

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00074

vom 4. Januar 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-01-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2004.00074

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00074 du 4 janvier 2005

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00074 del 4 gennaio 2005

Erwägungen

E. 1

1.1. Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu und sind allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen, geht die Unfallversicherung zur Berentung über, wenn der Unfall eine Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) hinterlässt (Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) e contrario; BGE 116 V 44 Erw. 2c).

1.2. Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch auf Taggeld entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag. Er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person (Art. 16 Abs. 2 UVG). Das Taggeld der Unfallversicherung wird nicht gewährt, solange Anspruch auf ein Taggeld der Invalidenversicherung besteht (Art. 16 Abs. 3 UVG).

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).

2. Strittig ist, ob die Beschwerdegegnerin berechtigt war, die Übernahme der Heilkosten und der Taggeldleistungen per 10. Juni 2003 einzustellen.

E. 3

3.1. Am Unfalltag (7. Juni 2002) wurde der Beschwerdeführer in die Notfallaufnahme des Kantonsspitals E. gebracht. Dr. med. F. diagnostizierte in seinem Bericht vom 7. Juni 2002 einen Verkehrsunfall mit Rissquetschwunde rechts temporal mit Helix, Monokelhematom bei Prellung Orbita/Jochbogen rechts, ein Trauma der Halswirbelsäule (HWS) sowie Hyposensibilität der Dermatom Th 4-8 und L 2-3 links (Urk. 10/3 S. 1).

3.2. Vom 5. Juli bis 28. November 2002 wurde der Beschwerdeführer in der Rheumaklinik und Institut für Physiotherapie am Kantonsspital E. ambulant betreut.

Am 3. Dezember 2003 berichteten Dr. med. G.____, Oberarzt, und Dr. med. H.____, Assistenzarzt, zuhanden der Hausärztin Dr. med. J.____, FMH Allgemeine Medizin, und stellten folgende Diagnosen (Urk. 10/49 S. 1):

"- Cervikocephales Syndrom rechts mit/bei craniocervikales Beschleunigungstrauma bei Kollision als Automobilist mit einem anderen Fahrzeug von rechts am 7. Juni 2002 - mässigen degenerativen Veränderungen in der mittleren und unteren HWS posttraumatischer Belastungssituation Chronisches lumbospondylogenes Syndrom links mit/bei Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform sowie muskulärer Dysbalance nicht kompressibler Diskushernie L4/5 und L5/S1 links (CT vom 10/00) Arterielle Hypertonie Adipositas Status nach erosiver Refluxösophagitis Grad I 10/00."

Aufgrund der ambulanten Therapieresistenz hätten sie die Behandlung abgeschlossen. Aus ihrer Sicht sei eine Hospitalisation in der Rehaklinik D.____ zwecks umfassender Abklärung sowie weiterer Festlegung der Arbeitsfähigkeit angezeigt (Urk. 10/49 S. 2).

3.3 Kreisarzt Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Chirurgie, stellte in seinem Bericht vom 3. Dezember 2002 weitgehend dieselben Diagnosen wie die Ärzte der Rheumaklinik des Kantonsspitals E.____ (vgl. Urk. 10/50 S. 1). Er habe den Beschwerdeführer in der Rehabilitationsklinik D.____ angemeldet. Dieser sei als Kranke - aufgrund einer vorbestehenden, unfallfremden Veränderung an der gesamten Wirbelsäule - nicht mehr voll arbeitsfähig (Urk. 10/50 S. 2).

3.4 Daraufhin weilte der Beschwerdeführer vom 15. Januar bis 19. Februar 2003 in der Rehaklinik D.____ (Urk. 10/73 S. 1). In ihrem auf Anamnese, Aktenstudium, eigenen Befunden sowie psychiatrischem Konsilium (Dr. med. L.____, Leitender Arzt, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und M.____, Psychiater) und neurologischem Konsilium (Dr. med. N.____, Facharzt Neurologie) beruhenden Austrittsbericht vom 14. März 2003 stellten die Ärzte der Rehaklinik D.____ die folgenden funktionellen Diagnosen (Urk. 10/73 S. 1):

