

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00063 vom 21. Mai 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-05-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00063

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00063 du 21 mai 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00063 del 21 maggio 2007

Erwägungen

E. 1

1.1 T. ____, geboren 1963, war seit dem 8. April 1998 bei der A. ____, Bau AG, ____, als Maurer angestellt und über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert.

1.2 Am 19. Dezember 2000 trat er bei der Arbeit auf eine Isolationsschicht in der irrlichen Meinung, es handle sich um einen Betonboden. Er brach ein, stürzte ein Stockwerk tief und zog sich dabei Verletzungen am Kopf sowie am rechten Fuss zu (Unfallmeldung vom 15. Januar 2001, Urk. 7/1).

1.3 Im Kantonsspital Baden, wo T. ____, bis zum 21. Dezember 2000 hospitalisiert war, diagnostizierte man eine 3 cm grosse Rissquetschwunde am rechten Unterschenkel, eine Schürfwunde an der linken Hand, eine geschwollene Unterlippe sowie eine Commotio cerebri. Das durchgeführte CT des Schädels ergab ein Subduralhämatom, mit dem durchgeführte Orthopantomogramm konnte ein Knochenbruch am Kiefer ausgeschlossen werden (Urk. 7/5.1 und Urk. 7/5.2).

1.4 Die weitere Behandlung erfolgte durch Dr. med. B.. T. ____, klagte vorab über Schwindel und Angstgefühle (Urk. 7/7). Am 21. März 2001 wurde T. ____, durch Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. C. ____, untersucht, der wegen des anhaltenden Schwindels eine otoneurologische Untersuchung vorschlug (Urk. 7/8). Diese fand am 9. Mai 2001 bei SUVA-Arzt Dr. med. D. ____, statt, welcher feststellte, dass es bei T. ____, im Rahmen des Unfalles zu einer kombinierten Schädigung des linken Ohres gekommen sei mit einer Commotio, resp. Contusio labyrinthi und einem deutlichen Funktionsverlust des linksseitigen peripheren Vestibularisorganes und andererseits zu einer kombinierten Hörstörung. Die Hörstörung sei zur Zeit relativ wenig ausgeprägt, subjektiv stehe ein Tinnitus im Vordergrund, welcher operativ erfahrungsgemäss nicht günstig beeinflusst werden könne. Die zentralen Kompensationsvorgänge nach der peripheren Funktionsstörung links seien sowohl subjektiv als auch objektiv bereits weit fortgeschritten, jedoch müsse nach medizinischer Erfahrung bis zur zu erwartenden weitgehenden Erholung mit einem bis zwei Jahren gerechnet werden. Solange dürfe T. ____, nicht bei Arbeiten eingesetzt werden, welche eine Sturz- resp. Absturzgefährdung beinhalten würden (Urk. 7/13).

1.5 Am 8. Mai 2001 nahm T. ____, seine Arbeit als Maurer wieder vollumfänglich auf (Urk. 7/15.1). Die Behandlung beim Hausarzt Dr. B. ____, wurde am 17. Mai 2001 abgeschlossen (Urk. 7/19.2).

E. 2

2.1. Rund 19 Monate später, im Februar 2003, erfolgte eine Rückfallmeldung an die SUVA (Urk. 7/20). T.____ hatte am 19. Dezember 2002 seine Arbeit zu 100 % niedergelegt, nachdem er während der Arbeit zweimal eine plötzliche, Sekunden dauernde Destabilisierung mit angeblichem Zug nach links gespürt hatte, ohne jedoch zu stürzen. Seit jenem Zeitpunkt soll er wiederholt kürzere plötzliche Verunsicherungen erlebt haben, teils durch Bewegung ausgelöst, teils auch in Ruhe im Liegen auftretend, gefolgt von einem panikartigen Gefühl, welches ihn an den Sturz in die Leere im Dezember 2000 erinnerte. Dr. med. E.____, Spezialarzt FMH für Neurologie, welcher ihn am 11. Februar 2003 untersuchte, fand im Wesentlichen einen unauffälligen Neurostatus, empfahl aber zur Verbesserung des Selbstbewusstseins bzw. zum Wiedereinstieg in die Arbeitstätigkeit eine baldmöglichste neurootologische Kontrolluntersuchung bei Dr. D.____ (Urk. 7/24).

