

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00173 vom 19. April 2004

ZH Sozialversicherungsgericht, 2004-04-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2003.00173

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00173 du 19 avril 2004

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2003.00173 del 19 aprile 2004

Erwägungen

E. 3

3.1. Laut Unfallmeldung der Arbeitgeberin liess sich beim Demontieren von hohen Holzwänden eine Platte vorzeitig und fiel dem Beschwerdeführer auf den Kopf; als verletzter Körperteil wurde die Wirbelsäule angegeben (Urk. 18/1 Ziff. 6 und 9).

Gemäss der Krankengeschichte des erstbehandelnden Spitals Uster stand der Beschwerdeführer in nach vorne gebeugter Körperhaltung und es fielen ihm schwere Platten und Gipsteile auf den Rücken; bei Eintritt klagte er über Schmerzen im rechten unteren Rücken, in der rechten Flanke und über dem rechten Hüftgelenk (Urk. 18/2 oben).

Der Beschwerdeführer wurde nach dem Unfall in das Spital Uster eingeliefert, wo er vom 5. bis 12. Juni 2001 hospitalisiert blieb (Urk. 18/2). Es wurde eine schwere Kontusion der Lendenwirbelsäule (LWS) mit Fraktur der rechten Querfortsatzes LWK 4 diagnostiziert (Urk. 18/2 oben). Er habe auch Schmerzen im linken Knie medialseits beklagt; in der radiologischen Untersuchung hätten jedoch keine ossären Läsionen nachgewiesen werden können. Die Rückenschmerzen hätten im Verlauf deutlich nachgelassen (Urk. 18/2 unten).

Anschliessend war der Beschwerdeführer noch für zwei Tage im Spital Wetzikon hospitalisiert, von wo er in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen wurde (Urk. 18/6 = Urk. 18/13).

Am 26. September 2001 wurde im Spital Wetzikon eine arthroskopische mediale und kleine laterale Teilmenispektomie rechts durchgeführt, nachdem es bei Arbeitsaufnahme zu einem Kniegelenkserguss rechts gekommen war und eine deutliche mediale Meniskushinterhornläsion festgestellt worden war (Urk. 18/10 = Urk. 18/17; vgl. Urk. 18/14-15).

Am 30. September 2001 stellte der Hausarzt Dr. med. B. ____, Allgemeine Medizin FMH, folgende Diagnosen: Status nach LWS-Kontusion mit Fraktur des rechten Querfortsatzes LWK 4, Status nach Läsion des medialen Seitenbandes des linken Kniegelenks, Status nach medialer und lateraler Meniskusläsion rechts nach Sturz am 5. Juni 2001 (Urk. 18/8 oben Ziff. 1). Der Beschwerdeführer habe noch immer Schmerzen im Bereich des distalen Ansatzes des medialen Seitenbands des linken Kniegelenks und klage weiterhin über belastungsabhängige, in die Oberschenkel hinten ausstrahlende Lumbalgien beidseits (Urk. 18/8 Ziff. 2a). Einen Termin zur Arbeitsaufnahme nannte Dr. B. ____, nicht (Urk. 18/8 Ziff. 4a).

3.5. Am 4. Oktober 2001 führte Dr. med. C. eine kreisärztliche Untersuchung durch (Urk. 18/11). Dr. C. bejahte die Unfallkausalität der rechtsseitigen Kniebeschwerden, welche zur Zeit eine volle Arbeitsunfähigkeit noch rechtfertigten, und veranlasste einen stationären Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon (Urk. 18/11 S. 3 unten).

