



Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begründet erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.3.2. Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule, einer dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder einem Schädel-Hirntrauma 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 die erwähnten Verletzungen 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.).

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 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 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 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. 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 drei unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Handelt es sich hingegen um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen vier der zu berücksichtigenden Kriterien 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; Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 29. Januar 2010, 8C\_897/2009, Erw. 4.5).

1.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c). 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).

## E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin stellte fest, für die weiterbestehenden Beschwerden des Beigeladenen könne über das Datum der verfügten

Leistungseinstellung kein unfallbedingtes organisches Substrat objektiviert werden. Ein Schädel-Hirntrauma, Schleudertrauma der HWS oder eine diesem ähnliche Verletzung sei nicht diagnostiziert worden und es läge auch kein für eine solche Verletzungen typisches buntes Beschwerdebild vor. Hingegen hätten bereits vor dem Unfall vom 2. Oktober 2006 psychische Beschwerden bestanden und solche seien auch kurze Zeit nach dem Unfall erwähnt worden und hätten bald darauf gänzlich im Vordergrund gestanden. Demzufolge sei die Adäquanz der weiterbestehenden Beschwerden nicht nach der Schleudertrauma-Praxis, sondern nach der für psychische Fehlentwicklung massgebenden Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 zu prüfen. Danach sei der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen (Urk. 2 S. 6 Ziff 4b und S. 8).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin macht geltend, es lägen beim Beigeladenen organische Unfallfolgen vor, deren Unfalladäquanz zu bejahen sei. Eventuell liege ein Schädel-Hirntrauma vor und die Adäquanz der entsprechenden Beschwerden sei nach BGE 134 V 109 zu bejahen; eventuell sei der Endzustand noch nicht erreicht (Urk. 1 S. 3 Ziff. III 1).

### **E. 2.3**

Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht bis zum 30. Juni 2008. Streitig ist, ob die noch bestehenden Beschwerden mit einem organisch objektiv ausgewiesenen Gesundheitsschaden zu erklären sind und ob für die Zeit ab dem Datum der Leistungseinstellung ein Gesundheitsschaden auszumachen ist, der in adäquat kausaler Weise auf den Unfall vom 2. Oktober 2006 zurückzuführen ist. Hinsichtlich der Adäquanzbeurteilung sind die anzuwendende Praxis (Psycho- oder HWS-Praxis) sowie die Bejahung oder Verneinung der von der Rechtsprechung genannten Adäquanzkriterien strittig.

### **E. 3**

3.1 Nach durchgeführten CT-Untersuchungen vom 2. Oktober 2006 gab Dr. med. D. \_\_\_ vom Kantonsspital A. \_\_\_ am 18. Oktober 2006 eine traumatische Subarachnoidalblutung frontal rechtsbetont, ein Monokelhematom rechts, eine Rissquetschwunde (RQW) temporal rechts und multiple Gesichtsschädelfrakturen an (Beilage zu Arztzeugnis UVG [Urk. 11/18]).