"1. Zervikozephalales Schmerzsyndrom rechtsbetont mit bewegungs-, belastungs- und witterungsabhängigen Beschwerden am zerviko-okzipitalen

Übergang rechts betont sowie in der rechten Gesichtshälfte (VAS 7-9/10)

Ausstrahlung der Symptomatik "kappenförmig" in den Kopf

angedeutete Ptose rechts, DD: schmerzbedingt

Tinnitus beidseits rechts betont

klinisch erschwertes Bewegungssehen (v.a. horizontal)

mäßiggradig schmerzhaft eingeschränkte HWS-Beweglichkeit ohne

AP für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik bei

Status nach HWS-Distorsion 07.06.02

radiologisch mäßig degenerativen Veränderungen in der mittleren und unteren HWS

Status nach leichter, möglicherweise mäßiger traumatischer Hirnverletzung infolge des Unfalls vom 07.06.02 aktuell ohne

objektives fokales neurologisches Defizit

Generalisierte Angststörung und Alpträume (ICD F 51.5)

Status nach wahrscheinlich durchgemachter akuter Belastungsreaktion in den Stunden nach dem Unfallereignis (ICD F 43.0).

Unfallfremd:

3. Chronisches lumbospondylogenes Syndrom links (seit 2001) bei

Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform sowie muskulärer Dysbalance, im CT (10/00) nicht kompressibler Diskushernie L4/5 und L5/S1 links (VAS 5-5/10)

Weitere Diagnosen:

1970 Appendektomie, Nasensinusoperation

1996 Lumbovertebralsyndrom

10/00 Erosive
Refluxoepagitis Grad I

Adipositas (112 kg, 178 cm)

Arterielle Hypertonie, zur Zeit nicht
medikamentös eingestellt."

Neun Monate nach Seitkollision mit unter anderem HWS-Trauma und
retrospektiv aus neurologischer Sicht durchgemachter mindestens leichter,
möglicherweise massiger traumatischer Hirnverletzung bestehe derzeit ein unter
stationärer Physiotherapie nicht wesentlich gebessertes zerviko-zepales
Schmerzsyndrom rechtsbetont derzeit ohne objektives fokal neurologisches Defizit.

Aus psychosomatischer Sicht seien eine generalisierte Angststörung
und Albträume sowie ein Status nach wahrscheinlich durchgemachter akuter
Belastungsreaktion in den Stunden nach dem Unfallereignis festgestellt worden. Es sei eine
ambulante psychosomatische Weiterbehandlung nach Klinikaustritt indiziert.

Unfallfremd bestehe ein chronisches lumbospondylogenes
Schmerzsyndrom links bei Wirbelsäulenfehlhaltung/ -fehlform, muskulärer Dysbalance
und im CT (vom Oktober 2000) nicht kompressibler Diskushernie L4/5 und L5/S1 links.
Diesbezüglich beziehe der Beschwerdeführer eine halbe Rente der
Invalidenversicherung seit Dezember 2000.

Die Gesamtbelastbarkeit sei vermindert. Heben und Tragen auch von
leichtesten Gewichten, auch unter 2,5 kg, sei - bei Selbstlimitierung - beschwerlich.

Der Beschwerdeführer sei von Beruf Kranführer und seit Ende
Dezember 2000 arbeitslos. Unfallbedingt sei ihm eine leichte, wechselbelastende
Tätigkeit ohne wiederholte Überkopfarbeiten ganztags zumutbar. Es werde der
Abschluss des Falles und die Prüfung der Rentenfrage empfohlen.

Im Einverständnis mit dem Beschwerdeführer sei bei Klinikaustritt
eine Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der bisherigen Rente der Invalidenversicherung im
Unfallschein festgehalten worden (Urk. 10/73 S. 4).

