

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00108 vom 20. Juli 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-07-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2005.00108](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00108)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00108 du 20 juillet 2006

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00108 del 20 luglio 2006

## Erwägungen

### E. 2

2.1 Die SUVA hat für die vom Beschwerdeführer im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 22. November 2001 geklagten Beschwerden bis am 11. Januar 2004 Leistungen erbracht (vgl. Urk. 7/62). Zu prüfen ist, ob sie ihre Leistungspflicht über dieses Datum hinaus zu Recht verneinte. Dabei muss das Dahinfallen jeder unfallkausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

2.2 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 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 beziehungsweise ob dieser dahingefallen ist, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung oder im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

2.3 Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Ängstlichkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche

Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Entsprechendes gilt, wenn ein Schädel-Hirntrauma diagnostiziert ist und die im Zusammenhang mit dieser Verletzung auftretenden Symptome mit den Folgen eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule vergleichbar sind. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsumschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b, BGE 117 V 382 Erw. 4b).

## E. 2.4

2.4.1.1 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).

2.4.2.1 Bei organisch nachweisbaren Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung praktisch keine Rolle, indem die Unfallversicherung auch für seltenste, schwerwiegendste Komplikationen haftet, welche nach der unfallmedizinischen Erfahrung im Allgemeinen gerade nicht einzutreten pflegen (vgl. BGE 128 V 172 Erw. 1c, 123 V 102 Erw. 3b, 118 V 291 Erw. 3a, 117 V 365 Erw. 5d/bb mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; RKUV 2004 Nr. U 505 S. 249 Erw. 2.1).

2.4.3.1 Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Überbetreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6a).

Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 140 Erw. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 Erw. 3b).

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

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge

schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffälliger Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

- 2.4.4 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).

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).

2.4.5 Die zum Schleudertrauma entwickelte 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).

2.4.6 Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (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).

2.4.7.7. Rechtsprechungsgemäss ist nach einer Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule oder einer vergleichbaren Verletzung die Adäquanz erst dann zu prüfen, wenn der normale, unfallbedingt erforderliche Heilungsprozess abgeschlossen ist beziehungsweise wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine Besserung mehr erwartet werden kann (vgl. Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen P. vom 15. Oktober 2003, U 154/03; K. vom 6. Mai 2003 Erw. 4.2.1, U 6/03; R. vom 9. September 2002 Erw. 3.4, U 412/01; A. vom 6. November 2001, U 8/00; H. vom 29. März 2000, U 114/00; D. vom 16. März 2000, U 127/99).

### E. 3

3.1. Der erstbehandelnde Arzt, Dr. med. A. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, stellte noch am Unfalltag die Verdachtsdiagnose einer leichten Commotio cerebri. Der Patient weise für das Unfallereignis eine Amnesie auf und klage über Schwindel. Am Jochbein rechts und an der linken Hand habe er Schürfwunden, neurologische Ausfälle gebe es keine (Arztzeugnis UVG vom 21. Juni 2004, Urk. 7/77).

3.2. Die Computertomographie des Radiodiagnostischen Instituts X. \_\_\_\_, vom 23. November 2001 ergab eine wenig dislozierte Jochbogenfraktur rechtsseitig mit lokaler Weichteilschwellung sowie verschiedene Schleimhautschwellungen. Für sonstige Frakturen im Bereich des Gesichtsschädels, eine fokale Hirnparenchymläsion oder eine Blutung gebe es keinen Nachweis (vgl. Urk. 7/79).

3.3. Nach einer im Auftrag der SUVA erfolgten konsiliarischen Untersuchung des Beschwerdeführers am 13. Mai 2002 diagnostizierte Dr. med. B. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, in seinem Bericht vom 14. Mai 2002 posttraumatische rechtsseitige Spannungskopfschmerzen nach wenig dislozierter Jochbogenfraktur rechts. Der Patient leide unter einem persistierenden rechtsseitigen Spannungskopfschmerz. Die genaue Ursache des zäherlichen Schmerzverlaufs sei unklar; die direkt durch die Jochbogenfraktur bedingten Schmerzen müssten bereits seit längerem abgeklungen sein. Palpatorisch lasse sich ein gewisses myofaszielles Syndrom der rechtsseitigen Temporalismuskulatur feststellen, welches zusammen mit einer psychischen Verunsicherung zur Chronifizierungstendenz beitragen könnte. Die Ursache der Kopfschmerzen des Patienten sei letztlich harmlos (Urk. 7/13).