Vom 24. Oktober bis 21. November 2001 weilte der Beschwerdeführer sodann in der Rehaklinik Bellikon (Urk. 18/21-23). In deren Austrittsbericht vom 7. Dezember 2001 (Urk. 18/23) wurden als primäre Unfalldiagnose eine LWS-Kontusion mit LWK4-Querfortsatzfraktur und Kniekontusionen beidseits mit im Verlauf gestellter Diagnose einer medialen Meniskusläsion rechts festgehalten (Urk. 18/21 S. 1 Mitte). Als funktionelle Diagnose wurden ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne Anhaltspunkte für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik bei Status nach LWS-Kontusion und Haltungsinsuffizienz, anlauf- und belastungsabhängige Knieschmerzen links medial ohne funktionelle Einschränkung und eine bewegungs- und belastungsabhängige Restschmerzproblematik infrapatellar und in der Kniekehle rechts, ebenfalls ohne funktionelle Einschränkung, festgehalten (Urk. 18/23 S. 1 f.).

Im Rahmen des orthopädischen Konsiliums (vgl. Urk. 18/22) wurde eine deutliche Aggravation mit massiven Abwehrbewegungen festgestellt. Die Beschwerdeangaben betreffend das rechte Kniegelenk wurden als diffus bezeichnet und ausgeführt, es stelle sich die Frage nach der Konsistenz des Verhaltens (Urk. 18/21 S. 2 unten).

Im Rahmen des psychosomatischen Konsiliums (vgl. Urk. 18/21) wurde keine Störung mit psychiatrischem Krankheitswert festgestellt (Urk. 18/23 S. 3 oben).

Die bildgebenden Abklärungen (vgl. Urk. 18/20) ergaben betreffend LWS eine leichte Fehllage thorako-lumbal, einen Status nach milde verlaufenem Morbus Scheuermann, leichte Degenerationen der Bandscheiben thorako-lumbal sowie L4-S1 ohne relevante Protrusion, keine neurale Beeinträchtigung, einen normal weiten Spinalkanal und einen bekannten Status nach undislozierter Fraktur des Querfortsatzes LWK4 rechts, sowie ausser einer varischen Beinachse unauffällige Röntgenbefunde beider Kniegelenke (Urk. 18/23 S. 3 oben).

Der therapeutische Zugang sei durch eine Schmerzverdeutlichung erschwert gewesen. Die vom Beschwerdeführer berichtete zeitweilige Knieschwellung links habe während des Aufenthalts nicht objektiviert werden können. Die angegebenen Beschwerden seien wechselhaft ausgeprägt gewesen, zwischen Rücken und Knie abwechselnd. Die subjektiven Angaben hätten nur zum Teil mit den objektiven Befunden korreliert. In vermeintlich unbeobachteten Momenten habe der Beschwerdeführer eine gute Belastbarkeit und Beweglichkeit sowohl thorako-lumbal als auch in beiden Kniegelenken gezeigt (Urk. 18/23 S. 3 unten).

Die lumbale und die Kniebelastbarkeit beidseits seien schmerzbedingt vermindert. Repetitives Heben und Tragen von Gewichten über 15 kg sowie Einhalten von Zwangspositionen des Rumpfes seien beschwerlich (Urk. 18/23 S. 4 unten). Die Arbeitsunfähigkeit betrage 50 % ab 7. Januar 2002 aktuell als angelernter Bauarbeiter (Urk. 18/23 S. 5 Mitte).

3.6 Von der Arbeitgeberin wurden dem Beschwerdeführer in der Folge leichtere Tätigkeiten zugeteilt (Wischarbeiten, Bänne abspritzen), doch scheiterte der Arbeitsversuch (vgl. Urk. 18/25-31).

Bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 11. Februar 2002 klagte der Beschwerdeführer über Schmerzen im Rücken und in beiden Knien (Urk. 18/32 S. 1 unten). Eine spezielle Therapie werde nicht durchgeführt; Schmerzmittel habe er nicht (Urk. 18/32 S. 2 oben).

Kreisarzt Dr. C. fand kein organisches Korrelat, welches die vorliegenden Beschwerden noch hätte erklären können. Er stellte eine Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden und den klinischen Befunden fest und sah keinen Grund, die attestierte Arbeitsfähigkeit für leichtere Arbeit zu ändern (Urk. 18/32 S. 3 unten).