Im neurologischen Konsilium vom 21. Januar 2003 (Urk. 10/70) wurde
ausgeführt, nach dem Unfallereignis klage der Beschwerdeführer über Schmerzen
im Bereich der HWS sowie im Bereich des rechtsseitigen Kopfes. Folge man dessen
Angaben, so liege anamnestisch eine massige traumatische Hirnschädigung vor, da die
Bewusstlosigkeit länger als 30 Minuten betragen habe. Kritisch hierbei sei jedoch zu
berücksichtigen, dass keine Unterlagen der primärversorgenden Ärzte vorlägen,
welche die Angaben des Beschwerdeführers bestätigten. Eine kernspintomographische
Abklärung sei am 16. Oktober 2002 erfolgt und zeige neben einem leichten meningealen
Enhancement keine intrazerebralen Signalveränderungen (Urk. 10/70 S. 2).

Der Beschwerdeführer sei vor allem durch ein Schmerzerleben
geprägt. Dieses lasse sich naturgemäss nicht objektivieren. Auffällig sei jedoch eine
gewisse Fixierung auf das Schmerzerleben. Bei der körperlichen Untersuchung habe er
Angaben zur Sensibilitäts gemacht, die schwerlich auf eine umschriebene
Hirnfunktionsstörung zurückzuführen sei, da im Bereich des linken Armes und
Beines Hypästhesie und Hypalgesie angegeben worden seien, nicht jedoch im Bereich des

linken Abdomens, aber im Bereich des rechten Abdomens. Darüber hinaus seien Bauchhautreflexe beidseits in allen Etagen erhältlich, ein weiteres objektives Defizit habe sich nicht gefunden (Urk. 10/70 S. 2 f.).

Somit sei zusammenfassend festzustellen, dass beim Beschwerdeführer mindestens eine leichte, möglicherweise mässige traumatische Hirnverletzung als Folge des Unfalls eingetreten sei. Zum Untersuchungszeitpunkt habe sich kein objektives fokales neurologisches Defizit gefunden (Urk. 10/70 S. 3).

Im psychosomatischen Konsilium vom 19. Februar 2003 (Urk. 10/71) wurde ausgeführt, als Leitsymptom ständen beim Beschwerdeführer Ängste im Vordergrund. Unmittelbar nach dem Unfallereignis sei es zu einer möglicherweise stundenlang anhaltenden akuten Belastungsreaktion gekommen. Etwa drei Wochen nach dem Unfallereignis hätten die Alpträume eingesetzt, inhaltlich vorerst durch das Unfallereignis als solches, danach und anhaltend aber eher durch einen Angsteffekt geprägt, welcher seinen Ursprung zwar ebenfalls im Unfallereignis haben könnte, derzeit aber auch durch die schlechte gesundheitliche Situation und eine nahezu aussichtslose berufliche Perspektive mitgeprägt scheine. Anhaltspunkte für andere intrusive Symptome und mithin für eine posttraumatische Belastungsstörung ergäben sich keine. Diagnostisch sei am ehesten von einer generalisierten Angststörung auszugehen. Dazu passten auch eine vielfältige vegetative Begleitsymptomatik und andere für Angststörungen typische, begleitende körperliche Symptome (Urk. 10/71 S. 3 Mitte).

Insgesamt bestünde eine vielschichtige Problematik. Bereits zum Zeitpunkt des Unfallereignisses sei der Beschwerdeführer wegen seines vorbestehenden Rückenleidens für leichtere Arbeiten lediglich zu 50 % arbeitsfähig, jedoch arbeitslos gewesen. Zu jenem Zeitpunkt habe er eine bereits über 40-jährige Arbeitskarriere hinter sich gehabt. Dies seien alles für eine Rehabilitation belastende Faktoren und für eine Entwicklung eines dysfunktionalen Umganges mit der Schmerzproblematik förderlich. Das vom Beschwerdeführer geschilderte häufige Vorkommen Verstorbener in seinen Alpträumen müsse auch vor dem Hintergrund seiner persönlichen und familiären Geschichte gesehen werden. Er habe drei eigene Kinder im Säuglingsalter, einen Bruder, eine Schwester und beide Elternteile verloren. Neben Medikamenten benötige er Aktivierungsmassnahmen. Sinnvoll wären auch begleitete Expositionen in den für ihn schwierigen Situationen (Urk. 10/71 S. 3 f.).

