

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00102

vom 22. September 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-09-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00102

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00102 du 22 septembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00102 del 22 settembre 2010

Erwägungen

E. 2

2.1. Hiergegen liess X. durch Regula Schwaller am 13. März 2009 Beschwerde erheben und beantragen, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Eventualiter sei eine fachärztliche, interdisziplinäre Abklärung (neuropsychiatrisches Gutachten) anzuordnen (Urk. 1).

2.2. Mit Beschwerdeantwort vom 8. April 2009 (Urk. 9 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 10/Z1-Z79, 10/ZM1-ZM31) ersuchte die Beschwerdegegnerin um Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 2. Juni 2009 (Urk. 13) bzw. Duplik vom 7. Juli 2009 (Urk. 19) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Mit Schreiben vom 17. Juli 2009 (Urk. 21) reichte der Beschwerdeführer weitere Akten ins Recht (Urk. 22/1-5). Am 23. Oktober 2009 (Urk. 23) zeigte er an, dass im Auftrag der Invalidenversicherung ein Gutachten des E. erstellt worden sei. Dieses wurde am 6. November 2009 (Urk. 25) von der IV-Stelle eingereicht (Urk. 27). Am 24. November 2009 schliesslich liess der Beschwerdeführer die Stellungnahme zum E.-Gutachten vom 26. Oktober 2009 von Dr. med. F., Innere Medizin/Rheumatologie FMH, auflegen (Urk. 29/1) und ein neues Unfallereignis (Urk. 29/2) anzeigen. Mit Mitteilung vom 21. Januar 2001 wurden der Beschwerdegegnerin alle neu eingegangenen Unterlagen zur Kenntnisnahme zugestellt.

3. Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1. Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen dafür, im Zeitpunkt der Leistungseinstellung Ende April 2008 seien alle Unfallfolgen längst abgeheilt gewesen (Urk. 2 S. 5). Die Bicepssehnenruptur sei bloss mögliche Unfallfolge. Was die diagnostizierte psychische Erkrankung betreffe, so sei gestützt auf BGE 115 V 133 die Adäquanz zu verneinen (Urk. 2 S. 7-8).

1.2. Hiergegen liess der Beschwerdeführer insbesondere vorbringen, von einer Stabilisierung seines Gesundheitszustandes könne nicht die Rede sein. Im Gegenteil benötige er nach wie vor ärztliche Behandlung und sei vollständig arbeitsunfähig (Urk. 1 S. 2). Zudem sei entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin die Adäquanz der noch geklagten Beschwerden mit dem Unfallereignis vom 23. April 2007 zu bejahen (Urk. 1 S. 3). Im Weiteren könne eine gewisse Befangenheit von Dr. med. G. nicht ausgeschlossen werden, sei er doch im Auftrag der involvierten Versicherung tätig geworden (Urk. 1 S. 2, Urk. 13 S. 2). Schliesslich sei die

Fahrsicherheit als Camionneur beim Fehlen der erforderlichen Konzentration, Aufmerksamkeit und Belastbarkeit nicht mehr gegeben (Urk. 13 S. 2). Habe das Unfallereignis zu einer richtunggebenden Verschlimmerung und depressiven Entwicklung geführt, so bestehe weiterhin Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung (Urk. 13 S. 3).

2.2.2.2.2.2

2.1.2.2.2.2 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).

2.2.2.2.2 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).

2.3.2.2.2.2 Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es

gemäss obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

E. 2.4

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

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

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der 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).

2.4.3 Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Bundesgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1; ferner BGE 134 V 127 Erw. 10.2 f.).

2.4.4 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).

2.4.5.5 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 mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

E. 3

3.1.1.1 Die am Spital Z.____ erstbehandelnden Ärzte diagnostizierten mit Bericht vom 27. April 2007 (Urk. 10/ZM3) ein SHT Grad I, eine Kontusion des Knies rechts, des

Ellenbogens rechts und der Hand links, eine HWS-Kontusion, eine Rissquetschwunde über der Nasenwurzel sowie eine nicht dislozierte Nasenbeinfraktur. Der Beschwerdeführer habe angegeben, nach dem am 23. April 2007 aus einer Höhe von eineinhalb Metern erfolgten Sturz vom Lastwagen während einiger Sekunden bewusstlos gewesen zu sein und danach Schwellung sowie Schmerzen im Bereich der Nasenwurzel, im Nacken und rechten Knie verspürt zu haben. Die Ärzte erhoben eine leichte Schwellung über beiden Nasenflügeln, ein minimales Hämatom am rechten Ellenbogen sowie eine Druckdolenz am medialen Epicondylus. Die Beweglichkeit erwies sich nicht als eingeschränkt, das Handgelenk als unauffällig. Das linke Handgelenk zeigte radialsseitig über dem Scaphoid eine Druckdolenz. Zudem war eine massive Druckdolenz über der Basis des Metacarpale I zu erheben. Die Abduktion war schmerzhaft eingeschränkt. Im Bereich des Digitum I zeigte sich eine leichte Kribbelparästhesie. Am rechten Knie ergab sich eine nicht blutende Schürfwunde über der Patella. Die Bewegungsfähigkeit war voll erhalten, die Kreuzbänder waren klinisch intakt. Die radiologische Untersuchung der HWS, des rechten Ellenbogens, der linken Hand, des linken Handgelenks, des rechten Knies sowie der beidseitigen Patellae zeigten keine Hinweise auf ossäre Läsionen oder Fehlstellungen (Urk. 10/ZM3/2). Das CT des Schädels ergab ausser einer nicht dislozierten Nasenbeinfraktur keine Anhaltspunkte für Blutungen oder sonstige ossäre Läsionen. Nach problemloser Commotio-Überwachung bei stabilem GCS von 15 wurde der Beschwerdeführer einen Tag nach dem Unfallereignis in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen.

