

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00494 vom 27. Februar 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-02-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00494

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00494 du 27 février 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00494 del 27 febbraio 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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).

1.2 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 Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosses Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.3

1.3.1.1 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 125 V 461 Erw. 5a, 123 V 103 Erw. 3d, 139 Erw. 3c, 122 V 416 Erw. 2a, 121 V 49 Erw. 3a mit Hinweisen; RKUV 1997 Nr. U 272 S. 172 Erw. 3a).

1.3.2.1 Für die 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 - von der Rechtsprechung 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).

1.3.3.1 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;

- erhebliche Beschwerden;
- Ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

1.4 Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der rechtlichen Folgen sind Versicherungsträger und Gerichte auf Angaben ärztlicher Expertinnen und Experten angewiesen. Diese Angaben bilden die ausschlaggebenden Beweismittel. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten.

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 161/2 Erw. 1c; vgl. auch 123 V 334 Erw. 1c).

2. Für die

2.1 Im ärztlichen Zeugnis vom 20. April 2004 (Urk. 8/M2) diagnostizierte Dr. C. eine Kontusion des Kopfes mit Distorsion der HWS. Die Beweglichkeit der HWS sei stark eingeschränkt, und der Beschwerdeführer habe Kopfschmerzen. Die Röntgenbefunde (vgl. Urk. 8/M1) hätten keine ossären Läsionen an der HWS und am Schädelschädel ergeben. Der Beschwerdeführer sei voraussichtlich für zwei bis vier Wochen 100 % arbeitsunfähig.

Im Bericht vom 1. Juni 2004 (Urk. 8/M5) beschrieb Dr. C. ___ einen posttraumatischen Kopfschmerz nach Sturz auf Hinterkopf. Der Beschwerdeführer sei mit dem Hinterkopf und wahrscheinlich den Schultern auf dem Boden aufgeschlagen. Es sei weder eine Bewusstlosigkeit noch eine Amnesie aufgetreten. Eine Fraktur des Schädels und der Halswirbelsäule habe ausgeschlossen werden können. Dank Analgesie und Physiotherapie habe sich der Zustand verbessert, so dass die Arbeitsunfähigkeit ab dem 24. Mai 2004 auf 50 % habe reduziert werden können. Der Beschwerdeführer sei aber nicht mehr in der Lage gewesen, mehr als 30 Minuten am Arbeitsplatz zu bleiben, und es sei ab 24. Mai 2004 wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert worden. Der Beschwerdeführer, der nun keine Medikamente mehr einnehmen möchte, leide vor allem unter Kopfschmerz. Die Nackenbeweglichkeit sei gut, Schulterschmerzen seien nur minimal vorhanden. Was ihn am meisten störe, sei die Müdigkeit, welche er auf die Durchschlafstörungen zurückschreibe. Ferner begründen die Augen nach einer halben Stunde Bildschirmarbeit zu brennen. Es belaste ihn die Angst vor einem Stellenverlust, da er erst seit kurzem beim jetzigen Arbeitgeber tätig sei. Am 10. Mai 2004 sei ein CT des Schädels durchgeführt worden, welches unauffällig gewesen sei (vgl. Urk. 8/M3).

2.2 Die Ärzte der D. ___ diagnostizierten im Austrittsbericht vom 8. Dezember 2004 (Urk. 8/M15) einen Status nach Schädeltrauma mit Commotio cerebri ohne Bewusstlosigkeit, aber mit persistierenden, respektive zunehmenden Kopfschmerzen, Erschöpfbarkeit und Konzentrationsproblemen.

In der klinischen Untersuchung zeige sich eine Haltungsinsuffizienz mit leichter Kopfprotraktion. Die aktive und passive HWS-Beweglichkeit sei in allen Richtungen frei und indolent durchführbar. Es könnten keine Anhaltspunkte für eine radikuläre Symptomatik festgestellt werden. Unter interdisziplinärer Therapie mit verbesserter Körperhaltung, Kräftigung der Rumpfmuskulatur und Erholung der Ausdauer sowie Erlernen von Schmerz copingstrategien seien die Schmerzen zunehmend rückläufig gewesen, leider aber nicht ganz verschwunden. Besonders die Kopfschmerzen und die Schlafproblematik seien persistierend gewesen. Andererseits habe der Beschwerdeführer von der verbesserten Beweglichkeit der HWS profitiert, die Lumbalbelastbarkeit habe sich erhöht und die körperliche Verfassung sei insgesamt fitter.

