

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00252 vom 31. August 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2004.00252

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00252 du 31 août 2005

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00252 del 31 agosto 2005

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosses Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.3 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung

des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien nennt das Eidgenössische Versicherungsgericht hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- Dauerbeschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Anders als bei den Kriterien, die das Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und der in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

Diese Rechtsprechung wendet das Eidgenössische Versicherungsgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas (BGE 117 V 382 f. Erw. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 Erw. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2).

1.4 Als Ausnahme von der zitierten Regel greift allerdings nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes die auf die objektiven psychischen Unfallfolgen beschränkte Adäquanzbeurteilung auch bei Unfällen mit Schleudertrauma oder einer äquivalenten Verletzung Platz, wenn die zum hiefür typischen Beschwerdebild gehörenden Beeinträchtigungen (wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Ängstlichkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Wesensveränderung [BGE 117 V 360 Erw. 4b]) zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zur vorliegenden, ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen D. vom 7. November 2002, U 377/01, Erw. 4.3). Dieser Rechtsprechung liegt der Sachverhalt zu Grunde, dass sehr bald nach

einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule oder äquivalenten Verletzungen, gleichsam an diesen anschliessend, die psychische Problematik derart überwiegt, dass die mit dem Schleudertrauma einhergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen (buntes Beschwerdebild) völlig in den Hintergrund treten. Soll diese Rechtsprechung auch in einem späteren Zeitpunkt angewendet werden, ist die Frage, ob die psychische Problematik die übrigen Beschwerden nach einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule ganz in den Hintergrund treten lässt, nicht aufgrund einer Momentaufnahme zu entscheiden. So ist es nicht zulässig, längere Zeit nach einem solchen Unfall, wenn die zum typischen Beschwerdebild gehörenden physischen Beeinträchtigungen weitgehend abgeklungen sind, die psychische Problematik aber fortbesteht, diese fortan nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen zu beurteilen, während sie in einem früheren Stadium, als das typische Beschwerdebild noch ausgeprägt war, nach der Schleudertrauma-Praxis beurteilt worden wäre. Vielmehr ist in einem solchen Fall zu prüfen, ob im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt die physischen Beschwerden gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen H. vom 27. August 2002, U 172/00, Erw. 3, und in Sachen W. vom 18. Juni 2002, U 164/01, Erw. 3a und 3b).

Dieselbe Ausnahme von der Regel der Anwendung der besonderen Kriterien für Schleudertrauma und äquivalente Verletzungen der Halswirbelsäule gilt, wenn es sich bei der nach einem Unfall aufgetretenen psychischen Fehlentwicklung nicht um eine mit dem organisch-psychischen Beschwerdebild nach Schleudertrauma oder schleudertraumaähnlicher Verletzung eng verflochtene Entwicklung handelt, sondern um einen selbständigen (sekundären) psychischen Gesundheitsschaden. Für diese Abgrenzung sind insbesondere Art und Pathogenese der Störung, das Vorliegen konkreter unfallfremder Faktoren und der Zeitablauf von Bedeutung (vgl. RKUV 2001 Nr. U 412 S. 80 f.; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen D. vom 7. November 2002, U 377/01, Erw. 4.3, in Sachen B. vom 7. August 2002, U 313/01, Erw. 2.2, und in Sachen F. vom 26. November 2001, U 409/00, Erw. 2). Nicht zur Anwendung gelangen die besonderen Kriterien für Schleudertrauma und schleudertraumaähnliche Verletzungen ferner bei einem durch den Unfall verschlimmerten psychischen Vorzustand (vgl. RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 Erw. 3c; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen D. vom 7. November 2002, U 377/01, Erw. 4.3).

1.5 Zur Ermittlung des rechtserheblichen Sachverhalts ist das Gericht in tatsächlicher Hinsicht hauptsächlich auf die medizinischen Berichte der behandelnden oder begutachtenden Ärzte und Ärztinnen angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

E. 2

2.1 Der Unfallversicherer stellt sich auf den Standpunkt, beim Beschwerdeführer kämen keine somatischen Unfallfolgen mehr nachgewiesen

werden. Die geklagten Beschwerden seien gemäss der Auffassung der Ärzte psychischer Natur und würden nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis stehen (Urk. 2, 9).

