/19 S. 3 ff. Ziff. 9 ff.).

Die am 26. Juni 2001 durchgeführte MR-Arthrographie ergab eine regelrechte Entfaltung der Schultergelenkscapsel. Ein Kontrastmittelaustritt habe nicht festgestellt werden können. Die Knorpeloberzüge seien durchgehend intakt gewesen. Sowohl beim vorderen als auch beim hinteren Labrum habe kein Nachweis für eine Dislokation erbracht werden können. Die lange Bizepssehne habe sich regelrecht im Sulcus bicipitalis befunden. Des Weiteren sei die Darstellung der Subscapularis- und der Supraspinatussehne normal gewesen. Einzig eine mässige Signalerhebung im Sinne eines Weichteildems im mittleren Anteil der Supraspinatussehne sei festzustellen gewesen, wobei die Sehne an sich eine intakte Struktur aufgewiesen habe. Die Signalveränderung im mittleren Anteil der Supraspinatussehne sowie der umliegenden Weichteilstrukturen dürften mit einer nodulären Tendinitis vereinbar sein. Hinweise für einen Defekt beständen nicht; eine Hill-Sachs- oder Bankart-Läsion läge ebenfalls nicht vor (Urk. 7/20).

Dr. M. \_\_\_ konnte keine neurologischen Befunde erheben und empfahl bei Verdacht auf ein depressives Geschehen eine psychiatrische Abklärung (Urk. 7/22-24); aus neurologischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/23 S. 3).

In seinem abschliessenden Bericht vom 12. Juli 2001 kam Dr. G. \_\_\_ zur Beurteilung, dass unter Berücksichtigung aller Befunde der Grossteil der von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden psychogener respektive psychosozialer Natur seien. Die durchgeführten Untersuchungen hätten gezeigt, dass keine knöchernen Verletzungen vorlägen und dass die Weichteilprellungen als weitgehend abgeheilt betrachtet werden könnten. Die direkten Unfallfolgen dürften spätestens ab 20. März 2001 abgeheilt sein. Dr. K. \_\_\_ sei für diesen Zeitpunkt wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Gegebenenfalls könnte dieser Zeitpunkt auch auf Ende März verschoben werden. Zu diesem Zeitpunkt seien etwa 6 Wochen seit dem Ereignis verstrichen. Aus medizinischer Sicht könne mit hoher Sicherheit davon

ausgegangen werden, dass die Weichteilprellungen einer rund 550 Gramm schweren Platte, die aus einer Höhe von 2,1 m heruntergefallen sei, abgeheilt seien. Die fortdauernde Arbeitsunfähigkeit müsse einer krankhaft bedingten Ursache zugeschrieben werden (Urk. 7/25 S. 1 f.).

