

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00218 vom 23. Dezember 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-12-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2008.00218](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00218)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00218 du 23 décembre 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00218 del 23 dicembre 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

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 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).

### E. 1.3

1.3.1. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.3.2. Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden ist wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS), eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2) oder ein Schädeld-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (vgl. dazu: BGE 119 V 337 Erw. 1, 117 V 360 Erw. 4b) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 366 Erw. 6a und 382 Erw. 4b festgelegten Kriterien (BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen P. vom 22. November 2002, U 207/01, Erw. 1).

1.3.3. Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall 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 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 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

1.3.4. Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6a).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 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. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

## E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Einspracheentscheid vorab dafür, dass die Verfügung vom 27. März 2008 den formellen Anforderungen gemäss Art. 49 Abs. 3 ATSG genüge.

In materiellrechtlicher Hinsicht hätten die medizinischen Abklärungen ergeben, dass für die beklagten Beschwerden kein unfallbedingtes organisches Substrat struktureller Natur gegeben sei. Insbesondere liege auch keine



Bestimmung muss eine Verfassung nicht notwendigerweise über ein Dispositiv verfügen; gefordert wird jedoch eine Begründung, sofern einem Begehren nicht voll entsprochen wird, sowie die Angabe einer Rechtsmittelbelehrung. Aus der Verfassung vom 27. März 2008 geht hervor, dass die Beschwerdegegnerin von organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden ausging und die Adhärenzprüfung nach den Kriterien entsprechend BGE 115 V 133 vorgenommen und die Adhärenz verneint wurde; zudem ist der Entscheid mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen. Der Bestimmung von Art. 49 Abs. 3 ATSG, welche in erster Linie sicherstellen will, dass sich ein Versicherter über die Gründe eines abschließenden Bescheides ein Bild machen kann, ist damit - wenn auch knapp - Genüge getan. Wie die Einsprache vom 28. April 2008 (Urk. 6/72) zeigt, war es dem Vertreter des Beschwerdeführers denn auch durchaus möglich, die fragliche Verfassung sachgerecht anzufechten. Eine Rückweisung an die Vorinstanz zu neuer Verfassung fällt bei dieser Sachlage ausser Betracht.

#### E. 4

4.1 Im Anschluss an den Unfall war der Beschwerdeführer vom 22. bis 24. März 2007 im Stadtspital B. hospitalisiert. Die für den Austrittsbericht vom 23. März 2007 verantwortlichen Fachärzte diagnostizierten einen Sturz im Bus am 22. März 2007 mit Commotio cerebri, HWS-Distorsion, Thoraxkontusion rechts, Schulterkontusion und Kniekontusion links; einen Diabetes mellitus mit diabetischer Neuropathie; eine arterielle Hypertonie; ein Glaucom links; ein Schlafapnoesyndrom sowie einen Status nach Synkope mit Sturz und Commotio cerebri im Oktober 2006. Der genaue Unfallmechanismus sei dem Beschwerdeführer nicht erinnerlich, eine kurzzeitige Bewusstlosigkeit könnte vorgelegen haben. Weiter habe dieser über Kopfschmerzen und Übelkeit ohne Erbrechen geklagt. Während der ganzen Hospitalisation sei der Beschwerdeführer bei einem GCS (Glasgow coma scale) von 15 und cardiopulmonal stabil geblieben. Die Entlassung sei am 24. März 2007 in guten Allgemeinzustand erfolgt (Urk. 6/7).

4.2 Die für das ambulante Assessment vom 16. Juli 2007 verantwortlichen Fachärzte der Rehaklinik Z. gingen in ihrem Bericht vom 23. Juli 2007 von den folgenden Diagnosen aus:

"A. Unfall vom 22. März 2007: Kopf- und Thoraxkontusion an gegenüberliegendem Sitz bei Bus-Vollbremsung, Primärdiagnosen: Commotio cerebri, HWS-Distorsion; B. Bewusstseinsverlust Ende September 2006 unklarer Ätiologie; C. obstruktives Schlafapnoe-Syndrom; D. arterielle Hypertonie (bisher nicht therapiert); E. Diabetes mellitus mit diabetischer Neuropathie".