3.4. In seinem Bericht vom 29. August 2002 stellte Dr. med. C. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, die Diagnose einer unverändert anhaltenden Schmerzsymptomatik im Bereich rechts temporal bei Status nach dislozierter Jochbogenfraktur rechts. Auch die vom Neurologen Dr. B. \_\_\_\_, vorgeschlagene Trigger-Punkt-Behandlung habe keine Besserung gebracht (Urk. 7/28).

3.5. Nach dem stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Rehaklinik Y. \_\_\_\_, vom 2. Oktober 2002 bis 6. November 2002 stellten die Ärzte im Austrittsbericht vom 18. November 2002 (Urk. 7/36) nebst der Jochbogenfraktur die Diagnose einer mindestens milden traumatischen Hirnverletzung. Der Patient weise eine leichte neuropsychologische Störung auf und leide unter ondulierenden anstrengungsabhängigen Dauerkopfschmerzen parietotemporal rechts (VAS-Skala 2-7). Zusätzlich scheine sich nach zwei fehlgeschlagenen Arbeitsversuchen psychoreaktiv eine gewisse Angstproblematik entwickelt zu haben. In einer zu Beginn leichten, wechselbelastenden Tätigkeit sei er zu 50 % arbeitsfähig.

3.6. Am 27. März erfolgte eine Konsultation in der Kopfwehsprechstunde der Neurologischen Klinik W. \_\_\_\_. Dr. med. E. \_\_\_\_, Oberarzt, und med. pract. F. \_\_\_\_, Assistenzärztin, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 27. März 2003 (Urk. 7/49) posttraumatische rechtsseitige Kopfschmerzen (IHS-Code 5.2). Im Anschluss an ein Schädel-Hirntrauma mit Bewusstlosigkeit, retrograder Amnesie für 30 Minuten und Jochbogenfraktur rechts sei es beim Patienten zu Kopfschmerzen gekommen, welche die Kriterien chronischer posttraumatischer Kopfschmerzen gemäss International Headache Society erfüllten. Zusätzlich beständen vegetative und psychische Beschwerden im Sinne von Schlafstörungen, verminderter Libido und einer gewissen Angstsymptomatik.

3.7. In seiner gestützt auf die medizinischen Akten verfassten Beurteilung vom 18. November 2003 (Urk. 7/60) hielt SUVA-Arzt Dr. med. G. \_\_\_\_, Neurologe, Boston University School of Medicine, im Wesentlichen fest, aus der Unfallanamnese, den Befunden und dem Verlauf ergäben sich keine Argumente für eine traumatische Hirnverletzung. Der chronifizierte Zustand des Beschwerdeführers stehe nicht im Zusammenhang mit der Jochbeinfraktur. Betreffend die Chronifizierung sei eine psychiatrische Untersuchung angezeigt; bis zum Eintreffen des entsprechenden Berichts sei die Arbeitsfähigkeit bei 50 % zu belassen.

3.8. Aus dem Bericht von Dr. C. \_\_\_\_, vom 21. Mai 2004 geht hervor, dass keine Besserung eingetreten ist und der Beschwerdeführer weiterhin an rechtsseitigen chronischen Kopfschmerzen leidet. Seit November 2002 bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/73).