4.6 Dr. J. von der Schulthess Klinik, bei welchem die Beschwerdeführerin ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag gab (vgl. Urk. 7/36), was Dr. J. aber ablehnte (vgl. Urk. 7/38/1), berichtete am 14. März 2002 über die mit der Beschwerdeführerin durchgeführte Sprechstunde, die Beschwerdeführerin habe angegeben, am 10. Februar 2001 sei eine grosse Deckenplatte mit einem Gewicht von rund 15 kg heruntergefallen und habe sie am Rücken und am Oberarm links getroffen. Sie habe nun ständige Schmerzen im Oberarm links und im Bereich der ganzen Wirbelsäule, vor allem am Nacken, und ständige Kopfschmerzen. Nach dem Herabfallen der Platte sei sie eine halbe Stunde bewusstlos gewesen. Sie habe von Anfang an massive Armschmerzen gehabt. Die Beschwerdeführerin meine, dass sie am Arm schliesslich operiert worden sei. Nach der Darstellung der Beschwerdeführerin hätten Uneinigigkeiten zwischen den Ärzten dazu geführt, dass sie von einem Arzt zum anderen geschickt worden sei. Niemand habe sie richtig verstanden. Die Ärzte hätten auch Angst gehabt, Stellung zu beziehen. Vom ersten Moment an sei sie durch massive Beschwerden derart beeinträchtigt gewesen, dass sie nicht mehr habe arbeiten können. Bis 8 Tage nach dem Vorfall habe sie auch nicht mehr sprechen können und sie habe die Fähigkeit verloren, Deutsch zu sprechen. Auch auf Kroatisch könne sie sich nicht differenziert äussern. Sie leide auch an Visusstörungen. Die ärztlichen Behandlungen hätten nichts genutzt. Sie habe täglich Kopfschmerzen, zuerst im Hinterkopf. Diese legten sich im Lauf des Tages dann wie ein Reif um den Kopf. Die Schmerzen im Oberarm habe die Beschwerdeführerin sehr diffus geschildert, eine Schlussfolgerung auf eine organische Genese sei nicht möglich. Die Rückenschmerzen habe die Beschwerdeführerin als "von oben bis unten" bestehend geschildert. Wenn keine Beschwerden im Nacken vorhanden seien, dann traten Schmerzen in der lumbalen Wirbelsäule auf. Am intensivsten seien die Schmerzen im Hals- und Nackenbereich, wobei die Beschwerdeführerin davon ausgehe, dass der Aufschlag der Platte zu einer Verletzung des Halses geführt habe. Nach der Auffassung der Beschwerdeführerin habe der Vorfall auch auf ihre Stimmänderung einen Einfluss gehabt. Insgesamt habe die Beschwerdeführerin unsystematische und diffuse, zum Teil sprunghafte Angaben gemacht und den Eindruck vermittelt, massiv auf somatische Beschwerden fixiert zu sein. Die Versuche, die Anamnese zu präzisieren, seien misslungen. Die Beschwerdeführerin sei immer wieder auf andere Symptome zu sprechen gekommen. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin an einer Somatisierungsstörung, allenfalls gar an einer Konversionsstörung leide (Urk. 7/38/2 S. 1 ff.).

4.7 Dr. E. führte in seinem Gutachten vom 24. März 2003 aus, die Beschwerdeführerin habe angegeben, nach dem Herabfallen der Deckenplatte sei sie eine halbe Stunde ohne Bewusstsein gewesen. Nach dem Aufstehen habe sie Kopf- und Rückenschmerzen verspürt und habe nicht mehr sprechen können. Sie habe nicht mehr weiter arbeiten können. Auch jetzt leide sie hauptsächlich an Kopfschmerzen, an Ein- und Durchschlafstörungen, Rückenschmerzen und Schmerzen im linken Arm und in der linken Schulter nach einer Operation. Sie habe wenig Appetit und sei lust- und freudlos (Urk. 7/49 S. 9 f.).

Zu den psychiatrischen Untersuchungsbefunden führte Dr. E. \_\_\_ aus, er habe eine Verlangsamung bei den Denkleistungen feststellen können, des Weiteren diffuse Ängste. Ferner seien eine Affektstarrheit, Ratlosigkeit, Ängstlichkeit, Antriebsarmut und ein sozialer Rückzug aufgefallen. Die affektiv kaum modulierte und wenig Gestik aufweisende Beschwerdeführerin habe leise gesprochen und auch wenig Mimik gezeigt. Hinweise für Störungen des Bewusstseins oder der Orientierung, der Aufmerksamkeit oder des Gedächtnisses hätten nicht bestanden. Namentlich hätten weder Konfabulationen noch Paramnesien vorgelegen. Die Operation, von welcher die Beschwerdeführerin gesprochen habe, dürft eher einem Missverständnis als einer Wahnidee entsprungen sein (Urk. 7/49 S. 11 ff.).

