

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00343 vom 2. Februar 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-02-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2007.00343](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00343)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00343 du 2 février 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00343 del 2 febbraio 2009

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Dagegen liess X. durch Rechtsanwalt Laube am 7. August 2007 Beschwerde erheben und beantragen, die gesetzlichen Leistungen seien auch nach dem 31. Januar 2007 zu erbringen. Ferner sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtsvertretung zu gewähren und Rechtsanwalt Laube als unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen (Urk. 1).

2.2. Mit Beschwerdeantwort vom 17. Oktober 2007 (Urk. 10 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 12/1-182) ersuchte die Beschwerdegegnerin mit Verweis auf die neurologische Beurteilung von Dr. med. E., Fachärztin Neurologie FMH und Psychiatrie, vom 11. Oktober 2007 und unter Auflage weiterer Arztberichte (Urk. 11/1-4) um Abweisung der Beschwerde. Am 19. Oktober 2007 (Urk. 13) liess der Beschwerdeführer die Verhängung der Invalidenversicherung vom 19. Oktober 2007 (Urk. 14) auflegen, mit welcher ihm mit Wirkung ab Februar 2006 eine Entschädigung wegen mittlerer Hilflosigkeit zugesprochen wurde, und mit Replik vom 5. November 2007 (Urk. 17) an seinen beschwerdeweise gestellten Anträgen festhalten. Nach Erstattung der Duplik am 28. Januar 2008 durch die Beschwerdegegnerin (Urk. 22) wurde der Schriftenwechsel mit Verhängung vom 30. Januar 2008 (Urk. 23) geschlossen.

3. Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

#### 1.

1.1. Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid dafür, die vom Beschwerdeführer noch geklagten Beschwerden beruhten nicht auf organischen Läsionen. Ob das bunte Beschwerdebild nach Schleudertrauma gegeben sei, könne im Weiteren offengelassen werden, ständen doch die psychischen Beschwerden ohnehin im Vordergrund (Urk. 2 S. 7). Ebenso wenig rechtfertige sich die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung, da der Beschwerdeführer lediglich eine (leichte) Commotio cerebri erlitten habe. Damit sei die Adäquanz der subjektiven Beschwerden anhand jener Kriterien zu prüfen, die bei psychischen Folgen nach Unfällen gelten würden (Urk. 2 S. 8). Weil der vom Beschwerdeführer erlittene Unfall als mittelschwer einzustufen und keines der massgebenden Kriterien erfüllt sei, ständen die festgestellten psychischen Beschwerden in keinem adäquat-kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 10. Februar 2004. Die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin erweise sich folglich als rechtens (Urk. 2 S. 10).

Â Â Â Â Â Â Â Â Mit Verweis auf den neu aufgelegten Bericht von Dr. E. \_\_\_ vom 11. Oktober 2007 (Urk. 11/1) erklärte die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort ergänzend, das MRI des Kopfes vom 31. Dezember 2004 habe einen altersentsprechenden unauffälligen Befund ergeben. Ebenso habe mittels MRI der HWS eine Läsion im Zervikalmark ausgeschlossen werden können, womit die vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers geforderten Verfahren nicht angezeigt gewesen seien. Vor diesem Hintergrund sei der Beschwerdegegnerin keine Verletzung der Abklärungspflicht vorzuwerfen (Urk. 10 S. 5).

1.2 Â Â Â Â Â Â Â Dagegen wandte der Beschwerdeführer mit Verweis auf die Rechtsprechung bei schreckbedingten plötzlichen Einflüssen auf die Psyche ein, das massive Unfallereignis im Zusammenwirken mit den körperlichen Verletzungen, dem Tinnitus und den Schwindelbeschwerden sei geeignet gewesen, einen dauerhaften psychischen Schaden zu verursachen. Zudem lägen sowohl das typische Beschwerdebild nach HWS-Distorsionstrauma sowie - entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin - nicht nur eine leichte, - sondern eine erhebliche Commotio cerebri vor, womit nicht die Rechtsprechung nach BGE 115 V 133, sondern jene nach BGE 117 V 369 ff. anwendbar sei (Urk. 1 S. 7-8). Im Weiteren seien die Beschwerden sowohl somatischer als auch psychischer Art, nenne die Diagnoseliste der Rehaklinik B. \_\_\_ doch nebst einer posttraumatischen Belastungsstörung auch Kopfschmerzen, ein cervicovertebrales sowie ein lumbovertebrales Syndrom. Schliesslich genüge eine CT-Untersuchung zum Ausschluss struktureller Läsionen nicht. Solche hätten mit speziellen Modalitäten der Magnetresonanz ausgeschlossen werden müssen. Solange keine der genannten Untersuchungen erfolgt sei, sei die Behauptung, es lägen keine organischen Verletzungsfolgen vor, spekulativ, und es sei nicht bewiesen, dass die unfallbedingten Ursachen ihre Bedeutung verloren hätten. Endlich könne infolge der Lebensgefährlichkeit des vom Beschwerdeführer erlittenen schweren Unfalles der adäquate Kausalzusammenhang ohne Prüfung weiterer Kriterien bejaht werden (Urk. 1 S. 8). Selbst wenn bloss von einem mittelschweren Unfall an der Grenze zu einem schweren Unfall auszugehen wäre, hätten die Adäquanzkriterien als erfüllt zu gelten (Urk. 1 S. 8-9).

Â Â Â Â Â Â Â Replicando liess der Beschwerdeführer unter anderem vorbringen, er habe eine LWK2-Querfortsatzfraktur rechts erlitten und verspre seit dem Unfall belastungsverstärkte Kreuzschmerzen sowie Schmerzen im rechten Sprunggelenk. Weiter zeigten die Röntgenbilder Befunde in den Segmenten HWK3/4/5/6 und im Bereich der Deckplatte des HWK5 als Hinweis auf eine beginnende Osteochondrose. All dies seien organische Befunde, womit ein organischer Kern der Beschwerden aktenkundig sei. Unter diesen Umständen sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass keine organischen Unfallfolgen mehr vorlägen (Urk. 17 S. 7). Schliesslich sei offen, in welchem Umfang die Beschwerden des typischen Beschwerdebildes nach HWS-Distorsion beim Gesundheitszustandes eine Rolle spielten (Urk. 17 S. 7). Weil das Zusammenspiel des typischen Beschwerdebildes und der psychischen Diagnose nicht polydisziplinär abgeklärt worden sei, sei nicht bewiesen, dass das typische Beschwerdebild ganz in den Hintergrund getreten sei (Urk. 17 S. 7).

