

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00134 vom 22. April 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-04-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2004.00134](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2004.00134)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00134 du 22 avril 2005

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00134 del 22 aprile 2005

## Erwägungen

### E. 3.1

Die Ärzte der Klinik für Unfallchirurgie am Universitätsspital K.\_\_\_\_, die den Beschwerdeführer erstbehandelten, diagnostizierten mit Bericht vom 20. November 2000 (Urk. 7/2) eine Commotio cerebri, eine Kontusion und Schürfwunde des linken Handgelenks und eine Kontusion des thorako-lumbalen Übergangs. Der Beschwerdeführer sei beim Sturz auf ein Baugerüst mit dem Rücken auf ein Geländer gefallen. Beim Eintreffen auf der Notfallabteilung habe ein Glasgow Coma Score (GCS) von 11, im Verlauf ein solcher von 15 bestanden. Eine Amnesie sei fraglich. Am Schädel seien keine äusseren Verletzungen festgestellt worden. Die Halswirbelsäule wurde als frei befunden. Im Verlauf habe eine problemlose neurologische Überwachung mit einem steigenden GCS von 15 stattgefunden. Der Beschwerdeführer sei am 18. November 2000 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden, als Procedere wurde eine Kontrolle der Commotio cerebri und der Wunde am Handgelenk durch den Hausarzt angegeben (Urk. 7/2).

### E. 3.2

Mit Zwischenbericht vom 8. Januar 2001 (Urk. 7/6) diagnostizierte Dr. med. C.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, einen Status nach Commotio cerebri, eine Kontusion des thorakalen Übergangs und eine Handgelenkskontusion links mit Schürfwunde (Urk. 7/6 Ziff. 1). Ein Arbeitsversuch vom 5. bis zum 9. Dezember 2000 sei an zunehmenden Schmerzen im Arm und an Schwindel gescheitert. Trotz fehlendem objektivem Befund werde die Therapie mit Analgetika und Antiphlogistika fortgesetzt. Am 6. Januar 2001 sei der Beschwerdeführer der Meinung gewesen, die Arbeit bis in etwa einer Woche wieder aufnehmen zu können (Urk. 7/6 Ziff. 2). Die Wiederaufnahme der Arbeit zu 100 % sei per 15. Januar 2001 vorgesehen, es sei kein bleibender Nachteil zu erwarten (Urk. 7/6 Ziff. 4 lit. a, lit. c).

### E. 3.3

Anlässlich eines neurologischen Konsiliums vom 12. März 2001 an der Rehaklinik B.\_\_\_\_, wo sich der Beschwerdeführer vom 14. Februar bis zum 21. März 2001 aufhielt (vgl. Urk. 7/17 S. 1 oben), wurde festgestellt, dass der Beschwerdeführer definitionsgemäss mit dem tiefen initialen GCS nicht nur eine milde, sondern eine leichte traumatische Hirnverletzung durchgemacht habe. Heute stehe jedoch eine Überlagerung mit funktioneller Verlangsamung und Reduktion vieler Funktionen weit im Vordergrund. Die gefundenen Sensibilitätsstörungen links seien schwer zu interpretieren, von einem Hemisyndrom könne bei ausgesparter Rückenhalfte nicht gesprochen werden. Ein MR des Schädels sei möglicherweise indiziert (Bericht vom 20. März 2001; Urk. 7/15

S. 2 unten).

### E. 3.4

Ein psychosomatisches Konsilium an der Rehaklinik B.\_\_\_\_ ergab als psychiatrische Diagnose eine komplexe Störung mit somatoformen und dissoziativen Anteilen (ICD-10 F45.4, F44.4) und maladaptivem Bewältigungsmuster nach Sturz mit milder traumatischer Hirnläsion (Bericht vom 9. März 2001; Urk. 7/16 S. 1). Der Beschwerdeführer habe am 17. November 2000 einen Arbeitsunfall mit Sturz auf Rücken und Hinterkopf erlitten. Vom Sturz bis zum Erwachen im Spital bestehe eine Amnesie. Er leide seither an persistierenden, eher zunehmenden Schmerzen in Kopf, Rücken und Schulter-Arm-Bereich und klage auch über Kraftlosigkeit, Schwindel und Ohrgeräusche beidseits.

Eigentliche psychopathologische Symptome von Krankheitswert ändern sich keine. Der Beschwerdeführer wirke jedoch ängstlich und vorsichtig und bewege sich kaum. Es entstehe der Eindruck einer ängstlichen Hilflosigkeit, die zu einem maladaptiven Bewältigungsmuster beitrage. Die ausgeprägte Kraftlosigkeit und das Bedürfnis, sich immer wieder abzusetzen, könnten sogar auf dissoziative Phänomene (Konversion) hindeuten. Der Beschwerdeführer scheine durch den Sturz und seine Folgen psychisch destabilisiert worden zu sein, nachdem er zuvor nie gesundheitliche Probleme gehabt habe und nie dem Arbeitsplatz habe fernbleiben müssen. Er scheine diese Destabilisierung jedoch hauptsächlich körperlich zu erleben und auszudrücken. Dabei sei auch zu berücksichtigen, dass Ohrgeräusche sehr belastend sein könnten und möglicherweise auch die milde traumatische Hirnläsion die Unfallverarbeitung beeinträchtige (Urk. 7/16 S. 2 unten f.). Insgesamt handle es sich wahrscheinlich um ein komplexes Zustandsbild von Somatisierung, Konversion und maladaptivem Bewältigungsmuster nach milder traumatischer Hirnläsion; die Prognose erscheine eher ungünstig (Urk. 7/16 S. 3).