Zusammenfassend führte Dr. E. \_\_\_ aus, die körperlichen Folgen des Ereignisses seien fach rztlicherseits spätestens per Ende März 2001 als ausgeheilt beurteilt worden. Die nachfolgende sekundäre Ausweitung der subjektiven Beschwerden liessen sich durch die erlittenen Kontusionen nicht begründen. Da keine Hirnerschütterung und auch keine Struktursch digung des Gehirns erfolgt sei, seien auch keine allfälligen diesbezüglichen Folgen in Betracht zu ziehen. Es stelle sich die Frage, ob psychische Folgen zu bejahen seien. Solche seien bisher nicht in Betracht gezogen worden. Einzig Dr. J. \_\_\_ habe eine Somatisierungsstörung beziehungsweise eine Konversionsstörung erwähnt, sei aber nicht näher darauf eingegangen. Psychische Unfallfolgen seien aber zu verneinen. Aufgrund des Unfallereignisses, das objektiv eher als banal einzustufen sei, und aufgrund der erlittenen, nicht schwerwiegenden Verletzungen, die folgenlos wieder abgeheilt seien, müsse davon ausgegangen werden, dass ebenfalls spätestens ab Ende März 2001 keine psychischen Unfallfolgen mehr vorhanden gewesen seien. Für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung beziehungsweise Anpassungsstörung seien weder das Schadensereignis noch die erlittenen Verletzungen ausreichend. Das vorliegende subjektive Klagebild müsse mithin anderen Ursachen angelastet werden. Bei der Beschwerdeführerin l gen eine deutliche depressive Verstimmung und diverse somatoforme Symptome vor. Diese seien diagnostisch am ehesten als anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) einzustufen. Differentialdiagnostisch sei auch an eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11) zu denken. Im Gegensatz zu somatischen Beschwerden seien psychische Beschwerden erstmals im Juli 2001 erwähnt worden (vgl. Urk. 7/23). Das Unfallereignis sei für den Erfolg der somatoformen Störung respektive der Depression vollständig wegdenkbar. Das Ereignis habe lediglich zu einer vorübergehenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes in somatischem Sinn geführt (Urk. 7/49 S. 14 ff.).

## E. 5

5.1       Aus den vorhandenen medizinischen Unterlagen ergibt sich nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin durch das Herabfallen der Deckenplatte am 10. Februar 2001 lediglich Weichteilverletzungen erlitt, welche nach Auffassung der Ärzte spätestens innert sechs Wochen nach dem Ereignis wieder abheilten. Strukturelle Schädigungen des Skeletts, insbesondere an der Wirbelsäule, oder Schädigungen des Gehirns konnten zu keinem Zeitpunkt nachgewiesen werden. Die von Dr. F. \_\_\_ gestellte Diagnose eines posttraumatischen Zervikovertebralsyndroms und einer posttraumatischen Periarthropathia humeroscapularis tendinotica (vgl. Urk. 7/14 S. 1 Ziff. 2) findet vor diesem Hintergrund keine Stütze. Aufgrund des Fehlens von strukturellen Verletzungen kam auch Dr. G. \_\_\_ von seiner anfänglichen Auffassung, die Beschwerdeführerin leide

bedingt durch das Ereignis vom 10. Februar 2001 an anhaltenden somatischen Folgen (vgl. Urk. 7/19 S. 4 Ziff. 10 ff.), ab und bestätigte, dass sich die Beschwerdeführerin durch das Herabfallen der Deckenplatte lediglich Weichteilverletzungen zugezogen habe, welche nach spätestens 6 Wochen wieder abgeheilt seien (vgl. Urk. 7/25).

5.2    Die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden weisen mithin kein somatisches Korrelat auf, sondern sind psychischer Natur. Dr. E.  diagnostizierte aufgrund einer ausführlichen Exploration der Beschwerdeführerin, unter Berücksichtigung der von ihr geklagten Beschwerden sowie der medizinischen Vorakten eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie differentialdiagnostisch auch eine mittelgradige depressive Episode. Die Beurteilung von Dr. E.  ist objektiv nachvollziehbar und begründet. Sie vermag namentlich deshalb zu überzeugen, weil Dr. E.  begründet darlegte, dass das psychische Geschehen nicht als posttraumatische Belastungsstörung beziehungsweise posttraumatische Anpassungsstörung einzustufen sei, da sowohl das Ereignis als solches als auch die erlittenen organischen Verletzungen nicht den hierfür erforderlichen Schweregrad aufwiesen.