2.2. Diese fand am 7. Mai 2003 statt. Dr. D.____ kam nach Untersuchung des Versicherten zum Schluss, die Folgen des Kopftraumas seien bezüglich der vestibulären Funktion nach wie vor nicht stabilisiert, womit erfahrungsgemäss ein längerer unruhiger Verlauf zu erwarten sei. Er empfahl einen Versuch mit Betaserc während mindestens ein bis zwei Monaten. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit hielt er fest, dass Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an das Gleichgewichtssystem (Arbeiten auf Gerüsten und in der Höhe) nicht zumutbar seien. Auch Tätigkeiten mit starken körperlichen Bewegungen oder das Herumtragen grosser Lasten seien nicht zumutbar. Eine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei aber kaum vor Ablauf von nochmals rund zwei Jahren möglich (Urk. 7/27).

2.3. Vom 6. August bis zum 1. Oktober 2003 hielt sich T.____ auf Anweisung der SUVA in der Rehaklinik Bellikon auf (Austrittsbericht vom 22. Oktober 2003, Urk. 7/37). T.____ zeigte sich zu Beginn des Aufenthalts zunächst sehr kooperativ, im Verlauf fehlte er allerdings einige Male bei den Therapien oder brach die Behandlung nach kurzer Zeit mit der Angabe von heftigem Schwindel ab. Die behandelnden Ärzte schätzten die nach dem Unfall mit traumatischer Hirnverletzung und Störung des vestibulocochleären Systems bei T.____ auch aufgrund einer Anpassungsstörung bei Klinikaustritt noch vorhandene Belastbarkeit auf nur 1 Stunde ein und verneinten damit eine wirtschaftlich verwertbare Arbeitsfähigkeit. Allerdings gingen sie davon aus, dass der Versicherte eine schwere traumatische Hirnverletzung erlitten habe. Als Therapie wurde lediglich eine psychiatrische Behandlung empfohlen (Urk. 7/37).

2.4. Vom 17. Dezember 2003 bis zum 8. März 2004 wurde T.____ in der Tagesklinik für Integrierte Psychiatrie Winterthur (IPW) behandelt, wobei die Compliance nur mässig war. Der Zustand bei Austritt war praktisch unverändert gegenüber dem Eintrittsstatus (Urk. 7/66). Auf Wunsch von T.____ wurde er an das Medizinische Zentrum Geissberg verwiesen, wo er vom 15. März bis zum 12. Mai 2004 behandelt wurde. Auch hier war das Therapieprogramm, das der Versicherte allerdings nur unregelmässig wahrnahm, wenig erfolgreich (Urk. 7/74).

2.5. Dem Termin bei der SUVA zur Besprechung der vom Medizinischen Zentrum Geissberg wegen der Vorbehalte des Versicherten gegen eine psychotherapeutische Behandlung vorgeschlagenen Einweisung in die HUMAINE Klinik Zihlschlacht TG zur

Neurorehabilitation blieb T.____ unentschuldig fern (Urk. 7/77). Nachdem T.____ erklärt hatte, er wolle nicht nach Zihlschlacht, wurde er dort wieder abgemeldet. Stattdessen wurde er auf eigenen Wunsch erneut in der IPW angemeldet.

2.6 Am 17. Juni 2004 untersuchte Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Neurologie, T.____. Er diagnostizierte ein cervico-cephales Schmerzsyndrom, cochleäres und labyrinthbedingte Schwindel, mittelschwere neuropsychologische Defizite sowie eine gemischte Angststörung und empfahl, sich bei den weiteren Rehabilitationsmassnahmen in erster Linie auf die psychische Störung zu konzentrieren (Urk. 7/91).

2.7 Ab 16. August 2004 wurde die Behandlung in der IWP wieder aufgenommen; zuerst stationär (Austrittsbericht vom 6. Oktober 2004, Urk. 7/100), ab dem 19. September 2004 schliesslich ambulant. Zum geplanten Arbeitstraining in einer geschätzten Werkstatt erschien T.____ nicht, und er hielt in der Folge auch abgemachte Gesprächstermine nicht mehr ein, weshalb er in Abwesenheit aus der Tagesklinik entlassen wurde (Urk. 7/106 und Urk. 7/110).