Nach Eingang der Einsprache vom 8. Juli 2003 (Urk. 10/83/1) hielt Kreisarzt Dr. K. in seiner Stellungnahme vom 15. Juli 2003 fest, dem Beschwerdeführer sei aufgrund des Austrittsberichts der Ärzte der Rehaklinik D. auf dem "allgemeinen Arbeitsmarkt" eine Arbeitsfähigkeit von 100 % im Rahmen seiner Invalidenrente zumutbar (Urk. 10/86).

E. 4

4.1 Die Beschwerdegegnerin stützte die Leistungsverweigerung auf die Beurteilung der Ärzte der Rehaklinik D., welche ein unter stationärer Physiotherapie nicht wesentlich gebessertes zerviko-zephalales Schmerzsyndrom rechtsbetont, derzeit ohne objektives fokales neurologisches Defizit, eine generalisierte Angststörung und Alpträume sowie einen Status nach wahrscheinlich durchgemachter akuter Belastungsreaktion in den Stunden nach dem Unfallereignis diagnostizierten, eine

ambulante psychosomatische Weiterbetreuung nach Klinikaustritt als indiziert erachteten und dem Beschwerdeführer unfallbedingt eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne wiederholte Überkopparbeiten attestierten (Urk. 10/73 S. 4).

Das Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Es kann daher auf die in diesem Gutachten vorgenommenen Beurteilungen abgestellt werden (vgl. vorstehend Erw. 1.3).

4.2 Soweit der Beschwerdeführer in formeller Hinsicht geltend macht, bei den Konsilien der Rehaklinik D.____ sei kein Übersetzer beigezogen worden, obschon er, aus Mazedonien stammend und albanischsprachig, darum ersucht habe, weil seine Deutschkenntnisse sehr gering seien und er den Ausführungen der Ärzte teilweise nicht folgen könne (vgl. Urk. 1 S. 3), ist auf das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) in Sachen I. vom 30. Dezember 2003, I 245/00 hinzuweisen. Das EVG hielt in genannter Entscheidung in Erwägung 4.2 fest, dass nicht von einer Gehörverletzung gesprochen werden könne, wenn trotz Verständigungsschwierigkeiten eine Begutachtung nicht in der Muttersprache des oder der Versicherten oder unter Beizug eines Dolmetschers stattfinde oder stattgefunden habe. Denn die Durchführung einer medizinischen Abklärungsmassnahme in der Muttersprache des oder der Versicherten oder unter Beizug eines Übersetzers sei in erster Linie eine Frage der richtigen und vollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts. Es gehe nicht in erster Linie um die Teilnahme der versicherten Person am Verfahren im Sinne der Mitwirkung bei der Erstellung der tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen im Hinblick auf die beantragten Leistungen. Mithin lasse sich aus dem verfassungsrechtlichen Gehöranspruch nach Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung und dessen Konkretisierung für das Abklärungsverfahren vor den kantonalen IV-Stellen - und entsprechend auch vor der Beschwerdegegnerin - in Art. 73 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung (in Kraft gestanden bis 31. Dezember 2002; vgl. nunmehr Art. 42 und 52 ATSG) nicht direkt etwas ableiten in Bezug auf die Durchführung medizinischer Abklärungsmassnahmen unter sprachlichem Gesichtswinkel. Ob eine medizinische Abklärung in der Muttersprache des Exploranden oder der Explorandin oder unter Beizug eines Übersetzers im Einzelfall geboten sei, habe grundsätzlich der Gutachter im Rahmen sorgfältiger Auftragserfüllung zu entscheiden.

Die Konsilien der Ärzte der Rehaklinik D.____ enthalten keine Hinweise, dass die Gutachter ihren Auftrag nicht sorgfältig erfüllt hätten (vgl. Urk. 10/70-71), weshalb der Einwand des Beschwerdeführers, er habe den Ausführungen der Ärzte teilweise nicht folgen können, nichts an der beweismässigen Verwertbarkeit der Konsilien zu ändern vermag. So erscheinen die Ausführungen der Gutachter, insbesondere auch hinsichtlich der Anamnese, detailliert, und ihre Beurteilungen sind hinsichtlich der übrigen medizinischen Aktenlage schlüssig.