5.3    An diesem klaren Abkl rungsergebnis vermögen die von der Beschwerdeführerin erhobenen Einwände (vgl. vorstehende Erw. 2.2) nichts zu ändern, die vorwiegend in einer Aufzählung von körperlichen Beschwerden sowie im Hinweis auf die Diagnose von Dr. F.  und die erste Einschätzung von Dr. G.  bestehen. Auf letzteres wurde in vorstehender Erwägung 5.1 bereits eingegangen. Die Stellungnahme von Dr. H. , auf welche die Beschwerdeführerin zur weiteren Untermauerung ihres Standpunktes verwies, reichte sie, entgegen ihrer Ankündigung in der Beschwerdeschrift, bis heute nicht ein. Dass Dr. E.  gegenüber der Beschwerdeführerin mündlich geäussert haben soll, es lägen unfallbedingte psychische Beschwerden vor, steht in klarem Widerspruch zum schriftlichen Gutachten; von weiteren Abklärungen kann diesbezüglich nichts erwartet werden (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 124 V 94 Erw. 4b). Dass schliesslich keine zusätzlichen neuropsychologischen Abklärungen vorgenommen wurden, ist nicht zu beanstanden, nachdem die neurologischen Untersuchungen durch Dr. M.  keinerlei Befunde ergaben (vgl. 7/23).

5.4    Bezüglich der psychischen Beschwerden verneinte Dr. E.Å einen natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 10. Februar 2001, weshalb von einem unfallfremden Geschehen auszugehen ist. Selbst für den Fall, dass die natürliche Kausalität zu bejahen wäre, müsste aber der adäquate Kausalzusammenhang verneint werden. Beim Reinigen eines Badezimmers fiel am 10. Februar 2001 eine nicht besonders schwere Deckenplatte - bei Dr. L.  gab die Beschwerdeführerin an, es habe sich um eine Platte aus Kunststoff gehandelt (vgl. Urk. 7/12) - herab und traf die Beschwerdeführerin aufgrund der festgestellten Kontusionen respektive Schürfungen im Bereich der rechten Schulter, des rechten Vorderarms und am linken Vorderarm (vgl. Urk. 7/3 Ziff. 4 und 5). Das Ereignis ist somit als mittlerer Unfall im Grenzbereich zu einem leichten einzustufen. Für diesen Fall bedarf es zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zusätzlicher weiterer Kriterien, welche in vorstehender Erwägung 1.3 erwähnt wurden. Diese sind jedoch nicht erfüllt. Dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit fehlen. Die Beschwerdeführerin erlitt keine schweren Verletzungen, sondern lediglich oberflächliche Weichteilverletzungen. Diese waren aus objektiver Sicht nicht geeignet,

eine psychische Fehlentwicklung auszulösen. Die Abheilung erfolgte ohne Komplikationen und eine längere ärztliche Behandlung war nicht erforderlich. Auch waren die erlittenen Verletzungen, aus somatischer Sicht, mit keinen anhaltenden körperlichen Schmerzen verbunden. Eine ärztliche Fehlbehandlung lag nicht vor. Die physische Arbeitsunfähigkeit war von kurzer Dauer.

5.5 Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die unbestrittenermassen unfallkausalen physischen Unfallfolgen gemäss den ärztlichen Abklärungen spätestens sechs Wochen nach dem Ereignis vom 10. Februar 2001 wieder abgeklungen waren und ein Kausalzusammenhang der später aufgetreten psychischen Beschwerden nicht gegeben ist. Die Einstellung der Leistungen per 21. März 2001 erfolgte somit zu Recht. Die Verfügung vom 25. September 2001 sowie der angefochtene Einspracheentscheid vom 9. April 2003 können nicht beanstandet werden, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic
- Hotela Kranken- und Unfallkasse des SHV
- Bundesamt für Gesundheit (BAG)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

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.