### E. 3.5

Im Austrittsbericht vom 4. April 2001 (Urk. 7/17) stellten die Ärzte der Rehaklinik B.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (Urk. 7/17 S. 1):

1. Komplexe Störung mit somatoformen und dissoziativen Anteilen und maladaptivem Bewältigungsmuster nach Unfall
2. Diskretes zervikothorakovertebrales Schmerzsyndrom mit und bei
  - Fehlhaltung (muskuläre Verspannungen, Verkürzungen, Dysbalance, sternosymphysale Belastungshaltung)
  - myofaszialen Ausstrahlungen in den linken Arm
  - Überlagerung mit Diagnose 1
  - Status nach Unfall
3. Kopfschmerzen vom gemischten Typ mit
  - posttraumatischen (diffuser Druck, Belastungsabhängigkeit) und myofaszialen (nuchal, auslösbar durch Muskelpalpation) Komponenten
4. Belastungsabhängige Schulterschmerzen, links mehr als rechts,

- ohne artikuläre Bewegungseinschränkung (freie passive Beweglichkeit)
- ohne klinische oder radiologische Hinweise für muskuläre oder ossäre Läsion mit und bei
- myofaszialen Ausstrahlungen
- ausgeprägtem Schonverhalten
- Diagnose 1

Etwa vier Monate nach dem Sturzereignis mit leichter traumatischer Hirnverletzung, Kontusion am linken Handgelenk sowie am thorakolumbalen Übergang bestanden noch ein zervikothorakovertebrales Schmerzsyndrom, belastungsabhängige Schulterschmerzen linksbetont sowie chronifizierte Kopfschmerzen mit Tinnitus und gelegentlich auftretendem Schwindel. Im Vordergrund stehe jedoch aktuell eine komplexe psychische Störung mit somatoformen und dissoziativen Anteilen und einem maladaptiven Bewältigungsmuster. Die zervikothorakale Problematik interpretiere man im Rahmen eines myofaszialen Schmerzsyndroms, wofür die Verstärkung durch tonische Haltearbeit, die Bewegungsunruhe sowie die Linderung durch Wechselbelastung und Wärme sprechen. Einen Teil der linksbetonten Schulter/Armbeschwerden sehe man ebenfalls in diesem Zusammenhang, wobei das Ausmass der Beschwerden somatisch nicht genügend erklärbar sei. Hier spiele offenbar die psychiatrische Symptomatik eine Rolle, mit möglicherweise einer Konversionssymptomatik und somatoformen Anteilen. Das Beschwerdebild werde zudem durch die Fehlhaltung und das ausgeprägte Schonverhalten zusätzlich unterhalten (Urk. 7/17 S. 3).

Aufgrund der diversen Beschwerden bestehe eine deutlich eingeschränkte psychophysische Belastbarkeit. Der Beschwerdeführer könne an Therapien stundenweise teilnehmen, aber eine regelrechte Arbeitstätigkeit im Moment noch nicht ausfüllen. Bei den Verrichtungen des alltäglichen Lebens sei er dagegen selbständig, ebenso sei das Gehen nicht eingeschränkt. Es bestehe noch keine verwertbare Arbeitsfähigkeit; der Beschwerdeführer sei nach einer halben bis einer Stunde Tätigkeit ruhebedürftig (Urk. 7/17 S. 3 unten).

Es sei die Aufnahme einer Tagesstruktur im Tagesheim für Behinderte und Betagte in E.\_\_\_\_, möglichst an mehreren Tagen der Woche, geplant. In diesem therapeutischen Rahmen solle sich der Beschwerdeführer weiterhin stabilisieren, vermutlich sei eine Dauer von mehreren Monaten sinnvoll. Bei Persistenz der psychischen Problematik wäre eine Prüfung der Adäquanz angebracht (Urk. 7/17 S. 4).

### **E. 3.6**

Dr. med. F.\_\_\_\_, Augenärztin FMH, führte mit Bericht vom 24. April 2001 (Urk. 7/22) aus, dass beim Beschwerdeführer für die Ferne und die Nähe eine Sehschwäche sowie eine Alterssichtigkeit bestehe, weiter habe eine Akkommodationsschwäche diagnostiziert werden können. Es bestehe eindeutig eine Tendenz zur Aggravation bei gewissen Tests und bei der Sehschärfe. Andererseits könne man bei solchen Umständen häufig Akkommodationsschwächen und Sehschärfeschwankungen beobachten (Urk. 7/22 S. 2). Die verordnete Brille stehe nicht in einem kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 17. November 2000 (Urk.7/63 Ziff. 5).