Per 1. März 2002 trat der Beschwerdeführer eine neue Stelle im Umfang von 50 % im Bereich Kinderanimation und als Koch in einem Tageshort an (Urk. 18/52).

Am 17. Mai 2002 stellte Dr. med. D., FMH für Rheumatologie und Rehabilitation, die den Beschwerdeführer seit 13. Februar 2002 behandelte (Urk. 18/66 S. 1 unten), die folgenden Diagnosen (Urk. 18/66 S. 1 Mitte):

chronisches lumbovertebrales bis lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts

■ Status nach LWS-Kontusion mit LWK4-Querfortsatzfraktur rechts am 5. Juni 2001

■ somatoforme Komponente im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung

■ DD: posttraumatische Belastungsstörung

femoropatellares Schmerzsyndrom rechts mit/bei

■ Status nach arthroskopischer medialer und kleiner lateralen Menishektomie

■ Chondromalazie femoropatellar medial Grad I-II.

Angesichts der lang andauernden Schmerzsymptomatik, Schmerzintensität und weitgehend fehlendem strukturellen Korrelat - insbesondere der Rückenbeschwerden - müsse von einer somatoformen Komponente im Sinne einer Verarbeitungsstörung ausgegangen werden. Begünstigend für die Schmerzausdehnung sei sicherlich auch die schwierige soziale Situation mit Beziehungsproblemen sowie die finanzielle Situation (Urk. 18/66 S. 2 Mitte).

Ihres Erachtens bestehe zur Zeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit auch in körperlich leichter wechselbelastender Arbeitstätigkeit, wobei unfallfremde Faktoren mitbeteiligt seien (Urk. 18/66 S. 2 unten).

In ihrem Bericht vom 18. Juli 2002 (Urk. 18/76) machte Dr. D. die gleichen Angaben.

Am 4. November 2002 wurde mit der Fragestellung, ob Hinweise für traumatische ossäre Läsionen der LWS und des Beckens beständen, eine Skelettszintigraphie durchgeführt. Der dabei erhobene Befund im Ramus pubis superior rechts sprach für eine zwischen 3 Monate bis zu 2 Jahre zurückliegende

posttraumatische ossäre Läsion (Urk. 18/82 = Urk. 18/84).

Am 19. November 2002 berichtete Dr. med. E.____, Fachärztin FMH für Neurologie, über ihre Untersuchungen (Urk. 18/85) und führte aus, es hätten sich keine pathologischen Befunde gefunden, somit beständen keine Hinweise für eine Affektion zusätzlich neurogener Strukturen, insbesondere auch nicht eine radikulär oder peripher nervöse Läsion als Ursache der beklagten Schmerzen lumbal und im rechten Bein. Die subjektiven Missempfindungen interpretiere sie als funktionelle Begleitsymptomatik (Urk. 18/85 S. 2).

Dr. D.____ berichtete am 21. November 2002 über die neu festgestellte Schambeinastfraktur und die neurologische Untersuchung, dies bei im übrigen unveränderten Angaben zu Diagnose und Arbeitsfähigkeit (Urk. 18/86). Die Behandlung bei ihr sei abgeschlossen und werde auf Wunsch des Beschwerdeführers von Dr. med. F.____, Allgemeine Medizin FMH, am Wohnort des Beschwerdeführers fortgesetzt (Urk. 18/86 S. 2 Ziff. 3).

Am 25. November 2002 wurde dem Beschwerdeführer per Ende Januar 2003 gekündigt (Urk. 18/89).

Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 13. Januar 2003 hielt Dr. C.____ an einer Arbeitsfähigkeit von 50 % fest und veranlasste zusätzliche Röntgenabklärungen (Urk. 18/95 S. 4 Mitte; vgl. Urk. 18/93).

