

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00113 vom 16. Mai 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-05-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2007.00113](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00113)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00113 du 16 mai 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00113 del 16 maggio 2008

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Dem Bericht des Dr. med. F. \_\_\_ vom 29. Mai 2005 über die gleichentags erfolgte ambulante Notfallbehandlung im Spital B. \_\_\_ lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 27. Mai 2005 (vgl. Urk. 6/1 S. 1) einen reissenden, stechenden Schmerz in der linken Wade verspürt hatte, wobei die Wade sofort angeschwollen war und sich verhärtet hatte. Trotz Schmerzen hatte er am Unfalltag weiter gearbeitet. In der klinischen Untersuchung vom 29. Mai 2005 fand Dr. F. \_\_\_ eine geschwollene und teilweise überwärmte und verhärtete linke Wade vor. Der Röntgenbefund ergab keine frische ossäre Läsion; Ultraschallbilder zeigten jedoch einen Gastrocnemiusabriss. Dr. F. \_\_\_ bescheinigte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 3. Juni 2005 (Urk. 6/12 S. 4 f.; vgl. auch Urk. 6/2 S. 1). Im kurzfristigen Verlauf wurde der Beschwerdeführer weiterhin von den Ärzten des Spitals B. \_\_\_ behandelt. Am 10. Juni 2005 stellten diese eine deutliche Besserung der Beschwerden fest und veranlassten die weitere Behandlung mittels Physiotherapie und Analgetika. Die bereits attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit verlängerten sie bis zum 16. Juni 2005 (Urk. 6/12 S. 6).

2.2. Da der Beschwerdeführer neu über Rückenbeschwerden klagte, wurden am 26. Juli 2005 MRI-Bilder der Lendenwirbelsäule angefertigt. Diese zeigten Osteochondrosen der Bewegungssegmente L3/L4, L4/L5, L5/S1 ohne signifikante neuroforaminale oder Duralsackeingengung sowie Spondylarthrosen L3-S1 (Urk. 6/12 S. 3). Am 22. August 2005 erstellte Röntgenbilder des Beckens mit besonderer Berücksichtigung des linken Hüftgelenkes ergaben keine Hinweise für nennenswerte degenerative Veränderungen (Urk. 6/12 S. 2).

Aufgrund anhaltender Schmerzen im linken Unterschenkel begab sich der Beschwerdeführer am 13. September 2005 in die Orthopädische Universitätsklinik G. \_\_\_ (nachfolgend: G. \_\_\_). Dr. med. N. \_\_\_, Assistenzarzt, fand mit Ausnahme einer leichten Druckdolenz über der Wadenmuskulatur unauffällige Verhältnisse vor und wies den Beschwerdeführer aufgrund der Chronizität seiner Beschwerden dem Rheumatologen im Hause zu (Bericht vom 15. September 2005, Urk. 6/10 S. 3). Dr. H. \_\_\_, Assistenzarzt der G. \_\_\_, untersuchte den Beschwerdeführer am 14. September 2005 hinsichtlich der geklagten Rückenschmerzen mit teilweiser Ausstrahlung bis in den linken Unterschenkel und diagnostizierte eine linksseitige Lumboischialgie, welche konservativ zu therapieren sei (Urk. 6/10 S. 1 f.).

Am 28. September 2005 vermeldete der Hausarzt Dr. med. I. \_\_\_, Facharzt für Chirurgie, einen mässigen Heilverlauf. Der Beschwerdeführer konnte

(oder wolle) weiterhin nicht arbeiten. Er, der Hausarzt, könne die Arbeitsfähigkeit nicht beurteilen, die SUVA solle dies selber übernehmen (Urk. 6/12 S. 1).

Am 2. November 2005 erfolgte die vom Hausarzt gewünschte kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. C. \_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie. Diesem gab der Beschwerdeführer an, die Beschwerden im linken Bein würden durch die Physiotherapie nicht gebessert sondern eher verschlimmert. Die Untersuchung ergab einen etwas indurierten und druckdolenten Gastrocnemius links lateral. Da Dr. C. \_\_\_\_ zur Ansicht gelangte, dass auch die Bildgebung keine Veränderungen zeige, welche eine wesentliche Minderbelastbarkeit erklären könnten, führte er die fortbestehenden Probleme auf ein Trainingsdefizit zurück und meldete den Beschwerdeführer für ein Ergonomietrainingsprogramm in der Rehaklinik D. \_\_\_\_ an (Urk. 6/15 S. 3).