2.2.2. Dagegen wendet der Beschwerdeführer im Wesentlichen ein, er leide seit dem Unfall unter den typischen Beschwerden nach einem Schleudertrauma. Aufgrund der diagnostizierten Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) und des hierfür typischen Beschwerdebilds sei gestützt auf die einschlägige Rechtsprechung ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den geklagten Beschwerden zu bejahen (Urk. 1).

E. 3

3.1. Streitig und zu präzisieren ist, ob die geklagten Beschwerden des Versicherten auch nach dem 30. April 2004 noch adäquat kausal auf das Unfallereignis vom 29. April 2003 zurückzuführen sind und der Unfallversicherer hierfür weiterhin die gesetzlichen Leistungen zu erbringen hat.

3.2. In Bezug auf den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ergibt sich aus den Arztberichten Folgendes:

Gemäss dem Bericht des A. ___ über die Hospitalisation vom 29. April bis zum 5. Mai 2003 erlitt der Beschwerdeführer beim Unfall vom 29. April 2003 eine Commotio cerebri und eine Nackenkontusion. Ein Bewusstseinsverlust konnte aufgrund der Angaben des Versicherten nicht erhärtet werden. Fremdanamnestisch war er initial ansprechbar, im Verlauf hingegen zunehmend somnolent. Anlässlich der Aufnahme konnten keine auffälligen Befunde erhoben werden, und es liessen sich weder Kontusionsmarken noch traumatische ossäre Läsionen am Schädel oder an der HWS feststellen. Wegen der erlittenen Commotio cerebri erfolgte eine Hospitalisation zur Überwachung, wobei ebenfalls keine auffälligen Befunde erhoben werden konnten. Der Versicherte klagte jedoch intermittierend über Sensibilitätsstörungen und eine unspezifische Schwäche im Bereich der gesamten linken Körperhälfte. Mittels Kernspintomographie (MRI) konnte am 2. Mai 2003 eine diskoligamentäre Verletzung ausgeschlossen werden. Es zeigten sich einzig geringe Diskusprotrusionen auf der Höhe der Halswirbelkörper 5/6 und 6/7 ohne Kompression von Nervenwurzeln. Auch eine konsiliarische neurologische Untersuchung am 3. Mai 2003 ergab keine fokalen neurologischen Auffälligkeiten. Dem Versicherten wurde bis zum 11. Mai 2003 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 10/3).

Nach der Entlassung aus dem Spital am 5. Mai 2003 suchte der Versicherte gleichentags seinen Hausarzt Dr. B. ___ auf. Gemäss dem Bericht des Hausarztes vom 6. Juni 2003 hat sich der Beschwerdeführer über dauernde Kopfschmerzen beklagt und sich gestützt von zwei Begleitpersonen fortbewegt, da er sich sehr unsicher gefühlt habe. Mittels Physiotherapie und analgetischer Behandlung habe darauf eine Stabilisierung herbeigeführt werden können. Der Beschwerdeführer klagte aber stets über dauernde Kopfschmerzen, was ihn sehr unzufrieden mache und ihn zunehmend psychisch belaste. Wegen der Hospitalisation sei er zudem der Ansicht, eine schwere Verletzung erlitten zu haben (Urk. 10/5).

Das MRI des Schädels vom 16. Mai 2003 zeigte bis auf eine mögliche Arachnoidalzyste ohne Krankheitswert normale intrakranielle Verhältnisse ohne Hinweise auf eine traumatische Einwirkung (Urk. 10/2).

Wegen einer Schmerzexazerbation suchte der Beschwerdeführer am 24. Mai 2003 notfallmässig das C.____ auf, wo aber einzig diffuse Schmerzen im Zusammenhang mit der HWS-Distorsion im April 2003 festgehalten wurden (Urk. 10/4).