2.8 Die neuropsychologische Untersuchung vom 2. März 2005 bei der Neuropsychologin G.____ ergab, dass sich die ausgeprägte Hirnleistungsstörung von T.____ unmöglich mit der am 19. Dezember 2000 erlittenen Hirnverletzung erklären lasse. Vielmehr sei offensichtlich, dass die depressive Symptomatik, die Ängstlichkeit, Schmerzen, Müdigkeit und auch die sedierende Wirkung der Psychopharmaka das Funktionieren signifikant beeinträchtigen würden. Dass das Schädel-Hirntrauma zu kognitiven Defiziten geführt habe, könne nicht ausgeschlossen werden. Mehr als leichter Natur dürften diese aber nicht gewesen sein, da sich der Versicherte gemäss Unterlagen bis zum Rückfall im Dezember 2002 über keine Leistungsschwächen beklagt habe. Der aktuelle Zustand sei zweifelsohne - zu schätzungsweise 70-80 % - durch T.____'s Persönlichkeitsstruktur und unfallfremde Faktoren bestimmt (Urk. 7/116).

2.9 Am 6. und 8. Juli 2005 untersuchte Prof. Dr. med. H.____, Neurologie FMH, T.____. In seinem zu Händen der SUVA erstatteten Gutachten vom 12. August 2005 kam er im Wesentlichen zum Schluss, dass ein Schädel-Hirntrauma durch das Sturzereignis vom 19. Dezember 2000 mit Sicherheit ausgeschlossen werden könne und heute keine organischen Unfallfolgen mehr vorliegen würden (Urk. 7/144).

2.10 Mit Verfügung vom 14. September 2005 stellte die SUVA die Versicherungsleistungen per 1. Oktober 2005 ein, weil keine mindestens wahrscheinlichen Unfallfolgen mehr vorlägen und die psychogenen Störungen nicht adäquat kausale Folgen des Unfalles vom 19. Dezember 2000 seien (Urk. 7/146).

E. 2.3

2.3.1 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).

2.3.2. Bei organisch nachweisbaren Unfallfolgen spielt 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).

2.3.3. 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).

Bei der Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfalligen 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 banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten 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 Erwerbsunfähigkeit 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 auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

2.4.4.4 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen notwendig ist -, in

Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 2.11

Hiergegen erhob T.____ durch Rechtsanwalt Dr. R. Ilg, Zürich, mit Schreiben vom 16. Oktober 2005 Einsprache (Urk. 7/151). Zur Begründung verwies er unter anderem auf einen Bericht von Dr. med. Erich F.____ vom 5. Oktober 2005, worin dieser gestützt auf die am 29. und 30. September 2005 erfolgte Untersuchung des Versicherten festhielt, die Verlaufskontrolle ergebe unveränderte Befunde im Vergleich zur Voruntersuchung vom 17. Juni 2004. Fast fünf Jahre nach dem Unfall dürfe es sich um den Endzustand handeln, wobei eine Arbeitsfähigkeit nicht mehr gegeben sei. Allerdings benötige der Versicherte weiterhin ärztliche Unterstützung zur Behandlung der Schwindel und der psychischen Folgen sowie fortwährender physikalischer Behandlung der Nacken- und Kopfschmerzen (Urk. 7/151/3).

2.12. Die SUVA wies die Einsprache mit Entscheid vom 17. November 2005 ab (Urk. 2).

2.13. Am 12. November 2005 erstattete Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, der IV-Stelle Zürich sein Gutachten. Er diagnostizierte eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) gemäss der internationalen Klassifizierung der psychischen Störungen der WHO (ICD-10) F43.1, eine schwere depressive Episode (F32.2) sowie eine somatoforme Schmerzstörung (F45.4), welche auf den Unfall zurückzuführen seien. Der Versicherte sei deswegen zur Zeit nicht in der Lage, die in seinem Beruf geforderte Arbeitsleistung zu erbringen, und verfolge auch nicht über die kognitiven und emotionalen Fähigkeiten, eine Umschulung zu absolvieren (Urk. 7/153).