2.3 Vom 14. bis zum 23. Dezember 2005 absolvierte der Versicherte in der Rehaklinik D. \_\_\_\_ ein ambulantes trainingsorientiertes Evaluationsprogramm. Das Trainingsprogramm musste wegen ungenügender Kooperation/Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers vorzeitig abgebrochen werden, da er ein Training zur Therapie seiner Rückenprobleme für völlig ungeeignet hielt und längere Diskussionen nötig waren, um ihn auch nur zu einer minimalen Leistung zu bewegen. Die somatisch-medizinische Abklärung zeigte ein übertriebenes Schmerzverhalten mit beinahe theatralisch anmutendem Schmerzgebaren sowie häufiger Wiederholung und ausführlicher Schilderung der jeweils verspürten Beschwerden. Med. pract. J. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vermochte im Rahmen eines psychosomatischen Konsiliums vom 22. Dezember 2005 beim Beschwerdeführer keinen eigentlichen Leidensdruck im Zusammenhang mit den geklagten Schmerzen auszumachen. Da er auch keine Anzeichen für Angst oder Depressivität vorfand und insgesamt kaum psychopathologische Befunde erheben konnte, verzichtete er auf die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung oder einer anderen psychischen Störung von Krankheitswert. Vielmehr ging er von einem schwer dysfunktionalen Umgang mit den Schmerzen im Sinne einer Symptomausweitung aus. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei mangels Motivation des Beschwerdeführers nicht indiziert. Es bestehe aus psychiatrischer Sicht keine weitere Einschränkung der aus somatisch-medizinischer Sicht zu formulierenden Zumutbarkeit (Bericht vom 27. Dezember 2005 [Urk. 6/20]). Gestützt auf medizinisch-theoretische Überlegungen und Beobachtungen bei den Leistungstests erachteten die Ärzte die bisherige berufliche Tätigkeit des Beschwerdeführers als Schlosser für ganztags zumutbar, wobei ihm im Allgemeinen mindestens leichte bis mittelschwere Arbeiten möglich sein müssten. Abschliessend rieten sie von weiteren Behandlungen und insbesondere auch passiven Massnahmen ab (Bericht über das Evaluationsprogramm vom 5. Januar 2006 [Urk. 6/22 S. 1 ff.]).

2.4 Diverse anschliessend in der G. \_\_\_\_ durchgeführte Abklärungen aufgrund weiterhin im Bereich des linken Unterschenkels und der linken Hüfte geklagter Schmerzen ergaben keine pathologisch-anatomisch fassbare Ursache für die Hüftbeschwerden, die Ärzte zogen eine Verursachung durch die bekannte Wirbelsäulenpathologie in Betracht (vgl. Urk. 6/27, 6/30). Eine am 21. Februar 2006 durchgeführte Röntgenuntersuchung des Beckens und des linken Knies ergab diskrete degenerative Veränderungen im Bereich des Beckens und keine relevante Degeneration

im Bereich des linken Knies (Urk. 6/32/3-4). Ein MRI des linken Knies vom 16. März 2006 zeigte eine Narbenplatte in der Muskelfaszie zwischen dem Musculus gastrocnemius medialis und dem Musculus soleus, eine Degeneration des vorderen Kreuzbandes sowie eine flächige Auffaserung und einen Unterflächchen-Einriss im Hinterhorn/in der Pars intermedia des medialen Meniskus (Urk. 6/32/2 = Urk. 6/34/1-2). Dr. C. \_\_\_ führte am 20. März 2006 eine weitere kreisärztliche Untersuchung durch. Für den Beschwerdeführer standen dabei vor allem die Beschwerden im Hüftbereich im Vordergrund. Klinisch konnte Dr. C. \_\_\_ keine Pathologie finden. Er wies auf das inkonsistente Verhalten des Beschwerdeführers in der Untersuchungssituation und auf die theatralisch wirkenden Schmerzangaben hin. Für die Beurteilung der Unfallkausalität der Beschwerden wollte er aber noch ausstehende Abklärungen in der G. \_\_\_ abwarten (Urk. 6/31).