4.3 Der Beschwerdeführer ist aufgrund der Beurteilung der Ärzte der Rehaklinik D.____ in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne wiederholte

Ärztliche Kopfarbeiten zu 100 % arbeitsfähig. Hierzu ist festzuhalten, dass die Ärzte der Rehaklinik D. ___ hiermit die unfallbedingte Arbeitsfähigkeit beurteilten. Sie hielten in diesem Sinne fest, dass der Beschwerdeführer aus unfallfremden Gründen eine halbe Rente der Invalidenversicherung beziehe (vgl. Urk. 10/73 S. 4), weshalb sie diese Arbeitsunfähigkeit bei ihrer Beurteilung entsprechend berücksichtigten.

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit steht in Übereinstimmung mit derjenigen des Kreisarztes Dr. K. ___ vom 15. Juli 2003 (vgl. vorstehend Erw. 3.5). Auch Dr. K. ___ erachtete den Beschwerdeführer unter Berücksichtigung seiner Invalidenrente auf dem "allgemeinen Arbeitsmarkt" zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 10/86).

Der Einwand des Beschwerdeführers, seine Arbeitsfähigkeit nicht wiedererlangt zu haben (vgl. Urk. 1 S. 9 lit. c), vermag daran nichts zu ändern. Diese Beurteilung ist als subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers seiner selbst relativierend zu wärdigen und vermag insbesondere die fachärztliche Beurteilung der Ärzte der Rehaklinik D. ___ nicht zu entkräften.

4.4 Hinsichtlich der Beurteilung der Frage, ob die Einstellung der Heilungskosten durch die Beschwerdegegnerin per 10. Juni 2003 zu Recht erfolgte, ist zwischen der Heilbehandlung des zerviko-zephalen Schmerzsyndroms und dem Status nach leichter, möglicherweise massiger traumatischer Hirnverletzung infolge des Unfalls einerseits und den psychischen Beschwerden (Generalisierte Angststörung und Alpträume, ICD-10: F 51.5, Status nach wahrscheinlich durchgemachter akuter Belastungsreaktion in den Stunden nach dem Unfallereignis, ICD-10: F 43.0), andererseits zu unterscheiden.

Die Behandlung des zerviko-zephalen Schmerzsyndroms erachteten die Ärzte der Rehaklinik D. ___ als unter stationärer Physiotherapie nicht wesentlich gebessert, weshalb die Behandlung abzuschliessen sei (Urk. 10/73 S. 4). Auch die Ärzte der Rheumaklinik und Institut für Physiotherapie des Kantonsspitals E. ___ sahen aufgrund der ambulanten Therapieresistenz keine Besserungsmöglichkeiten des zervikozephalen Syndroms mehr und schlossen die Behandlung bereits im Dezember 2003 ab (Urk. 10/49 S. 2).

Daran vermag der Einwand des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 8 f. lit. c), aufgrund des Unfallgeschehens leide er an Dauerschmerzen, nichts zu ändern. Auch hier ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Einschätzung des Beschwerdeführers seiner selbst aufgrund deren Subjektivität eine relativierende Beurteilung angezeigt ist, welche insbesondere die fachärztliche Beurteilung der Ärzte der Rehaklinik D. ___ nicht zu entkräften vermag.

Aufgrund der übereinstimmenden fachärztlichen Beurteilung hinsichtlich der physiotherapeutischen Behandlung des zerviko-zephalen Schmerzsyndroms ist daher davon auszugehen, dass bei einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten gewesen wäre. Die neurologische Untersuchung ergab, dass der Beschwerdeführer infolge des Unfalls zwar eine leichte, möglicherweise massige traumatische Hirnverletzung durchgemacht hatte, im Untersuchungszeitpunkt aber kein objektives fokales neurologisches Defizit vorlag. Die diesbezüglichen Einstellungen der Heilkosten seitens der Beschwerdegegnerin per 10. Juni 2003 erfolgten daher zu Recht.