#### E. 4

4.1. Wenn die SUVA aufgrund dieser Aktenlage zwar das Vorliegen eines Schädel-Hirntraumas und des diesbezüglich gemäss Rechtsprechung typischen Beschwerdebildes bejaht, jedoch ihre Leistungspflicht ab dem 12. Januar 2004 im Wesentlichen mit der Begründung der fehlenden Adäquanz der verbliebenen natürlichen Unfallfolgen verneint, so ist ihr Vorgehen insofern nicht zu beanstanden, als der Zeitpunkt der Adäquanzprüfung zweifellos gekommen war. Denn es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung zu erwarten gewesen wäre. Das Argument der fehlenden Adäquanz kann allerdings nicht ohne weiteres geschätzt werden. Namentlich die Qualifikation des Unfalls als leicht hält einer näheren Überprüfung nicht stand.

4.2. Aus der Unfall- und Berufskrankheitsmeldung UVG vom 27. November 2001 (Urk. 7/1) geht hervor, dass der Beschwerdeführer am 22. November 2001 auf einer Baustelle strauchelte und ca. zwei Meter tief stürzte, wobei er mit dem Kopf, der mit einem Helm geschützt war, auf einer Backsteinwand aufschlug. Am 12. März 2002 schilderte er den Unfallhergang wie folgt: Er habe, als er auf einer Höhe von ca. 1.20 Metern auf einem betonierten Fensterrahmen gestanden habe, das Gleichgewicht verloren und sei seitwärts zu Boden gefallen, wobei er mit der rechten Seite des Kopfes auf eine nebenstehende Mauer geprallt sei. Nach dem Sturz sei er noch aufgestanden und habe mit einem Arbeitskollegen gesprochen, danach sei er zu Boden gerutscht und habe wohl für etwa drei Minuten das Bewusstsein verloren (vgl. Urk. 7/9 S. 1).

Aufgrund dieses Geschehensablaufs ist der Unfall - unabhängig davon, ob die Sturzhöhe 1.20 Meter oder zwei Meter betrug - im Hinblick auf die

Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in vergleichbaren Fällen als mittelschwer zu qualifizieren (vgl. Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen D. vom 2. November 2000, U 80/2000 Erw. 4a, in Sachen M. vom 7. August 2003, U 346/02; RKUV 1998 Nr. U 307 S 449 Erw. 3a mit Hinweisen; BGE 117 V 369). Daran ändert - entgegen der Auffassung der SUVA (Urk. 2 S. 5) - die Tatsache, dass der Beschwerdeführer einen Helm trug (vgl. Urk. 2 S. 5), nichts. Denn der Unfallhergang als solcher blieb davon unberührt. Zudem schlug der Beschwerdeführer den Kopf seitlich an und verletzte sich somit in einem Bereich, der vom Helm nicht geschützt war.

Immerhin ist der SUVA darin beizupflichten, dass weder besonders dramatische Begleitumstände noch eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls vorliegen. Auch das Kriterium der besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist zu verneinen. Für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, gibt es in den medizinischen Akten ebenfalls keine Hinweise. Der Beschwerdeführer steht seit dem Unfall vom 22. November 2001 jedoch in ständiger ärztlicher Behandlung; diese muss daher als ungewöhnlich lange bezeichnet werden. Auch das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs ist zu bejahen, ist seit dem Unfall doch mit Ausnahme der Ausheilung der Jochbeinfraktur keine Besserung des Gesundheitszustandes mehr eingetreten. Gemäss sämtlichen Arztberichten leidet der Beschwerdeführer unter anhaltenden Kopfschmerzen. Schliesslich ist auch das Kriterium von Grad und Ausdauer der Arbeitsunfähigkeit erfüllt. So wurde dem Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 22. November 2001 zunächst eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (vgl. Urk. 7/2). Zwei Arbeitsversuche im April 2002 beziehungsweise Mai 2002 scheiterten jeweils nach kurzer Zeit, weshalb der Beschwerdeführer ab dem 3. Juni 2002 wieder zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben wurde (vgl. Urk. 7/36 S. 4, Urk. 7/14). Nach dem stationären Aufenthalt in der Rehaklinik Y. vom 2. Oktober 2002 bis 6. November 2002 wurde ihm eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für zu Beginn leichte, wechselbelastende Tätigkeiten attestiert (vgl. Urk. 7/36 S. 3). Dabei blieb es in der Folge (vgl. Beurteilung SUVA-Arzt Dr. G. vom 18. November 2003, Urk. 7/60 S. 3). Nach dem Gesagten ist vorliegend auch das Kriterium von Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit erfüllt.