Über den bisherigen Verlauf berichtete der Hausarzt am 18. Juli 2003, der Versicherte habe bereits vor dem Unfall immer wieder unter neuralgieformen Schmerzen im Bereich des linken Nackens und der linken Schulter gelitten. Aufgrund der starken Kopfschmerzen habe sich der Heilungsverlauf nach dem Unfall schwierig gestaltet. Im Gegensatz dazu habe sich die Beweglichkeit der HWS aber vollständig normalisiert, so dass hier keine Einschränkungen mehr feststellbar seien. Am 10. Juni 2003 (richtig: 30. Juni 2003, vgl. Urk. 10/8) habe er den Versicherten notfallmässig zu Hause aufsuchen müssen, weil er am Boden liegend aufgefunden worden sei. In der ersten neurologischen Untersuchung sei damals das sofortige Ausweichen der Pupillen auffällig gewesen. Ausserdem habe der Versicherte nicht auf Befehle reagiert, aber trotzdem mit den Extremitäten selbst aktive Bewegungen ausgeführt, was auch den herbeigezogenen Rettungssanitätern aufgefallen sei. Bereits beim anschliessenden Eintritt ins Spital D.____ habe sich der Versicherte in einem guten Zustand befunden und sei neurologisch wach sowie allseits orientiert gewesen. Zusammenfassend kam Dr. B.____ aufgrund der insgesamt undurchsichtigen Situation zur Ansicht, beim Beschwerdeführer liege eine Schmerzverarbeitungsproblematik und möglicherweise eine erhebliche Aggravation vor (Urk. 10/7).

Im Austrittsbericht des Spitals D.____ vom 22. Juli 2003 über die notfallmässige Hospitalisation vom 30. Juni bis zum 3. Juli 2003 wurde ausgeführt, aufgrund der fraglichen Bereitschaft des Versicherten zur Zusammenarbeit habe sich die Untersuchung schwierig gestaltet. Der Versicherte habe auf der linken Seite vom Nacken ausstrahlende Schmerzen sowie ein Kribbeln links im Gesicht und zum Teil in den Armen und Beinen beschrieben. Bei den rezidivierenden Kopfschmerzen schlossen die Ärzte des Spitals D.____ differentialdiagnostisch auf das Vorliegen einer posttraumatischen Migräne oder auf analgetikainduzierte Kopfschmerzen und hegten den Verdacht eines psychogenen Anfalls. Bereits wenige Stunden nach der Entlassung am 3. Juli 2003 kam es wegen einer Schmerzexazerbation zum Wiedereintritt (Urk. 10/8, vgl. auch Urk. 10/6).

Aufgrund der Anmeldung des Spitals D.____ wurde der Versicherte am 9. Juli 2003 im Ambulatorium D.____ des Psychiatrie-Zentrums E.____ durch Dr. med. M.____ untersucht. Unter der Voraussetzung, dass ein organisches Korrelat für die geschilderten Schmerzen ausgeschlossen werden könne, diagnostizierte die Ärztin aufgrund ihrer bisherigen Informationen und der eigenen erhobenen Befunde eine somatoforme Schmerzstörung (Urk. 10/54).

Im Zwischenbericht vom 13. August 2003 hielt Dr. B.____ als Diagnose einzig posttraumatische Schmerzen fest. Bei der Untersuchung habe der Versicherte einzig Schmerzen bei maximaler Inklination der HWS angegeben. Sonst seien keine Einschränkungen der HWS vorhanden. Es müsse aber noch die neurologische Untersuchung abgewartet werden, dann sollte der Versicherte aber seine Arbeit möglichst bald wieder aufnehmen können (Urk. 10/9).

Anlässlich der neurologischen Untersuchung vom 25. August 2003 in der F.____ Klinik erwiesen sich die Hirnnerven als unauffällig und die HWS war frei beweglich ohne Provokation einer radikulären Symptomatik. Obwohl ein