Als weiterer unfallbedingter Befund ergab sich schliesslich ein frakturierter und komplett verbogener Zahnersatz (Urk. 10/ZM5).

Die am 23. Mai 2007 (Urk. 10/ZM7) durchgeführte radiologische Untersuchung des rechten Knies zeigte im lateralen Femurkondylus ein ausgeprägtes Knochenmarködem sowie eine kurzstreckige signalarme, subchondrale Linie in erster Linie einer Knochenkontusion mit kleiner subchondraler Spongiosafraktur entsprechend (weniger wahrscheinlich atypische kleine Osteonekrose mit reaktivem Knochenmarködem). Zudem wurden eine leichte Femorotibialgelenkarthrose und eine degenerativ bedingte, reaktive subchondrale Sklerosezone dorsal am medialen Femurkondylus visualisiert. Die Ligamente und Menisci präsentierten sich als intakt.

Am 21. Juni 2007 (Urk. 10/ZM8) berichtete Dr. A. von multiplen Kontusionen der rechten Körperhälfte und der Wirbelsäule, der linken Hand und einer Commotio cerebri sowie Nasenbeinfraktur. Unter medikamentöser Behandlung und Physiotherapie sei es zu einer langsamen Besserung gekommen. Bis zum 10. Juni 2007 sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig gewesen. Ab dem 11. Juni 2007 bestehe nun eine Arbeitsfähigkeit von 50 %.

Nachdem Dr. A. im Unfallschein ab dem 15. Juni 2007 (Urk. 10/ZM9) wieder eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte, hielt er am 13. August 2007 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ab 14. August 2007 bis auf Weiteres für zumutbar (Urk. 10/ZM10).

Zu Händen von Dr. B. hielt Dr. A. am 2. Juli 2007 (Urk. 10/ZM12) fest, im weiteren Verlauf sei am 19. Juni 2007 eine Ellenbogenschwellung rechts aufgetreten, welche sich mit Olfen zurückgebildet habe. Noch beständen ein leichtes Extensionsdefizit und eine gewisse Einschränkung der Rotation des Vorderarmes. Zu

erwähnen sei dabei, dass der Beschwerdeführer bereits im Januar 2006 wegen eines unklaren Ellenbogengelenksergusses habe behandelt werden müssen. Derzeit würden die HWS- und LWS-Kontusion mittels Physiotherapie behandelt. Der Arbeitsversuch mit einem Pensum von 50 % habe am 20. Juni 2007 abgebrochen werden müssen.

3.6 Dr. B. berichtete am 6. Juli 2007 (Urk. 10/ZM11), am rechten Ellenbogen zeige sich eine Extensionseinschränkung von etwa 10 bis 15 Grad. Die Röntgenuntersuchung am Spital Z. habe keine Fraktur visualisiert, weshalb von einer Ellenbogenprellung mit etwas retardiertem Rehabilitationsverlauf auszugehen sei. Dr. B. zeigte sich zuversichtlich, dass sich sowohl der rechte Ellenbogen als auch das rechte Kniegelenk wieder vollständig erholen. Etwas unsicher bleibe die langfristige Prognose am rechten Kniegelenk. Die Ausbildung einer Gonarthrose sei möglich. Der Arzt erklärte, nach den Sommerferien werde der Beschwerdeführer wieder vollständig an seinen bisherigen Arbeitsplatz zurückkehren können, wobei eine physiotherapeutische Betreuung bis zum Antritt der Sommerferien sinnvoll erscheine.

3.7 Ein am 20. September 2007 (Urk. 10/ZM15) angefertigtes MRI der LWS zeigte weder nennenswerte degenerative Bandscheibenveränderungen noch frakturierte Wirbelkörper. Bei L4/5 wurden leichtgradige, bei L5/S1 mässiggradige Spondylarthrosen dargestellt. Eine Einengung des Spinalkanals oder Nervenwurzelkompression zeigte sich nicht. Die an demselben Tag durchgeführte Sonographie der rechten Schulter ergab eine Ruptur der langen Bicepssehne mit Retraktion (Urk. 10/ZM16).