## 2. Â Â Â Â Â Â

2.1 Â Â Â Â Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden die Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen

und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt laut Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Rechtsprechung und Lehre haben schreckbedingte plötzliche Einflüsse auf die Psyche seit jeher als Einwirkung auf den menschlichen Körper (im Sinne des geltenden Unfallbegriffes) anerkannt und für ihre unfallversicherungsrechtliche Behandlung besondere Regeln entwickelt. Danach setzt die Annahme eines Unfalles voraus, dass es sich um ein aussergewöhnliches Schreckereignis, verbunden mit einem entsprechenden psychischen Schock, handelt; die seelische Einwirkung muss durch einen gewaltsamen, in der unmittelbaren Gegenwart der versicherten Person sich abspielenden Vorfall ausgelöst werden und in ihrer überraschenden Heftigkeit geeignet sein, auch bei einem gesunden Menschen durch Störung des seelischen Gleichgewichts typische Angst- und Schreckwirkungen hervorzurufen. In jüngerer Zeit wurde diese Rechtsprechung bestärkt und dahingehend präzisiert, dass auch bei Schreckereignissen nicht nur die Reaktion eines (psychisch) gesunden Menschen als Vergleichsgründe dienen kann, sondern in diesem Zusammenhang ebenfalls auf eine "weite Bandbreite" von Versicherten abzustellen ist. Zugleich hat das Gericht dabei relativierend, unter Bezugnahme auf den massgeblichen Unfallbegriff, betont, dass sich das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit definitionsgemäss nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern nur auf diesen selber bezieht, weshalb nicht von Belang sein könnte, wenn der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich zog (Urteil des Bundesgerichts in Sachen B. vom 28. März 2008, 8C\_653/2007, Erw. 2.2 unter Hinweis auf BGE 129 V 177).

2.2 Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.3 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss 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 Verwaltungsbeziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser 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).

2.4.4.4 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, Müdigkeit, 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. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

## E. 2.5

2.5.1.1 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).

2.5.2.1 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 134 V 116 Erw. 6.1, 120 V 55 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

2.5.3.4 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 Bundesgerichts 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; ferner BGE 134 V 127 Erw. 10.2 f.).

2.5.4.4 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 Eindringlichkeit 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 134 V 116 Erw. 6.1, 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. 28, 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).

### E. 3

3.1 Streitig und zu präzisieren ist, ob der Beschwerdeführer aufgrund des Unfallereignisses vom 10. Februar 2004 über den Zeitpunkt der von der Beschwerdegegnerin auf den 31. Januar 2007 festgesetzten Leistungseinstellung hinaus Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat.

3.2 Die erstbehandelnde Ärztin des Spitals U.\_\_\_\_, wo sich der Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis vom 10. bis zum 11. Februar 2004 aufgehalten hatte, Dr. med. Z.\_\_\_\_, diagnostizierte eine HWS-Distorsion nach Arbeitsunfall und eine LWK2-Querfortsatzfraktur rechts (Urk. 12/2/2). Das CT des Schädels vom 11. Februar 2004 (Urk. 12/11) zeigte ein regelrechtes Ventrikelsystem und ein unauffälliges Marklager. Anhaltspunkte für eine frische Blutung oder Fraktur fehlten. Aufgrund unerträglicher Kopfschmerzen und einer Visusverminderung suchte der Beschwerdeführer am 16. Februar 2004 erneut das Spital auf, wo bei wiederum unauffälligem CT des Schädels (keine intracraniellen Blutungen, keine Schädelkalotten- oder Felsenbeinfraktur, orthotope Mittellinienstrukturen, keine pathologische Raumforderung, Urk. 11/2/2) ein Status nach commotio festgestellt und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 24. Februar 2004 attestiert wurde (Urk. 12/2/1-2, 12/3).

3.3 Gemäss Zusammenfassung der Krankengeschichte des Spitals U.\_\_\_\_ vom 17. Februar 2004 (Urk. 11/3) bestand anamnestisch keine Bewusstlosigkeit. Der Beschwerdeführer habe jedoch angegeben, Schmerzen in der tiefen LWS und unteren HWS zu verspüren. Der Wert des GCS (=Glasgow-Como-Scale) betrug 15. Über HWK5/6 war eine Druckdolenz zu verzeichnen und die Beweglichkeit war schmerzbedingt eingeschränkt. Weder eine Röntgenaufnahme der HWS noch ein CT von Hals, Thorax, Abdomen und Schädel ergaben - mit Ausnahme der Fraktur des Processus transversus LWK2 rechts - Nachweise frischer ossärer Läsionen. Auch die Untersuchung des Beckens und des rechten Unterschenkels führte zu unauffälligen Befunden. Schliesslich lieferte eine Ultraschalluntersuchung des Abdomens keinen Hinweis auf freie Flüssigkeit oder eine Organläsion. Laut Bericht wurde der Beschwerdeführer am 11. Februar 2004 nach problemloser neurologischer Überwachung in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen.

3.3 Am 16. März 2004 (Urk. 12/10) teilte der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. F.\_\_\_\_, der Beschwerdegegnerin mit, es sei eine massive Symptomausweitung festzustellen. Der Beschwerdeführer klage nunmehr über Schmerzen in Körperteilen, welche überhaupt nicht betroffen seien, weshalb er ein Schädel-CT - ohne (pathologischen) Befund - habe anfertigen lassen. Von Seiten der HWS-Beschwerden lägen ebenfalls keine Unfallfolgen mehr vor.

3.4. Im Gespräch vom 18. März 2004 (Urk. 12/12) mit der Case Managerin der Beschwerdegegnerin, G. \_\_\_\_, gab der Beschwerdeführer an, hauptsächlich an Kopfbeschwerden zu leiden. Er habe ein dauerndes Brummen im Kopf, welches beim Laufen schlimmer werde. Dann beginne es im Kopf zu pulsieren. Zusätzlich habe er im linken Ohr einen Tinnitus, welcher sich beim Laufen ebenfalls verstärke. Vor dem Unfall habe er nie unter Kopfschmerzen oder anderen Beschwerden gelitten.

3.5. Nach einer Besprechung mit dem Psychiater Dr. A. \_\_\_\_, SUVA Zürich, vom 18. März 2004 (Urk. 12/13) hielt G. \_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer sei sehr verzweifelt und leide massiv unter Schmerzen, welche aus somatischer Sicht kaum erklärbar seien. Dr. A. \_\_\_\_ habe dem Beschwerdeführer empfohlen, die positive Seite des Ereignisses - dass er grosses Glück hatte - zu sehen, und dafürgehalten, der Beschwerdeführer solle vorerst mit dem Hausarzt eine psychopharmakologische Medikation besprechen.

3.6. Mit Bericht vom 26. Mai 2004 (Urk. 12/25) stellte Dr. C. \_\_\_\_ fest, dass die neurootologische Untersuchung keine wesentlichen Funktionsstörungen des Gleichgewichtsfunktionssystems ergeben habe. Die vom Beschwerdeführer geklagten otologischen Beschwerden seien vorbestehend, habe doch bereits im Jahre 1990 im Audiomobil eine Hörstörung links erhoben werden müssen und habe Dr. H. \_\_\_\_ 1995 bei Verdacht auf eine Schalleitungsursache eine intermittierende Hörstörung links und einen Rauschtinnitus bestätigt. Damit stehe fest, dass die heute bestehende linksseitige Hörstörung nicht erst seit dem Unfall bestehe, und die erhobenen Befunde sprächen dafür, dass wahrscheinlich Residuen nach durchgemachten Mittelohrentzündungen vorhanden seien. Zur Erhaltung letzterer Tatsache empfehle er das Anfertigen von Röntgenbilder nach Schaller (Urk. 12/25/2). Dr. C. \_\_\_\_ führte weiter aus, eine Systematik im Sinne der Auslösbarkeit der vom Beschwerdeführer geklagten - vor allem bei körperlicher Anstrengung auftretenden - Schwindelbeschwerden sei weder durch bestimmte Kopf- noch Körperbewegungen anamnestisch zu eruieren. Die Untersuchung habe insbesondere keine Hinweise auf eine Störung des peripheren vestibulären Apparates oder auf eine zentralvestibuläre Funktionsstörung geliefert. Hingegen hätten sich immer wieder diskrete Anhaltspunkte auf eine gewisse funktionelle Überlagerung ergeben (Urk. 12/25/2).