Am 31. Januar 2003 berichtete Dr. med. G.____, Spezialarzt FMH für Rheumaerkrankungen, über seine von Dr. F.____ veranlasste Untersuchung (Urk. 18/104). Er stellte folgende Diagnosen (Urk. 18/104 S. 1 Mitte):

■ Chronisches lumbospondylogenes Syndrom mit schmerzhafter Periarthrosis coxae Symptomatik links bei Status nach Querfortsatzfraktur LWK 4 rechts und verspartet diagnostizierter oberer Schambeinastfraktur rechts vom 5. Juni 2001

■ Ausgeprägte Schmerzverarbeitungsstörung mit ausgeprägter Somatisierungstendenz

Dr. G.____ führte aus, der sehr protrahierte Verlauf nach einer Querfortsatzfraktur LWK 4 rechts und einer primär nicht diagnostizierten Schambeinastfraktur rechts vom 5. Juni 2001 sei doch sehr auffallend. Nebst den ohne Zweifel erlittenen somatischen Beschwerden, welche mindestens ausgehend von der oberen Schambeinastfraktur rechts die Unmöglichkeit einer Wiederaufnahme der Tätigkeit nach wenigen Wochen erkläre, stehe eine ganz erhebliche Somatisierung anderer Probleme im Vordergrund. Der Beschwerdeführer habe zweifelsohne in seinem persönlichen Leben in den letzten zwei Jahren einen erheblichen Absturz erlebt und zudem in seinen persönlichen Beziehungen absolut Schiffbruch erlitten (Urk. 18/104 S. 2 Mitte).

Die vorgesehene radiologische Kontrolle sei insbesondere für den Status nach Querfortsatzfraktur L4 rechts sinnvoll, da diese Verletzungen erfahrungsgemäss erstaunlich lange Beschwerden machen könnten, sicher aber nicht in der vorliegenden Intensität. Eine weitere somatisch orientierte Behandlung sei seines Erachtens kontraindiziert (Urk. 18/104 S. 2 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Abbrucharbeiter sei der Beschwerdeführer sicher auch aus psychischen Gründen (Angst) noch zu mehr als 50 % arbeitsunfähig. Für eine körperlich wechselseitige leichtere Tätigkeit bestehe rein rheumaorthopädisch gesehen von Seiten des Bewegungsapparates sicher eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 18/104 S. 3 oben).

3.10 Ä Ä Die von Dr. C.____ veranlassten radiologischen Abklärungen ergaben eine vollständige Konsolidation der Querfortsatzfraktur L4; eine entsprechende Fraktur L5 konnte im CT nicht bestätigt werden. Die konventionellen Aufnahmen des Beckens ergaben keine Hinweise auf eine dislozierte Fraktur oder Kallusbildung im Bereich des rechten oberen Schambeinastes. Das rechte Kniegelenk zeigte keine Arthrosezeichen. Das CT der LWS dokumentierte breitbasige medio-laterale Diskusprotrusionen L4/5 und L5/S1 rechts ohne Herniation, eine leichte Duralsackeinengung und keine Neuroforaminaeinengung (Urk. 18/110; vgl. Originalbefunde Urk. 18/106, Urk. 18/109).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. C.____ taxierte am 24. Februar 2003 die Diskusprotrusionen als eindeutig keine Unfallfolgen und führte aus, somit liege auch bildgebend kein organisches Korrelat mehr vor, welches die Beschwerden erklären könnte. Es bestehe nun, 21 Monate nach dem Unfallereignis, wieder eine volle Arbeitsfähigkeit ohne Einschränkungen (Urk. 18/110 unten).