E. 3

3.1. Die Beschwerdegegnerin stützte sich für die Beurteilung des strittigen Sachverhaltes schweremässig auf das Gutachten von Prof. Dr. med. H.____, Neurologie FMH, vom 12. August 2005 (Urk. 7/144). Der Facharzt erstattete sein zweiseitiges Gutachten nach Befragung und Untersuchung des Beschwerdeführers am 6. und 8. Juli 2005, nach Einsicht in die medizinischen Unterlagen und Röntgenbilder und nach Besprechung derselben mit dem Neuroradiologen Prof. Dr. med. K.____ sowie nach einem Telefongespräch mit dem Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. B.____. Er kam in seiner Expertise zum Schluss, es könne mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass der Beschwerdeführer am 19. Dezember 2000, ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten habe. Es finde sich kein Subduralhämatom in den entsprechenden zwei CT-Untersuchungen vom 19. und 20. Dezember 2000, und der erstuntersuchende Radiologe habe auch lediglich vorsichtig festgehalten, es könne sich um ein Schädel-Hirn-Trauma handeln. Die Diagnose sei aber am folgenden Tag durch einen zweiten Radiologen nicht bestätigt

worden. Auch Prof. H. ___ selbst geht zusammen mit dem Neuroradiologen Prof. K. ___ davon aus, dass mit Sicherheit keine Blutung oder Hirnkontusion sichtbar sei. Zudem, und dies sei entscheidend, fehle auch eine Kontusionsmarke des Schädels ("Beule") im CT, wie es nach einem Schädeltrauma zu beobachten sei. Solche Kontusionen seien im CT in den Knochenaufnahmen sehr gut darstellbar, beim Beschwerdeführer sei die Aufnahme aber völlig unauffällig. Lediglich im Kiefergelenks-Bereich links sei eine minimale Schwellung extrakraniell-subkutan, d.h. ausserhalb des Schädels, als Ausdruck einer minimalen Kontusion sichtbar. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer ein Lippenhämatom gehabt habe. Bei einem grösseren Trauma im Gesicht hätte es aber sicherlich auch zu Zahnverletzungen kommen müssen, dies sei aber nicht der Fall gewesen, so dass auch hier mit Sicherheit ein grösseres Trauma ausgeschlossen werden könne. Schliesslich sei noch einmal darauf hingewiesen, dass in den Arztzeugnissen vom Spital Baden erwähnt werde, es hätten keine Bewusstlosigkeit und keine Amnesie vorgelegen und der Kopf sei ohne äussere Verletzungen gewesen. Der Hausarzt habe erwähnt, dass das Gehör im Januar 2001 ohne pathologischen Befund gewesen sei und auch kein Tinnitus vorgelegen habe. Der Beschwerdeführer habe vor allem Angst. Im Februar 2001 habe er über linksseitige Kopfschmerzen geklagt, er habe jedoch auch schon früher über solche Kopfschmerzen geklagt. Der Neurologe Dr. E. ___ erwähne in seinem Bericht vom 12. Februar 2003 (Urk. 7/24) nach sorgfältiger und guter klinischer Untersuchung, dass der Beschwerdeführer keine vestibulo-okulären Anomalien und insbesondere auch keinen Lagerungsschwindel gehabt und in der Zwischenzeit zur Zufriedenheit des Arbeitgebers als Maurer gearbeitet und regelmässig auch Fussball gespielt habe. Sämtliche ärztlichen Beurteilungen, die sich darauf gestützt hätten, dass ein Schädel-Hirn-Trauma vorgelegen habe, seien manifest nicht nachvollziehbar und müssten mit Sicherheit revidiert werden. Damit müssten auch die neuropsychologischen Minderleistungen, die erst zwei Jahre nach dem Unfallereignis aufgetreten seien, in einem anderen Licht gesehen werden, wie dies übrigens auch die Neuropsychologin G. ___ betone. Die Beurteilung der Rehaklinik Bellikon sei in dieser Hinsicht natürlich überhaupt nicht nachvollziehbar und manifest inkorrekt. Auch die diagnostizierte Labyrinth-Kontusion links müsse relativiert werden. Zwar finde sich in der früheren audiometrischen Untersuchung eine Hochton-Schwerhörigkeit links, diese müsse jedoch überhaupt nicht mit dem Unfallgeschehen im Zusammenhang stehen. Bei seinen Untersuchungen habe er, Prof. H. ___, nämlich normal reagierende vestibuläre Organe gefunden, und insbesondere sei auch die kalorische Stimulation beider Labyrinth symmetrisch. Damit müsse auch die Diagnose einer labyrinthären und cochleären Läsion links aufgrund des Unfallgeschehens revidiert werden, respektive könne höchstens ein Status nach Labyrinth-Kontusion vorliegen. Angesichts dieser Betrachtungen stellte Prof. H. ___ die Diagnose eines multiplen Beschwerdebildes mit Schmerzen, neuropsychologischen Minderleistungen, Schwindel, Tinnitus, Adynamie ohne organisch relevante Ursache bei Status nach Gesichtstrauma und Schärfungen nach exogenem Sturzereignis am 19. Dezember 2000 mit iatrogen bedingter Symptom-Betonung durch Fehlbeurteilung mit Invalidisierung (Urk. 7/144 S. 9).

