

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00507 vom 10. September 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-09-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2007.00507](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00507)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00507 du 10 septembre 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00507 del 10 settembre 2009

## Erwägungen

### E. 3

3.1. Im Anschluss an den Unfall vom 28. April 2006 wurde der Beschwerdeführer mit der Ambulanz ins Spital Z.\_\_\_\_ gebracht, wo er sich bis zum 30. April 2006 aufhielt. Dort wurden eine Commotio cerebri und eine Rippenkontusion beidseits diagnostiziert. Es habe sich sonographisch keine freie Flüssigkeit sowie keine intraabdominale Läsion gezeigt. Aufgrund des Sturzes und des radiologischen Verdachts auf eine Doppelruptur der Aorta sowie nicht konklusiver Beurteilung der Halswirbelsäule (HWS) sei eine Computertomographie durchgeführt worden, welche thorako-abdominal keine Pathologien gezeigt habe, insbesondere keine Aortendissektion oder Ruptur sowie keine ossären Läsionen der HWS. Die nachfolgende GCS-Überwachung sei stets unauffällig gewesen. Der Versicherte sei in rechtem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden (Austrittsbericht vom 9. Mai 2006, Urk. 9/10, vgl. auch Urk. 9/7).

Im Austrittsbericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 19. Oktober 2006 wurde die Diagnose eines Sturzes am 28. April 2006 mit leichter traumatischer Hirnverletzung und Rippenkontusion beidseits gestellt. Als aktuelle Beschwerden wurden eine Anpassungsstörung im Rahmen einer komplizierten Familiensituation, diffuse Kopfschmerzen, lumbale Schmerzen und vorbestehende Knieschmerzen aufgeführt. Rein somatisch sei der Versicherte beim Austritt zu 100 % arbeitsfähig. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Störung von Krankheitswert. Es handle sich um eine langungünstige psychische Entwicklung, die wegen der Labilisierung dazu führe, dass sich der Versicherte schnell missgünstig angegangen fühle und allenfalls brüsk und situativ verfehlt reagiere. Die innere Labilisierung und das beobachtbare erhöhte emotionale Erregungsniveau würden sich ungünstig auf die verschiedenen unspezifischen Beschwerden auswirken. Vom Schweregrad sei die psychische Auslenkung jedoch nicht derart, dass sie die zumutbare Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen herabsetze. Vielmehr würde der Versicherte von einer Fortsetzung der Arbeit im Sinne einer Stabilisierung profitieren. Eine ausgedehnte neuropsychologische Abklärung sei wegen ungenügender Anstrengungsbereitschaft nicht durchführbar gewesen. Ein kurzes Screening der planarisch und räumlich-konstruktiven Funktionen habe jedoch keine Hinweise für eine Störung ergeben. Aus neuropsychologischer Sicht sei ein direkter Zusammenhang der ausgeprägten kognitiven Schwierigkeiten mit der durchgemachten leichten traumatischen Hirnverletzung fraglich. Im Vordergrund stehe höchstwahrscheinlich die Schmerzproblematik. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den angegebenen Symptomen, der inkonstanten Leistungsfähigkeit während der neuropsychologischen Untersuchung sowie des berufsorientierten Trainings. Die Fahrtauglichkeit sei aufgrund der inkonstanten Leistungsfähigkeit in der

neuropsychologischen Untersuchung nicht gegeben (Urk. 9/22; vgl. auch das psychosomatische Konsilium vom 12. September 2006, Urk. 9/23; sowie den neuropsychologischen Bericht vom 11. September 2006, Urk. 9/26).