Auf der psychischen Ebene habe sich der Beschwerdeführer stärker geföhlt. Das Lernen, mit den Schmerzen umzugehen, sei für ihn sehr wichtig. Andererseits habe er eine gewisse Unsicherheit bezüglich seines Berufes und der Zukunft geäußert. Trotzdem sei er zuversichtlich gewesen, sich in seinen Beruf wieder eingliedern zu können.

Ab 1. Dezember 2004 sollte ein Arbeitsversuch mit einem Pensum von 50 % mit Steigerung bis 100 % innerhalb von 3 Monaten begonnen werden.

2.3 Laut den Berichten von Dr. F. ___ vom 19. April 2005 (Urk. 8/M17) und 18. Mai 2006 (Urk. 8/M18) liegt beim Beschwerdeführer ein Status nach Commotio cerebri mit chronischem Schmerzsyndrom, vor allem den Kopf und den Rücken betreffend, rascher Ermüdbarkeit, neuropsychologischen Beschwerden und einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F 43.21) vor.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus den Angaben des Beschwerdeführers gingen klare depressive Äquivalente hervor. Da in der psychiatrischen Exploration selbst der Affekt modulierbar gewesen sei, sei nicht von einer fixierten Depression auszugehen, und es liege möglicherweise auch nicht das Vollbild einer rezidivierenden depressiven Störung vor. Dennoch zeige sich eine psychiatrische Störung, die als Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion zu fassen sei. Es handle sich dabei um eine psychoreaktive Störung, wobei sich die Reaktion vornehmlich auf die limitierenden Unfallfolgen (chronische Schmerzen, neuropsychologische Probleme) bezögen. Die psychoreaktive Störung sei nicht so stark, dass die anderen Symptomgruppen (chronische Schmerzen, neuropsychologische Probleme) ihre Eigenständigkeit verlören. Dennoch sei sie geeignet, zur Chronifizierung beizutragen und die Intensität zu verstärken.

2.4 Ä Ä Ä Ä Die Ärzte der G.____ (Fachklinik für kardiale und psychosomatische Rehabilitation) berichteten am 7. Oktober 2005 (Urk. 8/M19), in den vielen Einzelgesprächen seien der hohe Leidensdruck, die Verzweiflung und das Gefühl der Ohnmacht in Anbetracht der limitierenden Kopfschmerzen mehrfach deutlich zum Ausdruck gekommen. Der Beschwerdeführer habe ein Tagesprotokoll, das die Intensität der Kopfschmerzen und die jeweilige Stimmung erfasst habe, geführt. Aufgrund der ausgewerteten Befunden lasse sich kein Zusammenhang zwischen der Stimmung und der Stärke des Schmerzes ableiten. Die Kopfschmerzen seien im Tagesverlauf auf einer Skala von 0 bis 10 mit einer Intensität von durchschnittlich 8 permanent hoch. Während des Aufenthaltes sei es vorgekommen, dass der Beschwerdeführer offenbar ohne vorherige Anstrengung schweissüberströmt zum psychologischen Gespräch erschienen sei. Zudem seien die berichteten Gedankenabreisser während der Gesprächssitzungen mehrfach bemerkt worden. Sie hätten jedes Mal zu einer tiefen Trauer und Verzweiflung geführt. Alle berichteten Symptome seien erst seit dem Unfall aufgetreten und hätten schliesslich aufgrund der Hoffnungslosigkeit in Bezug auf die mögliche Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit in die depressive Krise geführt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ab dem 26. September 2005 bestehe aus rein psychiatrischer Sicht eine prognostische Arbeitsfähigkeit von 50 % mit stufenweisem Anstieg auf 100 %.