3.8 Dr. A. berichtete am 22. Oktober 2007 (Urk. 10/ZM18) von persistierenden und im Verlauf zunehmenden Beschwerden. Derzeit beklage der Beschwerdeführer Kniebeschwerden rechts mit Gehbehinderung, bewegungsabhängige Rückenschmerzen sowie Schulter-Ellenbogen-Schmerzen rechts mit Kraftlosigkeit des rechten Armes. Dr. A. erklärte, die Ruptur der Bicepssehne sei wahrscheinlich auf das Unfallereignis zurückzuführen. Der Arzt bezeichnete die Ursache der Schmerzpersistenz als unklar und attestierte ab dem 21. August 2007 wieder eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

3.9 Dr. G. und Dr. med. H., beide Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, Spital Z., notierten in ihrem Bericht vom 31. Oktober 2007 (Urk. 10/ZM20) in Bezug auf die Anamnese, der Beschwerdeführer habe über ein sofortiges Auftreten aller geschilderten Schmerzen unmittelbar nach dem Unfallereignis berichtet, wohingegen sein Hausarzt von einem initial beschwerdearmen Bild mit Exazerbation der Beschwerden nach einem Aufenthalt in I. nach den Sommerferien berichtet habe. Dazu passend habe der Beschwerdeführer angegeben, dass zuerst das Knie im Vordergrund gestanden habe, währenddem aktuell das Hauptleiden im Bereich der rechten Schulter und lumbal zu betrachten sei (Urk. 10/ZM20/1). Die Ärzte erklärten, es bestehe ein zervikospodylogenes und lumbospodylogenes Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen, ausgeprägter Haltungsinsuffizienz, muskulärer Dysbalance und Schonverhalten des Beschwerdeführers nach Unfall ohne nachweisbare ossäre Läsionen. Im Bereich des rechten Kniegelenkes bestehe eine Überlastung des medialen Seitenbandes bei radiologisch nachgewiesener leichter medialer Gonarthrose (Traumatisierung durch Kniekontusion, 23. April 2007). Die traumatisch bedingte Ruptur der Bicepssehne behindere den Beschwerdeführer bei repetitiven Alltagstätigkeiten, wobei begleitend eine Überlastung am distalen Ansatz

am Vorderarm bestehe. Die bisherigen Therapien seien insbesondere im Bereich der rechten Schulter, aber auch im Bereich des Rückens durch aktive kräftigende Therapien zu ergreifen, womit sich das Beschwerdebild zügig verbessern dürfte (Urk. 10/ZM20/2). Für die Tätigkeit als Chauffeur bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/ZM20/3).

3.10 Am 19. und 20. November 2007 (Bericht vom 4. Dezember 2007, Urk. 10/ZM23) erfolgte am D.____ eine funktionsorientierte medizinische Abklärung (FOMA). Bei der klinischen Untersuchung fanden sich ein flacher thorakal und lumbal sowie eine leicht protrahierte Kopfhaltung. LWS und BWS zeigten sich nur leicht bewegungseingeschränkt. Bei der Rotation der HWS beklagte der Beschwerdeführer einen Nackenzwickel. Bei Palpation erwies sich die ganze Wirbelsäule als druckdolent. Die Prüfung der rechten Schulter konnte nicht konklusiv erfolgen, da bei allen Tests unspezifische Schmerzen angegeben wurden. Die Ärzte notierten, die dermassen geklagten Schmerzen könnten klinisch nicht klar einer Struktur zugeordnet werden. Klinisch seien die angegebenen Bewegungseinschränkung und Beschwerden nicht mit einer Läsion der langen Bicepssehne vereinbar. Bei der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) habe der Beschwerdeführer eine fragliche Leistungsbereitschaft gezeigt. Zudem hätten sich zahlreiche Inkonsistenzen (beim Kriechen Entlastung des rechten Knies, jedoch problemlos längere Zeit knien; bei Nackenarbeiten rechten Arm nicht über 90 Grad heben, jedoch beim Hebetest von Taillen zu Kopfhöhe ohne Probleme höher anheben, sogar unter Gewichtsbelastung [Urk. 10/ZM23/3]; Diskrepanz in der spontanen Schulterbeweglichkeit im Vergleich zu den Testsituationen [Urk. 10/ZM23/9]) finden lassen. Mithin sei die funktionelle Leistungsfähigkeit nicht abschliessend beurteilbar. Jedoch sei bei der Beobachtung in keinem Bereich eine funktionell nachvollziehbare Einschränkung aufgefallen. Infolge Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien damit die Resultate der Belastungstest nur teilweise verwertbar und habe die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit medizinisch-theoretisch gestützt auf die erwähnten Beobachtungen sowie den Aktenstand, welcher keine wirklich relevanten anatomisch-strukturellen Verletzungen ausweise, zu erfolgen (Urk. 10/ZM23/3). Weshalb der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Lastwagenchauffeur nicht mehr ausüben könne, sei aus medizinischer Sicht nicht plausibel nachvollziehbar. In Bezug auf andere berufliche Tätigkeiten seien basierend auf der EFL zumindest leichte Arbeiten in Wechselposition ganztags, medizinisch-theoretisch auch ganztägige leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar (in etwa der angestammten Tätigkeit entsprechend; vgl. auch Urk. 10/ZM23/11). Die Experten empfahlen einen stufenweisen Wiedereinstieg in die Tätigkeit mit einem Pensum von 50 % im Monat Januar, von 75 % im Februar und März und von 100 % ab April 2008 (Urk. 10/ZM23/5).