Der Beschwerdeführer leide aktuell unter Kopfschmerzen frontal/lateral rechtsbetont, von dort Richtung Nacken ziehend; weiter sei die HWS-Beweglichkeit in alle Richtungen eingeschränkt und es beständen Parästhesien am linken Fuss, beginnend nach kürzeren Gehstrecken. Die Prognose sei insgesamt schwierig einzuschätzen, da sich auch der Vorzustand mit erheblicher Morbidität auswirke. Es beständen verschiedene schwerwiegende Krankheiten aus dem internistischen Formenkreis, von denen man annehmen könnte, dass sie auch vor dem Unfall Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit als Buschauffeur gehabt hätten. Besonderes Augenmerk müsse man in diesem Zusammenhang auf die Stürze unklarer Ätiologie legen, die erstmalig 2006 aufgetreten seien. Ob das Schlafapnoe-Syndrom hiermit in einem

Zusammenhang stehe, kann nicht beurteilt werden. Aufgrund der geklagten Beschwerden sei ihres Erachtens eine stationäre Rehabilitation angezeigt. Ob es im Rahmen des Unfallgeschehens wirklich zu einer Commotio cerebri gekommen sei, wie dies vom erstbehandelnden Stadtspital B. \_\_\_ attestiert wurde, sei aus ihrer Sicht "diskutabel". So berichte der Patient über keinen Bewusstseinsverlust, allenfalls lediglich über eine Bewusstseinsstörung. Die Kopfkontusion habe zwar anamnestisch zu einer Beule an der Stirn geführt, nach ihren Informationen sei der Beschwerdeführer aber gegen eine leicht gepolsterte Rückenlehne geprallt; zudem habe der GCS durchgehend 15 betragen. Auch das MRI vom 4. April 2007 sei bis auf erweiterte perivaskuläre Räume bei bekannter arterieller Hypertonie altersentsprechend ausgefallen (Urk. 6/16).

4.3 Dr. A. \_\_\_ stellte in ihrem Bericht vom 17. Oktober 2007 die folgenden Diagnosen:

"Status nach Sturz im Rahmen eines Arbeitsunfalls am 22. März 2007 mit/bei Contusio capitis und Commotio cerebri sowie Verdacht auf Stauchungstrauma der HWS, Schädel-MRI: unauffällig, konsekutiv: posttraumatische Kopfschmerzen, zervikozephalisches Syndrom, Tagesmüdigkeit, Dysomie, verminderte Belastbarkeit, neuropsychologische Defizite, reaktiv-depressive Entwicklung bei Verdacht auf posttraumatische Anpassungsstörung; degenerative Wirbelsäulenveränderungen, Osteochondrose und Spondylosen im Bereich der mittleren und unteren HWS mit Diskusprotusion, Einengung des Spinalkanals auf allen Bandscheibenniveaus, klinisch keine Hinweise auf zervikale Myelopathie; rezidivierende Sturzereignisse unklarer Genese, EEG und Schädel-MRI unauffällig; obstruktives Schlafapnoesyndrom; Diabetes mellitus mit leichtgradiger sensibler Polyneuropathie (neurologische Abklärung 6/2005) sowie beginnende hypertensive Herzkrankheit, konzentrische linksventrikuläre Hypertrophie".

Hinsichtlich der kognitiven Beschwerden würden sich keine Anhaltspunkte für fokale und damit auf strukturelle (posttraumatische) Läsionen zurückzuführende Funktionsstörungen ergeben. Auch neuroradiologisch würden sich keine posttraumatischen oder sonstigen (die eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit des Patienten erklärenden) strukturellen Veränderungen zeigen. Die im Anschluss an das Sturzereignis entwickelten Kopfschmerzen liessen sich multifaktoriell beurteilen. Einerseits dürfte ein residuelles postcommotionelles Syndrom eine Rolle spielen, andererseits bestehe ein zervikozephalisches und zervikospondylogenes Syndrom. Auf das Ausmass der Schmerzsymptomatik dürften wiederum psychoreaktive Faktoren sowie die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule Einfluss nehmen. Aufgrund der komplexen Symptomatik sei unbedingt eine stationäre Rehabilitation zur konsequenten Schmerzreduktion, zur sukzessiven Belastbarkeitssteigerung und auch im Hinblick auf berufliche Integrationsmassnahmen zu empfehlen. Weiter sei eine psychiatrische Abklärung angezeigt (Urk. 6/49).