3.11 Ä Ä Am 11. November 2003 erstattete Prof. Dr. med. H.____, Klinikdirektor, Rheumaklinik, Universitätsspital Zürich, ein Gutachten im Auftrag des Beschwerdeführers (Urk. 16). Prof. H.____ berichtete über die ihm überlassenen Akten (Urk. 16 S. 1-6), die Anamnese und die aktuellen Beschwerden (Urk. 16 S. 6 ff.) und die von ihm 13. Oktober 2003 erhobenen und die beigezogenen bildgebenden Befunde (Urk. 16 S. 8-11).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Prof. H.____ fand eine leicht bis mässig eingeschränkte Wirbelsäulenbeweglichkeit, wobei die Prüfung infolge aktiver Verspannung erschwert war. Mehrere - einzeln erwähnte - Auffälligkeiten wiesen gemäss der Beurteilung durch Prof. H.____ auf eine nicht organische Ursache hin (Urk. 16 S. 13 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Von den mit Ausnahme der Querfortsatzfraktur L5 links konsolidierten Frakturen sollten keine wesentlichen Beschwerden mehr ausgehen. Die Pseudoarthrose des linken Querfortsatzes von LWK 5 könne zu belastungs- beziehungsweise bewegungsabhängigen Beschwerden mit Ausstrahlung gegen das Gesäss führen (Urk. 16 S. 13 unten). Auffällig sei jedoch, dass jede Bewegungsprüfung die gleichen Beschwerden auslöse; insofern dürfte diese Pseudoarthrose nur eine untergeordnete Rolle spielen. Gleichermassen auffällig sei das (fast grotesk) starke Hinken beim Betreten und Verlassen des Untersuchungszimmers im Gegensatz zum leichten Hinken beim Verlassen des Spitals (Urk. 16 S. 14 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der gesamten Angaben des Beschwerdeführers und der objektivierbaren Befunde dürfte eine wesentliche Diskrepanz zwischen den objektiv relevanten posttraumatischen Veränderungen und den heute vorliegenden Beschwerden liegen. Die schon früher erwähnte Schmerzverarbeitungsstörung liege beim Beschwerdeführer mit grosser Wahrscheinlichkeit vor (Urk. 16 S. 14 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund des Gesamtbildes, das sich posttraumatisch herausgebildet habe, komme eine schwere körperliche Arbeit nicht mehr in Frage. Aus

rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer für eine mittelschwere und deshalb auch für eine leichte körperliche Arbeit 100 % arbeitsfähig. Dabei solle auf wechselnde Positionen während des Tages geachtet werden. Sitzen über 1 Stunde, und Stehen am gleichen Ort über eine halbe Stunde und schwereres Heben von Lasten über längere Zeit repetitiv, insbesondere unter Rotation der Wirbelsäule (über 10 kg), seien nicht zumutbar (Urk. 16 S. 14 unten).

Auf die Frage, ob sich nachweisen lasse, dass die bestehenden Beschwerden kausal zum Unfall vom 5. Juni 2001 ständen, antwortete Prof. H.____, aus rheumatologischer Sicht beziehungsweise aus muskuloskelettaler Argumentation lägen wenig dokumentierbare Veränderungen vor, welche heute noch beständen. Bei den erheblichen Diskrepanzen zwischen subjektiven Beschwerden und den objektivierbaren Befunden sei in erster Linie an eine posttraumatische Verarbeitungsstörung zu denken (Urk. 16 S. 15 Ziff. 1).

Auf die Frage, ob weiterhin und dauerhaft Schmerzen auftreten könnten, antwortete Prof. H.____, die nachgewiesenen ossären Läsionen seien weitgehend ausgeheilt und die heute objektivierbaren klinischen Befunde liessen eine schwerwiegende Konsequenz aus muskuloskelettaler Sicht nicht erkennen. Eine posttraumatische Verarbeitungsstörung dürfte eine wesentliche Rolle spielen (Urk. 16 S. 16 Ziff. 2).

Für schwere Arbeiten (früherer Arbeitsbereich) betrage die Arbeitsunfähigkeit in Folge der Unfallfolgen 100 %. Dabei sei die Verletzung wie auch die posttraumatische Entwicklung mit Gewichtsabnahme und jetzt fehlender Belastbarkeit zu berücksichtigen. Eine Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne einer psychologischen posttraumatischen Entwicklung müsste zusätzlich berücksichtigt werden (Urk. 16 S. 16 f. Ziff. 3).