Zusammenfassend ergibt sich, dass bei einer Adäquanzbeurteilung nach den für ein Schädel-Hirn-Trauma geltenden Regeln mehrere massgebende unfallbezogene Kriterien erfüllt sind, so dass das Bestehen eines adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem fraglichen Unfall und den persistierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers nicht verneint werden kann.

4.3 Ob indes die Adäquanzbeurteilung nach der für das Schädelhirntrauma entwickelten Praxis zu erfolgen hat, steht nicht fest, finden sich doch in den medizinischen Akten keine klaren Angaben zur Art und zu den cerebralen Auswirkungen der erlittenen Kopfverletzung. Auch fehlt eine eindeutige ärztliche Stellungnahme dazu, inwieweit im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch das für ein Schädelhirntrauma typische Beschwerdebild vorlag. Die Ärzte der Rehaklinik Y. diagnostizierten nach der neuropsychologischen Untersuchung vom 8. Oktober 2002 (vgl. Urk. 7/34) zwar eine "mindestens milde traumatische Hirnverletzung" (vgl. Urk. 7/36), und die Diagnose eines Schädel-Hirntraumas wurde auch von den Ärzten der Neurologischen Klinik W. gestellt - dies allerdings nach lediglich einer Konsultation, welche am 27. März 2003 -

mithin mehr als ein Jahr nach dem Unfall - stattfand, wobei sie im Bericht vom 27. März 2003 auf die vom Beschwerdeführer geklagten Kopfschmerzen, auf die im Anschluss an das Schädel-Hirntrauma aufgetretene Bewusstlosigkeit und die retrograde Amnesie für 30 Minuten verwiesen (vgl. Urk. 7/49 S. 2).

Der von der SUVA konsiliarisch beigezogene Neurologe Dr. B. \_\_\_ dagegen gelangte, nachdem er den Beschwerdeführer am 13. Mai 2002 untersucht hatte, zum Schluss, die Ursache der Kopfschmerzen sei letztlich harmlos (vgl. Urk. 7/13). Auch der Hausarzt, Dr. C. \_\_\_, bei dem der Beschwerdeführer seit Dezember 2001 in Behandlung steht (vgl. Urk. 7/2), erwähnte in seinen diversen Berichten, in denen er immer wieder auf persistierende Kopfschmerzen hinwies, die Diagnose eines Schädel-Hirntraumas beziehungsweise einer Hirnverletzung nie, obwohl davon auszugehen ist, dass er Kenntnis sowohl des Austrittsberichts der Rehaklinik Y. \_\_\_ als auch des Berichts der Neurologischen Klinik W. \_\_\_ hatte (vgl. Urk. 7/2, Urk. 7/7, Urk. 7/14, Urk. 7/28, Urk. 7/38, Urk. 7/43, Urk. 7/48, Urk. 7/53, Urk. 7/56, Urk. 7/73). SUVA-Arzt Dr. G. \_\_\_ verneinte schliesslich in seiner neurologischen Beurteilung vom 18. November 2003 eine traumatische Hirnverletzung beim Beschwerdeführer explizit. Als Ursache der anhaltenden Kopfschmerzen vermutete er vielmehr psychische Gründe (vgl. Urk. 7/60 S. 3 f.). Aus dem Fehlen eines entsprechenden Berichts bei den Akten respektive den Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 4) ist zu schliessen, dass die von Dr. G. \_\_\_ diesbezüglich empfohlene psychiatrische Abklärung (vgl. Urk. 7/60 S. 3) in der Folge nicht durchgeführt wurde.