Bewegungsschmerz der HWS angegeben worden sei, habe sich in der Untersuchungssituation und im Gespräch eine freie HWS-Beweglichkeit gezeigt. Es habe ein unauffälliger Tonus, eine unauffällige Trophik der oberen Extremitäten sowie eine allseits freie Motilität festgestellt werden können. Ausgehend von ihren Befunden konnten die Dres. med. N. ___ und O. ___ kein sicher objektivierbares fokales Defizit finden. Sie kamen daher zum Schluss, das festgestellte neurologische Ausfallmuster sei am Wahrscheinlichsten im Zusammenhang mit der bereits beschriebenen Schmerzverarbeitungsstörung zu erklären (Urk. 10/10).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der kreisärztlichen Untersuchung vom 2. Oktober 2003 diagnostizierte Dr. G. ___ eine Anpassungs- und Schmerzverarbeitungsstörung, wobei er von einem Status nach einer Contusio capitis und einer Commotio Cerebri mit verstärkter Symptomatik bei vorbestehenden geringen Diskusprotrusionen im Bereich der untersten Halswirbelkörper ausging. Bei den festgestellten Diskusprotrusionen im Bereich der unteren HWS handle es sich um vorbestehende, degenerative Veränderungen, die nicht durch das Ereignis ausgelöst worden seien, aber zu einer vermehrten Symptomatik geführt hätten. Unerklärlich sei, weshalb der Versicherte immer noch einen Halskragen trage, obwohl nach Abnahme des Kragens in vermeintlich unbeobachtetem Zustand eine volle Beweglichkeit der HWS erkennbar sei. Aufgrund der nicht sicher zu erhebenden Befunde erachtete Dr. G. ___ eine stationäre Rehabilitation mit gleichzeitiger psychosomatischer Abklärung als erforderlich (Urk. 10/13).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dem Kurzbericht über dem Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik I. ___ vom 1. Dezember 2003 lässt sich entnehmen, dass beim Beschwerdeführer damals keine wesentlichen Unfallfolgen mehr nachweisbar waren (Urk. 10/18). Im detaillierten Austrittsbericht vom 29. April 2004 diagnostizierten die Ärzte der Rehabilitationsklinik ein zerviko-okzipitales Schmerzsyndrom, eine sensible Halbseitensymptomatik links mit Einbezug der linken Gesichtshälfte ohne neuropathologisches Korrelat und eine schmerzabhängige Schwindelsymptomatik mit Gehunsicherheit. Sie gingen aber davon aus, dass wahrscheinlich eine Somatisierungsstörung in Kombination mit einer Angststörung vorliege, die sich vor allem auf dem Weg einer Somatisierung äußere. Daneben bestehe auch eine teilweise bewusste Verdeutlichungsstendenz. In Bezug auf die geklagten Sehbeschwerden liessen sich anlässlich der Konsultation durch Dr. med. P. ___, Facharzt für Ophthalmologie, auch keine ophthalmologischen Befunde erheben. Die Ärzte empfahlen daher den Fallabschluss und attestierten dem Versicherten in einer leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit ohne wiederholte Tätigkeit über Schulterhöhe oder in Zwangsposition des Kopfes eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Wegen der psychischen Situation müsse aber mit einer Leistungseinbusse von 30 bis 50 % gerechnet werden (Urk. 10/20).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anlässlich des psychosomatischen Konsiliums vom 17. November 2003 war Dr. med. Q. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zum Schluss gekommen, beim Versicherten liege wahrscheinlich eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) kombiniert mit einer Angststörung, die sich vor allem durch eine Somatisierung äußere (ICD-10 F41.8), vor. Zudem sei auch eine bewusste Verdeutlichungs- und Dramatisierungstendenz ersichtlich, die über das übliche Mass bei einer solchen somatoformen Störung hinausgehe, weshalb die Motivation und die Hintergründe hier fraglich seien. Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychischen Gründen eingeschränkt, aber nicht aufgehoben. Da neben der somatoformen Störungen auch eine bewusste