5. Zu prüfen bleibt, ob die Einstellung der Heilkosten hinsichtlich der psychischen Beschwerden zu Recht erfolgte.

5.1 Zum Krankheitsverlauf ergibt sich aus den Unterlagen, dass Mitte März 2003, mithin gut neun Monate nach dem Unfall, das erwähnte ursprüngliche zerviko-zephalo Schmerzsyndrom therapieresistent war und neurologisch kein objektives fokales neurologisches Defizit vorlag. Festgestellt wurden eine generalisierte Angststörung und Alpträume (ICD-10: F 51.5) und ein Status nach wahrscheinlich durchgemachter akuter Belastungsreaktion in den Stunden nach dem Unfallereignis (ICD-10: F 43.0). Nach Klinikaustritt sei eine ambulante psychosomatische Weiterbehandlung indiziert (vgl. vorstehend Erw. 3.4).

Damit standen im Zeitpunkt der Beurteilung durch die Ärzte der Rehaklinik D. die psychischen Leiden des Beschwerdeführers im Vordergrund.

5.2 Zu klären ist vorerst, ob für die Beurteilung des rechtsgemäßen Kausalzusammenhangs die auf BGE 117 V 369 basierende Praxis betreffend Schädel-Hirn-Trauma anzuwenden ist, wie dies der Beschwerdeführer vertritt (vgl. Urk. 1 S. 7 ff.).

Dem Beschwerdeführer ist zuzustimmen, dass bezogen auf das Unfallereignis Parallelen zwischen dem erwähnten Leitfall und dem vorliegenden Fall erkennbar sind: In beiden Fällen fand ein Anschlagen des Kopfes statt.

In weiteren Aspekten unterscheiden sich die Umstände des vorliegenden Falles jedoch von denen im Leitfall. Dies betrifft einerseits das Beschwerdebild und andererseits die medizinischen Aussagen zur Kausalität.

Im Leitfall wurden folgende Beschwerden als ausgewiesen erachtet: Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Konzentrationsstörungen mit Verlangsamung und Fehlerhaftigkeit sowie erheblichen Lern- und Gedächtnisstörungen, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen bzw. Lichtempfindlichkeit, Lärmempfindlichkeit, Reizbarkeit und Nervosität, Schlafstörungen, Angstzustände und Depression sowie Wesensveränderung (BGE 117 V 382 Erw. 4b). Es war gerade dieses "bunte Beschwerdebild", welches als weitgehend dem nach einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule häufig auftretenden entsprechend bezeichnet wurde, das zur analogen Anwendung der diesbezüglichen Praxis der Kausalitätsbeurteilung führte.

Im vorliegenden Fall ist kein solches Beschwerdebild dokumentiert. Abgesehen von der psychischen Komponente beschränken sich die Beeinträchtigungen auf die geltend gemachten Schmerzen im Bereich der HWS sowie im Bereich des rechtsseitigen Kopfes. Alle übrigen Elemente des Beschwerdebildes sind in keinem der ärztlichen Berichte dokumentiert.

Der zweite entscheidende Unterschied besteht darin, dass im Leitfall ein durch entsprechende Tests konkretisierter, eindeutiger, nicht diffuser neuropsychologischer Befund vorlag und dass die Hirnleistungsstörungen von einem anerkannten Neurologen ausdrücklich als unfallbedingt eingestuft worden waren (BGE 117 V 377 Erw. 3c, 382 Erw. 3f). Im vorliegenden Fall fehlt es hingegen an beiden Elementen. Der neurologische Befund ergab eine leichte, möglicherweise massige traumatische Hirnverletzung, wobei im Beurteilungszeitpunkt kein objektives neurologisches Defizit festgestellt werden konnte und überdies auf das Fehlen von dies

bestätigenden Unterlagen der erstversorgenden Ärzte hingewiesen wurde (Urk. 10/70 S. 2 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ergibt sich, dass der vorliegende Fall nicht gestützt auf die Schädels-Hirn-Trauma-Praxis von BGE 117 V 369 zu beurteilen ist, dies im Wesentlichen, weil nicht das dort vorausgesetzte typische Beschwerdebild besteht, ein objektives neurologisches Defizit verneint wurde und die psychischen Beschwerden spätestens seit Mitte März 2003 dominierten (vgl. BGE 123 V 99 Erw. 2c).