Am 24. Oktober 2006 (Urk. 11/3) diagnostizierten die erstbehandelnden Ärzte des Kantonsspitals B. \_\_\_ beim Beigeladenen eine kleine SAB frontal, eine Fraktur lateraler Orbitarand rechts ohne Orbitabodenfraktur, eine Rissquetschwunde temporal, eine Fraktur Processus pterygoideus beidseits, eine Fraktur Vorderwand Sinus maxillaris links, eine Fraktur Sinus sphenoidalis mit Einstrahlung in Canalis nervus opticus rechts, eine Schulter- und Ellbogenkontusion rechts sowie eine Hematobursa präpatellaris Knie rechts. Sie führten aus, die Röntgenbilder des Knies rechts, des Ellbogens rechts und der Schulter rechts zeigten keine ossären Läsionen und das CT des Schädels sowie des Gesichtsschädels vom 4. Oktober 2006 (vgl. Urk. 11/15) keinen Nachweis einer SAB. Berichtet wurde ausserdem über geringe Flüssigkeitsanteile im rechten Sinus maxillaris bzw. als Differentialdiagnose ein geringer Hematosinus genannt. Neurologische Auffälle seien keine festgestellt worden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund einer nicht dislozierten Jochbeinfraktur wurde der Beigeladene am 30. November 2006 in der Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums E. \_\_\_ untersucht. Dr. med. F. \_\_\_ empfahl eine physiotherapeutische Behandlung der druckdolenten Kaumuskulatur sowie eine psychiatrische Abklärung festgestellter Angstzustände (Urk. 11/20 und Urk. 11/23).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä PD Dr. med. G. \_\_\_, Spezialarzt FMH für Radiologie und Neuroradiologie, berichtete am 27. Februar 2007 über ein normales Schädel-MRI ohne cerebrale Kontusionen mit diskreten Hämorrhagien bei Status nach frontaler SAB (Urk. 11/64).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 22. März 2007 fand eine EEG-Untersuchung im Universitätsklinikum E. \_\_\_ statt, bei welcher keine epileptische Potenziale festgestellt wurden (Urk. 11/44). Aufgrund unklarer Schwindelbeschwerden und einem Verdacht auf episodische Spannungskopfschmerzen wurde der Beigeladene am 26. Juni 2007 zudem im Zentrum H. \_\_\_ des Universitätsklinikums E. \_\_\_ untersucht. Die Ärzte nahmen eine vestibuläre Paroxysmie an und baten um erneute Meldung bei ausbleibender Besserung (Neuro-Otologie-Kurzbericht vom 10. Juli 2007 [Urk. 11/29]).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 22. November 2007 führte die Kreisärztin Dr. C. \_\_\_ eine erste Untersuchung durch. Sie nannte die vorerwähnten Diagnosen und hielt als Vorerkrankung unter anderen eine Diskushernie im Jahr 2002 fest. Dr. C. \_\_\_ erklärte, ein gutes Jahr nach dem Leitersturz seien die Frakturen im Gesichtsbereich vollständig und ohne Residuen geheilt. Der Schwindel sei anamnestisch besser geworden; im Vordergrund stünden heute Schulter- und Spannungskopfschmerzen sowie psychischen Beschwerden. Hinsichtlich der rechten Schulter bestünden immer noch unfallkausale somatische Beschwerden. Dr. C. \_\_\_ empfahl eine Arbeitstätigkeit im Rahmen eines Pensums von 50 %, vollständig, aber mit reduzierter Leistung, insbesondere durch Reduktion von Handarbeiten (Urk. 11/59).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. I. \_\_\_, Spezialärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 10. Dezember 2007, der Beigeladene klage über Stimmungsschwankungen, innere Unruhe, Zukunftsängste, wenig Freude und Lust sowie über gelegentliche Schlafstörungen. Er sei bereits früher - vom 1. Februar 2005 bis zum 21. Februar 2006 - bei ihr in Behandlung gewesen. Die damalige Diagnose habe auf eine mittelgradige depressive Episode nach ICD-10 F32.11 gelautet und unter medikamentöser Behandlung und Verhaltenstherapie habe sich eine deutliche Verbesserung der Symptomatik ergeben. Anfang August 2007 habe der Beigeladene um Wiederaufnahme der Behandlung gebeten, worauf sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, nach ICD-10 F33.11 diagnostiziert habe. Da die jetzige depressive Störung im Zusammenhang mit einer Belastung stehe - Unfall vom 2. Oktober 2006 -, nannte Dr. I. \_\_\_ als Differentialdiagnose eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt nach ICD-10 F43.22. Sie attestierte aus psychiatrischer Sicht eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit, verneinte unfallfremde psychisch belastende Faktoren und gab als Ziel eine Verminderung der Arbeitsunfähigkeit auf 50 % bis Ende Januar 2008 an (Urk. 11/67 i.V.m. Urk. 11/62).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich der vom Beigeladenen geklagten unklaren Augenbeschwerden (vgl. Urk. 11/96) erklärte Dr. med. J. \_\_\_, Spezialärztin FMH für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie, am 7. Februar 2008 ein mögliches Sicca-Syndrom

beidseits sei nicht unfallkausal (vgl. Urk. 8/89).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich fand am 9. Mai 2008 eine kreisärztliche Abschlussuntersuchung statt. Dr. C.\_\_\_\_ erklärte, das Schädel-MRI vom 27. Februar 2008 (richtig 27. Februar 2007 [vgl. Urk. 11/64]) habe normale Befunde ergeben und gemäss einem Arthro-MRI des Schultergelenks rechts vom 27. Dezember 2007 bestehe keine Rotatorenmanschettenruptur. Der Beigeladene klagt über Schulter-, Rücken- und Knieschmerzen sowie über Höhenangst mit Schwindel. Ungefähr eineinhalb Jahre nach dem Leitersturz seien keine orthopädisch-traumatologisch relevante Unfallfolgen mehr ersichtlich. Im Vordergrund ständen unfallfremde Rückenschmerzen und psychische Beschwerden; für letztere habe Dr. I.\_\_\_\_ eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Dr. C.\_\_\_\_ legte für somatische Unfallfolgen - Verletzungen Schulter und Knie rechts, Kieferfrakturen und kleine Subarachnoidalblutung frontal - eine vollschichtige, 100%ige Arbeitsfähigkeit fest, unter Vermeidung von ständigen Heberkopparbeiten, von Heben von Lasten über Brusthöhe, die schwerer als 5 kg sind, und von Arbeiten an vibrierenden Maschinen. Schliesslich verneinte Dr. C.\_\_\_\_ einen Integritätsschaden und empfahl den Fallabschluss (Urk. 10/13 = Urk. 11/113). Am 27. Mai 2008 bestätigte Dr. med. J.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Chirurgie, die ganzzügige Zumutbarkeit der angestammten Tätigkeit unter Berücksichtigung der kreisärztlichen Einschränkungen (Urk. 10/14 = Urk. 11/117).