4.4 Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung bei Dr. med. C. \_\_\_ vom 4. März 2008 gab der Beschwerdeführer an, er leide seit dem Unfall unter Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Beschwerden an der linken Schulter und Schwindelbeschwerden; zudem sei er oft traurig und habe Fusschmerzen.

In Bezug auf die Beweglichkeit der HWS hätten sich anlässlich der heutigen klinischen Untersuchung Inkonsistenzen gezeigt. Eine Commotio cerebri und ein

postcommotionelles Syndrom könnten anhand der Angaben Dritter anlässlich des Unfalls sowie auch der detaillierten Unfallschilderung des Beschwerdeführers selbst anlässlich der heutigen Untersuchung ausgeschlossen werden. Diesbezüglich bestehe zwar eine Diskrepanz zur von Dr. A. \_\_\_ gestellten Diagnose, welche offenbar auf den damaligen Angaben des Beschwerdeführers beruht habe. Aufgrund der Contusio capitis sei von einer MTBI I/II auszugehen. Die Beschwerden/Symptome einer solchen würden noch einigen Tagen bis Wochen nach dem Trauma folgenlos abklingen. Unfallkausale neuropsychologische Defizite würden nicht vorliegen, eine strukturelle unfallbedingte Hirnläsion könne ausgeschlossen werden. Die geklagten Beschwerden seien unspezifisch und durch die psychosozialen Stress- und Belastungsfaktoren, die psychiatrische Problematik, das Schlafapnoesyndrom und auch das Alter des Beschwerdeführers hinreichend erklärbar. Die geklagten Schulter-, Nacken- und Kopfschmerzen seien unspezifisch und hinreichend durch die degenerativen Wirbelsäulenveränderungen erklärbar. Dass es durch das Sturzereignis zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehenden degenerativen Veränderungen gekommen sei, sei nachvollziehbar, nicht jedoch eine andauernde unfallbedingte Schmerzproblematik nach nunmehr elf Monaten. Da bisher weder unter Schmerzmedikation nach Physiotherapie gemäss den Angaben des Beschwerdeführers eine Verbesserung der Beschwerden habe erzielt werden können, müsse angenommen werden, dass auch weitere Behandlungen keine Besserung versprechen würden. Auffallend sei zudem, dass sich die Beschwerden nach der Kündigung des Arbeitsplatzes verstärkt hätten. Rein unfallbedingt bestehe sowohl in der bisherigen als auch in einer anderen Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit. Da unfallunabhängig bereits vor dem Unfallereignis kognitive Fehlleistungen und Synkopen aufgetreten seien, welche den Hausarzt veranlasst hätten, den Beschwerdeführer auf seine Eigen- und Fremdverantwortung als Buschauffeur hinzuweisen, sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit aufgrund dieser vorbestehenden Defizite und auch der internistischen Erkrankungen eingeschränkt sei. Bezüglich der psychiatrischen Problematik sei auf den Bericht von Dr. D. \_\_\_ zu verweisen (Urk. 6/59).

4.5. Dr. med. D. \_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 6. März 2008 eine mittelgradig depressive Episode (ICD-10: F32.1), eine dysfunktionale Schmerzverarbeitung bei degenerativen HWS-Veränderungen und Status nach Hämatom an der Stirn am 22. März 2007 (ICD-10: F54); differentialdiagnostisch sei von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen (ICD-10: F45.4). Aus psychiatrischer Sicht bestehe zurzeit aufgrund der mittelschweren depressiven Symptomatik eine 50%ige Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt. Mit grosser Wahrscheinlichkeit liege eine natürliche Teilkausalität vor, da der aktuelle depressive Zustand weder zum jetzigen Zeitpunkt noch in dieser Ausprägung ohne das Unfallereignis zustande gekommen wäre. Allerdings würden auch unfallfremde Faktoren eine Rolle spielen. Für die leichte depressive Symptomatik und die dysfunktionale Schmerzverarbeitungsstörung bestehe eine mögliche natürliche Teilkausalität. Auf der anderen Seite habe sich die Symptomatik seit der Kündigung im Oktober 2007 verschlechtert. Ein objektiver Befund aus psychiatrischer Sicht liege vor der Kündigung nicht vor. Für die genauere Beurteilung sollte ein detaillierter Bericht bei Dr. E. \_\_\_ angefordert werden (Urk. 6/60).