### **E. 3.7**

Anlässlich eines weiteren psychosomatischen Konsiliums wurde von den Ärzten der Rehaklinik B.\_\_\_\_, wo sich der Beschwerdeführer vom 25. Juli bis zum 26. September 2001 erneut aufhielt (vgl. Urk. 7/35 S. 1), mit Bericht vom 24. September 2001 (Urk. 7/34) eine komplexe Störung mit somatoformen und dissoziativen Anteilen (ICD-10 F45.4, F44.4) und maladaptivem Bewältigungsmuster nach Sturz mit milder traumatischer Hirnlesion sowie eine depressive Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) diagnostiziert (Urk. 7/34 S. 1).

Zur Zeit ändern sich neu auch Bedrückung und Trauer und eine gewisse Verschiebung hin zu somatoformen Komponenten und einer Konversionssymptomatik in Form von Klagen über Schmerzen in den Händen und Schwäche im linken Arm. Es könnte zusätzlich eine depressive Anpassungsstörung diagnostiziert werden (ICD-10 F43.21). Insgesamt verhalte sich der Beschwerdeführer aber sehr bemüht und zeige mehr Aktivität im Umgang mit seinen Beschwerden. Die stützende Psychotherapie solle zur Stabilisierung ambulant weitergeführt werden, bevor erneut der Versuch unternommen werden könnte, den Beschwerdeführer an einem geschätzten Arbeitsplatz zu integrieren (Urk. 7/34 S. 2).

### E. 3.8

Im Austrittsbericht vom 2. Oktober 2001 (Urk. 7/35) stellten die Ärzte der Rehaklinik B.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (Urk. 7/35 S. 1 f.):

1. Kombinierte psychische Symptomatik mit

- somatoformen und dissoziativen Anteilen (ICD-10: F45.4, F44.4) und maladaptivem Bewältigungsmuster nach Unfall
- Entwicklung einer depressiven Anpassungsstörung (ICD-10: F43.21)

2. Diskretes zerviko-thorako-vertebrales Schmerzsyndrom mit und bei

- Fehlhaltung (muskuläre Verspannung, Verkürzung, Dysbalance, sternosymphysale Belastungshaltung)
- myofaszialen Ausstrahlungen in den linken Arm
- Überlagerung mit Diagnose 1
- Status nach Unfall

3. Posttraumatische Kopfschmerzen

4. Belastungsabhängige Schulterschmerzen, links stärker als rechts, ohne

- klinische oder radiologische Hinweise für muskuläre oder ossäre Läsion
- artikulare Bewegungseinschränkung (freie passive Beweglichkeit)

mit und bei

- myofaszialen Ausstrahlungen
- ausgeprägtem Schonverhalten
- Diagnose 1

5. Tinnitus beidseits

6. Dreh- und Schwankschwindel, vor allen Dingen bei Kopfbewegungen

Etwa zehn Monate nach durchgemachter leichter traumatischer Hirnverletzung stÄ¼nden belastungsabhÄ¼ngige Schulterschmerzen, links stÄ¼rker als rechts, im Vordergrund. Infolge der ausgeprÄ¼gten Schmerzsymptomatik kÄ¼nne der linke Arm nur teilweise eingesetzt werden. Das zerviko-thorako-vertebrale Schmerzsyndrom beeintrÄ¼chtige den BeschwerdefÄ¼hrer im Alltag weniger. In geringerem Masse bestÄ¼nden rezidivierende Kopfschmerzen. Insgesamt hÄ¼tten sich diese Symptome im Vergleich zum letzten stationÄ¼ren Aufenthalt und auch wÄ¼hrend des zwischenzeitlichen Aufenthaltes zu Hause eher gebessert. WÄ¼hrend des stationÄ¼ren Aufenthaltes sei es bei anfÄ¼nglicher Besserung zu einem fluktuierenden Verlauf mit zwischenzeitlicher Verschlechterung der Schmerzsymptomatik und verstÄ¼rktem Auftreten von auch dissoziativen Anteilen der psychischen StÄ¼rung gekommen (Urk. 7/35 S. 3).

GrundsÄ¼tzlich kÄ¼nnten sehr leichte kÄ¼rperliche TÄ¼tigkeiten in zeitlich stark begrenztem Umfang durchgefÄ¼hrt werden, in der berufsorientierten Ergotherapie zuletzt drei Stunden mit mehreren Pausen. Der linke Arm sei nur sehr begrenzt einsetzbar. Bei Belastung entstehe sehr schnell eine SchmerzverstÄ¼rkung. Arbeiten Ä¼ber Kopf sowie Arbeiten, die die linke Hand verstÄ¼rkt belasten, seien somit nicht mÄ¼glich. Die psychophysische Belastbarkeit sei insgesamt stark eingeschrÄ¼nkt. BezÄ¼glich der alltÄ¼glichen Verrichtungen sei der BeschwerdefÄ¼hrer selbstÄ¼ndig. Weiterhin bestehe eine 100%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit im angestammten Beruf als Bauarbeiter. Auch fÄ¼r sonstige, allenfalls leichtere TÄ¼tigkeiten sei im Moment eine 100%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit bei insgesamt stark verminderter psychophysischer Belastbarkeit gegeben (Urk. 7/35 S. 3 f.).