3.2 Diese Beurteilung von Prof. H. ___ beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Sie wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben und leuchtet in der Darlegung der

medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Zudem begründet der Gutachter nachvollziehbar, aus welchen Gründen auf die abweichende Auffassung insbesondere der Rehaklinik Bellikon nicht abgestützt werden kann. Es ist daher nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin darauf abgestützt hat und davon ausging, dass der Beschwerdeführer beim Unfallereignis vom 19. Dezember 2000 kein Schädel-Hirn-Trauma und auch keine andere organische Schädigung anhaltender Natur erlitten hat. Diese Tatsache wird auch dadurch unterstützt, dass der Glasgow-Coma-Scale des Beschwerdeführers zu jeder Zeit 15 betrug, wie im Kantonsspital Baden, wo der Beschwerdeführer zur Überwachung eine Nacht verbrachte, festgehalten wurde. Zudem bestand weder eine Amnesie noch lag eine Bewusstlosigkeit vor (Urk. 7/6). Wenn der Beschwerdeführer nun geltend macht, er habe eine einem Schleudertrauma ähnliche Verletzung erlitten (vgl. Urk. 1 S. 4), so muss dem entgegengehalten werden, dass Prof. H. ___ weder ein Schleudertrauma noch eine schleudertraumaähnliche Verletzung diagnostizierte. Auch frühere Ärzten diagnostizierten nie ein Schleudertrauma. Zudem liegt auch nicht das für diese Verletzung angeblich typische Beschwerdebild vor, klagte der Beschwerdeführer doch lediglich über Schwindel sowie eine zeitweilige Vergrößerung der rechten Pupille, welche ihn sehr beunruhigte. Erst Ende Februar 2001 vermerkt der Hausarzt erstmals Kopfschmerzen, hielt allerdings gleichzeitig fest, dass der Beschwerdeführer diese auch schon früher gehabt habe, nur nicht in gleicher Ausprägung. Ende März 2001 taucht in der Krankengeschichte erstmals ein Rauschen im linken Ohr auf (Urk. 7/8.2). Bei der neurootologischen Untersuchung im Mai 2001 gibt der Beschwerdeführer sodann an, er habe seit dem Unfall einen ständigen Pfeifton im linken Ohr (Urk. 7/13.1). Allerdings hatte Dr. B. ___ im Januar 2001 einen solchen explizit verneint (Urk. 7/19). Andere typische Beschwerden lagen nicht vor. Erst nach einem beschwerdefreien Intervall von 19 Monaten weiteten sich die Beschwerden aus, wobei bereits für den Neurologen Dr. med. E. ___, welcher den Beschwerdeführer im Februar 2003 untersuchte, die Angst im Vordergrund stand, fand er doch einen im Wesentlichen unauffälligen Neurostatus (Urk. 7/24).

3.3.3.3 Keine anderen Erkenntnisse ergeben sich aus dem Bericht von Dr. med. F. ___, Facharzt FMH für Neurologie, vom 5. Oktober 2005 (Urk. 7/155), zumal der Spezialist ebenfalls aktenwidrig davon ausgeht, der Beschwerdeführer habe am 19. Dezember 2000 ein schweres Schädel-Hirn-Trauma erlitten. Ob die festgestellten neuropsychologischen Defizite erst seit dem Unfall bestehen, lässt sich zudem in Ermangelung von nachweisbaren somatischen Hirnverletzungen oder einer Vergleichsuntersuchung vor dem Unfallzeitpunkt nicht feststellen. Weiter hält Dr. F. ___ selber fest, es liege eine gemischte Angststörung vor, ohne aber eine Abgrenzung vorzunehmen, inwiefern diese Störung allfällige neuropsychologische Defizite (mit-)beeinflusse. Was den Schwindel betrifft, so kann auf die überzeugenden Ausführungen von Prof. H. ___ verwiesen werden. Die neuropsychologischen Defizite lassen sich zudem auch gemäss Dr. med. I. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher den Beschwerdeführer am 10. November 2005 im Auftrag der IV-Stelle des Kantons Zürich untersucht hatte, mit den diagnostizierten psychischen Leiden gut erklären (Urk. 7/153 S. 4 Ziff. 8.3).