5.1.1.1 Strittig und zu präzisieren ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung aus dem Unfall vom 22. März 2007 für die Zeit nach dem 31. März 2008. Die Beschwerdegegnerin hielt diesbezüglich fest, dass es an einem adäquaten Kausalzusammenhang ermangle.

5.2.1.1 Da die adäquate Kausalität als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle spielt - da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 E. 2 S. 112) - ist zunächst zu präzisieren, ob im konkreten Fall solche Unfallfolgen vorliegen oder nicht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Unfallfolgen erst dann als organisch objektiv ausgewiesen gelten, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden und die angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich auf breiter Basis anerkannt sind (BGE 134 V 231 f. E. 5.1).

1.1.1.1 Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten, insbesondere des Berichts von Dr. A. \_\_\_ vom 17. Oktober 2007, kann als erstellt gelten, dass den vom Beschwerdeführer geklagten kognitiven Beschwerden kein unfallbedingtes organisches Substrat im Sinne einer bildgebend oder sonst klar nachweisbaren strukturellen Veränderung zugrunde liegt. Hinsichtlich der unbestrittenermassen vorliegenden Veränderungen an der Wirbelsäule hielt Dr. A. \_\_\_ zudem ausdrücklich fest, dass diese degenerativer Natur und damit nicht unfallbedingt seien. Sodann lassen auch klinische Befunde wie Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, eine Druckdolenz im Nacken oder eine Einschränkung der HWS-Beweglichkeit rechtsprechungsgemäss nicht auf ein klar fassbares unfallbedingtes organisches Korrelat des geklagten Beschwerdebildes schliessen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 8. April 2009, 8C\_945/2008). Die geltend gemachten Nackenbeschwerden und die festgestellte verminderte Beweglichkeit der HWS sind dementsprechend zwar klinisch fassbar, stellen aber keine organische Gesundheitsstörung dar.

1.1.1.1 Bei diesem Ergebnis kann aber - wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen - auf eine abschliessende Beurteilung der natürlichen Kausalität verzichtet werden.

5.3.1.1 Zu präzisieren bleibt, wie es sich mit der adäquaten Kausalität der organisch nicht nachweisbaren Unfallfolgen verhält. Während die Beschwerdegegnerin diese Frage entsprechend der bei psychischen Fehlentwicklungen nach einem Unfall geltenden Grundsätzen geäußert hat, verlangt der Vertreter des Beschwerdeführers die Präzisierung nach der sogenannten Schleudertrauma-Praxis, welche bei Schleudertraumen der Halswirbelsäule (HWS) und analog bei äquivalenten Verletzungsmechanismen sowie Schädel-Hirntraumen zur Anwendung gelangt. Diese Unterscheidung ist insofern von Bedeutung, als nach der letzteren Praxis, anders als im Falle einer psychischen Fehlentwicklung nach einem Unfall, bei der Präzisierung der abhängig von der Unfallschwere gegebenenfalls in die Adäquanzpräzisierung einzubeziehenden unfallbezogenen Kriterien auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird, weil es hier nicht entscheidend ist, ob Beschwerden eher als organischer und/oder psychischer Natur beurteilt werden (BGE 117 V 359 Erw. 6a S. 367 und 369 Erw. 4b S. 382 f.).

5.4. Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, der Beschwerdeführer habe beim Unfall vom 22. März 2007 kein Schleudertrauma der HWS oder eine äquivalente Verletzung, sondern allenfalls höchstens eine leichte Commotio cerebri erlitten, welche aber nach der allgemeinen medizinischen Erfahrung reversibel sei (Urk. 2 S. 7). Der Vertreter des Beschwerdeführers geht demgegenüber davon aus, dass sich sein Mandant beim Unfall eine HWS-Distorsion sowie eine Commotio cerebri zugezogen habe (Urk. 1).