Für leichtere Arbeiten betrage die Arbeitsunfähigkeit 0 %; dabei sei eine mögliche Schmerzverarbeitungsstörung nicht berücksichtigt (Urk. 16 S. 17 Ziff. 4).

Weitere medizinische Therapien seien nicht sinnvoll, hingegen ein eigeninitiiertes leichtes Ausdauertraining (Urk. 16 S. 17 Ziff. 5).

E. 4

4.1 Aufgrund der übereinstimmenden medizinischen Berichte ist davon auszugehen, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 5. Juni 2001 eine Querfortsatzfraktur LWK 4 und eine - später festgestellte - obere Schambeinastfraktur zugezogen hat.

Ob es auch zu einer Querfortsatzfraktur LWK 5 gekommen ist, erscheint etwas unklar: Im Röntgenbefund vom 3. Februar 2003 wurde dies bejaht (Urk. 18/106), im CT-Befund vom 12. Februar 2003 (Urk. 18/110) und gestützt darauf von Dr. C.____ (vorstehend Erw. 3.10) verneint, von Prof. H.____ hingegen wiederum bejaht (Urk. 16 S. 11 unten).

Sodann wurden eine mediale Seitenbandläsion am linken Knie und eine (später arthroskopisch sanierte) Meniskusläsion am rechten Knie als Unfallfolge diagnostiziert (vorstehend Erw. 3.4-5). Der Beschwerdeführer hatte am zweiten Hospitalisationstag nach dem Unfall über Schmerzen im linken Knie geklagt (vorstehend

Erw. 3.2) und gegenüber dem Kreisarzt ausgeführt, er sei nach vorn auf beide Kniegelenke gestürzt (Urk. 18/11 S. 1 Mitte). Die röntgendiagnostisch festgestellte Meniskusläsion rechts wurde sodann als Unfallfolge eingestuft, da der Beschwerdeführer schon bei der Ersthospitalisation über Kniebeschwerden rechts geklagt habe (Urk. 18/10 S. 1 Mitte) beziehungsweise, da diese Kniebeschwerden erst nach dem Unfall aufgetreten seien (Urk. 18/11 S. 3 unten).

Welche der erwähnten Verletzungen effektiv als Folge des Unfalls vom 5. Juni 2001 einzustufen sind, spielt allerdings nur insoweit eine Rolle, als die jeweilige Verletzung im strittigen Zeitpunkt (März 2003) vorhandene Beschwerden verursacht hat und zu erklären vermag. Darauf ist zurückzukommen.

4.2 Es finden sich in den vorhandenen Beurteilungen keine Hinweise darauf, dass der Umstand, dass die erlittene Schambeinastfraktur erst mit Verspätung diagnostiziert wurde, Auswirkungen auf die angewandten Therapien und auf den Verlauf gehabt hätte.

Den Ausführungen von Dr. G. ___ ist zu entnehmen, dass die erlittene Schambeinastfraktur zu erklären vermag, warum der Beschwerdeführer seine Tätigkeit nicht schon nach wenigen Wochen wieder aufnehmen konnte, und dass Querfortsatzfrakturen erfahrungsgemäss über eine verhältnismässig lange Zeit Beschwerden verursachen können, allerdings nicht in der vorliegenden Intensität (vorstehend Erw. 3.9).

Anlässlich des Aufenthalts in der Rehaklinik Bellikon rund fünf Monate nach dem Unfall wurde festgestellt, dass die subjektiven Angaben nur zum Teil mit den objektiven Befunden korreliert hätten und dass der Beschwerdeführer in vermeintlich unbeobachteten Momenten eine gute Belastbarkeit und Beweglichkeit, unter anderem auch thorako-lumbal, gezeigt habe (vorstehend Erw. 3.5).

Kreisarzt Dr. C. ___ fand im Februar 2002 kein organisches Korrelat, welches die geklagten Rückenschmerzen hätte erklären können (vorstehend Erw. 3.6).