Am 21. Juni 2004 (Urk. 12/44) teilte Dr. C. \_\_\_\_ mit, dass die von der Rehaklinik B. \_\_\_\_ erstellten Schaller-Aufnahmen relativ wenig pneumatisierte Mastoide und Zeichen einer Sklerosierung zeigten. Hinweise für eine akute Entzündung beständen keine.

3.7. Im Austrittsbericht der Rehaklinik B. \_\_\_\_ vom 8. Juli 2004 (Urk. 12/49), in welcher sich der Beschwerdeführer vom 3. Mai bis zum 9. Juni 2004 aufgehalten hatte, wurden folgende Diagnosen aufgeführt: A. HWS-Distorsion, Comotio cerebri und LWK2-Querfortsatzfraktur infolge Unfall am 10. Februar 2004: A1 posttraumatische Belastungsstörung nach lebensbedrohlichem Unfallereignis bei vulnerabler, auf Sicherheit, Anpassung und Leistung orientierter Persönlichkeit, A2 Kopfschmerzen vom Spannungskopfschmerztyp, A3 lumbovertebrales Syndrom. B. Hypertone Blutdruckwerte. C. Schwerhörigkeit linksbetont mit Rauschtinnitus (unfallfremd, vorbestehend). Als aktuelle Probleme seien zu verzeichnen: anhaltende, belastungs- und bewegungsverstärkte Hinterkopfschmerzen mit Ausstrahlung zur Stirne, im Tagesverlauf zunehmend; Angabe von schmerzverstärktem Schwindel, Schwindel im Hinterhaupt, Schwommensehen, wiederkehrende Sensibilitätsverluste der rechten Körperhälfte und

Konzentrationsstörungen; innere und motorische Unruhe, Reizbarkeit und Schreckhaftigkeit, Konzentrationsstörungen sowie posttraumatisch aufgetretene, erhöhte Blutdruck- und Pulswerte als Zeichen eines affektiven Hyperarousals; nächtliche Unfallträume, flashbackartige Nachhallerinnerungen tagsüber sowie Vermeidungsverhalten in Bezug auf die Unfallstelle und akrophobe Ängste; leichte belastungsverstärkte Nackenschmerzen ohne Schmerzausstrahlung; erhebliche Schlafstörungen infolge Schmerzen und psychischer Problematik; leichte belastungsverstärkte Kreuzschmerzen; belastungsabhängige Schmerzen im rechten Sprunggelenk, mit gelegentlicher Ausstrahlung in die rechte Hüfte (Urk. 12/49). Aus der Anamnese ergibt sich im Weiteren, dass sich die Beschwerden insgesamt nach dem Unfall verbessert hätten, wobei insbesondere das Laufen und die Nackenschmerzen besser geworden seien. Auch die Kopfbeweglichkeit habe deutlich zugenommen. Indes seien die Kopfschmerzen immer noch stark störend (Urk. 12/49/4). Aufgrund der Kopfschmerzen, Schwindelbeschwerden sowie der Seh- und Konzentrationsstörungen habe sich der Beschwerdeführer bei Eintritt als nicht arbeitsfähig bezeichnet, sich vom Aufenthalt jedoch eine rasche Besserung erhofft, um baldmöglichst an seinen Arbeitsplatz zurückkehren zu können (Urk. 12/49/5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Betreffend relevante Befunde bei Eintritt hielten die Ärzte fest, dass der Beschwerdeführer ein leichtes Schonhinken rechts bei sonst unauffälligem Gangbild gezeigt habe. An der HWS habe eine Druckschmerzhaftigkeit mit verstärkten Kopfschmerzen und Verschwommensehen erhoben werden können. Auch am Atlas sowie an den Dornfortsätzen am zerviko-thorakalen Übergang sei eine Druckdolenz festzustellen gewesen. In der Schultergürtelmuskulatur habe nur eine geringfügige Druckschmerzhaftigkeit bestanden. Die BWS sowie LWS hätten sich normal beweglich, aber ebenfalls mit Druckschmerzhaftigkeit der Dornfortsätze der mittleren und unteren LWS gezeigt (Urk. 12/49/5). Die Testung der Waddellzeichen sei negativ gewesen. Bei Austritt habe der Beschwerdeführer berichtet, dass Ausdauer und Schlaf sowie Knöchelbeschwerden besser geworden seien. Die Kraft habe sich nur wenig verbessert. Die Kreuz- und Kopfschmerzen hätten eher zugenommen, der Summton in seinem Kopf habe sich ebenfalls verschlimmert (Urk. 12/49/6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anlässlich des psychosomatischen Konsiliums vom 7. bzw. 12. Mai 2004 (Urk. 12/50) fiel gemäss Ausführungen von Dr. phil. I. \_\_\_\_, Fachpsychologin für klinische Psychologie und Psychotherapie FSP, die innere Anspannung und Unruhe des Beschwerdeführers mit permanentem Wippen der Beine auf. Zwar habe ein affektiver Rapport einigermaßen hergestellt werden können, die affektive Schwingungsfähigkeit und -breite sei aber reduziert gewesen und es sei der Eindruck entstanden, der agitiert wirkende Beschwerdeführer stehe noch ganz unter dem Schock des ihm unfassbar erscheinenden Unfallereignisses und werde von multiplen Schmerzen sowie Missempfindungen gequält. Er habe einen gequälten Gesichtsausdruck, eine dysphorische Stimmung sowie eine sehr bewegte Psychomotorik mit zeitweiligem Grimassieren gezeigt. Der Eigenantrieb sei eher herabgesetzt gewesen. Bei ansonsten formal unauffälligem Gedankengang hätten die psychophysisch veränderte Befindlichkeit seit dem Unfall und die Zukunftssorgen inhaltlich dominiert (Urk. 12/50/2). Schliesslich habe der Beschwerdeführer erzählt, er habe - als ihn die Platten beinahe erdrückt hätten - mit dem Leben bereits abgeschlossen gehabt. Dr. I. \_\_\_\_, fährte aus, der Beschwerdeführer habe nach einem subjektiv und objektiv erheblichen Unfalltrauma