3.11 Dr. A.____ berichtete - bei unverändertem Attest einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/ZM25) - am 12. Dezember 2007 (Urk. 10/ZM24), der bisherige Heilungsverlauf sei unbefriedigend und die medizinischen Behandlungen weitgehend ausgeschöpft. Da der Beschwerdeführer arbeitswillig sei, wäre eine Beschäftigung die beste Therapie.

Am 5. Mai 2008 (Urk. 10/ZM26) schrieb der Hausarzt, anlässlich der verschiedenen konsiliarischen Untersuchungen (Dr. B.____, Spital Z.____) habe man sich auf die Feststellung beschränkt, organisch sei eigentlich alles in bester Ordnung. Stattdessen

sei es zu einer ständigen Schmerzausweitung und Chronifizierung gekommen, so dass mehrere Arbeitsversuche hätten abgebrochen werden müssen. Am 3. April 2008 habe sich der Beschwerdeführer über eine behinderte Nasenatmung beklagt, weshalb er noch in Behandlung der ORL-Poliklinik des Spitals Z.____ stehe. Zudem habe er über eine weitere Verschlechterung geklagt und benütze fortan einen Gehstock. Per Ende Mai 2008 seien ihm schliesslich die Arbeitsstelle und per Ende Juni 2008 die daran gekoppelte Wohnung gekündigt worden (Urk. 10/ZM26/2).

3.12. Zu Änderungen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers erstattete Dr. F.____ am 23. November 2008 Bericht (Urk. 10/ZM31), wobei er zusätzlich zu den bekannten Diagnosen ein chronisches Schmerzsyndrom, eine posttraumatische Periarthropathia humeroscapularis rechts sowie Depression (seit dem Unfall) mit Dekonditionierung, psychosozialen Schwierigkeiten und Verdacht auf eine funktionelle Komponente mit Symptomausweitung nannte (Urk. 10/ZM31/1). Gemäss den Aufzeichnungen gab der Beschwerdeführer an, sofort nach dem Unfallereignis vom April 2007 Nackenschmerzen, Schulter- und Kniebeschwerden auf der rechten Seite sowie Rückenbeschwerden verspürt zu haben. Dr. F.____ erklärte, aufgrund der elektrisierenden Schmerzen im Bereich des Vorderarmes habe er den Beschwerdeführer der Neurologie der Klinik K.____ zugewiesen. Zudem empfehle er wegen den schwierig einzuordnenden Schmerzen, der relativ geringen klinischen Befunde sowie des damaligen ausgeprägten subchondralen Knorpels die Wiederholung des Knie-MRI. Da von ambulanten therapeutischen Massnahmen nicht viel zu erwarten sei, wäre bei Chronifizierungstendenz der Schmerzen, Entwicklung einer Depression und ungünstiger psychosozialer Situation eine stationäre Behandlung zur Standortbestimmung und Intensivierung der multimodalen Therapieansätze angezeigt (Urk. 10/ZM31/4).

3.13. Die am 16. Oktober 2008 (Urk. 22/1) durchgeführten MRI-Untersuchungen der HWS erwiesen sich bei ausgeprägten Bewegungsartefakten trotz mehrmaliger Wiederholung der Aufnahmesequenzen als eingeschränkt beurteilbar.

Das MRI des rechten Knies vom 28. November 2008 (Urk. 22/2) zeigte eine deutliche medial betonte Femorotibialgelenkarthrose. Gegenüber der am 23. Mai 2007 durchgeführten bildgebenden Untersuchung wurde eine vollständige Regredienz des Knochenmarködems sowie der Spongiosafraktur im lateralen Femurkondylus visualisiert.

3.14. Zu Änderungen von Dr. F.____ berichtete Dr. med. J.____, Neurologie/IOM, Klinik K.____ (Bericht vom 13. Januar 2009, Urk. 14/22), die geklagten Beschwerden - unter anderem auch im rechten Arm - seien aus neurologischer Sicht nicht erklärbar. Die HWS-Beweglichkeit, welche im Gespräch nicht relevant eingeschränkt gewesen sei, habe bei der Untersuchung bei aktivem Gegenhalten nicht konklusiv überprüfbar werden können. Im ganzen Schulter-Nackengebiet habe sich eine massive muskuläre Dysbalance, die Trophik und der Tonus - abgesehen vom Tiefstand des rechten Muskulus biceps - an Armen und Beinen jedoch seitengleich intakt gezeigt. Die Einzelkraftprüfung habe schmerzbedingt und bei Gegenhalten nicht konklusiv überprüfbar werden können. Umschriebene Defizite hätten sich nicht eruieren lassen (Urk. 14/22/2). Bei nachgewiesener Schulterpathologie rechts und im Vordergrund stehender Schulterschmerzen bat Dr. J.____ seine Kollegen um Beurteilung und einen Therapieversuch.