3.2 Ä Ä Ä Ä Nach übereinstimmender medizinischer Aktenlage - insbesondere nach der zuverlässigen kreisärztlichen Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ vom 9. Mai 2008 - liegt kein organisch objektiv ausgewiesenes Substrat vor, welches die weiterbestehenden Beschwerden des Beigeladenen zu erklären vermöchte. Die Röntgenaufnahmen des Knies rechts, des Ellbogens rechts und der Schulter rechts zeigten keine ossären Läsionen und das CT des Schädels und des Gesichtsschädels ergab keinen Nachweis einer intracerebralen Blutung bzw. einer SAB. Neurologische Auffälle wurden keine festgestellt (vgl. Zusammenfassung der Krankengeschichte der Ärzte des B.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2006 [Urk. 11/3] und den radiologischen Untersuchungsbericht des Kantonsspital A.\_\_\_\_ [Urk. 11/18]). Später, am 27. Februar 2007, wurde über ein normales Schädel-MRI berichtet (Urk. 11/64) und das Arthro-MRI des Schultergelenks rechts vom 27. Dezember 2007 zeigte ebenfalls keine posttraumatischen Läsionen (vgl. Urk. 11/77). Der medizinische Sachverhalt erweist sich damit aufgrund der diversen fachärztlichen Beurteilungen für die Adäquanzbeurteilung des vorliegenden Verfahrens als genügend geklärt (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 19. März 2009, 8C\_797/2008, Erw. 4).

#### **E. 4**

4.1 Ä Ä Ä Ä Da der Beigeladene eine Verletzung im Bereich des Kopfes mit entsprechenden Beschwerden wie Schwindel und Kopfschmerzen erlitt, ist der - wenigstens teilweise - natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Sturz von der Leiter und der festgestellten gesundheitlichen Störung trotz fehlendem organischen objektiv ausgewiesenem Substrat nicht auszuschliessen. Hinsichtlich der psychischen Problematik im Speziellen schien Dr. I.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 10. Dezember 2007 die natürliche Unfallkausalität der psychiatrischen Diagnosen nicht zu verneinen, denn sie nannte differentialdiagnostisch eine Anpassungsstörung (vgl. Urk. 11/67). Hingegen wurden die schliesslich ebenfalls im Vordergrund stehenden Rückenschmerzen von der Kreisärztin Dr. C.\_\_\_\_ als nicht unfallkausal beurteilt (Urk. 10/13 = Urk. 11/113). Die Frage, ob

zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen physischen und psychischen Gesundheitsschaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, bedarf indes keiner abschliessenden Beantwortung. Denn aufgrund der medizinischen Aktenlage und insbesondere aufgrund des ausführlichen Berichts von Dr. I. \_\_\_\_, nach welchem die Behandlung des Beigeladenen ab August 2007 wieder aufgenommen und darauf aus psychiatrischer Sicht eine längerfristige 70%- bzw. 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert bzw. erwartet wurde (Urk. 11/67 S. 2 Ziff. 7.1), ist von im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft von einer sehr untergeordneten Rolle der physischen Anteile auszugehen. Die von der Kreisärztin Dr. C. \_\_\_\_, am 9. Mai 2008 (vgl. Urk. 10/13 = Urk. 11/113) bestätigte Persistenz der psychischen Beschwerden rechtfertigt es, die Adäquanz nach der Psychopraxis zu prüfen (vgl. Rumo-Jungo, a.a.O., S. 65), bei der einzig die physischen Komponenten zu berücksichtigen sind (BGE 134 V 109 Erw. 2.1 und 6.1 mit Hinweisen).