### **E. 3.9**

Mit Bericht vom 12. November 2001 (Urk. 7/39) diagnostizierte lic. phil. G.\_\_\_\_, Fachpsychologin fÄ¼r Psychotherapie FSP, Angst und eine depressive Reaktion (ICD-10 F43.22). Die jetzigen Beschwerden stÄ¼nden in kausalem Zusammenhang mit dem Unfallereignis (Urk. 7/39).

### **E. 3.10**

Im Austrittsbericht vom 19. Dezember 2001 (Urk. 7/43) Ä¼ber den dritten Aufenthalt des BeschwerdefÄ¼hrers in der Rehaklinik B.\_\_\_\_ vom 28. November bis zum 12. Dezember 2001 wurde die im Austrittsbericht vom 2. Oktober 2001 bereits gestellte Diagnose wiederholt (vgl. Urk. 7/43 S. 1 f. und Urk. 7/35 S. 1 f.; vorstehend Erw. 3.8). Der BeschwerdefÄ¼hrer sei zur Organisation einer Schnupperwoche in der Stiftung H.\_\_\_\_ in die Klinik eingetreten. Er erscheine morgens pÄ¼nktlich zur Arbeit, habe allerdings keine ganze Stunde der Arbeit zu folgen vermocht. Er klage Ä¼ber Schmerzen im RÄ¼cken, lumbal beginnend bis Mitte HalswirbelsÄ¼ule, sowie Ä¼ber KrÄ¼mpfe in den Fingern. Ebenso beklage er Schwindel beim Aufstehen. Ein erneuter Arbeitsversuch sei beim aktuellen Stand der Dinge sinnlos (Urk. 7/43 S. 2).

Im angestammten Beruf als Bauarbeiter bestehe weiterhin eine 100%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit. Auch fÄ¼r sonstige, allenfalls leichtere TÄ¼tigkeiten sei im Moment bei insgesamt stark verminderter psychophysischer Belastbarkeit eine 100%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit gegeben (Urk. 7/43 S. 2). Aus globaler Sicht sei der BeschwerdefÄ¼hrer ab dem 12. Dezember 2001 zu 100 % arbeitsunfÄ¼hig (Urk. 7/43 S. 3).

### **E. 3.11**

Frau G.\_\_\_\_ diagnostizierte mit Bericht vom 11. Februar 2002 (Urk. 7/48) eine depressive Anpassungsstörung (ICD-10: F43.25) sowie ein Schmerzsyndrom (Urk. 7/48 S. 1). Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 2. Oktober 2001 bei ihr in Behandlung. Sein Gesundheitszustand habe sich trotz ständiger ärztlicher Behandlung verschlechtert. Als aktuelle Beschwerden nannte Frau G.\_\_\_\_ anhaltende Kopf-, Nacken-, Arm- (links) und Beinschmerzen sowie Verlust der Kraft und Schwindelgefühle mit Tinnitus. Stehen, Sitzen und jegliche Bewegung machten dem Beschwerdeführer Mühe. Die Schmerzen seien in jeder Position vorhanden (Urk. 7/48 S. 1).

Psychopathologisch bestanden Schlafstörungen mit Einschlafschwierigkeiten und erhöhte Reizbarkeit, Vergesslichkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, eine bedrückte Stimmung sowie Interesse- und Libidoverlust. Vor dem Unfall sei der Beschwerdeführer ein vitaler, familiärer Mann gewesen, der seinen Pflichten absolut entsprochen habe. Er betrachte sich als sehr zuverlässigen und leistungsfähigen Mitarbeiter. Die jetzige Hilflosigkeit falle ihm schwer. Bezüglich der Prognose hielt Frau G.\_\_\_\_ fest, dass für den Beschwerdeführer anhaltende Schmerzen im Zentrum seiner Wahrnehmung ständen. Die Fixierung auf Symptome sei sehr stark; es bestehe eine Tendenz zur Chronifizierung (Urk. 7/48 S. 1 f.).

### **E. 3.12**

Die Ärzte der Rehaklinik B.\_\_\_\_ führten mit Bericht vom 8. April 2002 (Urk. 7/62) aus, dass bezogen auf den Zustand des Beschwerdeführers bei Austritt aus der Klinik am 12. Dezember 2001 klinisch und radiologisch Hinweise für muskuläre oder ossäre Läsionen, welche die belastungsabhängigen Schulterschmerzen links stärker als rechts erklären könnten, fehlten. Bei freier passiver Beweglichkeit seien die angegebenen artikulären Bewegungseinschränkungen der linken Schulter nicht vollständig nachvollziehbar. Die bestehenden myofaszialen Ausstrahlungen seien aber nicht wegzudiskutieren. Das ausgeprägte Schonverhalten dürfte also am ehesten auf die bekannte kombinierte psychische Symptomatik zurückzuführen sein. Der Beschwerdeführer erscheine für eine sehr leichte bis leichte Arbeit aus rein organischer Sicht ganztauglich einsetztauglich (Urk. 7/62 Ziff. 1).