Ein auf Veranlassung von Dr. med. K. \_\_\_ von der G. \_\_\_, Orthopädie (vgl. Urk. 6/33), erstelltes MRI der Lendenwirbelsäule vom 28. März 2006 zeigte in den drei untersten Bandscheibenflächen mäßiggradige degenerative Veränderungen und im Segment L4/5 eine fragliche Bandscheibenprotrusion, welche die L5-Wurzel linksseitig tangieren könnte. Zur Überprüfung dieser Vermutung veranlasste Dr. K. \_\_\_ einen Nervenwurzelblock L5 linksseitig. In seinem Bericht vom 4. April 2006 vertrat er die Auffassung, dass die von ihm aufgrund der subjektiven Klagen des Beschwerdeführers und der klinischen Untersuchung gestellte Verdachtsdiagnose einer L5-Symptomatik linksseitig durch die Bildgebung zwar erklärt werden könnte, die Ergebnisse der Bildgebung aber nicht zwingend eine solche Symptomatik zur Folge haben müssten. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der geschilderten Beschwerdesymptomatik und den objektivierbaren klinisch-neurologischen Befunden sowie der bildgebenden Diagnostik (Urk. 6/35/1-2).

Im Rahmen einer Verlaufskontrolle in der G. \_\_\_ vom 28. April 2006 ergab sich, dass sich der Beschwerdeführer nach der Nervenwurzelinfiltration eher schlechter gefühlt hatte als vorher, und dass seine Schmerzen seither eher zugenommen hatten. Aufgrund des Nichtansprechens auf den Nervenwurzelblock und des Fehlens einer bildmorphologischen Korrelation ging Dr. K. \_\_\_ von einer pseudoradikulären L5-Symptomatik linksseitig aus, schloss die Behandlung aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht ab und veranlasste eine weitere rheumatologische Abklärung (Urk. 6/39). Am 17. Mai 2006 wurde der Beschwerdeführer in der G. \_\_\_ von Dr. med. M. \_\_\_ rheumatologisch untersucht. Dabei beschrieb er als Schmerzen gelähmte Lumbalgien, welche neu nach der Nervenwurzelinfiltration im Bereich L5 links auch auf der rechten Seite bestanden, sowie eine Schmerzausstrahlung über die gesamte Aussenseite des linken Beines mit starken und teils belastungsabhängigen Schmerzen zirkulär am linken Unterschenkel. Dr. M. \_\_\_ konnte keine Hinweise für eine Querschnittsymptomatik und für ein fokales neurologisches Defizit finden, ebenso fanden sich keine klinischen Hinweise für eine chronisch-entzündliche Systemerkrankung. Es bestehe jedoch eine chronische Schmerzerkrankung mit erheblicher funktioneller Behinderung, welche therapeutisch schwierig beeinflussbar sei. Zur Klärung der Arbeitsfähigkeit sei die Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme zu empfehlen (Urk. 6/49 S. 3 ff.).

Am 3. Mai sowie am 12. Juni 2006 nahm Kreisarzt Dr. C. \_\_\_ zu den zwischenzeitlich erhobenen ärztlichen Befunden Stellung. Er gelangte zur

Einschätzung, dass die im MRI des linken Knies vom 16. März 2006 sichtbar gewordenen Befunde (Auffaserung an der Unterfläche des medialen Meniskushinterhorns sowie kleiner Unterflächenabriss; leichtgradige Auffaserung des vorderen Kreuzbandes) sowohl traumatisch als auch degenerativ bedingt sein könnten. Die Narbenplatte in der Wade sei bei Status nach der Muskelzerrung verständig. Eine wesentliche Beeinträchtigung könne daraus nicht abgeleitet werden. Die übrigen bildgebend zur Darstellung gelangten Verhältnisse im linken Knie bedürften keiner Behandlung; klinisch bestehe auch keine besondere Schmerzhaftigkeit im linken Knie. Die Aufnahmen des Beckens beziehungsweise der linken Hüfte zeigten keine wesentlichen Pathologien. Die Rückenproblematik schliesslich könne nicht natürlich kausal auf das Unfallereignis vom 27. Mai 2005 zurückgeführt werden. Der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit als Schlosser/Metallbauer voll arbeitsfähig. Ansonsten seien ihm mindestens mittelschwere Arbeiten zumutbar, wobei auf das von den Ärzten der Rehaklinik D. \_\_\_ erstellte Zumutbarkeitsprofil abgestellt werden könne. Es beständen keine Befunde, welche gegen eine höhere Belastung sprechen würden. Weitere medizinische Abklärungen, insbesondere die Einholung eines Gutachtens, seien nicht erforderlich (vgl. Urk. 6/37, Urk. 6/41).