3.4.4.4 Der Beschwerdeführer macht geltend, die Fehlbehandlung durch die Rehaklinik Bellikon sei ihrerseits als mittelschweres bis schweres Unfallereignis zu bezeichnen (Urk. 1 S. 8 ff.). Hierzu gilt vorab festzuhalten, dass eine Fehldiagnose, welche

unbestrittenermassen beim Beschwerdeführer gestellt wurde, nicht automatisch auch eine Fehlbehandlung zur Folge hat. Hinzu kommt, dass die Diagnose die Arbeitstheorie des Mediziners darstellt und daher oftmals im Verlauf einer Behandlung revidiert werden muss. Daraus allein muss dem Patienten noch kein Schaden entstehen. Im Falle des Beschwerdeführers wurde die Fehldiagnose einer schweren traumatischen Hirnverletzung fast zwei Jahre nach dem Unfallereignis gestellt und nachdem er bereits wieder 19 Monate lang voll gearbeitet hatte (vgl. Urk. 7/37). Zur Behandlung der schweren traumatischen Hirnverletzung wurden keine anderen Methoden angewandt oder empfohlen, als bereits vor der Fehldiagnose: die Kopfschmerzen sowie die Schwindelgefühle versuchte man medikamentös anzugehen, jedoch - wie bereits zuvor - ohne Erfolg, so dass die Therapien nach kurzer Zeit wieder aufgegeben wurden. Bezüglich der Nackenbeschwerden ergab sich ebenfalls kein Therapieansatz. Bei den psychischen Leiden schliesslich brachte die medikamentöse Behandlung ebenfalls nur geringe Besserung (Urk. 7/37 S. 2). Der Schwerpunkt der Behandlung wurde auf Ergotherapie und Berufsplanung verlagert (vgl. auch Urk. 7/36.3), womit jedenfalls keinerlei Schaden angerichtet werden konnte. Es kam somit einzig die Frage stellen, ob die Fehldiagnose eine psychische Fehlentwicklung verursacht oder verstärkt hat, welche invalidisierend ist.

3.5 Die Voraussetzungen für die Bejahung der Adäquanz psychischer Unfallfolgen wurden oben unter Erw. 2.3.3 dargelegt. Der Beschwerdegegnerin ist zuzustimmen, wenn sie den Unfall dem Bereich der mittelschweren Unfälle zuordnet (vgl. Urk. 2 S. 7 Ziff. 7). Es fragt sich allerdings, ob es zutrifft, dass der Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen anzusiedeln ist, erlitt doch der Beschwerdeführer an feststellbaren Verletzungen lediglich eine kleine Rissquetschwunde am rechten Unterschenkel, Schürfwunden an der linken Hand sowie eine geschwollene Unterlippe (vgl. Urk. 7/4). Das ursprünglich diagnostizierte Subduralhämatom wird von Prof. H. ___ mit nachvollziehbarer Begründung nachträglich sehr in Frage gestellt (Urk. 7/144 S. 9). Somit war der Unfall objektiv - abgesehen vom Schreck, den der Beschwerdeführer erlitt - nicht schwer. Für die Bejahung der Adäquanz wären daher mehrere der von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien erforderlich. Dies trifft, wie die Beschwerdegegnerin bereits im Einspracheentscheid vom 17. November 2005 darlegte (Urk. 2 S. 7 f.), vorliegend nicht zu. Es kann daher vollumfänglich auf die dortigen Ausführungen verwiesen werden. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführt, ist auch keines der Kriterien in ausgeprägtem Masse erfüllt, so dass die Adäquanz psychischer Unfallfolgen auf jeden Fall verneint werden muss.