Komponente vorliege, sei die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit schwierig zu beurteilen und betrage wahrscheinlich 30 bis 50 % (Urk. 10/17).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Zwischenbericht vom 6. Februar 2004 führte Hausarzt Dr. B. ___ aus, der Unfall habe für den Beschwerdeführer sicher zu einem schweren Knick in seiner Lebenslinie geführt. Er habe sich stark auf sein Familienleben ausgewirkt und es sei insbesondere zu Spannungen mit der Ehefrau gekommen, da diese seine Veränderungen nur schwer nachvollziehen könne (Urk. 10/32).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 6. Februar 2004 wurde der Versicherte durch Dr. med. L. ___, Facharzt für Allgemeine Medizin, untersucht. Im seinem Zeugnis bestätigte dieser das Vorliegen eines ungeklärten Schmerzsyndroms der Halswirbelsäule mit Funktionsbehinderung. Aufgrund des aktuellen Erscheinungsbildes sei der Versicherte nicht arbeitsfähig. Als Ursache müsse eine somatoforme Schmerzstörung in Betracht gezogen werden, wobei deren Beginn klar mit dem Unfallereignis zusammenfalle (Urk. 10/51/3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 20. Februar 2004 wurde dem Versicherten durch die Ärzte der F. ___ Klinik offenbart, dass sie ihm für die chronischen Beschwerden keine Therapie anbieten könnten. Die Ärzte waren jedoch der Ansicht, dass die ärztlich begonnene psychiatrische Behandlung möglicherweise zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation führen könne (Urk. 10/35).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach der Konsultation in der F. ___ Klinik wurde der Versicherte gleichentags wegen eines Bewusstseinsverlusts notfallmässig ins Spital D. ___ aufgenommen und dort vom 20. bis zum 25. Februar 2004 hospitalisiert. Die Bewusstseinstörung war aber bereits innert kurzer Zeit vollständig regredient. Die Ärzte gingen verdachtsweise von einer kombinierten Somatisierungs- und Angststörung aus und diagnostizierten daneben ein chronisches zerviko-okzipitales Schmerzsyndrom (Urk. 10/38).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Zwischenbericht vom 30. März 2004 berichtete Dr. M. ___ über die psychiatrische Behandlung ab dem 18. Februar 2004, von der Aufschluss über das Vorliegen einer psychischen Störung erwartet werde. Sie ging dabei von einem Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) aus, wobei deren Beginn nach den Angaben des Versicherten mit dem Unfall im April 2003 zeitlich korreliere. Sekundär habe sich auch eine Anpassungsstörung in Form einer leichten bis mittelschweren depressiv-agitierten Symptomatik (ICD-10 F43.21) entwickelt, und es seien zudem psychosoziale Belastungsfaktoren aufgetreten (Urk. 10/46). Im ärztlichen Zuweisungszeugnis vom 31. August 2004 für die anschliessende psychiatrische Behandlung im Medizinischen Zentrum R. ___ hat Dr. M. ___ die Anpassungsstörung und die damit zusammenhängende depressive Reaktion auf die lange psychosoziale Belastungssituation zurückgeführt (Urk. 10/63/3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Durch Dr. M. ___ wurde der Beschwerdeführer zur Behandlung ins Medizinische Zentrum R. ___ überwiesen, wo eine autonome somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45) und nur noch eine mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32) diagnostiziert wurden (Urk. 10/63/2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Den Berichten des C. ___ über die ambulanten Untersuchungen vom 23. März und 20. September 2004 lässt sich entnehmen, dass sich die Beweglichkeit der

HWS jeweils schmerzbedingt eingeschränkt präsentiert habe, obgleich die Reflexe seitengleich und lebhaft gewesen seien (Urk. 10/51/2, 10/65/6).

Im Bericht des Hausarztes Dr. B.____ an die Invalidenversicherung teilte dieser die Auffassung der Ärzte der F.____ Klinik, wonach kein therapeutischer Ansatz zur Behandlung der geklagten Beschwerden bestehe und einzig von einer psychiatrischen Behandlung eine Besserung zu erwarten sei. Dr. B.____ ging dabei ebenfalls von einem Verdacht auf eine kombinierte Somatisierungs- und Angststörung mit Verdeutlichungstendenz aus, was beim Versicherten zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Keinen Einfluss auf die Arbeitsunfähigkeit habe indessen das rezidivierende zerviko-spondylogene Syndrom und das gemischte Asthma bronchiale (Urk. 10/65/7).

Am 1. Oktober 2004 bestätigte Dr. M.____, der Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht weiterhin vollständig arbeitsunfähig (Urk. 10/65/5).

E. 4

4.1 Gestützt auf den Austrittsbericht des Universitätsspitals vom 19. Mai 2003 ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer am 29. April 2003 eine Commotio cerebri und eine Nackenkontusion erlitten hat, was auch unbestritten ist (Urk. 9 S. 9, 10/3).