2.6 Den vom Beschwerdeführer eingereichten Berichten vom 23. Juni 2006 von Dr. med. N. \_\_\_, Fachärztin für allgemeine Medizin, sowie vom 28. Februar 2007 von Dr. med. O. \_\_\_ vom P. \_\_\_, Departement für Innere Medizin, lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer bei diesen Ärzten im Juni 2006 beziehungsweise vom 31. Januar bis zum 27. Februar 2007 wegen Kopfschmerzen in ambulanter Behandlung war (Urk. 9/13-14).

Der Chirurg Dr. E. \_\_\_ erstattete am 28. Mai 2007 Bericht über den Beschwerdeführer. Seine neurologische Untersuchung ergab keine besonderen Befunde. Er erwähnte in seinem Bericht das Bestehen von Kopfschmerzen sowie eines bilateralen Lumbago-Ischiassyndroms. Weiter verwies er auf Untersuchungsergebnisse vom 28. März 2006 - und meinte damit offenbar die an diesem Tag durchgeführten Untersuchungen in der G. \_\_\_ inklusive MRI der Lendenwirbelsäule (vgl. Urk. 6/35/1-2) - welche eine Protrusion und Herniation im Bereich der lumbalen Wirbelsäule nahe legen würden. Schliesslich erhob er beim Beschwerdeführer auch noch Symptome eines depressiven Angstsyndroms (Urk. 18).

3. Die Beschwerdegegnerin verneinte ihre weitere Leistungspflicht mit der Begründung, aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten sei davon auszugehen, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung keine relevanten Unfallfolgen mehr vorhanden gewesen seien. Gemäss Beurteilung von Kreisarzt Dr. C. \_\_\_ vom 3. Mai 2006 resultiere aus der nach der Wadenverletzung verbliebenen Narbenplatte keine wesentliche Beeinträchtigung. Dr. C. \_\_\_ habe am 12. Juni 2006 sodann festgehalten, dass zwischen dem geklagten lumbospondylogenen Schmerzsyndrom und dem Unfall vom 27. Mai 2005 kein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe. Zudem habe der Beschwerdeführer erst längere Zeit nach dem Unfallereignis über Rückenschmerzen geklagt. Im Rahmen umfangreicher medizinischer Abklärungen hätten diese ferner auch nicht objektiviert werden können (Urk. 2; vgl. auch Urk. 5 und 15).

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, dass seine anhaltenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen vollumfänglich unfallbedingt seien, weshalb ihm die Versicherungsleistungen weiterhin auszurichten seien (Urk. 1 und 10).

#### E. 4.1

Ä Ä Ä Strittig und zu präzisieren ist, ob die SUVA auch nach dem 31. Mai 2006 (vgl. Urk. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 6/43) Versicherungsleistungen (Heilbehandlung sowie Taggelder) zu erbringen hat.

#### E. 4.2

Ä Ä Ä Am 27. Mai 2005 glitt der Beschwerdeführer bei der Arbeit auf einer ungefähr drei Meter hohen Leiter aus und fiel auf den Trottoirboden. Beim Sturz klappte Ä Ä Ä Ä die Leiter zusammen, wobei das linke Bein des Beschwerdeführers in der Leiter Ä eingeklemmt wurde. In der Folge verspürte er sofort einen starken Schmerz im Ä Ä Ä Ä Ä linken Unterschenkel, arbeitete aber trotzdem weiter. Als die Schmerzen nicht Ä Ä nachliessen, begab er sich am 29. Mai 2005 in die Notaufnahme des Spitals Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä B.\_\_\_\_. Dieser Unfallhergang ist im Wesentlichen unbestritten (vgl. Urk. 2 S. 2 sowie Urk. 6/11 S. 1).