Aus rein körperlich-somatischer Sicht seien die Voraussetzungen für einen Fallabschluss gegeben. Inwieweit der beschriebene Dreh- und Schwankschwindel limitierend sei, könne aufgrund der ausgeprägten kombinierten psychischen Symptomatik nicht schlüssig beurteilt werden (Urk. 7/62 Ziff. 2-3).

Eine abschliessende Beurteilung bezüglich Integritätsschaden beziehungsweise Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers könne aufgrund der komplexen Verwebung von psychischen und organischen Befunden zu diesem Zeitpunkt nicht vorgenommen werden (Urk. 7/62 Ziff. 4).

### **E. 3.13**

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie und Arbeitsmedizin, Abteilung Arbeitsmedizin der Beschwerdegegnerin, führte in seinem unter Einbezug der Akten erstatteten Bericht vom 21. Oktober 2001 (richtig: 2002) aus, dass die vermutlich beidseitige Canalolithiasis, nachdem sie über zwei Jahre persistiert habe, als bleibend zu betrachten sei. Leider ergäben sich aktuell keine besonderen weitergehenden therapeutischen Konsequenzen, ausser dass die auslösenden Bewegungen möglichst gemieden werden sollten. Trotzdem könne

eventuell mit der Zeit eine gewisse Beruhigung dieser Beschwerden erhofft werden, wobei aktuell sicher von einer bleibenden Schädigung auszugehen sei (Urk. 7/85 S. 3 Mitte).

Bezüglich der objektivierbaren pathodiagnostischen Systembefunde ergebe sich eine Stufe "mittelschwer", eher im oberen Grenzbereich und bezüglich der subjektiven Beschwerden entsprechend der Kategorie "schwer". Somit errechne sich ein Integritätsschaden von 25 % entsprechend einer mittelschweren Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems (Urk. 7/85 S. 3 Mitte).

Weiter bestehe beim Beschwerdeführer eine beidseitige pancochleäre Innenohr-Hörstörung, die wahrscheinlich zumindest zu einem nicht unwesentlichen Teil ebenfalls unfallbedingt sein dürfte, für sich allein genommen nicht erheblich sei und einem Integritätsschaden vom 0 bis 5 % entspreche. Für den Beschwerdeführer seien Tätigkeiten, die Ansprüche an das Gleichgewichtsfunktionssystem stellten, sicher nicht mehr zumutbar, ebenfalls solche, die heftigere Kopfbewegungen erforderten. Es gelte auch zu beachten, dass die auch bei vorsichtiger Bewegungsweise immer wieder auftretenden Schwindelanfälle durchaus zu einer vermehrten Ermüdung führten und damit die zumutbare Arbeitszeit um mindestens 20 % einschränkten, indem häufigere Pausen sicher erforderlich seien (Urk. 7/85 S. 3).

Im Rahmen der Unfallfolgen könne somit die Diagnose einer mittelschweren Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems sowie einer gewissen Hörstörung gestellt werden. Besondere weitergehende diagnostische oder therapeutische Konsequenzen ergäben sich aktuell nicht, es sollte einzig versucht werden, die sehr vielseitige psychotrope Medikation etwas zu reduzieren, um damit eventuell eine gewisse Besserung der allgemeinen Unsicherheitsgefühle zu erreichen (Urk. 7/85 S. 3 unten f.).

Für den gesamten neurootologischen Fachbereich errechne sich Integritätsschaden von 30 % (Urk. 7/86).

### **E. 3.14**

Am 13. Februar 2004 (Urk. 7/114) teilte Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, mit, dass der Beschwerdeführer von ihm seit der Praxisaufgabe von Dr. C.\_\_\_\_ wegen der chronischen Beschwerden im Sinne eines zerviko-thorakovertebralen Schmerzsyndroms sowie der Entwicklung einer schweren Depression mit Schmerzverarbeitungsstörung nach dem Unfall vom 7. (richtig: 17.) November 2000 behandelt werde. Verschiedene physiotherapeutische Massnahmen seien gescheitert. Der Zustand des Beschwerdeführers könne mit Antidepressiva und Analgetika stabil gehalten werden. Beklagt würden zunehmende Schmerzen im Sinne eines zervikozephalen und zervikospondylogenen Syndroms nach Reduktion und beziehungsweise oder Weglassen der Medikamente (Urk. 7/114).