mit Todesnähe neben stark beeinträchtigenden Schmerzen von teils somatoformer Qualität (schmerzhaftes Summen im Hinterkopf, zeitweiliger Sensibilitätsverlust in der rechten Körperhälfte) auch typische Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung entwickelt, wobei Symptome des Wiedererlebens und ein Vermeidungsverhalten in Bezug auf Unfallstellen im Vordergrund standen. Beim Beschwerdeführer, welcher eine etwas zwanghafte und leistungsorientierte Persönlichkeit aufweise, bedeute der Unfall eine markante Zäsur im Leben, welche mit einer starken und nachhaltigen existenziellen Verunsicherung verbunden sei (Urk. 12/50/3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend hielten die Ärzte Dres. med. J. \_\_\_\_, K. \_\_\_\_, und L. \_\_\_\_ fest, die bisherige Tätigkeit als Kranführer sei dem Beschwerdeführer aktuell nicht zumutbar. Gleichwohl sei ab dem 10. Juni 2004 ein Arbeitsversuch zur Anpassung und Angewöhnung geplant, wobei in einer Anfangsphase von mindestens vier Wochen wegen der erhöhten Sturzgefahr infolge Schwindels auf das Führen von Kranen zu verzichten sei. Fahrten mit einem Lieferwagen sowie das Führen von Baumaschinen sollten ebenfalls erst nach einer Eingewöhnungsphase und nur dann erfolgen, wenn sich der Beschwerdeführer dazu fähig fühle. Für andere leichte bis mittelschwere Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer vollumfänglich arbeitsfähig, wobei keine längerdauernden Tätigkeiten über Kopfhöhe oder auf absturzgefährdeten Stellen verrichtet werden dürften. Ebenso seien längerdauernde Tätigkeiten in vorgeneigter Position sowie längerdauerndes Arbeiten in kauender Stellung zu vermeiden. Die Ärzte ergänzten, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus funktionell-somatischer Sicht erfolge und unter Berücksichtigung der psychischen Auslenkung eine zusätzliche Einschränkung von maximal 50 % (verlangsamtes Arbeitstempo, eingeschränkte Stressbelastbarkeit) resultierte (Urk. 12/49/1, 12/48/1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus dem Bericht über das Ergonomie-Trainingsprogramm vom 8. Juli 2004 (Urk. 12/48) ergibt sich schliesslich, dass die Bereitschaft zur Erarbeitung von aktivitätsbezogenen Zielen und für einen optimalen Umgang mit Symptomen und Einschränkungen schlecht war. Zudem hätten die Beobachtungen während den Tests auf eine Selbstlimitierung hingewiesen, wobei die Konsistenz bei Test und Training gut gewesen sei (Urk. 12/48/1). Endlich notierten die Experten, die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers sei als mittelschwer (10 - 25 kg) einzuschätzen, wobei seine funktionelle Leistungsfähigkeit aktuell deutlich unter den entsprechenden Belastungsanforderungen liege (Urk. 12/48/5-6).

3.8 Ä Ä Ä Am 2. August 2004 (Urk. 12/53) berichtete der Arbeitgeber des Beschwerdeführers, dass dieser aus den Ferien zurückgekehrt sei. Die dort gemachte Wassertherapie habe keinerlei Verbesserung gebracht. Gleichwohl arbeite der Beschwerdeführer nach wie vor jeden Tag. Es sei sogar ein Versuch mit dem Führen eines Krans gemacht worden.

3.9 Ä Ä Ä M. \_\_\_\_, Psychologe FSP, erklärte am 23. August 2004 (Urk. 12/59), der Beschwerdeführer habe über chronische Schmerzen, anhaltende Schlafstörungen, Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, mangelnde Geduld, wachsende Spannungen innerhalb der Familie sowie eine Menge offener existentieller Fragen, welche ihm Angst machten und ihn zur Verzweiflung bringen würden, geklagt. Das traumatische Unfallereignis habe sein Leben auf den Kopf gestellt (Urk. 12/59/1). Der Psychologe erläuterte, die Erfahrung gemacht zu haben, dass insbesondere Menschen mit dem kulturellen Hintergrund des Beschwerdeführers auf einen Unfall mit Fatalismus

reagierten und das Ereignis als Schicksalsschlag betrachteten, welchem sie völlig ausgeliefert seien, dem sie ohnmächtig und resigniert gegenüberstünden. Dahinter seien Überforderung, Ohnmacht, die Flucht vor der Realität und die Übernahme der Opferrolle (Urk. 12/59/2). Nach sechs Therapiesitzungen im Zeitraum vom 7. Juni bis zum 23. August 2004 sei er zur Einsicht gekommen, dass der Beschwerdeführer bei der Traumaverarbeitung nach wie vor blockiert sei. Als einzige, sinnvolle und notwendige weitere Therapie erscheine ihm eine psychiatrische Behandlung, wenn möglich in der Muttersprache des Beschwerdeführers (Urk. 12/59/3).

3.10 Im Gespräch mit der Case Managerin G. \_\_\_ vom 15. Oktober 2004 auf einer Baustelle (Urk. 12/65) gab der Beschwerdeführer an, dass er sich insgesamt ruhiger fühle als noch vor einigen Wochen. Es gebe manchmal sogar gute Tage, aber auch viele, an denen er sehr nervös sei. Aktuell war der Beschwerdeführer damit beschäftigt, mittels kleinem Bagger Bauschutt aus einer Grube zu heben, wobei er vom Baupolier Orientierungsanweisungen erhielt, da er sich noch nicht genügend sicher fühle, um die Schaufel risikofrei zu platzieren. Gemäss Angaben des Baupoliers habe der Beschwerdeführer bislang jeden Morgen während vier Stunden mitgearbeitet, wobei die Leistungen nicht konstant gewesen seien. An manchen Tagen habe er offensichtlich an Schmerzen gelitten und sei unruhig gewesen.

3.11 Anlässlich der Besprechung von G. \_\_\_ mit Kreisarzt Dr. AA. \_\_\_ vom 18. November 2004 (Urk. 12/66) ergab sich, dass eine Fortführung des Arbeitsversuches wenig erfolgsversprechend sei, weshalb eine erneute stationäre Abklärung in der Rehaklinik B. \_\_\_ zu prüfen sei. Auch Dr. med. N. \_\_\_, Hausarzt des Beschwerdeführers seit Juni 2004 (Urk. 12/40), hielt dafür, dass es dem Beschwerdeführer aus psychischer Sicht zwar viel bringe, jeden Tag zur Arbeit gehen zu können, dass aber in Bezug auf eine Steigerung der Leistung keine Fortschritte eingetreten seien, weshalb ein erneuter stationärer Aufenthalt zu befürworten sei (Urk. 12/69).

3.12 Eine MRI-Untersuchung der HWS vom 10. Februar 2005 (Bericht des Kantonsspitals O. \_\_\_ vom 10. Februar 2005, Urk. 12/80) ergab weder das Vorliegen eines Bandscheibenprolapses noch Hinweise auf eine Spondylodiscitis oder eine frische knöcherner Verletzung. In den Segmenten HWK3/4 bis einschliesslich 5/6 wurde eine leichte Vorwölbung der Bandscheibe - jedoch ohne erkennbare Einengung der Neuroforamina oder des ventralen Subarachnoidalraumes sowie ohne Anzeichen einer Nervenkompression - zur Darstellung gebracht. Die Ärzte werteten eine leichte äusserliche Veränderung im Bereich der Deckplatte des HWK5 in erster Linie im Rahmen degenerativer Veränderungen und einer beginnenden Osteochondrose.