Am 15. Oktober 2006 fiel dem Versicherten ein Kantholz auf den linken Vorfuss. Dabei erlitt er eine Metatarsale-I-TrÄ¼mmerfraktur ohne wesentliche Dislokation. SUVA-Kreisarzt Dr. C. \_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 13. MÄ¼rz 2007 im Bezug auf den linken Vorfuss fest, die Fraktur sei bei unproblematischem Verlauf konsolidiert. Aufgrund subjektiver Schmerzangaben, Schwellung und Belastungsintoleranz seien passive Physiotherapiemassnahmen durchgefÄ¼hrt worden, welche eine leichte Verbesserung gebracht hÄ¼tten. Eine Schuhversorgung sei nicht vorgenommen worden. Es bestÄ¼nden zum Zeitpunkt der Untersuchung vÄ¼llig unauffÄ¼llige trophische VerhÄ¼ltnisse mit einer minimalen Druckdolenz, ohne Schwellung. In den angrenzenden Gelenken liege eine freie Beweglichkeit vor. Die leichten Restbeschwerden wÄ¼rden sich in den nÄ¼chsten Wochen ergeben. Die Erheblichkeitsgrenze fÄ¼r einen IntegritÄ¼tsschaden sei nicht erreicht. FÄ¼r den linken Fuss sei bis anhin eine 100%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit bestÄ¼tigt worden. Dies sei nicht mehr gerechtfertigt, allerdings sei die optimale UnterstÄ¼tzung durch die Schuhversorgung abzuwarten. Daher sei der Versicherte bis zum 1. April 2007 mit zugerichteten Arbeitsschuhen zu versorgen. Zur AngewÄ¼hnung sei vom 1. bis zum 15. April 2007 eine 50%ige ArbeitsfÄ¼higkeit zumutbar und ab dem 15. April 2007 eine volle ArbeitsfÄ¼higkeit. In Bezug auf allfÄ¼llige Folgen des Sturzes vom 28. April 2006 geht aus dem Bericht hervor, der BeschwerdefÄ¼hrer habe wÄ¼hrend des GesprÄ¼chs im Sessel sitzend eine freie Sitzposition eingenommen. Das Ausziehen der Kleider sei symmetrisch und rasch erfolgt. Unbeobachtet bestehe ein vÄ¼llig freier Bewegungsumfang im Bereich der WirbelsÄ¼ule. Bei den Gehversuchen habe er sich auf den linken Fuss konzentriert. In den oberen KÄ¼rperregionen sei ein vÄ¼llig unauffÄ¼lliges Bewegungsmuster zu beobachten gewesen. Die gesamte WirbelsÄ¼ule sei klopf- und druckindolent, ebenso die paravertebrale Muskulatur. Der Bewegungsumfang der HWS sei in allen Richtungen frei. Die Untersuchung habe sehr diskrete Befunde ergeben im Sinne einer leichten paravertebralen Verspannung der Muskulatur lumbovertebral und einer verminderten aktiven und vorsichtigen Beweglichkeit der LendenwirbelsÄ¼ule. Aufgrund der klinischen Befunde bestÄ¼nden keine EinschrÄ¼nkungen bezÄ¼glich der ArbeitsfÄ¼higkeit (Urk. 9/37).

3.2 Vorweg festzuhalten ist, dass das vorliegende Verfahren den Unfall vom 15. Oktober 2006, welcher zu einer Verletzung des linken Vorfusses fÄ¼hrte, nicht umfasst, zumal die VerfÄ¼gung vom 4. Dezember 2006 ausschliesslich den Unfall vom 28. April 2006 betraf (Urk. 9/25) und auch der Einspracheentscheid vom 17. April 2007 nur die Unfallnummer des Ereignisses vom 28. April 2006 trÄ¼gt. Zudem wird auf den oben aufgefÄ¼hrten Bericht Dr. C. \_\_\_s nur in Bezug auf allfÄ¼llige mit dem Sturz vom 28. April 2006 zusammenhÄ¼ngende Beschwerden Bezug genommen (Urk. 9/37). AllfÄ¼llige mit dem linken Vorfuss zusammenhÄ¼ngende Beschwerden kÄ¼nnen demzufolge im vorliegenden Verfahren keine BerÄ¼cksichtigung finden.

Es ist unbestritten und ergibt sich zudem aus den Akten, dass die geklagten Kniebeschwerden nicht mit dem Unfall vom 28. April 2006 zusammenhÄ¼ngen. Diese hatten nÄ¼mlich bereits vor dem Unfall vom 28. April 2006 bestanden (Urk. 1, Urk. 9/9, Urk. 9/22).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ausserdem sind, da der massgebliche, zu beachtende Zeitraum bis zum Zeitpunkt des Einspracheentscheids am 17. April 2007 (Urk. 2) dauert, das Arbeitsassessment der Rheumaklinik des Spitals D.\_\_\_\_ vom 28. November 2007 sowie die darin aufgeführten Diagnosen nicht zu berücksichtigen (Urk. 8).