4.3 Ä Ä Ä Ä In den Arztberichten der G.\_\_\_\_ vom 15. September 2005 sowie des Hausarztes Dr. I.\_\_\_\_ vom 28. September 2005 ist erstmals die Rede von Beschwerden im Bereich des linken Gesässes, der Hüfte und der Lendenwirbelsäule. Die Ärzte der G.\_\_\_\_ diagnostizierten eine linksseitige Lumboischialgie (vgl. Urk. 6/10 S. 1 sowie Urk. 6/12 S. 1). Aus den dokumentierten umfangreichen klinischen Untersuchungen und Abklärungen mit bildgebenden Verfahren geht hervor, dass bildgebend zwar mässiggradige pathologische Befunde im Bereich der Lendenwirbelsäule erhoben wurden (vgl. Urk. 6/12 S. 3, Urk. 6/35/1), dass jedoch keine Nervenwurzelangieung objektiviert werden konnte. Aus diesem Grund gingen die orthopädischen Chirurgen der G.\_\_\_\_ von einer pseudoradikulären Schmerzsymptomatik aus und schlossen die Behandlung ihrerseits ab (vgl. Urk. 6/39). Dabei wiesen sie ausdrücklich auf die Diskrepanz zwischen der geschilderten Beschwerdesymptomatik und den objektivierbaren Befunden hin (vgl. Urk. 6/35/1-2). Auch die Rheumatologen der G.\_\_\_\_ konnten die Rückenbeschwerden nicht mit objektiven Befunden erklären (vgl. Urk. 6/49 S. 3 ff.). Unter diesen Umständen ist bereits fraglich, ob aus den geklagten Rückenbeschwerden überhaupt eine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit resultierte, zumal sich sowohl die Wirbelsäulenchirurgen als auch die Rheumatologen der G.\_\_\_\_ nicht imstande sahen, eine Stellungnahme zur Arbeitsunfähigkeit abzugeben (vgl. Urk. 6/35/2, Urk. 6/39 S. 2, Urk. 6/49 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Allerdings ist hauptsächlich von Bedeutung, dass der Beschwerdeführer kurz nach dem Unfall lediglich über Schmerzen im linken Unterschenkel klagte, dass er offenbar bereits vor dem Unfall seit Jahren unter panvertebralen Schmerzen litt (vgl. Urk. 6/49 S. 3), und dass es sich bei den dokumentierten Osteochondrosen und Spondylarthrosen im Bereich der Lendenwirbelsäule um typische degenerative und damit krankheitswertige Befunde handelt, wobei der Verdacht auf eine Bandscheibenprotrusion im Bereich L5 nicht erhärtet werden konnte (vgl. Urk. 6/39). Zudem hat keiner der behandelnden Ärzte die Rückenbeschwerden in einen Zusammenhang zum Unfallereignis gebracht, und Kreisarzt Dr. C.\_\_\_\_ gelangte gestützt auf eigene Untersuchungen und unter Berücksichtigung der medizinischen Akten zum Ergebnis, dass die Rückenproblematik nicht natürlich kausal auf das Unfallereignis zurückgeführt werden könne (vgl. Urk. 6/37, Urk. 6/41). Unter diesen Umständen ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Rückenbeschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis stehen. Dieselben

Äusserungen gelten für die geäusserten Beschwerden im Bereich der Hüfte und des Beckens. Die Bildgebung im Bereich des Beckens ergab höchstens diskrete und im übrigen degenerative - mithin nicht traumatisch bedingte - Veränderungen (vgl. Urk. 6/12 S. 2, Urk. 6/32 S. 3, Urk. 6/37 S. 1). Schliesslich ergeben sich aus den Akten auch keine Anhaltspunkte oder Hinweise für einen Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 27. Mai 2005 und den erstmals im Juni 2006 behandelten Kopfschmerzen (vgl. Urk. 69/13-14).

Den Beschwerden im Bereich des Rückens, der Hüften beziehungsweise des Beckens und den Kopfschmerzen fehlt es nach dem Gesagten an einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis, weshalb bezüglich dieser Symptome keine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht (vgl. vorstehend Erw. 1.3).