3.15.1 Dr. med. L. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welcher den Beschwerdeführer seit dem 11. September 2008 spezialärztlich behandelt, diagnostizierte mit Bericht vom 30. Januar 2009 (Urk. 6/17) eine Anpassungsstörung im Sinne einer längeren depressiven Reaktion (ICD-10: F43.21) seit dem Unfallereignis vom 23. April 2007 sowie - bei gesichertem Ausschluss hauptsächlich organisch bedingter Krankheitsfaktoren - eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres (Urk. 6/17/2).

3.16.1 Vom 29. Januar bis zum 25. Februar 2009 hielt sich der Beschwerdeführer zwecks Verbesserung der Stabilität der LWS- und Rumpfmuskulatur und zur Erlernung und Umsetzung von Schmerz Copingstrategien in der Klinik M. ____, auf (Bericht vom 25. Februar 2009, Urk. 6/18). Bei diagnostiziertem chronischem Schmerzsyndrom und mittel- bis schwergradiger Depression konnte von einem recht erfolgreichen Rehabilitationsverlauf gesprochen werden (Urk. 16/18/3). Die Stimmung des Beschwerdeführers habe sich allmählich aufgehellt, die Schmerzen hätten an Intensität und Häufigkeit abgenommen, womit er in leicht gebessertem Allgemeinbefinden habe entlassen werden können (Urk. 6/18/2). Die Ärzte empfahlen den weiteren Besuch ambulanter Psychotherapie sowie Physiotherapie, Letztere insbesondere zur Kräftigung der Rumpfmuskulatur und zur Verbesserung des Gangbildes. Weiterhin bestehe eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/18/3).

3.17.1 Dr. med. N. ____, Assistenzarzt Orthopädie, Klinik K. ____, nannte am 24. März 2009 (Urk. 14/24) eine chronische Bursitis subacromialis/subdeltoidea bei subacromialem Impingement der rechten Schulter als Ursache der geklagten Beschwerden.

3.18.1

3.18.1 Am 20. August 2009 (Urk. 27) erstattete das E. ____, im Auftrag der IV-Stelle ein polydisziplinäres Gutachten, welches sich auf die zur Verfügung gestellten Akten (Urk. 27/3-11), die anlässlich der Untersuchung des Beschwerdeführers am 29. Juni 2009 erhobenen Befunde und gemachten Angaben sowie auf die Teilgutachten (internistisch, rheumatologisch, psychiatrisch) stützte (Urk. 27/2).

3.18.2 Die Gutachter erhoben eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) (Urk. 27/20) und hielten dafür, das Ausmass der subjektiven Beschwerden und der Funktionseinbusse im Alltag sei aus somatischer Sicht anhand der objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunde nicht ausreichend nachvollziehbar, was insbesondere für die ausgedehnten zervikalen und lumbalen Rückenbeschwerden bei radiologisch nur leichten degenerativen Veränderungen zu gelten habe. Die am rechten Knie dokumentierte deutliche mediale Gonarthrose könne zwar die geklagten Anlauf- und Belastungsschmerzen erklären. Bei fehlender Instabilität und fehlender Aktivierung der Gonarthrose seien jedoch das gezeigte Gangbild und die Notwendigkeit eines Gehstockes nicht nachvollziehbar (Urk. 27/22). In Bezug auf die im Schulterbereich angegebenen Beschwerden und gezeigten Bewegungseinschränkung hielt der rheumatologische Gutachter dafür, diese seien nicht mit der nachgewiesenen Ruptur der langen Bizepssehne vereinbar. Eine solche Ruptur gehe in der Regel mit einer geringen funktionellen Beeinträchtigung einher. Hingegen würden sich mehrere Hinweise für eine Symptomausweitung wie hohe Schmerzintensität, Erfolglosigkeit aller Behandlungen, nicht plausibles Ausmass der demonstrierten Behinderung sowie positive

Waddelzeichen finden (Urk. 27/16). Zusammenfassend notierten die Experten, für die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren verantwortlich. Dabei hätten die Schmerzen ihren Ausgangspunkt wohl in einer körperlichen Störung, die psychischen Faktoren seien aber für den Schweregrad, die Exazerbation sowie die Aufrechterhaltung der Schmerzen entscheidend. Daneben liege im Sinne einer Komorbidität eine mittelgradig depressive Störung vor. Während dem Beschwerdeführer die angestammte als auch eine Verweisungstätigkeit aus somatischer Sicht voll zumutbar sei, bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 27/22). Die Experten erklärten, aus muskuloskelettaler Sicht seien die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 23. April 2007 zurückzuführen, wobei zu beachten bleibe, dass bezüglich Leistungsfähigkeit die psychiatrischen Diagnosen und nicht die rheumatologischen von Bedeutung seien (Urk. 27/24).