5.3 Ä Ä Ä Ä Massgebend für die Beurteilung des rechtsgenetischen Kausalzusammenhanges ist vorliegend einerseits, dass für die angegebenen Schmerzen im Bereich des rechtsseitigen Kopfes aus neurologischer Sicht keine organische Genese gefunden werden konnte (vgl. vorstehend Erw. 3.4). Andererseits fällt entscheidend ins Gewicht, dass die Ärzte des Kantonsspitals E. ___ im Dezember 2003, mithin rund sechs Monate nach dem Unfall, Anzeichen psychischer Probleme bemerken (vgl. vorstehend Erw. 3.2), was schliesslich nach erfolgter stationärer Abklärung zum Schluss führte, dass eine generalisierte Angststörung und Alpträume und ein Status nach wahrscheinlich durchgemachter akuter Belastungsreaktion in den Stunden nach dem Unfallereignis im Vordergrund ständen (vgl. vorstehend Erw. 3.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Daraus ist zu schliessen, dass die Kausalität der überwiegend psychisch geprägten Unfallfolgen gestützt auf die mit BGE 115 V 133 begründete Praxis zu präferieren ist.

5.4 Ä Ä Ä Ä Es kann davon ausgegangen werden, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den psychischen Problemen des Beschwerdeführers gegeben ist. Zu präferieren bleibt dessen Adäquanz.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Analog zum Unfallereignis in BGE 117 V 369 ist das vorliegende Unfallereignis weder als schwer noch als leicht, sondern als im mittleren Bereich liegend einzustufen. Für die Präferenz der Adäquanz sind somit die weiteren, von der Beschwerdegegnerin zutreffend wiedergegebenen unfallbezogenen Kriterien (Urk. 2 S. 6 f. lit. c) in die Gesamtwürdigung einzubeziehen:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Für besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit des Unfallereignisses gibt es keine Anhaltspunkte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die erlittenen Verletzungen erscheinen nicht als von besonderer Schwere und auch nicht als von der Art her erfahrungsgemäss geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung ist nicht ersichtlich.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ob die geklagten Schmerzen im Bereich des rechtsseitigen Kopfes das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen zu erfüllen vermögen, erscheint zumindest fraglich.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Für eine ärztliche Fehlbehandlung und für einen schwierigen, komplikationsbehafteten Heilungsverlauf gibt es keine Anzeichen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich wurde dem Beschwerdeführer nach dem Aufenthalt in der Rehaklinik D. ___ keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert.

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Zusammengefasst ergibt sich, dass - allenfalls mit Ausnahme von Dauerschmerzen - keines der massgebenden Kriterien erfüllt ist. Das Bestehen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem erlittenen Unfall und den anhaltenden, psychisch determinierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers ist somit zu verneinen.

5.5 ^ ^ ^ ^ Es bleibt festzuhalten, dass mangels Adäquanz kein rechtsgenäglicher Kausalzusammenhang zwischen dem erlittenen Unfall und noch bestehenden psychischen Beeinträchtigungen besteht. Dementsprechend entfällt auch eine weitere Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin. Somit erweist sich die Einstellung der Versicherungsleistungen per 10. Juni 2003 durch die Beschwerdegegnerin als rechens.

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Dies führt zur Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids und zur Abweisung der Beschwerde.

6. ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Mit Schreiben vom 28. August 2004 macht Rechtsanwältin Mäller-Ranacher Aufwendungen von insgesamt 8 Stunden und Auslagen von Fr. 6.-- geltend (Urk. 12). Angesichts der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Falles bei einem praxismässigen Stundenansatz für Rechtsanwältinnen von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) erscheint die geltend gemachte Entschädigung angemessen, weshalb die Entschädigung entsprechend auf Fr. 1'730.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist.

Das Gericht erkennt:

1. ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Das Verfahren ist kostenlos.

3. ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Andrea Mäller-Ranacher, Zürich, wird mit Fr. 1'730.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) aus der Gerichtskasse entschädigt.

4. ^ ^ ^ ^ ^ Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Andrea Mäller-Ranacher

- Rechtsanwalt Mathias Birrer

- Bundesamt für Gesundheit

sowie

- ^ ^ an die Gerichtskasse

5. ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ 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.