### **E. 4.1**

Zum Hergang des Unfalls vom 17. November 2000 ergab der Befund der Baukontrolle vom 5. Dezember 2000 (Urk. 7/5), dass der Beschwerdeführer auf dem Arbeitsweg gewesen sei, wobei der Weg zum Umkleideraum über ein Eisengeländer geführt habe, an dem beidseitig eine Leiter aus drei Sprossen angebracht worden sei. Er sei beim Übersteigen auf der Holzleiter ausgerutscht und rückwärts über das Eisengeländer gestürzt (Urk. 7/5). Die erstbehandelnden Ärzte am Universitätsspital K.\_\_\_\_, Klinik für Unfallchirurgie, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 20. November 2000 nebst einer

Kontusion und Scharfung des linken Handgelenks und einer Kontusion des thorako-lumbalen Übergangs eine Commotio cerebri (Urk. 7/2). Beim Eintreffen des Beschwerdeführers auf der Notfallabteilung habe ein GCS-Wert von 11, im Verlauf und während der folgenden Überwachung von 15 bestanden. Ein Punktwert von 13-9 wird als mittelschweres, ein Wert von 15-14 als leichtes Schädel-Hirntrauma interpretiert (Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, S. 603).

Es kann angesichts des Unfallgeschehens und der ärztlichen Angaben als erstellt gelten, dass der Beschwerdeführer ansslich des versicherten Unfallereignisses ein Schädel-Hirntrauma erlitt. Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit ist somit zu bejahen (vgl. vorstehend Erw. 1.2, 1.5).

#### **E. 4.2**

Bezüglich der Frage der adäquaten Kausalität und der anzuwendenden Beurteilungskriterien ist zunächst zu prüfen, ob im Verlauf der Entwicklung vom Unfall- bis zum Beurteilungszeitpunkt das psychische Leiden die somatischen Beschwerden ganz in den Hintergrund treten liess (vgl. vorstehend Erw. 1.7).

Ansslich der Erstbehandlung am Universitätsspital K.\_\_\_\_ vom 17. bis 18. November 2000 (Urk. 7/2) wurde eine psychische Beeinträchtigung des Beschwerdeführers noch nicht erwähnt. Die darauffolgenden Berichte enthalten jedoch durchgehend Hinweise auf eine entsprechende Entwicklung beziehungsweise auf eine Überlagerung der somatischen durch psychische Beschwerden. So notierte Dr. C.\_\_\_\_ in seinem Zwischenbericht vom 8. Januar 2001, dass trotz fehlendem objektivem Befund die Therapie mit Analgetika und Antiphlogistika fortgesetzt werde (Urk. 7/6 Ziff. 2). Sodann wurde bereits im Aufnahmegesuch für die Rehaklinik B.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2001 eine psychosomatische Abklärung beantragt (Urk. 7/9 unten). Am 9. März 2001 wurde im psychosomatischen Konsilium an der Rehaklinik B.\_\_\_\_ eine komplexe Störung mit somatoformen und dissoziativen Anteilen (ICD-10 F45.4, F44.4) und maladaptivem Bewrtigungsmuster diagnostiziert (Urk. 7/16 S. 1) und im neurologischen Konsilium mit Bericht vom 20. März 2001 festgestellt, dass eine Überlagerung mit funktioneller Verlangsamung und Reduktion vieler Funktionen weit im Vordergrund stehe (Urk. 7/15 S. 2). Der Austrittsbericht vom 4. April 2001 (Urk. 7/17) führte sodann die komplexe Störung mit somatoformen und dissoziativen Anteilen und maladaptivem Bewrtigungsmuster als erste Diagnose mit Einfluss auf weitere Diagnosen auf (vgl. Urk. 7/17 S. 1 f.). Das Ausmass der Schulter-Armbeschwerden sei somatisch nicht genügend erklärbar, hier spiele offenbar die psychiatrische Symptomatik eine Rolle (Urk. 7/17 S. 3 Mitte). Bei Persistenz der psychischen Problematik sei eine Prüfung der Adäquanz angebracht (Urk. 7/17 S. 4). Dr. F.\_\_\_\_ stellte sodann eine Tendenz zur Aggravation fest (Urk. 7/22 S. 2). Die verordnete Brille stehe nicht in einem kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 17. November 2000 (Urk. 7/63 Ziff. 5).

Bei einem weiteren psychosomatischen Konsilium an der Rehaklinik B.\_\_\_\_ vom 12. September 2001 wurde zusätzlich zu den bereits gestellten Diagnosen eine depressive Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) diagnostiziert (Urk. 7/34 S. 1). Die stützende Psychotherapie solle zur Stabilisierung ambulant weitergeführt werden (Urk. 7/34 S. 2). Die im neurologischen Konsilium gestellten Diagnosen wurden im Austrittsbericht vom 2. Oktober 2001 wiederum als erste Diagnose mit Einfluss auf die weiteren Diagnosen

genannt (Urk. 7/35 S. 1 f.).