3.19. Zum Gutachten des E.____ Stellung nehmend hielt Dr. F.____ am 26. Oktober 2009 (Urk. 29/1) dafür, es sei für ihn zwar vollkommen klar, dass die somatischen Läsionen das Ausmass der vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen nicht erklären könnten. Seines Erachtens sei es aber nicht korrekt, die körperlichen Beschwerden aus rein rheumatologischer Sicht isoliert zu betrachten, so, als hätte die psychiatrische Störung keinen Einfluss auf die Beschwerden. Unter Berücksichtigung der gesamten gesundheitlichen Situation sowie des bisherigen Verlaufes sei seines Erachtens weiterhin von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 29/1/2).

E. 4

4.1. Vorab ist festzuhalten, dass der Fallabschluss durch die Beschwerdegegnerin nicht verfrüht erfolgte. Dieser, und damit verbunden die Prüfung eines Rentenanspruchs, hat in dem Zeitpunkt zu erfolgen, in dem von der Weiterführung der medizinischen Massnahmen keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten ist (Erw. 2.1), was sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Besserung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit - soweit unfallbedingt beeinträchtigt - bestimmt (BGE 134 V 109 Erw. 4). Dass eine namhafte Besserung durch weitere Therapien oder Massnahmen zu erwarten gewesen wäre, ergibt sich entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (Erw. 1.2) nicht aus den Akten. Im Gegenteil ist augenfällig, dass keine der diversen Therapien zu einer - auch nur unwesentlichen - Verbesserung des Zustandes zu führen vermochte. So bezeichnete schliesslich der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. A.____, am 12. Dezember 2007 die Therapiemöglichkeiten als weitgehend ausgeschöpft (Erw. 3.11), woran nichts zu ändern vermag, dass Dr. F.____ eine stationäre Behandlung empfahl, hätte deren Ziel doch in einer Standortbestimmung und Intensivierung der Therapien bestanden (Erw. 3.12). Dass noch eine erhebliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten gewesen wäre, lässt sich seinem Bericht denn auch nicht entnehmen, was angesichts des Heilungsverlaufes ohnehin unwahrscheinlich erschiene.

Mithin ist der Fallabschluss durch die Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden.

4.2.1 Was die Vorbringen des Beschwerdeführers gegenüber Dr. G.____ betrifft (Erw. 1.2), zielen diese ebenso ins Leere. Ob Dr. G.____ an den Abklärungen am D.____ überhaupt persönlich mitwirkte, ist angesichts seiner als Visum gekennzeichneten Unterschrift (Urk. 10/ZM23/5) sowieso fraglich. Inwiefern sich eine Befangenheit des Arztes - sollte er an den Untersuchungen dennoch teilgenommen haben - bemerkbar gemacht hätte, zeigte der Beschwerdeführer nicht auf. Weder geht dazu der blosser Verweis auf eine mögliche Kenntnisnahme von den Beschwerdeführer belastenden Aussagen durch dessen Arbeitgeber (Urk. 1 S. 3) noch die Tatsache, dass Dr. G.____ bereits zuvor einen anderen Bericht unterzeichnet hatte. Anhaltspunkte, welche auf eine mögliche Befangenheit von Dr. G.____ schliessen lassen würden, finden sich nicht im Bericht des D.____. Dass dieser Fragen aufwirft, ist mehr dem Verhalten des Beschwerdeführers als einer Vorbefasstheit eines Untersuchers zuzuschreiben (vgl. insbesondere Urk. 10/ZM23/3-4: Inkonsistenzen bei Testverfahren und Selbstlimitierung).

E. 4.3

4.3.1 Dafür, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich des Sturzes vom 23. April 2007 eine Kontusion des Rückens zugezogen hätte, fehlen zeitnahe Berichte. Ein entsprechender Befund fehlt jedenfalls in den von den erstbehandelnden Ärzten des Spitals Z.____ gemachten Aufzeichnungen (Erw. 3.1). Auch wurden keine radiologischen Untersuchungen des Rückens angeordnet, während solche für die am Unfalltag erhobenen Befunde vollumfänglich durchgeführt wurden (Erw. 3.1). Am 21. Juni 2007 - mithin zwei Monate nach dem Sturz - nannte Dr. A.____ eine Kontusion der Wirbelsäule (Erw. 3.2), womit er möglicherweise auf die bereits diagnostizierte HWS-Kontusion (Erw. 3.1) verwies. Rückenschmerzen sind schliesslich erstmals am 22. Oktober 2007 (Erw. 3.8), ein halbes Jahr nach dem fraglichen Ereignis, aktenkundig. An einem natürlichen Kausalzusammenhang (Erw. 2.2) der geklagten Rückenbeschwerden mit dem Unfall vom 23. April 2007 mangelt es damit offenkundig.