3.13 Am 1. März 2005 teilte Dr. med. P. \_\_\_, Rehaklinik B. \_\_\_, der Beschwerdegegnerin mit (Urk. 12/82), der Beschwerdeführer benötige dringend psychiatrische Behandlung, weshalb er an das Spital U. \_\_\_ überwiesen werde.

3.14 Psychologin Dr. I. \_\_\_, Psychosomatische Abteilung Rehaklinik B. \_\_\_, in welcher sich der Beschwerdeführer vom 19. Januar bis zum 4. März 2005 einem Copingprogramm unterzogen hatte (Urk. 12/91), notierte im Bericht vom 4. Februar 2005 betreffend psychosomatisches Konsilium (Urk. 12/92), der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers habe sich seit seinem letzten Aufenthalt in B. \_\_\_ verschlechtert. Insbesondere habe die motorische Unruhe im Rahmen einer Agitiertheit mit psychophysischem Hyperarousal eher noch zugenommen. Der Beschwerdeführer

erwecke einen depressiv-verzweifelten Eindruck, leide noch unverändert unter der posttraumatischen Belastungsstörung mit Intrusionen, erhöhter psychischer Sensitivität und Erregung sowie unter quälender Schlaflosigkeit, teils begleitet von nächtlichen Suizidgedanken. Im Vordergrund stehe jetzt eine psychische Stabilisierung mit optimierter psychopharmakologischer Einstellung (Urk. 12/92/3).

Im Bericht vom 24. März 2005 (Urk. 12/91) führten Q.,\_\_\_\_, Therapeutin Ergonomie, Dr. K.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_, Rehaklinik B.\_\_\_\_, aus, infolge erheblicher psychischer Beeinträchtigung bei Eintritt sei statt dem normalen Ergonomie-Trainingsprogramm ein analoges Coping-Programm auf geringem Belastungsniveau durchgeführt worden. Die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers sei im Rahmen der im Vordergrund stehenden, erheblichen psychischen Problematik beeinträchtigt gewesen. Die Experten hielten die bisherige Tätigkeit als Kranfahrer wegen erhöhter Sturzgefahr (Schwindelproblematik) als nicht mehr zumutbar und attestierten aus psychiatrischen Gründen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Auch in jeder anderen Tätigkeit bestehe keine verwertbare Arbeitsleistung mehr, wobei die Beurteilung global und unter Berücksichtigung der psychischen Problematik erfolgt sei. Eine Neubeurteilung sei in etwa drei bis vier Monaten angezeigt (Urk. 12/91/1).

Zusammenfassend nannten die Ärzte neben einem zervikovertebralen Syndrom die bereits früher gestellten Diagnosen (vgl. Erw. 3.7), wobei die posttraumatische Belastungsstörung (nun) eine agitiert-depressive Komponente aufweise (Austrittsbericht vom 7. April 2005, Urk. 12/93). Die aktuellen Probleme wurden - mit Ausnahme einer neu aufgetretenen Armschwäche rechts unklarer Art - unverändert wie im Frühjahr 2004 geschildert (Erw. 3.7). Nach einem unklaren Fieberschub (bei unauffälligem MRI des Schädels und der LWS), aufgrund dessen der Beschwerdeführer vom 30. Dezember 2004 bis zum 6. Januar 2005 im Spital V.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen sei, habe sich der Allgemeinzustand und insbesondere die psychische Problematik verschlechtert. Das Lumbovertebralsyndrom stehe aktuell eher im Hintergrund (Urk. 12/93/1). Die Experten berichteten schliesslich, Prof. Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, welcher den Beschwerdeführer wegen der leichten Schwäche des rechten Armes am 28. Januar 2005 neurologisch untersucht hatte, habe es als denkbar erachtet, dass den geklagten Symptomen ein organischer Kern zugrunde liege (vgl. Bericht vom 28. Januar 2005, Urk. 11/4). Andererseits habe er aber Befunde beschrieben, welche keiner neurologischen Erkrankung zugeordnet werden könnten. Einen Zusammenhang zum Status febrilis im Dezember 2004 habe er verneint (Urk. 12/93/2).

3.15 Dr. N.\_\_\_\_ bestätigte am 4. Mai 2005, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtert habe, seit er nicht mehr auf der Baustelle tätig sei (Urk. 12/100).

3.16 Am 28. Juli 2005 (Urk. 12/122) erklärte der Konsiliarpsychiater Dr. A.\_\_\_\_ gegenüber G.\_\_\_\_, Case Managerin, die psychische Verfassung des Beschwerdeführers werde durch die Lehrstellensituation seines Sohnes beeinflusst. Eine Aktivierung des Beschwerdeführers wäre wichtig. Mit Blick auf den kulturellen Hintergrund sei es jedoch gut möglich, dass keine Fortschritte mehr zu erzielen seien.

3.17 Zu Händen der Beschwerdegegnerin berichtete der Beschwerdeführer am 23. August 2005 (Urk. 12/130), es gehe ihm wieder schlecht. Er sei nur noch in der Lage,

wenige Schritte zu laufen, wobei ihn seine Frau dabei immer begleiten müsste. Zur Psychiaterin Dr. med. S.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 12/126) habe er guten Zugang finden können.

3.18. Dr. med. T.\_\_\_\_, Oberärztin an der Klinik D.\_\_\_\_, nannte im Austrittsbericht vom 7. März 2006 (Urk. 12/149) - der Beschwerdeführer war vom 11. Januar bis zum 15. Februar 2006 auf der psychosomatischen Abteilung hospitalisiert - die bereits bekannten Diagnosen (vgl. Erw. 3.7, 3. 14), wobei beim anhaltenden chronifizierten Schmerzsyndrom somatoforme Anteile und eine dysfunktionale Bewältigung mitbeständen (Urk. 12/149/1 und 3). In Ergänzung dazu hielt sie fest, die posttraumatische Belastungsstörung sowie die chronifizierte Schmerzsymptomatik stellten unfallbedingte Diagnosen dar. Dabei sei zu beachten, dass die vom Beschwerdeführer geäußerten hauptsächlichen Schmerzlokalisationen beim Unfallereignis mitbeteiligt gewesen seien und sich durch die anhaltende Anspannung im Rahmen der posttraumatischen Störung weiter verstärkt hätten. Die leistungsorientierte, auf Sicherheit ausgerichtete Persönlichkeit sowie ein sekundärer Krankheitsgewinn über die Zuwendung der Familie hätten ebenfalls zur Chronifizierung und zu einem eingeschränkten Therapieerfolg mitgetragen. Aktuell bestehe keine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt; aus sprachlichen Gründen sowie aus den Schwierigkeiten des Beschwerdeführers, sich wirklich einzulassen, sei es während der Hospitalisation nicht gelungen, an seinem Verhalten viel zu ändern (Urk. 12/149/2). Dr. T.\_\_\_\_ führte weiter aus, die anhaltende Angst des Beschwerdeführers vor einem erneuten Trauma, seine Gefühle steten Versagens sowie wiederholte Enttäuschungen erschwerten therapeutische Fortschritte und erklärten depressive Symptome. Diese Symptomatik werde überdies durch das angstbetonte überprotektive Verhalten der Ehefrau des Beschwerdeführers verstärkt. Die Lähmung seines rechten Armes, welche nicht durch organische Faktoren zu erklären sei, könne am ehesten als Ausdruck innerer Konflikte gesehen werden (Urk. 12/149/6). Abschliessend empfahl die Ärztin dringend, die medikamentöse sowie psychotherapeutische Behandlung mit dem Ziel der Stabilisierung beizubehalten. Aus psychosomatischer Sicht attestierte sie eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, welche aufgrund der komplexen Symptomatik voraussichtlich kurz- und mittelfristig bestehen bleibe (Urk. 12/149/7).