4.2.2 Die Adäquanzprüfung - und ein darauffolgender Fallabschluss - darf vorgenommen werden, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitsschadens mehr erwartet werden kann. Die namhafte Besserung bemisst sich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist (BGE 134 V 109 Erw. 4.1 ff.). Aus orthopädischer Sicht war der medizinische Endzustand am 9. Mai 2008 erreicht (Bericht über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung [Urk. 11/113]). Zur psychischen Problematik stellte die behandelnde Psychiaterin Dr. I. \_\_\_\_, wie die Beschwerdeführerin richtig feststellte (vgl. Urk. 1 S. 6 Ziff. 7) - keine entsprechende Prognose. Da jedoch die psychischen Beschwerden bei der Adäquanzprüfung nach BGE 115 V 133 nicht relevant sind, bedarf es im vorliegenden Fall keiner Bestätigung des psychischen medizinischen Endzustandes. Entsprechend war die von der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 27. Juni 2008 (Urk. 11/128) vorgenommene Adäquanzprüfung zulässig.

## **E. 5**

5.1.1 Den Ausgangspunkt der Adäquanzprüfung bildet das objektiv erfassbare Unfallereignis. Abhängig von der Unfallschwere sind je nach dem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Massgebend für die Unfallschwere ist der augenfallige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften. Die Beschwerdegegnerin hat den Sturz von der Leiter aus - je nach Angabe - drei (Urk. 11/3), drei bis vier (Urk. 11/18), vier (Urk. 11/2) oder fünf bis sechs Metern Höhe (Erklärung in: Besprechungsnotiz zur Besprechung vom 27. Juni 2007 [Urk. 11/27]) auf die rechte Körperseite (Urk. 11/3 und Urk. 11/8) und möglicherweise auf den Kopf (Kreisarztbericht vom 22. Januar 2007 [Urk. 11/59] mit Kritik in der Beschwerdeantwort [Urk. 9 S. 5]) im Einspracheentscheid den mittelschweren Ereignissen an der Grenze zu den schweren Unfällen zugerechnet (Urk. 2 S. 8 Ziff. 6b), was die Beschwerdeführerin anerkannte (Urk. 1 S. 6 Ziff. 9 Abs. 1). Später beurteilte die Beschwerdegegnerin das Ereignis in der Beschwerdeantwort als mittelschwer im mittleren Bereich (Urk. 9 S. 6 Ziff. 6.2). Rechtsprechungsgemäss - und in Übereinstimmung mit der ursprünglichen Beurteilung der Parteien - wäre der Sturz von einer Leiter aus fünf bis sechs Metern Höhe - im Gegensatz zu einem Sturz aus nur drei bis vier Metern Höhe - wohl den mittelschweren Ereignissen an der Grenze zu den schweren Fällen zuzuordnen (vgl. Kasuistik in Urteil des Bundesgerichts in Sachen K. vom 27. April 1998, U 169/97, publ.

in: RKUV 1998 Nr. U 307 S. 448). Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs wäre in diesem Fall zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien gegeben wäre (vgl. vorstehende Erw. 1.3.4). Praxisgemäss stellen die Gerichte im Bereich des Sozialversicherungsrechts in der Regel auf die Aussagen der ersten Stunde ab, denen in beweismässiger Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 47 Erw. 2a, 115 V 143 Erw. 8c mit Hinweis). Die Frage, ob beim fraglichen Sturz von der Leiter ein mittlerer Unfall im engeren Sinn oder ein mittleres Ereignis an der Grenze zu den schweren vorliegt, bedarf indes keiner abschliessenden Beantwortung, denn - wie die nachstehende Prüfung zeigt - ist im vorliegenden Fall keines der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien erfüllt.

Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindringlichkeit des Unfalles ist objektiv zu beurteilen und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens der versicherten Person. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindringlichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Eine besondere Eindringlichkeit wurde regelmässig nur bei deutlich einprägsameren Unfallereignissen bejaht.

Was die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, anbelangt, ist - entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin, die dieses Kriterium als erfüllt ansieht (Urk. 1 S. 7 Ziff. 10) - festzustellen, dass ein Jahr nach dem Unfall der Schwindel, der in Form von Scheinbewegungen der Umgebung zwei bis drei Mal pro Woche aufgetreten war und jeweils nur kurze Zeit andauert hatte (zehn bis zwanzig Sekunden [Urk. 8/29]), besser geworden war (Urk. 11/59). Da auch die Frakturen im Gesichtsbereich folgenlos ausgeheilt waren (Urk. 11/59), handelt es sich nicht um Verletzungen von besonderer Art oder Schwere, die nach den Erfahrungen des Lebens geeignet sind, eine psychische Fehlreaktion auszulösen. Das Kriterium ist daher ebenfalls nicht erfüllt.

Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung kann - entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 7 Ziff. 10) - nicht als erfüllt betrachtet werden. Erforderlich ist eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung. Die Behandlung des Beschwerdeführers bis zum Beurteilungszeitpunkt umfasste vorwiegend Abklärungsmassnahmen und ärztliche Kontrollen, denen jedoch nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zukommt, sowie physiotherapeutische Massnahmen, die nicht als belastend zu qualifizieren sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 19. März 2009, 8C\_797/2008, Erw. 5.3.3). Ausserdem erachtete das Bundesgericht - zum Vergleich - eine Behandlungsbedürftigkeit von zwei bis drei Jahren nach einem HWS-Schleudertrauma respektive äquivalenter Verletzung als durchaus üblich (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen O. vom 25. Juli 2007, U 328/06, Erw. 11.3.2). Die psychiatrische Behandlung bei Dr. I. ist hier nicht zu berücksichtigen. Die ärztliche Behandlung der physischen Unfallfolgen dauerte somit nicht ungewöhnlich lange.

Das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen setzt über den ganzen Zeitraum andauernde Beschwerden voraus (vgl. RKUV 2005 Nr. U 549 S. 241, U 380/04, E. 5.2.6). Die vorerst im Vordergrund stehenden Schulter- und Kopfschmerzen (vgl. Urk. 11/59) sowie die darauf hauptsächlich beklagten Rückenschmerzen, welche Dr. C. als unfallfremd bezeichnete (vgl. Urk. 11/113), lassen sich nicht auf eine nachweisbare organische Ursache zurückführen, weshalb das Kriterium nicht gegeben ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen L. vom 10. Juni 2008, 8C\_583/2007, Erw. 3.2). Überdies spielen auch hier nicht zu berücksichtigende psychische Faktoren eine erhebliche Rolle.

Zu verneinen ist auch das Kriterium einer die Unfallfolgen verschlimmernden ärztlichen Fehlbehandlung. Ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen liegen - entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 7 Ziff. 10) - ebenfalls nicht vor, denn die Einnahme von Medikamenten und die Durchführung verschiedener Therapien genügen nicht zur Bejahung dieses Kriteriums. Gleiches gilt für den Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 16. Mai 2008, 8C\_252/2007, Erw. 7.6).

Was schliesslich das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit, das sich nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf bezieht (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 3. September 2008, 8C\_720/2007, Erw. 10.5), anbelangt, ist - entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 7 Ziff. 10) - festzustellen, dass der Beigeladene in der Zeit bis zum Fallabschluss nicht in erheblichem Masse arbeitsunfähig war. Nach dem Unfall vom 2. Oktober 2006 war dieser bis zum 15. Januar 2007 vollständig arbeitsunfähig, danach bestand eine 60%ige und ab 20. März 2007 vorübergehend eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 11/25 und Urk. 11/27). Vom 24. Juli 2007 bis zum 11. September 2007 war der Beigeladene erneut zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 11/30, Urk. 11/93a und Urk. 11/53 [zuletzt aus physischen und psychischen Gründen]). Danach wurde eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Am 22. November 2007 - mithin ungefähr ein Jahr nach dem Unfall - erachtete die Kreisärztin den Beigeladenen an der bisherigen Stelle, unter Reduktion der Überkopfarbeiten, zu einem Pensum von 50 % vollschichtig arbeitsfähig (Urk. 11/59 S. 4) und anlässlich der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 9. Mai 2008 attestierte diese - ungefähr eineinhalb Jahre nach dem Unfall -, unter Vorbehalt gewisser Einschränkungen, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/113). Mit Blick auf die Präjudizien des Bundesgerichts ist das Kriterium nicht als gegeben zu erachten (vgl. zum diesbezüglichen Massstab RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 f., U 56/00 E. 3d/aa).

Da kein Kriterium erfüllt ist, kann der adäquate Kausalzusammenhang nicht bejaht werden.

Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 13. Oktober 2008, mit welchem die Versicherungsleistungen per 30. Juni 2008 eingestellt wurden, ist demnach rechtens.

Das Verfahren ist kostenlos (§ 33 Gesetz über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] in Verbindung mit Art. 1 UVG und Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]) und

entschädigungsfrei (Art. 34 GSVG in Verbindung mit Art. 1 UVG und Art. 61 lit. g ATSG).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- sansan Versicherungen AG

- Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer

- X. \_\_\_\_\_

- 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.