1 Selbst wenn man davon ausgehen wollte, das fragliche Unfallereignis hätte zu einer traumatischen Verschlimmerung eines klinisch stummen Vorzustandes an der Wirbelsäule geführt - die Möglichkeit einer richtunggebenden Verschlimmerung entfällt zum Vornherein (vgl. Erw. 3.7) - , so wäre diese nach dem derzeitigen medizinischen Wissenstand in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2008 i.S. B., 8C_684/2007, Erw. 4.4). Eine Berücksichtigung der diesbezüglichen Beschwerden rechtfertigte sich demzufolge auch nicht aus dieser Sicht.

4.3.2 Demgegenüber wurde nach Kontusion des rechten Knies (Erw. 3.1) neben degenerativ bedingten Veränderungen ein ausgeprägtes Knochenmarködem visualisiert, weshalb die Ärzte von einer Knochenkontusion mit kleiner subchondraler Spongiosafraktur ausgingen (Erw. 3.2). Ob im Zeitpunkt des Fallabschlusses der status quo sine in Bezug auf das rechte Knie erreicht war, ist mit Blick auf die Einschätzung von Dr. B.____, welcher von einer vollständigen Erholung ausging (Erw. 3.6), sowie angesichts der vollumfänglichen Regredienz des Knochenmarködems und der Spongiosafraktur (Erw. 3.13) anzunehmen.

1 Letztlich kann die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang der noch geklagten Kniebeschwerden mit dem Unfallereignis offen bleiben, ist doch eine Leistungseinschränkung aufgrund dieser Beschwerden ohnehin nicht mehr ausgewiesen.

Bereits ab 11. Juni 2007 - mithin knapp zwei Monate nach dem Sturz - hatte Dr. A.____ die Arbeitsaufnahme im Umfang von 50 % als möglich erachtet (Erw. 3.3), deren Umsetzung in der Folge jedoch scheiterte (Erw. 3.4). Stellte Dr. B.____ nur wenig später die vollständige Arbeitsaufnahme in Aussicht (Erw. 3.6), hielten Dr. G.____ und H.____ im Oktober 2007 die bisherige Tätigkeit als vollumfänglich zumutbar (Erw. 3.9), zeigten sich anlässlich der Abklärung am D.____ zahlreiche Inkonsistenzen wie etwa problemloses Knien gegenüber Entlastung des rechten Knies beim Kriechen und fiel in keinem Bereich eine funktionell nachvollziehbare Einschränkung auf, so dass die Experten die Tätigkeit als Lastwagenchauffeur als ganztätig zumutbar bezeichneten (Erw. 3.10), so fehlt es an einer (unfallkausalen) Leistungseinschränkung durch allfällig noch vorhandene Kniebeschwerden. Dies umso mehr, als ein degenerativer Vorzustand erhoben wurde (Erw. 3.2) und der Beschwerdeführer offenkundig nicht bestrebt war, verwertbare Testresultate zu erzielen (vgl. etwa Erw. 3.13).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Infolgedessen ist erstellt, dass die Beschwerdegegnerin für die aktuell geklagten Kniebeschwerden nicht mehr leistungspflichtig ist, wobei Rückfälle oder Spätfolgen vorbehalten bleiben.

4.3.3 Ä Ä Was die vom Beschwerdeführer geklagten Schulterbeschwerden rechts betrifft, so fehlen auch dafür unfallnahe Befunde. Am Unfalltag wurden einzig eine Kontusion des rechten Ellenbogens sowie ein minimales Hämatom daselbst festgestellt. Ossäre Läsionen ergaben sich keine (Erw. 3.1). Nachdem am 20. September 2007 eine Ruptur der langen Bicepssehne diagnostiziert worden war (Erw. 3.7), finden sich Klagen über Schulterbeschwerden erstmals im Bericht von Dr. A.____ vom 22. Oktober 2007 (Erw. 3.8), während solche in den dem Ereignis zeitnahen Berichten gänzlich fehlen. Auch die Beschreibung eines Muskelbauches des Biceps findet sich erstmals im Bericht der Dres. G.____ und H.____ (vgl. Urk. 10/ZM20/2: Kugelbiceps). Wenngleich diese beiden Ärzte von einer traumatisch bedingten Ruptur der Bicepssehne ausgingen (Erw. 3.9), ist deren Verursachung durch das fragliche Sturzereignis mit Blick auf die Aktenlage nicht rechtsgenüglich belegt. Die Angaben des Beschwerdeführers über sofort nach dem Sturzereignis aufgetretene Schulterschmerzen (vgl. Erw. 3.9, 3.12) kontrastieren denn mit der zeitnahen ärztlichen Dokumentation, wonach initial ein beschwerdearmes Bild mit Exazerbation der Beschwerden nach den Sommerferien bestand (Erw. 3.9; vgl. auch Erw. 3.7-3.8). Wurde schliesslich am D.____ (auch) im Bereich der Schulterfunktion eine Diskrepanz festgestellt (Erw. 3.10), ist eine Schmerz- und Symptorausweitung aktenkundig (Erw. 3.11, 3.12), zeigten sich Trophik und Tonus in den Armen seitengleich, waren die Beschwerden aus neurologischer Sicht keiner Erklärung zugänglich (Erw. 3.14) und war es selbst für Dr. F.____ klar, dass die somatischen Läsionen das Ausmass der geklagten Schmerzen nicht erklärten (Erw. 3.19), so ist das Unfallereignis vom 23. April 2007 bloss mögliche Ursache der diagnostizierten Ruptur, was demzufolge auch für allfällige Folgebeschwerden zu gelten hat. Kommen zudem für eine Periarthropathia humeroscapularis als auch für eine Bursitis degenerative Gründe ebenso wie traumatische in Betracht (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörtererbuch, 259. Aufl., Berlin 2002, S. 252 und 1275), so entfällt das Unfallereignis als überwiegend wahrscheinliche (Erw. 2.2) Ursache der noch geklagten Beschwerden. Attestierten endlich die Ärzte aus somatischer Sicht mehrfach eine vollständige Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Chauffeur (Erw. 3.9, 3.10, 3.18.2), so entfällt eine Leistungspflicht des Unfallversicherers für die Schulterbeschwerden ohnehin.