3.3 Ä Ä Ä Ä Für die vom Beschwerdeführer im Wesentlichen geklagten Kopf- und Rückenschmerzen (vgl. Urk. 9/11, Urk. 9/21 S. 1, Urk. 9/22 S. 1) sind keine organischen Unfallfolgen ausgewiesen. So ergaben die bildgebenden Untersuchungen des Abdomens und der HWS im Spital Z.\_\_\_\_ normale Befunde. Auch die GCS-Überwachung war stets unauffällig (Austrittsbericht vom 9. Mai 2006, Urk. 9/10, vgl. auch Urk. 9/7). Anhand der vom Hausarzt Dr. A.\_\_\_\_ veranlassten Bilder der Lendenwirbelsäule konnte ferner eine Querfortsatzfraktur ausgeschlossen werden (Urk. 9/11). Weiter ergaben die in der Klinik B.\_\_\_\_ durchgeführten radiologischen Abklärungen keine Hinweise für ossäre Läsionen, degenerative Veränderungen und ein seitengleich normales Iliosakralgelenk (Urk. 9/22 S. 2 und S. 6). Anlässlich der neurologischen Untersuchung an der Klinik B.\_\_\_\_ konnten sodann keine Befunde erhoben werden (Urk. 9/22 S. 5 f.). Schliesslich ist - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1, Urk. 14) - auch davon auszugehen, dass aus neuropsychologischer Sicht keine Befunde vorliegen. Zwar konnte anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung keine Diagnose gestellt werden (Urk. 9/22 S. 2, Urk. 9/26). Dies lag jedoch nicht an einer mangelhaften Untersuchung, sondern an der vom Beschwerdeführer gezeigten minimalen geistigen Leistungsfähigkeit bei ausgeprägter Schmerzproblematik. Insbesondere ergab ein kurzes Screening der planerischen und räumlich-konstruktiven Funktionen - trotz gegenteiligem Verhalten des Beschwerdeführers - keine Anhaltspunkte für eine Störung in den kognitiven Funktionen (Urk. 9/26). Auch anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 13. März 2007 ergaben sich keine Hinweise für neuropsychologische Störungen (Urk. 9/37). Ferner kann in diesem Zusammenhang trotzdem auf das Arbeitsassessment vom 28. November 2007 hingewiesen werden. Auch dort verlief die neurologisch kursorische Untersuchung unauffällig. Ausserdem sind dem Bericht keine Hinweise auf neuropsychologische Beeinträchtigungen zu entnehmen (Urk. 8 S. 6). Angesichts dieser übereinstimmenden Angaben erbringt sich die Vornahme weiterer Abklärungen. Denn es ist - entgegen der Einschätzung des Beschwerdeführers (Urk. 1, Urk. 14) - nicht davon auszugehen, dass weitere Abklärungen hievon abweichende Einschätzungen ergäben (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 122 V 157 Erw. 1d S. 162). Ausserdem ist festzuhalten, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in ausreichender Weise dokumentiert und untersucht wurden (vgl. Urk. 1, Urk. 14).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Festzuhalten ist schliesslich, dass anlässlich des Aufenthalts in der Klinik B.\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer keine psychische Störung von Krankheitswert diagnostiziert werden konnte (Urk. 9/22-23). Dabei sind auch den Berichten von Dr. A.\_\_\_\_ und von SUVA-Kreisarzt Dr. C.\_\_\_\_ keine Hinweise auf eine psychische Erkrankung zu entnehmen (Urk. 9/9, Urk. 9/11, Urk. 9/21, Urk. 9/37). Die im Arbeitsassessment der Rheumaklinik des Spitals D.\_\_\_\_ erwähnten Diagnosen betreffen - wie bereits oben erwähnt - den massgeblichen Zeitraum nicht (Urk. 8 S. 1).