2.5 Ä Ä Ä Ä Laut Gutachten der I.____ vom 5. Juli 2007 (Urk. 8/M23) liegen folgende Diagnosen vor (S. 17).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä a) mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit:

Ä "Ä Ä Ä Ä Ä Anpassungsstörung mit längerer leichtgradiger depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) in engem Zusammenhang mit dem persistierenden Kopfschmerzsyndrom des Versicherten bei

- Status nach depressiver Episode (Burnout-Syndrom) und

- akzentuierter Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen (ICD-10 Z73.1)

Ä Ä Erwachsenen-Aufmerksamkeitsdefizit-Störung ADS, unter Behandlung mit ConcertaR deutlich gebessert (ICD-10 F90.9)"

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä b) ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert:

Ä "Ä Ä Ä Ä Ä Unspezifische Rückenschmerzen

Ä Ä Zervikozepales Syndrom mit migrÄ¶niformer Komponente

Ä Ä Geringgradige Adipositas (BMI 34)"

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der BeschwerdefÄ¶hrer klagte heute am meisten Ä¶ber Kopfschmerzen, welche ihn an einer geregelten TÄ¶tigkeit hinderten. Weiter bestÄ¶nden Schmerzen im oberen Teil des RÄ¶ckens sowie zwischen den SchulterblÄ¶ttern linksbetont. Seine seelische Situation bezeichne er als Desaster und die finanzielle Lage als aussichtslos.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend leide der BeschwerdefÄ¶hrer an unspezifischen RÄ¶ckenschmerzen, welche mit dem Unfall nur mÄ¶glicherweise, und an chronischen zervikozepalen Schmerzen, welche mit dem Unfall Ä¶berwiegend wahrscheinlich zusammenhingen. Beide Beschwerdekomplexe fÄ¶hrten hingegen nicht zur ArbeitsunfÄ¶higkeit, diese liege in den psychiatrischen Diagnosen AnpassungsstÄ¶rung (Ä¶berwiegend unfallbedingt) und Aufmerksamkeitsdefizit-StÄ¶rung (nicht Unfallfolge) begrÄ¶ndet.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die ArbeitsfÄ¶higkeit in der angestammten TÄ¶tigkeit betrage 70 %, einschrÄ¶nkend seien das chronische Schmerzsyndrom, das leicht depressive Syndrom und das ADS. FÄ¶r jede geeignete VerweisungstÄ¶tigkeit betrage die ArbeitsfÄ¶higkeit ebenfalls 70 %. Die andauernde Einschränkung der ArbeitsfÄ¶higkeit habe mit dem Unfall begonnen. Aufgrund der Aktenlage und der Schilderung des BeschwerdefÄ¶hrers sei davon auszugehen, dass die medizinisch-theoretische ArbeitsunfÄ¶higkeit nach dem Unfall wÄ¶hrend lÄ¶ngerer Zeit fÄ¶r jede denkbare ErwerbstÄ¶tigkeit 50 % betragen habe. Seit dem Beginn der Behandlung mit ConcertaR habe sich die medizinisch-theoretische ArbeitsunfÄ¶higkeit bis zum Zeitpunkt der I. ___-Untersuchung auf 30 % vermindert.

E. 3

3.1 Ä Ä Ä Ä Aus den Ä¶rztlichen Unterlagen geht hervor, dass die somatischen Unfallfolgen im Unfallzeitpunkt gering waren. So diagnostizierte der erstbehandelnde Dr. C. ___ am Unfalltag eine Kontusion des Kopfes mit Distorsion der HWS, wobei die Beweglichkeit der HWS stark eingeschrÄ¶nkt war und der BeschwerdefÄ¶hrer Ä¶ber Kopfschmerzen klagte. Die RÄ¶ntgenbefunde ergaben keine ossÄ¶ren LÄ¶sionen, weder an der HWS, noch am SchÄ¶del (Urk. 8/M2). Auch das spÄ¶ter durchgefÄ¶hrte CT des SchÄ¶dels vom 10. Mai 2004 (vgl. Urk. 8/M3) war unauffÄ¶llig. Bereits nach der stationÄ¶ren Rehabilitation in der D. ___ war die HWS-Beweglichkeit in allen Richtungen frei und undolent durchfÄ¶hrbar gewesen (vgl. Urk. 8/M15).