Bezüglich des von der Rechtsprechung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einem Schädel-Hirntrauma geforderten typischen Beschwerdebildes ist festzuhalten, dass in den medizinischen Akten zwar nebst massiven Kopfschmerzen noch verschiedene weitere Beschwerden genannt werden. So klagte der Beschwerdeführer zumindest unmittelbar nach dem Unfall über Schwindel (vgl. Arztzeugnis UVG Dr. A. \_\_\_ vom 11. Juni 2004, Urk. 7/77). Gegenüber den Ärzten der Rehaklinik Y. \_\_\_ führte er Kurzzeitgedächtnisstörungen, eine leichte Visusverschlechterung und eine leicht erhöhte Reizbarkeit an (vgl. Austrittsbericht vom 18. November 2002, Urk. 7/36 S. 5). Die Ärzte der Neurologischen Klinik W. \_\_\_ gaben in ihrem Bericht vom 27. März 2003 an, der Beschwerdeführer leide auch an vegetativen und psychischen Beschwerden im Sinne von Schlafstörungen, verminderter Libido und einer gewissen Angstsymptomatik (Urk. 7/49 S. 2). Dagegen nannten sowohl Dr. C. \_\_\_, bei dem der Beschwerdeführer seit Dezember 2001 in ständiger Behandlung steht, als auch Dr. B. \_\_\_ in ihren jeweiligen Berichten ausschliesslich Kopfschmerzen als Beschwerden (vgl. Bericht Dr. B. \_\_\_ vom 14. Mai 2002, Urk. 7/13, Berichte Dr. C. \_\_\_, Urk. 7/14, Urk. 7/28, Urk. 7/43, Urk. 7/53, Urk. 7/56, Urk. 7/73).

Diese erwähnten Arztberichte lassen keine eindeutigen Schlüsse zur Art der erlittenen Verletzung im Bereich des Schädels und darüber zu, ob der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 22. September 2001 unter dem für ein Schädel-Hirntrauma typischen Beschwerdebild litt beziehungsweise ob dieses gegebenenfalls im Zeitpunkt der Leistungseinstellung der SUVA noch vorhanden war. Ebenfalls unklar bleibt aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten, ob die vom Beschwerdeführer noch geklagten Beschwerden allenfalls auf eine unfallbedingte psychische Störung zurückzuführen sind.

4.4. Solange Unklarheit zur Art der erlittenen Verletzung besteht und nicht feststeht, ob der Versicherte überhaupt noch unter dem nach einem Schädelhirntrauma typischen Beschwerdebild leidet, kann die von Dr. G. in Betracht gezogene psychogene Ursache der Beschwerden nicht ausgeschlossen werden. Es steht daher auch nicht fest, ob bei der Adäquanzbeurteilung tatsächlich entsprechend dem Vorgehen in Erwägung 4.2 und entsprechend den für das Schädel-Hirntrauma geltenden Regeln auf die Unterscheidung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet werden kann oder ob die Adäquanzprüfung nach der für die psychische Fehlentwicklung beziehungsweise die kurz nach dem Unfall in den Vordergrund getretene psychische Störung entwickelte Praxis vorzunehmen ist. Dies umso weniger, als in der Regel nur ein Trauma, das mindestens im Bereich zwischen Commotio cerebri und Contusio cerebri liegt, die Anwendung der Rechtsprechung zur Adäquanz des Kausalzusammenhangs bei Schädel-Hirntraumen gemäss BGE 117 V 382 f. rechtfertigt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 24. März 2006 i.S. G., U 419/05 Erw. 4.2).

Die Sache ist daher an die SUVA zurückzuweisen, damit sie die erforderlichen Abklärungen vornehme und über ihre Leistungen ab dem 12. Januar 2004 neu entscheide.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfüzung als vollständiges Obsiegen (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2004 i.S. K., U 199/02, Erw. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 57 Erw. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 3). Der Beschwerdeführer hat daher gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese ist mit Fr. 900.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bemessen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 29. Dezember 2004 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über ihre Leistungen nach dem 12. Januar 2004 neu verfüge.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung Fr. 900.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsdienst für Behinderte
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- Bundesamt für Gesundheit

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.