Prof. H. ___ stellte in seinem Gutachten vom November 2003 fest, von den konsolidierten Frakturen sollten keine wesentlichen Beschwerden mehr ausgehen. Die von ihm als solche eingestufte Fraktur des Querfortsatzes LWK 5 habe zu einer Pseudoarthrose geführt, welche Beschwerden verursachen könnte; sie dürfte jedoch nur eine untergeordnete Rolle spielen gegenüber den von ihm zahlreich festgestellten Hinweisen auf eine Verarbeitungsstörung (vorstehend Erw. 3.11).

Bezogen auf die erlittenen Frakturen stimmen somit alle ärztlichen Beurteilungen darin überein, dass sie im fraglichen Zeitpunkt nicht mehr als Ursache der angegebenen Beschwerden in Frage kamen.

4.3 Bezogen auf die möglicherweise beim Unfall eingetretenen Schäden an den Kniegelenken ist zu beachten, dass gemäss dem Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom November 2001 auch diesbezüglich die subjektiven Angaben nur zum Teil mit den objektiven Befunden korrelierten und dass der Beschwerdeführer in vermeintlich unbeobachteten Momenten eine gute Belastbarkeit und Beweglichkeit, unter anderem auch in beiden Kniegelenken, gezeigt hatte (vorstehend Erw. 3.5), und dass Kreisarzt Dr. C. ___ im Februar 2002 kein organisches Korrelat fand, welches die geklagten Knieschmerzen hätte erklären können (vorstehend Erw. 3.6).

Ein femoropatellares Schmerzsyndrom (rechts) wurde letztmals von Dr. D. ___ im November 2002 diagnostiziert (vorstehend Erw. 3.7-8). Danach erwähnten weder Dr. G. ___ im Januar 2003 (vorstehend Erw. 3.9) noch Prof. H. ___ im November 2003 (vorstehend Erw. 3.11) irgendwelche Kniebeschwerden.

Bezogen auf die früher geltend gemachten Kniebeschwerden ergibt sich somit, dass sie im fraglichen Zeitpunkt (März 2003) nicht mehr in nennenswertem Mass vorhanden waren, so dass sich weitere Ausführungen im vorliegenden Zusammenhang erübrigen.

4.4 Im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom November 2001 wurden erstmals eine deutliche Aggravation, eine Schmerzverdeutlichung und eine mangelnde Übereinstimmung von subjektiven Angaben und objektiven Befunden festgestellt (vorstehend Erw. 3.5). Vergleichbare Feststellungen machte Dr. C. ___ im Februar 2002 (vorstehend Erw. 3.6). Dr. D. ___ diagnostizierte im Mai 2002 eine somatoforme Komponente im Sinne einer Verarbeitungsstörung (vorstehend Erw. 3.7). Dr. G. ___ stellte im Januar 2003 eine ausgeprägte Schmerzverarbeitungsstörung fest (vorstehend Erw. 3.9). Diese übereinstimmenden Feststellungen werden abgerundet durch die Antwort von Prof. H. ___ auf die Frage nach unfallkausalen Beschwerden, nämlich dass aus rheumatologischer Sicht beziehungsweise muskuloskelettal wenig dokumentierbare Veränderungen vorliegen, hingegen erhebliche Diskrepanzen zwischen subjektiven Beschwerden und den objektivierbaren Befunden, so dass in erster Linie an eine posttraumatische Verarbeitungsstörung zu denken sei (vorstehend Erw. 3.11). Damit verneinte Prof. H. ___ im Ergebnis unmissverständlich das Vorliegen von somatisch begründeten unfallbedingten Beschwerden und stellte ebenfalls eine psychische Fehlverarbeitung der Unfallfolgen fest.

4.5 Somit ist zusammenfassend festzuhalten, dass gemäss allen ärztlichen Beurteilungen für die vom Beschwerdeführer im fraglichen Zeitpunkt angegebenen Beschwerden keine somatischen, auf den Unfall vom Mai 2001 zurückzuführenden Befunde vorgelegen haben und dass das Bestehen dieser Beschwerden und ihre Persistenz auf psychische Faktoren zurückzuführen ist.