3.2 Ä Ä Ä Ä Die I. ___-Ä¶rzte kamen in ihrem Gutachten vom 5. Juli 2007 (Urk. 8/M23) zum Schluss, dass der BeschwerdefÄ¶hrer an unspezifischen RÄ¶ckenschmerzen und an einem zervikozepalen Syndrom mit migrÄ¶niformer Komponente leide, dass diese aber keine Einschränkung in der ArbeitsfÄ¶higkeit bewirkten. In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierten sie eine AnpassungsstÄ¶rung mit lÄ¶ngerer leichtgradiger depressiver Reaktion in engem Zusammenhang mit dem persistierenden Kopfschmerzsyndrom und eine Erwachsenen-Aufmerksamkeitsdefizit-StÄ¶rung ADS, welche den BeschwerdefÄ¶hrer zu 30 % in der ArbeitsfÄ¶higkeit einschrÄ¶nkten.

Das Gutachten der I.____-Ärzte ist für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend. Es beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen. Die Gutachter berücksichtigen die geklagten Beschwerden und setzen sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Schliesslich wurde das Gutachten in Kenntnis der Vorakten erstellt, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein und sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet. Es erfüllt daher die praxisgemässen Kriterien vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

Somit kann mit den I.____-Ärzten davon ausgegangen werden, dass das zervikozepale Syndrom und die depressive Anpassungsstörung überwiegend eine Folge der Unfalls vom 15. April 2004 sind, wobei eine vorbestehende Disposition für depressive Verstimmungen aufgrund der Anamnese anzunehmen ist, jedoch der Unfall nicht Ursache des unterdessen gut behandelten ADS ist. Davon geht auch die Beschwerdegegnerin aus, verneint aber die Adäquanz.

E. 4

4.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, es beständen bei ihm nach wie vor typische Beschwerden nach HWS-Distorsionstrauma, weshalb die Frage des adäquaten Kausalzusammenhangs im Sinne der Rechtsprechung betreffend HWS-Distorsionstrauma vorzunehmen sei (Urk. 1 S. 4 Ziff. 7). Da in keinem Arztbericht eine psychische Auffälligkeit kurz nach dem Unfall beschrieben worden ist - eine psychiatrische Diagnose wurde erstmals von Dr. F.____ im Frühjahrjahr 2005 gestellt (vgl. Urk. 8/M17-M18) -, gelangt die Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind (BGE 117 V 359), zur Anwendung.

Die Parteien sind sich einig, dass von einem Unfall im mittelschweren Bereich auszugehen ist. Währenddem die Beschwerdegegnerin auf einen solchen im Grenzbereich zu den leichten schloss (Urk. 2 S. 5/6), beurteilte der Beschwerdeführer diesen im mittelschweren Bereich (Urk. 1 S. 4). Angesichts der Rechtsprechung des Bundesgerichts (vgl. die Beispiele aus dem mittleren Bereich bei Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgericht zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Auflage, Zürich 2003, S. 57 f.) ist vorliegend von einem Unfall im Grenzbereich zu den Leichten auszugehen. Der augenscheinliche Geschehensablauf mit einem Sturz aus relativ geringer Höhe lässt keine andere Einschätzung zu. Damit ist die adäquate Kausalität nur zu bejahen, wenn ein einzelnes praxisgemässes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder verschiedene Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sind.

4.2

4.2.1 Der Unfall vom 15. April 2004 war weder von besonders dramatischen Umständen begleitet noch besonders eindrücklich. Der Beschwerdeführer selber fasste den Unfall als Lappalie auf wie seine früheren Stürze beim Fussball. Erst, als die Kopfschmerzen zunehmend stärker wurden, ging er auf Geheiss seines Vorgesetzten zum Firmenarzt Dr. C.____ (vgl. Urk. 8/M23 S. 11 Ziff. 1.2.4).

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.