3.4 Ä Ä Ä Ä Im Weiteren ist zu prüfen, ob sich der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 28. April 2006 ein Schädel-Hirntrauma oder eine dem Schleudertrauma ähnliche Verletzung zuzog. Dabei reicht eine leichte Gehirnerschütterung hierfür

nicht aus. Vielmehr müsste der Fall mindestens im Grenzbereich zwischen Comotio und Contusio cerebri liegen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 6. Mai 2003 in Sachen K., U 6/03, Erw. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Dezember 2007 in Sachen R., U 588/06, Erw. 4.2). Ausserdem erfordert die Rechtsprechung nebst der entsprechenden medizinischen Diagnose das Vorliegen einer solchen Verletzung typischen Beschwerdebildes. Dazu gehört eine Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. (BGE 134 V 109). Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts müssen Beschwerden und Befunde in der Halsregion oder an der Wirbelsäule im Anschluss an eine solche Verletzung binnen 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten (SVR 2007 UV Nr. 23 S. 75; RKUV 2000 Nr. U 259 S. 29; Urteil in Sachen S. vom 15. Januar 2008, 8C\_8/2007).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anlässlich des Spitalaufenthalts im Spital Z. \_\_\_ wurden eine Comotio cerebri und eine Rippenkontusion diagnostiziert, wobei die GCS-Überwachung stets unauffällig war und weder Müdigkeit noch Erbrechen erwähnt wurden. Die Anamnese sei erschwert gewesen, da sich der Beschwerdeführer nicht mehr habe erinnern können. Seine Kollegen hätten aber berichtet, er sei ansprechbar gewesen (Urk. 9/7, Urk. 9/10). Aus der Physiotherapieverordnung von Dr. A. \_\_\_ vom 20. Mai 2006 geht hervor, es bestehe als Folge der Gehirnerschütterung ein Schwindel (Urk. 9/15). Im Bericht vom 10. Juli 2006 führte Dr. A. \_\_\_ aus, der Beschwerdeführer leide an Schwindel, Kopfschmerzen bifrontal, Licht- und Lichtempfindlichkeit sowie an einer Wärmeunverträglichkeit. Dem Bericht Dr. A. \_\_\_s vom 24. Juli 2006 ist sodann zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer über ausgesprochen lumbale Dolenzen der mittleren Lendenwirbelsäule klagte (Urk. 9/11). Ähnliche Beschwerden wurden anlässlich der Untersuchung vom 2. Oktober 2006 festgehalten (Urk. 9/21). Über diffuse Kopf- und lumbale Schmerzen klagte der Versicherte schliesslich anlässlich des Aufenthalts in der Klinik B. \_\_\_ (Urk. 9/22 S. 1 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Angesichts dieser medizinischen Ausführungen und Einschätzungen erlitt der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 28. April 2006 kein im Sinne der Rechtsprechung zu berücksichtigendes Schädel-Hirntrauma und keine dem Schleudertrauma ähnliche Verletzung. Zwar wurde im Spital Z. \_\_\_ eine Comotio cerebri diagnostiziert (Urk. 9/10). Diese wurde in der Klinik B. \_\_\_ aber nur noch als leichte traumatische Hirnverletzung bezeichnet, wobei selbst diese Diagnose in Frage gestellt wurde (Urk. 9/22 S. 1 f.). Dies insbesondere weil kein Erbrechen und keine fokale-neurologischen Auffälle erhoben werden konnten. Ausserdem war auch die GCS-Überwachung im Spital Z. \_\_\_ stets unauffällig (Urk. 9/10). Damit fehlt es bereits an der erforderlichen Schwere des Traumas, denn gemäss der oben erwähnten Rechtsprechung müsste der Fall mindestens im Grenzbereich zwischen Comotio und Contusio cerebri liegen. Schliesslich vermögen auch die vom Beschwerdeführer im Verlauf geklagten diffusen Beschwerden wie Schwindel, Kopfschmerzen, Licht- und Lichtempfindlichkeit sowie Wärmeunverträglichkeit nichts an dieser Auffassung zu ändern. Denn der Schwindel wurde erst knapp einen Monat nach dem Unfall dokumentiert, die weiteren Beschwerden über zweieinhalb Monate später. Damit können sie nicht berücksichtigt werden.

3.5 Unter Berücksichtigung sämtlicher für die Beurteilung massgebenden Faktoren kann der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den noch geklagten Beschwerden und dem erlittenen Unfall als nicht mehr denn eine blosser Möglichkeit erscheinen, was für die Begründung einer Leistungspflicht der Unfallversicherung nicht genügt. Aufgrund des Gesagten ist der natürliche Kausalzusammenhang zu verneinen, weshalb sich Erwägungen zur adäquaten Kausalität erübrigen.

Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Karin Hoffmann

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung 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.