3.19. Mit Bericht vom 11. Oktober 2007 (Urk. 11/1) hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, ausser der Querfortsatzfraktur des LWK2 seien keine auf den Unfall zu beziehenden pathologischen Befunde erhoben worden. Gestützt auf die Krankengeschichte sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer - wenn überhaupt - nur eine leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI) Grad 0 erlitten habe. Die aufgrund der massiv geklagten Kopfschmerzen veranlasste Diagnostik des Schädels sei adäquat. Bei fehlenden auffälligen neurologischen Befunden sowie unauffälligem Schädel-CT sei eine kernspintomographische Untersuchung nicht indiziert gewesen. Mögliche Läsionen seien - was das Absinken des Armes im Armhalteversuch betreffe - durch ein MRI des Schädels (vgl. Erw. 3.14 3. Abschn.) sowie der HWS (vgl. Erw. 3.12) ausgeschlossen worden. Endlich erwiesen sich die vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers geforderten Verfahren als nicht geeignet, um vermeintliche traumatische Folgen zu klären, liessen sich doch mittels FMRI, PET und SPECT funktionelle, indes keine morphologischen Störungen des Gehirns nachweisen und befinde sich das DTI noch im experimentellen Stadium. Um entzündliche Erkrankungen auszuschliessen, könne jedoch mittels MRI eine Verlaufsuntersuchung an die Hand genommen werden.

#### E. 4

4.1 Umstritten ist, nach welchen Regeln der adäquate Kausalzusammenhang der vom Beschwerdeführer nach wie vor geklagten Beschwerden zu präfen ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorab ist mit Blick auf die pauschale Kritik des Beschwerdeführers, bei den aufliegenden Unterlagen handle es sich bloss um solche behandelnder Ärzte und Institutionen (Urk. 17 S. 7), festzuhalten, dass keinerlei Gründe ersichtlich sind, weshalb nicht auf die vorliegenden ärztlichen Berichte abzustellen wäre.

4.2 Ä Ä Ä Ä Obwohl dem Unfallereignis vom 10. Februar 2004 eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abzusprechen ist, erfüllt dieses nicht die Voraussetzungen eines Schreckereignisses (vgl. Erw. 2.1). So mangelte es zumindest an der realen, überraschenden und grossen Heftigkeit des Vorfalles, musste der Beschwerdeführer als Kranführer auf dem Bau doch damit rechnen, dass Bauelemente umstürzen können. Tritt ein gefährdetes Risiko ein, so fehlt es an der überraschenden Heftigkeit (vgl. David Weiss in SZS 1/2007, S. 53). Das Vorbringen des Beschwerdeführers, die somatischen Beschwerden seien Ursprung und Kern seines Leidens (Urk. 1 S. 9), und die in der Replik gemachten umfangreichen Ausführungen darüber, weshalb die Adäquanzprüfung nach BGE 117 V 360 vorzunehmen sei, lassen denn auch darauf schliessen, dass der Beschwerdeführer selber nicht (mehr) vom Vorliegen eines Schreckereignisses ausging. Mit Blick auf die hohen Anforderungen, welche an den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen psychischen Beschwerden und so genannten Schreckereignissen gestellt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 1. September 2008, 8C\_522/2007, Erw. 4.1), wäre ein solcher im vorliegenden Fall ohnehin zu verneinen.

4.3 Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin präfte die Adäquanz der geklagten Beschwerden zum Unfallereignis nach der Rechtsprechung, wie sie gemäss BGE 115 V 133 für psychische Beschwerden nach Unfall gelten, währenddem der Beschwerdeführer die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (BGE 117 V 360) als anwendbar bezeichnete.

4.3.1 Ä Ä Die Aktenlage erhellt zweifelsfrei, dass nach dem Unfallereignis vom 10. Februar 2004 - abgesehen von einer LWK2-Querfortsatzfraktur - keinerlei Läsionen oder Verletzungen objektiviert werden konnten. Bereits eine CT-Untersuchung des Schädels am 11. Februar 2004 ergab weder Anhaltspunkte für eine frische Blutung oder eine Fraktur. Ebenso erwiesen sich ein weiteres aufgrund starker Kopfschmerzen veranlasstes CT des Schädels vom 16. Februar 2004 sowie die Untersuchungen der HWS, von Hals, Thorax Abdomen und Becken als unauffällig (Erw. 3.2). Weder kann bei Schmerzen noch bei Druckdolenzen oder einer Einschränkung der Beweglichkeit im HWS-Bereich von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen gesprochen werden, sind solche doch mit apparativen oder bildgebenden Abklärungen nicht zu bestätigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 20. August 2008, 8C\_33/2008, Erw. 5.1).

4.3.2 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Demgegenüber berichtete Dr. F. \_\_\_ bereits fünf Wochen nach dem Unfallereignis von einer massiven Symptorausweitung, ohne dass noch von Seiten der HWS Unfallfolgen vorliegen würden (Erw. 3.3). Auch der in der Folge von der Rehaklinik B. \_\_\_ im Mai 2004 zugezogene Neurologe Dr. C. \_\_\_ wies bei fehlenden