5.5. Dem Vertreter des Beschwerdeführers ist insoweit Recht zu geben, als dass die erstbehandelnden Ärzte des Stadthospitals B. eine Commotio cerebri sowie eine HWS-Distorsion diagnostiziert hatten. Weiter sind im Austrittsbericht Klagen über Kopfschmerzen und Schwindel erwähnt und auch eine kurzzeitige Bewusstlosigkeit konnten die Fachärzte nicht ausschliessen. Demgegenüber hielten die Fachärzte der Rehaklinik Z. in ihrem Bericht vom 23. Juli 2007 die Diagnose einer Commotio cerebri lediglich noch für "diskutabel" und Dr. A. erwähnte hinsichtlich der Verletzungen an der HWS nur noch einen Verdacht auf ein Stauchungstrauma der HWS bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule.

Auch wenn den medizinischen Akten somit keine einheitliche Einschätzung in diagnostischer Hinsicht zu entnehmen ist, kann bezüglich eines allfälligen Schädel-Hirntraumas dennoch zuverlässig gesagt werden, dass dieses höchstens den Schweregrad einer Commotio cerebri nicht im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri erreicht hat. Eine Commotio cerebri wird dabei definiert als ein Bewusstseinsverlust von kurzer Dauer ohne neurologische Ausfälle, währenddem eine Contusio cerebri einen Zustand mit konsekutiven neurologischen Defiziten mit oder ohne Bewusstseinsverlust darstellt (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 15. Mai 2008, 8C\_210/2007, E. 7.2 mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin wies zu Recht darauf hin, dass der GCS durchwegs 15 betragen habe. Der Beschwerdeführer öffnete die Augen demnach spontan (4 Punkte), war konversationsfähig und orientiert (5 Punkte) und befolgte an ihn gerichtete Aufforderungen (6 Punkte). Zudem hat der Unfall - wenn überhaupt - nur zu einem sehr kurzen Bewusstseinsverlust, wohl eher zu einer Bewusstseinsstörung geführt. Dies genügt insgesamt grundsätzlich nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (vgl. etwa Urteile des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts beziehungsweise des Bundesgerichts vom 11. Dezember 2007, U 588/06, Erw. 4.2.2, vom 24. März 2006, U 419/05, Erw. 4.1, vom 13. Juni 2005, U 276/04, Erw. 2.2 und vom 6. Mai 2003, U 6/03, Erw. 3.2).

Im Bereich der medizinischen Diagnose eines Schleudertraumas der HWS fordert die Rechtsprechung überdies das weitgehende Vorliegen eines für eine derartige Verletzung typischen Beschwerdebildes. Ein solches geht mit einer Häufung von Beschwerden wie diffusen Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Schwindel, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression und Wesensveränderung einher (BGE 134 V 108 mit weiteren Hinweisen). Im Rahmen der Erstbehandlung klagte der Beschwerdeführer über Kopfschmerzen und Schwindel, wie dies aufgrund des Unfallhergangs zu erwarten war. Dabei wies die Beschwerdeführerin zu Recht darauf hin, dass es am Vorliegen eines typischen Beschwerdebildes in seiner Buntheit ermangle (Urk. 2 S. 7). Die in der Folge aufgetretenen weiteren Beschwerden sind aber nach der überzeugenden Auffassung von Dr. A. wie auch von Dr. C. nicht auf eine

HWS-Distorsion zurÄ¼ckzufÄ¼hren. Vielmehr wÄ¼rden psychoreaktive Faktoren sowie die degenerativen VerÄ¼nderungen der WirbelsÄ¼ule eine Rolle spielen. Dies spiegelt sich auch im Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ wieder, welcher neben einer mittelgradigen depressiven Episode von einer dysfunktionalen SchmerzverarbeitungsstÄ¼rung ausgeht und auch die Diagnose einer somatoformen SchmerzstÄ¼rung in den Raum stellt. Ä¼berdies wies Dr. C.\_\_\_\_ darauf hin, dass es bereits vor dem Unfall zu kognitiven Fehlleistungen und Synkopen gekommen sei.

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Insgesamt erscheint es in Ä¼bereinstimmung mit dem angefochtenen Entscheid zutreffend, die adÄ¼quate KausalitÄ¼t nach der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen, folglich unter Ausschluss psychischer Aspekte, zu prÄ¼fen (BGE 115 V 133; 117 V 359 E. 6b in fine S. 367).