Auch die späteren Arztberichte spiegeln diese Entwicklung wieder: Frau G. \_\_\_ diagnostizierte im November 2001 Angst und eine depressive Reaktion (ICD-10 F43.22; Urk. 7/39) und im Februar 2002 eine depressive Anpassungsstörung (ICD-10 F43.25) und ein Schmerzsyndrom (Urk. 7/48 S. 1). Im Austrittsbericht der Rehaklinik B. \_\_\_ vom 19. Dezember 2001 blieben die früheren Diagnosen unverändert; der Beschwerdeführer sei auch für leichtere Tätigkeiten bei insgesamt stark verminderter psychophysischer Belastbarkeit zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/43 S. 1-2). Dessen ausgeprägtes Schonverhalten führten die Ärzte der Rehaklinik B. \_\_\_ mit Bericht vom 8. April 2002 (Urk. 7/62) auf die bekannte kombinierte psychische Symptomatik zurück (Urk. 7/62 Ziff. 1). Am 13. Februar 2004 (Urk. 7/114) berichtete sodann Dr. J. \_\_\_ über die Behandlung des Beschwerdeführers wegen einer zerviko-thorakovertebralen Schmerzsyndrom sowie der Entwicklung einer schweren Depression mit Schmerzverarbeitungsstörung nach dem Unfall vom 7. (richtig: 17.) November 2000.

#### **E. 4.3**

Aufgrund dieser ärztlichen Beurteilungen, die den praxisgemässen Anforderungen an einen Arztbericht (vgl. vorstehend Erw. 1.9) grundsätzlich zu genügen vermögen und insgesamt übereinstimmen, kann davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer bereits kurz nach dem Unfallereignis nicht mehr hauptsächlich unter somatischen, sondern überwiegend unter psychischen Gesundheitseinschränkungen litt: So hielten die Ärzte der Rehaklinik B. \_\_\_ mit Bericht vom 9. und 20. März 2001, somit rund vier Monate nach dem Unfallereignis vom 17. November 2000, ausdrücklich fest, dass eine Überlagerung mit funktioneller Verlangsamung und Reduktion vieler Funktionen weit im Vordergrund stehe (Urk. 7/15 S. 2), und diagnostizierten eine komplexe Störung mit somatoformen und dissoziativen Anteilen (ICD-10 F45.4, F44.4) und maladaptivem Bewältigungsmuster (Urk. 7/16 S. 1). Die Beurteilung von Dr. I. \_\_\_ vom 21. Oktober 2001 (Urk. 7/85) ergab eine organisch nachweisbare Erklärung für die Schwindel- und Hörbeschwerden, nicht jedoch für die Schmerzen und die weiteren gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers, die aufgrund der schlüssigen ärztlichen Beurteilungen auf dessen psychische Situation zurückzuführen sind.

#### **E. 4.4**

Die vorliegenden, zeitnah zum Unfallereignis und engmaschig vorgenommenen ärztlichen Beurteilungen vermögen genügenden Aufschluss über die Entwicklung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu geben. Insbesondere kann auch dem Bericht von Dr. J. \_\_\_ vom 13. Februar 2004 (Urk. 7/114), der kurz vor Erlass des Einspracheentscheides vom 9. März 2004 verfasst wurde, keine Veränderung des psychischen Zustandes entnommen werden, welcher eine neuerliche Untersuchung rechtfertigen könnte: Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 119 V 344 Erw. 3c mit Hinweis). Von der Einholung weiterer ärztlichen Berichte ist deshalb abzusehen.

#### **E. 4.5**

Was die Sehbeschwerden angeht, so können diese gemäss Dr. F. \_\_\_ bei solchen Unfällen häufig beobachtet werden (Urk. 7/22 S. 2). Die daraufhin verordnete Brille stand jedoch nicht in kausalem Zusammenhang mit dem Unfall (Urk. 7/63 Ziff. 5). Die Beschwerdegegnerin übernahm dennoch die Kosten für eine erste Brille (Urk. 7/67-68); für die Ausrichtung weiterer Leistungen in diesem Zusammenhang besteht jedoch angesichts der blossen Möglichkeit eines Zusammenhangs (vgl. vorstehend Erw. 1.2) kein Anlass.

#### **E. 5.1**

Da nach dem Gesagten die somatischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers im Vergleich zur ausgeprägten psychischen Problematik nicht mehr im Vordergrund stehen, ist die Beurteilung der Adäquanz des Kausalzusammenhangs nach den für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (vgl. vorstehend Erw. 1.7). Dabei ist zuerst auf die Schwere des Unfallereignisses einzugehen (vgl. vorstehend Erw. 1.6).

#### **E. 5.2**

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in BGE 115 V 401 Erw. 11b ein Unfallereignis, bei dem die versicherte Person eine Treppe hinunterstürzte und anschliessend mit der Stirn an der Kante einer Stufe aufschlug und sich dabei eine kleine Rissquetschwunde zuzog, als mittelschweren Unfall bezeichnet. In BGE 123 V 141 Erw. 3d hat es einen schweren Sturz auf den Rücken (une lourde chute sur le dos) und in BGE 115 V 144 Erw. 11a-b ein Unfallereignis, bei dem die versicherte Person beim Hinuntersteigen von einer Böschung ausrutschte und mit dem Rücken auf einem Betonstück am Boden aufschlug, als mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert.