Hinweisen auf eine organische Funktionsstörung für die vom Beschwerdeführer geklagten Schwindelbeschwerden ebenfalls auf eine funktionelle Äußerlagerung hin (Erw. 3.6). Dass die Beschwerdegegnerin mit Blick auf diese Aktenlage und die anschliessende Verlaufsentwicklung die psychischen Beschwerden als im Vordergrund stehend bezeichnete, ist nicht zu beanstanden. Wengleich die Ärzte der Rehaklinik B. \_\_\_ neben einer posttraumatischen Belastungsstörung Kopfschmerzen sowie ein lumbovertebrales Syndrom diagnostizierten (Erw. 3.7), ergibt sich aus deren Austrittsbericht, dass die physischen Beschwerden nur von untergeordneter Bedeutung waren. Der Psychologe Dr. I. \_\_\_ bezeichnete nämlich die stark beeinträchtigenden Schmerzen als von teils somatoformer Qualität (schmerzhaftes Summen im Hinterkopf, zeitweiliger Sensibilitätsverlust in der rechten Körperhälfte) und damit, wenigstens teilweise, als psychischen Ursprungs. Und das Ärzteteam hielt zusammenfassend fest, die bisherige Tätigkeit sei infolge Schwindels - für welchen ebenso wenig wie für die übrigen somatischen Beschwerden ein organisches Korrelat hatte gefunden werden können (vgl. Erw. 3.6) - nicht mehr zumutbar. Die Tatsache, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus funktionell-somatischer Sicht erfolgt war, vermag nichts daran zu ändern, dass die zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Distorsionstraumas gehörenden Beeinträchtigungen im Vergleich zur psychischen Problematik unmittelbar nach dem Unfall ganz in den Hintergrund traten. Dass die im übrigen diagnostizierte linksbetonte Schwerhörigkeit mit Rauschtinnitus unfallfremd ist, wurde vom Beschwerdeführer zu Recht nicht bestritten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Endlich zeigt auch die weitere gesundheitliche Entwicklung des Beschwerdeführers die ausgeprägte Dominanz der psychischen Probleme: Hielt der Psychologe M. \_\_\_ dafür, dass der Beschwerdeführer aufgrund seines kulturellen Hintergrundes den Unfall als Schicksalsschlag erachte, dem er völlig ausgeliefert und resigniert gegenüber stehe und die Opferrolle übernehme (Erw. 3.9), ergab eine MRI-Untersuchung der HWS weder das Vorliegen eines Bandscheibenprolapses noch eine erkennbare Einengung der Neuroforamina oder eine Nervenkompression (Erw. 3.12) und bezeichnete die Rehaklinik B. \_\_\_ nach einem erneuten stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers die psychische Stabilisierung als vordringlich, das Lumbovertebralsyndrom als eher im Hintergrund stehend und attestierte aus psychiatrischen Gründen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Erw. 3.14), so stellt das Vorbringen des Beschwerdeführers, es sei offen, in welchem Umfang die Beschwerden des typischen Beschwerdebildes nach HWS-Distorsion beim Gesundheitszustand des Beschwerdeführers eine Rolle spielten (Erw. 1.2), womit auf die vorliegenden Akten nicht abgestützt werden könne, ins Leere. Dies umso mehr, als der Hinweis des Konsiliarpsychiaters, Dr. AA. \_\_\_, die Verfassung des Beschwerdeführers werde durch die Lehrstellensituation seines Sohnes beeinflusst und mit Blick auf den kulturellen Hintergrund sei es gut möglich, dass keine Fortschritte mehr zu erzielen seien (Erw. 3.16), gar auf unfallfremde, die psychische Situation des Beschwerdeführers beeinflussende Faktoren hinweist. Endlich vermag der Beschwerdeführer mit seinem Einwand, Dr. T. \_\_\_, Klinik D. \_\_\_, habe sowohl die posttraumatische Belastungsstörung als auch die chronifizierte Schmerzsymptomatik als unfallbedingt bezeichnet (Urk. 17 S. 4), nichts zu seinen Gunsten abzuleiten, erklärte die Ärztin doch einerseits, dass beim chronifizierten Schmerzsyndrom somatoforme Anteile sowie eine dysfunktionale Bewältigung mitbeständen. Andererseits machte Dr. T. \_\_\_ einen sekundären Krankheitsgewinn und das angstbetonte überprotektive Verhalten der Ehefrau des Beschwerdeführers - und

damit ebenfalls unfallfremde Faktoren - als für die Chronifizierung mitverantwortlich und erklärte schliesslich, die Lähmung des rechten Armes sei am ehesten als Ausdruck innerer Konflikte zu werten (Erw. 3.18).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zuletzt ist anzumerken, dass die Tatsache, dass der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit zwar über längere Zeit (in reduziertem Umfang) ausübte, dafür jedoch detailliert angewiesen werden musste (vgl. Erw. 3.8, 3.10), ebenso auf ein Unvermögen aus rein psychiatrischer Sicht hinweist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit ist erstellt, dass die psychische Problematik des Beschwerdeführers bereits kurz nach dem Unfallereignis und auch im weiteren Verlauf sehr ausgeprägt war, weshalb die Beschwerdegegnerin die Adhäsionsprüfung zu Recht gestützt auf BGE 115 V 113 vorgenommen hat.

4.3.3 Ä Ä Auch das Vorliegen eines Schädel-Hirntraumas führte nicht zur analogen Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung, reichen einerseits dafür doch leichte Hirnerschütterungen wie vorliegend nicht aus (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen S. vom 13. Juni 2005, U 276/04, Erw. 2.2.1) und käme aufgrund der Dominanz der psychischen Beschwerden ohnehin die Rechtsprechung nach BGE 115 V 113 zur Anwendung.

4.3.4 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Abschliessend ist festzuhalten, dass - wie die Beschwerdegegnerin gestützt auf den Bericht von Dr. E. \_\_\_ zu Recht feststellte - keinerlei Anlass bestand und besteht, weitere Untersuchungen zu veranlassen, es sei denn, diese erfolgten zum Ausschluss einer endlichen Erkrankung, was indes nicht zulasten des Unfallversicherers zu erfolgen hätte.

4.4 Ä Ä Ä Ä

4.4.1 Ä Ä Beim Unfallereignis vom 10. Februar 2004 wurde der Beschwerdeführer durch umfallende Pressspanplatten gegen eine Schuttmulde geworfen, wobei eine Aluleiter, welche an die Platten angelehnt war, verhinderte, dass der Beschwerdeführer erdrückt wurde. Durch den Aufprall barst der Bauhelm des Beschwerdeführers (Urk. 12/177/16). Gemäss Polizeirapport halfen in der Folge zwei weitere, sich nahe der Unfallstelle befindliche Arbeitskollegen dem Beschwerdeführer aus dem Zwischenraum heraus (Urk. 12/177/23).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Unabhängig davon, ob der Beschwerdeführer beim Unfall eingeklemmt wurde oder nicht, ist der Unfall aufgrund des augenfalligen Geschehensablaufes nicht als schwerer Unfall im Sinne der Rechtsprechung zu qualifizieren (vgl. Beispiele in RKUV 1995 U 251 S. 91). Zu prägen bleibt, wie das Unfallereignis innerhalb des mittleren Bereiches einzuordnen ist.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) hatte vergleichbare oder ähnliche Bauunfälle wie folgt beurteilt: Auf einen Bauhandlanger kippten acht schwere Schalungselemente (2,5 m lang, 2 m breit und 10 cm dick). Der Arbeiter zog sich Kontusionen und Schürfungen zu und konnte erst nach rund sechs Minuten mit Hilfe eines Krans befreit werden. Diesen Unfall betrachtete das EVG nicht als schweren Fall im mittleren Bereich (RKUV 1999 Nr. U 330 S. 123 Erw. 4b/bb), ebensowenig denjenigen Fall, bei welchem eine rund drei Meter hohe Mauer auf einen Arbeiter herabstürzte (RKUV 1999 Nr. U 330 S. 124 Erw. 4b/cc). Ein Bauarbeiter wurde - ohne Schutzhelm - von einer aus rund fünf Metern Höhe fallenden 2,5 Meter langen, 0,5 Meter breiten und

15,6 kg schweren Beton-Schalttafel mit einer Aufprallgeschwindigkeit von rund 20 km/h am Kopf getroffen; er stürzte aus rund 1,5 Metern auf den Betonboden und war während zwei bis drei Minuten bewusstlos. Nach Auffassung des EVG handelte es sich weder um einen schweren Unfall noch um einen solchen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen (Urteil EVG vom 21. Oktober 2003 in Sachen M, U 282/00, Erw. 4.2).