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼

## E. 6

6.1Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ FÄ¼r die AdÄ¼quanzprÄ¼fung ist an das (objektiv erfassbare) Unfallereignis anzuknÄ¼pfen (BGE 115 V 133 E. 6 Ingress S. 139). AbhÄ¼ngig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien mit zu berÄ¼cksichtigen (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 ff.).

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Das Unfallereignis vom 22. MÄ¼rz 2007 ist aufgrund des augenfÄ¼lligen Geschehensablaufs grundsÄ¼tzlich im Bereich eines leichten Unfalls anzusiedeln, handelt es sich doch um ein (noch) geringfÄ¼giges Anschlagen des Kopfes. Selbst wenn man aber von einem mittelschweren Unfall - im Grenzbereich zu einem leichten Unfall - ausgehen wÄ¼rde, hÄ¼tte dies fÄ¼r die Beurteilung des vorliegenden Falles keine Auswirkungen, wie die nachfolgende KriterienprÄ¼fung zeigt.

6.2Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ob besonders dramatische BegleitumstÄ¼nde oder eine besondere EindrÄ¼cklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens beziehungsweise AngstgefÄ¼hls des Versicherten (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C\_124/2008, E. 10.1). Der nachfolgende Heilungsprozess ist nicht relevant (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C\_806/2007 E. 11.1). Beim Unfall vom 22. MÄ¼rz 2007 kann aus objektiver Warte nicht von besonders dramatischen BegleitumstÄ¼nden oder einer besonderen EindrÄ¼cklichkeit des Unfalls gesprochen werden. Die erlittenen Verletzungen sind dabei als leicht zu bezeichnen, insbesondere betrug der GCS-Wert anÄ¼sslich der Hospitalisation durchwegs 15 und der BeschwerdefÄ¼hrer erlitt lediglich fÄ¼r den Unfallhergang typischerweise leichte Blessuren, welche nicht geeignet sind, eine psychische Fehlentwicklung auszulÄ¼sen. Weiter liegt hinsichtlich der allein massgebenden physischen Beschwerden keine ungewÄ¼hnlich lange Dauer der Ä¼rztlichen Behandlung vor. Die unbestrittenermassen vorliegende psychische Ä¼berlagerung der Beschwerden muss hier ausser Acht gelassen werden. Zutreffend ist, dass der BeschwerdefÄ¼hrer zumindest aus subjektiver Sicht unter erheblichen Beschwerden leidet, so dass dies im Rahmen der AdÄ¼quanzprÄ¼fung allenfalls berÄ¼cksichtigt werden kÄ¼nnte. Trotz allem ist auch hier zu berÄ¼cksichtigen, dass die Schwere der erlebten Beschwerden massgeblich von psychosozialen und psychischen UmstÄ¼nden abhÄ¼ngig zu sein scheint. Weiter sind keine Ä¼rztlichen Fehlbehandlungen ersichtlich und es kann auch nicht von einem unfallbedingten schwierigen Heilungsverlauf gesprochen werden. DiesbezÄ¼glich ist vielmehr auf die erheblichen Vorerkrankungen des BeschwerdefÄ¼hrer hinzuweisen sowie

auf die psychosozialen Belastungsfaktoren, welche zu den aktuellen Beschwerden geführt haben, aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht aber ausser Acht bleiben müssen. Auch hinsichtlich Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist auf die schnell einsetzende psychische Überlagerung der Beschwerden hinzuweisen, so dass eine allfällige Arbeitsunfähigkeit nicht mehr mit physischen Beschwerden erklärt werden kann. Diesbezüglich hielt auch Dr. C. \_\_\_ anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung fest, dass aus unfallrelevanter Sicht sowohl in der angestammten als auch in einer anderen Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Da aber vorliegend höchstens ein Kriterium in eher leichter Ausprägung (körperliche Dauerschmerzen) als erfüllt betrachtet werden kann, wurde die Adäquanz durch die Beschwerdegegnerin zu Recht verneint.

7. Zusammenfassend führt dies zur Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids und zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

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

- Rechtsanwalt Dr. Peter Häbner

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innere 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.