#### **E. 5.3**

Der Beschwerdeführer rutschte am 17. November 2000 auf einer dreisprossigen Holzleiter aus, die an beiden Seiten eines Eisengeländers angebracht war, und stürzte rückwärts auf dieses Gelände (Urk. 7/5). Der Unfallmeldung ist zu entnehmen, dass der Baustellenzugang über das Fassadengerüst auf ein Flachdach zur Unterkunft führte und dabei ein Dreistritter überstiegen werden musste (Urk. 7/1). Über die Höhe des Geländers beziehungsweise die Tiefe des Sturzes liegen keine Angaben vor. Da lediglich eine dreisprossige Leiter zu überwinden war, muss es sich jedoch um eine geringe Höhe gehandelt haben. Aufgrund des Geschehensablaufes und angesichts der erwähnten Vergleichsfälle ist das fragliche Unfallereignis somit weder der Gruppe der leichten noch jener der schweren Unfälle zuzuordnen, sondern gehört in den mittleren Bereich an der Grenze zu den leichten Unfällen.

#### **E. 5.4**

Zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist daher erforderlich, dass ein einzelnes der nach der Rechtsprechung massgebenden unfallbezogenen Kriterien erfüllt ist oder dass mehrere Kriterien gegeben sind (BGE 115 V 141 Erw. 6c/bb; vgl. vorstehend Erw. 1.6). Diese Kriterien sind bei psychischer Fehlverarbeitung von Unfällen nur zu berücksichtigen, soweit sie somatisch bedingt sind (BGE 115 V 140, RKUV 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b).

### E. 6.1

Der Unfall vom 17. November 2000 hat sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet und war nicht von besonderer Eindringlichkeit. Auch hat der Beschwerdeführer keine Verletzungen von besonderer Schwere erlitten, die erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung: Das Beschwerdebild war bereits im Januar 2001, somit rund zwei Monate nach dem versicherten Unfall, von einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung zumindest mitbeeinflusst, wobei im Laufe der Behandlung die psychischen Beschwerden immer stärker in den Vordergrund traten (vgl. vorstehend Erw. 4.2 f.). Entsprechend ist das für die Adäquanzbeurteilung massgebende Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der somatisch erforderlichen ärztlichen Behandlung ebenso wenig erfüllt wie dasjenige körperlicher Dauerschmerzen; letztere mögen zwar vorhanden sein, sind aber beim Beschwerdeführer gerade psychisch bedingt (vgl. vorstehend Erw. 4.2) und müssen deshalb im Rahmen der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs weitgehend unberücksichtigt bleiben. Für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die körperlichen Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, oder einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen bestehen sodann keine Anhaltspunkte.

### E. 6.2

Nicht als erfüllt gelten kann sodann das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Es ist davon auszugehen, dass die Arbeitsunfähigkeit nach dem Unfall überwiegend auf unfallfremde psychische Gründe zurückzuführen war (vgl. vorstehend Erw. 4.2). So hielt Dr. C. mit Zwischenbericht vom 8. Januar 2001 (Urk. 7/6) fest, die Wiederaufnahme der Arbeit zu 100 % sei auf den 15. Januar 2001 vorgesehen und es sei kein bleibender Nachteil zu erwarten (Urk. 7/6 Ziff. 4 lit. a und c). Der Beschwerdeführer war anlässlich der Konsultation vom 6. Januar 2001 offenbar selbst der Meinung, bis in etwa einer Woche die Arbeit wieder aufnehmen zu können (Urk. 7/6 Ziff. 2 lit. a). Wie lange die somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit jedoch genau gedauert hat, ist nicht näher zu präzisieren, da im Grenzbereich der mittleren zu den leichten Unfällen ein einziges, aber nicht in auffälliger Weise erfülltes Kriterium für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs nicht genügt.

### E. 6.3

Da somit weder ein einzelnes Beurteilungskriterium in besonders ausgeprägter Weise noch mehrere der massgebenden Beurteilungskriterien in gehäuft oder auffälliger Weise erfüllt sind, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den überwiegend psychischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers und dem versicherten Unfallereignis vom 17. November 2000 zu verneinen. Dies muss umso mehr gelten, als die obligatorische Unfallversicherung für eine psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit, die zum Unfallereignis in einem krassen Missverhältnis steht, nicht einzustehen hat (BGE 115 V 133 Erw. 7).

### E. 6.4

Eine eingehende Überprüfung der zugesprochenen Versicherungsleistungen erbringt sich, da nicht deren Bemessung, sondern die Leistungspflicht für die psychischen Beschwerden (vgl. vorstehend Erw. 2.1 f.) und nach Lage der Akten die Höhe der aufgrund der organischen Unfallfolgen zugesprochenen Versicherungsleistungen insgesamt

nicht zu beanstanden ist (vgl. Urk. 7/85 S. 3, Urk. 7/86, Urk. 7/92, Urk. 7/94, Urk. 2 S. 6 ff).

## E. 7

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass sich die Verneinung der Adäquanz der psychischen Folgen des Unfallereignisses vom 17. November 2000 und somit der angefochtene Entscheid als rechtens erweist. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Juridica S.A. Rechtsschutz

- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf

- Bundesamt für Gesundheit

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.