Nach verschiedenen spezialärztlichen Abklärungen hat für das geklagte Beschwerdebild indessen nie eine somatische Ursache gefunden werden können. Aufgrund der erhobenen Befunde und des auffälligen Verhaltens des Beschwerdeführers sind die untersuchenden und behandelnden Ärzte bald von einer psychischen Störung ausgegangen, wobei verschiedene Diagnosen diskutiert worden sind. So hat der Hausarzt sehr bald nach dem Unfall eine Schmerzverarbeitungsstörung in Betracht gezogen (Urk. 10/7). Ätiologisch geht auch Dr. L.____ davon aus, dass eine somatoforme Schmerzstörung in Betracht zu ziehen sei, wobei deren Beginn mit dem Unfallereignis zusammenfalle (Urk. 10/51/3). Dass diese psychische Fehlentwicklung bereits sehr früh aufgetreten ist, zeigt insbesondere die Tatsache, dass der Versicherte am selben Tag, an dem er aus dem Universitätsspital in einem guten Zustand entlassen worden ist, gestützt von zwei Begleitpersonen und über dauernde Kopfschmerzen klagend seinen Hausarzt aufgesucht hat (Urk. 10/5). Bereits anlässlich der erstmaligen Konsultation am 9. Juli 2003 ist auch Dr. M.____ gestützt auf die damals zur Verfügung gestandenen Informationen und unter der Voraussetzung, dass ein organisches Korrelat ausgeschlossen werden könne, von einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) ausgegangen (Urk. 10/54). Im Verlaufsbericht über die psychiatrische Behandlung hat die Ärztin ihren Verdacht bestätigt und den Beginn der Störung nach den Angaben des Versicherten auf das Unfallereignis festgesetzt (Urk. 10/46). In der Folge hat sie den Versicherten zur psychiatrischen Therapie im Medizinischen Zentrum R.____ angemeldet, wo eine autonome somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden ist (Urk. 10/63). Ebenfalls von einer somatoformen psychischen Störung ist Dr. Q.____ ausgegangen. Wie aus seinem Bericht zu schliessen ist, beruhen seine Zweifel an der Diagnose einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) einzig auf der Tatsache, dass die bewusste Verdeutlichungs- und Dramatisierungstendenz beim Beschwerdeführer ausgeprägter sei, als es üblicherweise bei solchen Störungen beobachtet werde (Urk. 10/17 S. 4). Trotz dieser bewussten Aggravation durch den Beschwerdeführer ist

indessen mit Dr. Q.____ nicht daran zu zweifeln, dass eine somatoforme Störung vorliegt, für die es kein organisches Korrelat gibt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Insgesamt ergibt sich daher der Schluss, dass die bereits kurz nach dem Unfall aufgetretene somatoforme Schmerzstörung das Beschwerdebild in der Folge massgeblich geprägt hat. Unerheblich ist letztlich die Art der diagnostizierten somatoformen Störung, da es sich bei diesen Störungen um eine selbständige Gesundheitsschädigung handelt (vgl. hierzu BGE 126 V 118 Erw. 3c), die zwar im Anschluss an Schleudertraumen und schleudertraumaähnliche Verletzungen auftreten können, die aber - anders als depressive Verstimmungen oder Wesensveränderungen - nicht direkt durch die organische Verletzung des zentralen Nervensystems selbst verursacht worden sind und somit nicht psycho-organisch erklärt werden können, sondern nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen, insbesondere in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen, auftreten (vgl. Dilling/Mombur/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F), 5. durchgesehene und ergänzte Aufl., Bern 2005, S. 183 ff.). Weil es sich hier um eine selbständige psychische Gesundheitsschädigung handelt, die sich zudem bereits kurz nach Unfallereignis manifestiert hat, ist die Adäquanzbeurteilung nicht nach den für Schleudertraumen und äquivalente Verletzungen (BGE 117 V 359 ff.), sondern nach den für psychische Unfallfolgen (BGE 115 V 359 ff.) geltenden Kriterien vorzunehmen. Gleiches gilt auch für die diagnostizierte Angst- sowie für die sekundär aufgetretene Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik, bei denen es sich ebenfalls um eigenständige psychogene Fehlentwicklungen handelt.

6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Rahmen der für die Belange der Adäquanzbeurteilung vorzunehmenden Katalogisierung der Unfälle ist das Ereignis vom 29. April 2003, bei dem eine umfallende Eisenstange den Beschwerdeführer an Hinterkopf und Nacken getroffen hat, dem mittleren Bereich und hier im Grenzbereich zu den leichten Unfällen einzuordnen. Dies darum, weil bereits das banale Anschlagen des Kopfs zu deutlichen Kontusionsmarken ("Beule") führt, die sich aber beim Beschwerdeführer nicht feststellen liessen (Urk. 10/2), und daher nur von einer geringen Krafteinwirkung auszugehen ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach der Rechtsprechung kann die Adäquanz bei Unfällen im mittleren Bereich, die aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen sind, nur bejaht werden, wenn ein einzelnes der für die Beurteilung massgebenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder die geltenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sind (BGE 115 V 141 Erw. 6c/bb). Diese Voraussetzungen sind hier nicht gegeben. Der Unfall, bei dem eine Eisenstange gegen den Kopf des Versicherten geschlagen ist, hat sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet, noch war er von besonderer Eindringlichkeit. Die Diagnose einer Commotio cerebri und einer Nackenkontusion vermag für sich allein keine besondere Art der Verletzung zu begründen, zumal anschliessend keine Häufung von charakteristischen Beschwerden aufgetreten ist und der Beschwerdeführer keine Verletzungen erlitten hat, die erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Zwar können Schleudertraumen und schleudertraumaähnliche Verletzungen wie eine Commotio cerebri grundsätzlich zu psychischen Fehlentwicklungen führen; dies setzt in der Regel jedoch ein schweres Trauma voraus, wofür im vorliegenden Fall die Anhaltspunkte fehlen. Von einer

Ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, sowie von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen kann nicht die Rede sein, zumal sich die psychische Störung bereits kurz nach dem Unfall manifestiert und massgeblich zum schwierigen Heilungsverlauf und zur Therapieresistenz beigetragen hat. Die eigentliche Behandlung der somatischen Beschwerden beschränkte sich nach der Erstbehandlung im Wesentlichen auf die Abgabe von Schmerzmitteln, wobei anfänglich auch physiotherapeutische Massnahmen durchgeführt wurden (Urk. 10/2, 10/4, 10/6, 10/7, 10/28, 10/28). Vom 5. November bis zum 3. Dezember 2003 befand sich der Versicherte in der Rehabilitationsklinik I. ____, wo verschiedene Behandlungsmassnahmen zur Rehabilitation durchgeführt wurden (Urk. 10/20). Gemäss dem Arztbericht der F. __ Klinik über die Konsultation vom 20. Februar 2004 konnten die dortigen Ärzte für die Schmerzproblematik auch weiterhin keine geeigneten Massnahmen vorschlagen und erachteten einzig die bereits laufende psychiatrische Behandlung als Erfolg versprechend (Urk. 10/35). Von einer ungewöhnlich langen Dauer der somatisch bedingten ärztlichen Behandlung kann unter diesen Umständen nicht gesprochen werden. Auch das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit kann nicht als erfüllt gelten. Gemäss dem Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik I. ____ ist der Versicherte nämlich in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit Einschränkungen voll arbeitsfähig, wobei einzig mit einer psychisch bedingten Einschränkung von 30 bis 50 % zu rechnen ist. Da sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit dem Unfall nicht massgeblich verändert hat, kann dabei auch für die Zeit vor dem Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik mit einer entsprechenden Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Soweit in dieser Zeit eine Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, war hiefür mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mehrheitlich die kurz nach dem Unfall aufgetretene psychische Störung verantwortlich. Ebenso verhält es sich hinsichtlich des Kriteriums der körperlichen Dauerschmerzen, die offensichtlich schon bald durch die somatoforme Schmerzstörung geprägt waren.

Da somit weder eines der Beurteilungskriterien in besonders ausgeprägter Weise noch die massgebenden Beurteilungskriterien in gehäuft und auffallender Weise erfüllt sind, ist die Unfalladäquanz der über den 30. April 2004 hinaus geklagten psychischen Beschwerden zu verneinen.

7. Gemäss dem Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik I. ____ ist dem Beschwerdeführer aufgrund der somatischen Befunde eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ohne wiederholte Tätigkeit über Schulterhöhe oder in Zwangsposition des Kopfes ganztags zumutbar (Urk. 10/20). Es wäre ihm daher möglich, seine ursprüngliche Tätigkeit im Verteilzentrum des Paketdienstes wieder aufzunehmen, zumal es sich dabei nicht um eine körperlich belastende Tätigkeit gehandelt hat (vgl. Urk. 10/17 S. 3). Ebenso könnte er eine andere geeignete Arbeitsstelle annehmen und so ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen. Zudem hat der Versicherte durch den Unfall keinen dauernden körperlichen Schaden erlitten, weshalb ihm unter keinem Titel weitere Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung zustehen.

Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

8. Ausgangsgemäss ist die unentgeltliche Rechtsvertreterin für ihren Aufwand von 8,33 Stunden und die Barauslagen von Fr. 18.-- bei einem gerichtlichen Ansatz von Fr. 200.-- pro Stunde mit Fr. 1'812.70 (inklusive Mehrwertsteuer und

Barauslagen) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers Rechtsanwältin Ina Ragaller, Zürich, wird mit Fr. 1'812.70 (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) aus der Ä Gerichtskasse entschädigt.

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Ina Ragaller

- Rechtsanwalt Mathias Birrer

- Bundesamt für Gesundheit

sowie nach Eintritt der Rechtskraft an:

- Gerichtskasse

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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.