Mit Blick auf diese Rechtsprechung ist der hier zu beurteilende Unfall nicht im Grenzbereich zu den schweren Unfällen einzuordnen. Für das Vorliegen des adäquaten Kausalzusammenhanges ist demnach erforderlich, dass ein einzelnes der durch die Rechtsprechung entwickelten Kriterien besonders ausgeprägt vorliegt oder die Kriterien insgesamt in gehäuft oder auffälliger Weise erfüllt sind (BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa).

4.4.2.2. Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls gegeben sind, beurteilt sich objektiv und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens bzw. des Angstgefühls der versicherten Person. Eine gewisse Eindrücklichkeit ist dem Unfallereignis angesichts des Gewichts der Pressspanplatten von etwa 300 kg (vgl. Urk. 12/5) nicht abzusprechen.

Abgesehen von einer LWK2-Querfraktur erlitt der Beschwerdeführer keine Verletzungen, wobei ein erlittenes Distorsionstrauma der HWS im Rahmen des Kriteriums der Schwere oder besonderen Art der Verletzung ausser Betracht fällt (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 20. August 2008, 8C\_33/2008, Erw. 8.2). Auch eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung ist zu verneinen, traten doch wie festgestellt die somatischen Folgen des Unfalles kurz nach dem Ereignis in den Hintergrund; die weitere Behandlung des Beschwerdeführers stand ausschliesslich im Zusammenhang mit der psychischen Symptomatik.

Offen bleiben kann, ob körperliche Dauerschmerzen im Sinne von über den gesamten Zeitraum andauernden Beschwerden vorlagen. Denn selbst wenn dieses Kriterium als erfüllt betrachtet würde, wäre es weder besonders ausgeprägt noch auffallend gegeben, hatte doch bereits fünf Wochen nach dem Unfallereignis eine deutlich psychische Überlagerung stattgefunden und wurden die geklagten Schmerzen - wenigstens teilweise - als somatoform bezeichnet. Zur Annahme eines schwierigen Heilungsverlaufes und erheblicher Komplikationen bedarf es besonderer Gründe, welche vorliegend keine ersichtlich sind. Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung gibt es ebenfalls keine. Was schliesslich Grad und Dauer der physisch bedingten und im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Arbeitsunfähigkeit betrifft, erfolgte bereits im Juli 2004 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr aus physisch objektivierbaren Gründen, wobei die Ärzte gleichwohl eine angepasste leichte bis mittlere Tätigkeit aus funktionell-somatischer Sicht als vollumfänglich zumutbar bezeichneten und eine Reduktion um 50 % lediglich aufgrund der psychischen Auslenkung attestierten (Erw. 3.7).

4.4.3.3. Es ergibt sich, dass lediglich die Kriterien der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalles und - wenn auch nur teilweise und nicht in ausgeprägter Weise - dasjenige der körperlichen Dauerschmerzen erfüllt sind, was zur Begründung eines adäquat-kausalen Zusammenhangs der festgestellten psychischen Beschwerden mit dem Unfallereignis vom 10. Februar 2004 nicht ausreicht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit ist die Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin per 31. Januar 2007 nicht zu beanstanden, und die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

5.1 Ä Ä Ä Ä Neben den Anträgen in der Sache beantragte der Beschwerdeführer in prozessualer Hinsicht, es sei ihm in der Person von Rechtsanwalt Laube ein unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen (Urk. 1 S. 22). Nachdem dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 9. August 2007 (Urk. 5) unter der Androhung, dass bei ungenügender Substantiierung oder fehlenden oder ungenügenden Belegen zur finanziellen Situation davon ausgegangen werde, dass keine prozessuale Bedürftigkeit bestehe, aufgefordert worden war, die prozessuale Bedürftigkeit zu belegen, liess er am 30. August 2007 das Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit (Urk. 7) zusammen mit weiteren Belegen (Urk. 8/1-10) zu den Akten reichen.

5.2 Ä Ä Ä Ä Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 47, 100 V 62, 98 V 117).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts setzt voraus, dass die Gesuch stellende Person sämtliche eigenen Hilfsmittel zur Finanzierung des Prozesses erschöpft hat. Zu berücksichtigen ist unter anderem auch die Möglichkeit, vom Ehegatten auf Grund der ehelichen Unterhaltspflicht (Art. 163 ZGB) einen angemessenen Prozesskostenvorschuss zu erhalten. In zweiter Linie ist zu prüfen, ob die um das Armenrecht nachsuchende Partei über eigenes Vermögen verfügt. Erst in dritter Linie ist die Gesuch stellende Person sodann auf die allgemeine eheliche Beistandspflicht zu verweisen. Die Pflicht des Staates zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung geht der Unterhaltspflicht aus Familienrecht nach; entsprechend ist bei der Beurteilung der Bedürftigkeit das Einkommen beider Ehegatten zu berücksichtigen (BGE 115 Ia 193 E. 3a S. 195; 108 Ia 9 E.

3 S. 10). Erst wenn alle diese Mittel zur Finanzierung des Prozesses nicht ausreichen, ist die Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts gegeben (ZR 90 Nr. 82 S. 260).

5.3 Ä Ä Ä Ä Im aufgelegten Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit gab der Beschwerdeführer an, Wertschriften im Umfang von Fr. 7'000.-- zu besitzen. Seinen eingereichten Belegen lassen sich zu den Vermögensverhältnissen des Beschwerdeführers und seiner Ehefrau jedoch keine weiteren Angaben entnehmen. Insbesondere fehlen (aktuelle) Bankauszüge, welche über den Verbleib des von der Invalidenversicherung ausgerichteten Nachzahlungsbetrages an den Beschwerdeführer per März 2007 von Fr. 44'379.-- (vgl. Urk. 12/178) sowie über jenen der BVG-Sammelstiftung der W. \_\_\_ von Fr. 13'212.80, ebenfalls zugunsten des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 12/182/5), Auskunft geben. Damit erweisen sich seine Angaben über die finanzielle Situation als ungenügend substantiiert, weshalb sein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege abzuweisen ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass das Gesuch des Beschwerdeführers bei einem Vermögensstand von rund Fr. 50'000.-- auch mangels Bedürftigkeit abzuweisen wäre.

Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch des Beschwerdeführers vom 7. August 2007 um Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters wird abgewiesen,

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Thomas Laube

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit

3. 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.