4.4.1.1

4.4.1.1 Ob Beschwerden, herrührend aus dem nach dem Sturz diagnostizierten SHT und der HWS-Kontusion, noch vorhanden beziehungsweise leistungseinschränkend sind, kann offen bleiben, ist doch die Adäquanz ohnehin zu verneinen (vgl. nachfolgend). Bemerkenswert ist jedenfalls, dass der Beschwerdeführer vorgibt, aufgrund fehlender Konzentration, Aufmerksamkeit und Belastbarkeit keinen Lastwagen mehr lenken zu können (Erw. 1.2), währenddem ihm das Fahren eines Personenwagens offenbar noch problemlos möglich ist (Urk. 22).

4.4.2 Offensichtlich ist, dass allfällige, einem somatischen Korrelat nicht zugehörige Beschwerden aus HWS-Kontusion oder SHT im Heilungsverlauf von Leiden psychischer Art stark überlagert wurden. Bereits im Oktober 2007 bezeichnete Dr. A. die Ursache der Beschwerdepersistenz als unklar (Erw. 3.8) und sprach im Mai 2008 von einer ständigen Schmerzausweitung (Erw. 3.11). Schliesslich nannte Dr. F. eine Depression und den Verdacht auf eine funktionelle Komponente mit Symptomausweitung (Erw. 3.12) und diagnostizierte Dr. L. eine depressive Reaktion und somatoforme Schmerzstörung (Erw. 3.15). Und endlich attestierten die Gutachter des E. eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit einzig aus psychiatrischer Sicht (Erw. 3.18.2). Mithin ist gestützt auf die Rechtsprechung zu psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall (Erw. 2.4.3) zu prüfen, ob die psychischen Leiden ohne somatisches Korrelat in adäquatem Kausalzusammenhang mit dem Sturzereignis vom 23. April 2007 stehen.

Ist der vom Beschwerdeführer erlittene Sturz rechtsprechungsgemäss als banaler Unfall zu qualifizieren, so ist die Adäquanz ohne Weiteres zu verneinen (Erw. 2.4.4).

4.4.3 Selbst wenn jedoch darauf abgestellt würde, dass der fragliche Sturz als Unfallereignis im mittleren Bereich einzustufen wäre, fehlte es am adäquaten Kausalzusammenhang der psychischen Beschwerden (vgl. Erw. 2.4.5), wie sich aus dem Folgenden ergibt.

Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls gegeben sind, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. des Angstgefühls der versicherten Person (RKUV 1999 Nr. 8 335 S. 207 E3b/cc; Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2008, in Sachen M., 8C_33/2008, Erw. 8.1). Dieses Kriterium ist hinsichtlich des Sturzes vom 23. April 2007 nicht erfüllt. Ebenso fehlt es an der Schwere oder besonderen Art der Verletzung, vermag doch weder die Diagnose einer HWS-Kontusion noch eines SHT oder Nasenbeinbruchs zur Bejahung des Kriteriums zu führen.

Sind die psychischen Faktoren bei der Adäquanzprüfung auszuscheiden, fehlt es sodann an einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. Das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen, einer ärztlichen Fehlbehandlung, eines schwierigen Heilungsverlaufes, von erheblichen Komplikationen sowie von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit sind ebenfalls ohne Weiteres zu verneinen.

Damit ist kein einziges praxisgemässes Kriterium erfüllt, weshalb es am adäquaten Kausalzusammenhang der noch geklagten Beschwerden (betreffend die

HWS-Kontusion, SHT, psychische Beschwerden) mit dem fraglichen Unfallereignis mangelt. Damit hat die Beschwerdegegnerin zu Recht ihre Leistungen diesbezüglich eingestellt.

5. Diese Erwägungen führen zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Regula Schwaller

- Zürich Versicherung-Gesellschaft AG

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.