4.4 Nach dem Unfall vom 27. Mai 2005 verspürte der Beschwerdeführer einen reissenden, stechenden Schmerz in der linken Wade. Mittels Ultraschallbildern konnte dieser Schmerz einem Gastrocnemiusabriss zugeordnet werden. Die Behandlung im Spital B. brachte bereits nach kurzer Zeit eine deutliche Besserung dieser Beschwerden (vgl. Urk. 6/12 S. 4 ff.).

Die geringfügigen durch das MRI des linken Knies vom 16. März 2006 sichtbar gewordenen Befunde konnten teils durch die bereits kurz nach dem Unfall festgestellte Muskelzerrung (Gastrocnemiusabriss) in der Wade erklärt werden. Die übrigen Befunde am Knie konnten, gestützt auf die Auffassung des Kreisarztes Dr. C., nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückgeführt werden, zumal sie ohnehin nicht besonders schwerwiegend waren und keiner Behandlung bedurften. Klinisch konnte Dr. C. auch keine besondere Schmerzhaftigkeit in diesem Bereich feststellen (vgl. Urk. 6/37 S. 1). Der Unfallversicherer hat damit lediglich für die Folgen des Gastrocnemiusabrisse Leistungen zu erbringen. Diesbezüglich vertraten bereits die Ärzte der Rehaklinik D. in ihrem Bericht über das Evaluationsprogramm vom 5. Januar 2006 die Auffassung, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Schlosser beziehungsweise allgemein eine mindestens leichte bis mittelschwere Tätigkeit uneingeschränkt zumutbar sei. Eine weitere Behandlung sei nicht erforderlich (vgl. Urk. 6/22 S. 5 f.). Auch Kreisarzt Dr. C. wies am 3. Mai und am 12. Juni 2006 darauf hin, dass aus der verbliebenen, in den MRI-Bildern sichtbar gewordenen Narbenplatte in der linken Wade keine wesentliche Beeinträchtigung mehr resultiere (vgl. Urk. 6/37, Urk. 6/41). Aus den Akten ergeben sich keine abweichenden ärztlichen Meinungen zu diesem Thema. Daher ist auf die genannten nachvollziehbaren fachärztlichen Einschätzungen abzustellen.

4.5 Aus den Akten ergeben sich schliesslich auch keine Hinweise für das Bestehen eines erheblichen psychischen Beschwerdebildes, welches sich beim Beschwerdeführer im Anschluss an den Unfall entwickelt hat. Med. pract. J., welcher den Beschwerdeführer am 22. Dezember 2005 im Rahmen der in der Rehaklinik D. getätigten Abklärungen psychiatrisch untersucht hatte, fand keine Anzeichen für Angst oder Depressivität, konnte insgesamt keine psychischen Symptome mit Krankheitswert ausmachen und verzichtete bewusst auch auf die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung. Er ging vielmehr von einem schwer dysfunktionalen Umgang des Beschwerdeführers mit den Schmerzen im Sinne einer Symptomausweitung aus (vgl. Urk. 6/20). Die Feststellung des Chirurgen Dr. E. in seinem Bericht vom 28. Mai 2007, dass er Symptome eines depressiven Angstsyndroms beobachtet habe (vgl. Urk.

18), ist nicht geeignet, die Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes durch med. pract. J. \_\_\_ in Frage zu stellen. Einerseits ist der Psychiater med. pract. J. \_\_\_ für die Beurteilung solcher Fragen nämlich besser geeignet als ein Chirurg; andererseits hat Dr. E. \_\_\_ bei seiner Beurteilung offenbar auch die von vielen Ärzten erwähnte Tendenz des Beschwerdeführers, seine Schmerzen theatralisch zu präsentieren, unberücksichtigt gelassen.

4.6 Zusammenfassend ergibt sich, dass lediglich die aus dem Gastrocnemiusabriss herrührenden Beschwerden in der linken Wade in einem rechtsgenäglichen (natürlichen und adäquaten) Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 27. Mai 2005 stehen. Aufgrund der medizinischen Akten ist jedoch ausgewiesen, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung durch die SUVA, mithin am 31. Mai 2006 (vgl. Urk. 6/43), weder eine weitere Behandlung dieser Beschwerden erforderlich war noch eine wesentliche Arbeitsunfähigkeit daraus resultierte. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- L. \_\_\_

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters 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.