Damit bleibt zu prüfen, ob zwischen dem erlittenen Unfall und den psychisch bedingten Beschwerden ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (nachstehend Erw. 5).

E. 5

5.1 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).

5.2 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 (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa):

- 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 .

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 andern 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).

5.3. Der Hergang des Unfalls vom 5. Mai 2001 ist nicht besonders reichhaltig dokumentiert. Es rechtfertigt sich deshalb, ihn in die Kategorie der mittleren Unfälle einzuordnen, ohne anzunehmen, er liege im Grenzbereich zu einem leichten Unfall, da für eine solche Annahme keine weiteren Anhaltspunkte bestehen.

5.4. Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls sind nicht ersichtlich. Die erlittenen Verletzungen, insbesondere die Fraktur im Bereich der Wirbelsäule, sind zwar nicht als leicht einzustufen, jedoch auch nicht als nachgerade schwer, von besonderer Art oder als besonders geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Die ärztliche Behandlung der somatischen Unfallfolgen erstreckte sich bis gegen Ende 2001; ab diesem Zeitpunkt hätte aus somatischer Sicht eine namhafte Besserung erwartet werden können (vgl. vorstehend Erw. 3.9) und ab diesem Zeitpunkt wurde übereinstimmend auf die später offensichtliche psychische Komponente hingewiesen (vorstehend Erw. 4.4), so dass nicht von einer ungewöhnlich langen Behandlungsdauer ausgegangen werden kann.

Körperliche Dauerschmerzen werden vom Beschwerdeführer geltend gemacht. Gleichzeitig wurde übereinstimmend festgehalten, dass die geklagten Beschwerden nicht mit den erhobenen Befunden übereinstimmen. Unter diesem Aspekt ist das Kriterium zwar zu bejahen, aber es kann nicht als besonders ausgeprägt bezeichnet werden.

Eine ärztliche Fehlbehandlung steht nicht zur Diskussion, ebenso wenig ein schwieriger, komplikationsreicher Heilungsverlauf.

Die Arbeitsunfähigkeit wurde in den ersten sieben Monaten nach dem Unfall mit 100 % (vorstehend Erw. 3.4-5) und von Januar 2002 bis Februar 2003 mit 50 % (vorstehend Erw. 3.5, Erw. 3.10) veranschlagt. Im Vergleich mit der Praxis zu diesem Punkt (RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff.) erscheint es als fraglich, ob das Kriterium damit als erfüllt zu erachten ist, zumal den Attesten auch nicht mit Sicherheit zu entnehmen ist, inwieweit dabei eine psychische bedingte Einschränkung mitberücksichtigt wurde. Die Frage kann aber, wie sich sogleich zeigt, offen bleiben.

Selbst wenn man das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit bejaht, erweisen sich lediglich zwei der insgesamt sieben massgebenden Kriterien als erfüllt.

Damit ist das Bestehen eines adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen den psychisch bedingten Beschwerden und dem erlittenen Unfall zu verneinen.

5.5. Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass zwischen den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und dem erlittenen Unfall im Zeitpunkt der strittigen Leistungseinstellung Ende März 2003 kein rechtsgenügender Zusammenhang mehr bestand.

Der angefochtene Entscheid ist somit nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

6. Der unentgeltliche Rechtsbeistand des Beschwerdeführers ist bei einem Aufwand von 10 Stunden (vgl. Urk. 23) und beim praxisgemässen Stundenansatz für nichtanwaltliche Vertreter von Fr. 170.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) mit Fr. 1'830.-- (Honorar und Auslagenersatz inklusive Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der unentgeltliche Rechtsbeistand des Beschwerdeführers, lic. iur. Peter Bommeli, Davos Platz, wird mit Fr. 1'830.-- (Honorar und Auslagenersatz inklusive Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- lic. iur. Peter Bommeli

- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf

- Bundesamt für Gesundheit

sowie an die Gerichtskasse

5. Gegen diese Entscheidung 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.