Die Fehldiagnose kann vorliegend nicht als Unfall qualifiziert werden, wäre doch hierzu - analog zur Praxis zu den Schreckereignissen - vorauszusetzen, dass diese mit einem aussergewöhnlichen psychischen Schock verbunden wäre. Dabei müsste die seelische Entwicklung durch einen gewaltsamen, in der unmittelbaren Gegenwart des Versicherten sich abspielenden Vorfall ausgelöst werden (vgl. zur ganzen Praxis Rumo/Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsgericht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Auflage, Art. 6, Ziff. IV lit. g). Selbst wenn man die (fälschlicherweise erstellte) Diagnose eines schweren Schädel-Hirn-Traumas mit einer Brand- oder Erdbebenkatastrophe vergleichen wollte, so kann doch beim Beschwerdeführer nicht mit Fug behauptet werden, erst die Fehldiagnose habe die psychische Fehlentwicklung in die Wege geleitet.

E. 4

Zusammenfassend ist ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 19. Dezember 2000 und den über den 1. Oktober 2005 hinaus anhaltenden Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Beschwerdegegnerin hat es daher zu Recht abgelehnt, über diesen Zeitpunkt hinaus Leistungen aus der Unfallversicherung zu erbringen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer liess beschwerdeweise die Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes beantragen (Urk. 1 S. 1). Zur Begründung führte er an, er gehe infolge seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung keiner Erwerbstätigkeit nach. An seiner finanziellen Bedürftigkeit bestehe daher kein Zweifel.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Verfügung vom 21. Februar 2006 wurde dem Beschwerdeführer Frist angesetzt, um das Formular "Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung" vollständig ausgefüllt und versehen mit den Angaben der Gemeindebehörde dem Gericht einzureichen, unter der Androhung, dass bei ungenügender Substantiierung das Begehren um unentgeltliche Verbeiständung abgewiesen werde (Urk. 4, Dispositiv Ziff. 2). Nach zweimaliger Fristerstreckung (Urk. 8 und Urk. 8a) liess der Beschwerdeführer dem Gericht "mangels Formulargesuchs im Sinne eines Ersatzbelegs" die Budgetunterlagen mit Zusatzleistungsverfügung der Stadt Winterthur zukommen (Urk. 9 und 10).

5.2 Ä Ä Ä Ä Gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) wird einer Partei auf ihr Gesuch hin eine unentgeltliche Rechtsvertretung bestellt, wenn sie nicht in der Lage ist, den Prozess selber zu führen, ihr die nötigen Mittel fehlen und der Prozess nicht als aussichtslos erscheint.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als bedürftig gilt eine Person, wenn sie ohne Beeinträchtigung des für sie und ihre Familie nötigen Lebensunterhaltes nicht in der Lage ist, die Prozesskosten zu bestreiten (BGE 128 I 232 Erw. 2.5.1). Massgebend sind dabei die wirtschaftlichen Verhältnisse im Zeitpunkt der Entscheidung über das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (BGE 108 V 269 Erw. 4), wobei die Grenze für die Annahme von Bedürftigkeit praxisgemäss etwas höher anzusetzen ist als diejenige des betriebsrechtlichen Existenzminimums (vgl. Kreisschreiben der Verwaltungskommission des Obergerichtes des Kantons Zürich an die Bezirksgerichte und die Betriebsämter über Richtlinien für die Berechnung des betriebsrechtlichen Notbedarfs, Existenzminimum vom 23. Mai 2001). Dabei sind nicht nur die Einkommensverhältnisse, sondern vielmehr die gesamten finanziellen Verhältnisse ausschlaggebend, unter Einbezug der Einkommen beider Ehegatten (BGE 115 Ia 195 Erw. 3a).

5.3 Ä Ä Ä Ä Aus der vom Beschwerdeführer eingereichten Verfügung betreffend Zusatzleistungen zur AHV/IV vom 15. Mai 2006 geht hervor, dass dem Auslagentotal von Fr. 48'336.-- Einnahmen inkl. Zusatzleistungen von Fr. 52'368.-- gegenüber stehen, was einen Überschuss von Fr. 4'032.-- ergibt (Urk. 10 S. 6). Der Beschwerdeführer ist demnach nicht als prozessual bedürftig zu betrachten, weshalb sein Gesuch um Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters abzuweisen ist.

Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch um Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters wird abgewiesen,
und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Roland Ilg
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.