

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00333 vom 31. Januar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00333

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00333 du 31 janvier 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00333 del 31 gennaio 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. Streitig und zu präzisieren ist, ob der Beschwerdeführer aus dem Unfall vom 15. Juni 2007 weiterhin Anspruch auf Taggeldleistungen und Heilbehandlung sowie auf eine Integritätsentschädigung hat. Dabei ist entscheidend, ob die nach jenem Zeitpunkt weiterhin geklagten Beschwerden noch in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall stehen.

1.2. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosses Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.3. 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 gehen, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b).

1.4 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).

1.4 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).

1.5 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).

1.5 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 Kausalzusammenhanges 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 anderen 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).

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

2.1 Ä Ä Ä Ä Nach dem Unfallereignis vom 15. Juni 2007 sind folgende ärztliche Berichte aktenkundig:

2.2 Ä Ä Ä Ä Dem Bericht vom 16. Juni 2007 des Spitals F. ____, Unfallchirurgie, wo der Beschwerdeführer vom 15. bis 16. Juni 2007 hospitalisiert war, können die Diagnosen einer Commotio cerebri und einer Rissquetschwunde occipital entnommen werden. Fremdanamnestic sei der Beschwerdeführer beim Gehen auf der Strasse auf den Hinterkopf gestürzt. Es hätten eine Amnesie für das Ereignis sowie eine fragliche Bewusstlosigkeit bestanden. Die Glasgow Coma Scale (GCS) ergab bei fehlender zeitlicher Orientierung einen Wert von 14 Punkten. Kopfschmerzen, Schwindel, Nausea sowie Vomitus wurden vom Beschwerdeführer bei Eintritt auf dem chirurgischen Notfall verneint. In einem initial durchgeführten Computertomogramm (CT) des Schädels zeigten sich keine ossären Läsionen und keine intracerebrale Blutung. Die Commotioüberwachung gestaltete sich regelrecht. Der Beschwerdeführer konnte am 16. Juni 2007 in gutem Allgemeinzustand, voll mobilisiert und kostaufgebaut, in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden (Urk. 9/ZM3).

2.3 Ä Ä Ä Ä Gemäss dem Bericht von Dr. Z. ____, vom 1. Oktober 2007 hatte der Beschwerdeführer rund 10 Tage nach dem Unfall seine Arbeitsfähigkeit auf 50 % steigern können (siehe auch Arztzeugnis vom 15. August 2007 Urk. 9/ZM5). Jedoch sei dieses Pensum nur mühsam und unter Beschwerden aufrechtzuerhalten. Es würden immer deutlicher neuropsychologische Defizite im Sinne einer Störung der Konzentrations- und Merkfähigkeit sowie der möglichen Aufmerksamkeit augenfällig. Der Beschwerdeführer klagt über eine deutlich eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit, was auf Grund des langen Verlaufes nun auch im psychischen Befinden seinen Niederschlag finde. Es sei deshalb eine begleitende psychiatrische Betreuung durch Dr. C. ____, aufgenommen worden (Urk. 9/ZM6). Das von Dr. Z. ____, beim Medizinisch Radiologischen Institut an der Klinik A. ____, in Auftrag gegebene Schädel-MRI vom 21. August 2007 ergab einen normalen Befund und keinen Nachweis struktureller cerebraler Veränderungen oder intrakranieller Traumafolgen (Urk. 9/ZM7).

2.4 Dr. B. erhob beim Beschwerdeführer folgende neurologische Befunde:
Hirnnerven: Geruchssinn intakt, Okulomotorik unauffällig, seitengleiche Optokinetik auch vertikal auslösbar, Augenfundus mit scharf begrenzter Sehnervenpapille, Trigeminafunktion inklusive Cornealreflex intakt, seitengleiche Mimik, Gehör kursorisch geprüft seitengleich und unauffällig. Eigenreflexe seitengleich mittelbhaft, Babinski und Homologe negativ. Bauchhautreflexe in allen Quadranten auslösbar. Motorik, Feinmotorik und Koordination regelrecht, insbesondere normaler und zügiger Finger-Nasenversuch, Diadochokinese normal. Im Unterberger kein Abweichen. Sensibilität für alle Qualitäten unauffällig, insbesondere normales Vibrationsempfinden. Stereognose seitengleich und unauffällig. Wirbelsäule: normale Beweglichkeit, keine Klopfdolenz. (Bericht von Dr. B. vom 20. November 2007, Urk. 9/ZM10). In seiner Beurteilung hielt Dr. B. fest, er finde keine organische Abnormitäten. Die Leberwerte seien deutlich erhöht und in dieser Form sehr verdächtig auf einen erhöhten Alkoholkonsum, was vom Beschwerdeführer ohne Weiteres zugegeben werde. Aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit progredient zu steigern (Bericht vom 22. November 2007, Urk. 9/ZM11). Anlässlich seiner neurologischen Kontrollen am 11. und am 21. April 2008 konnte Dr. B. aus seiner fachärztlichen Sicht wiederum keine Abnormitäten feststellen. Hingegen fanden sich im Vergleich zum November 2007 noch deutlicher erhöhte Werte der Leberenzyme, weshalb Dr. B. die Auffassung vertrat, wesentlich scheine ihm hier der erhöhte Alkoholkonsum, der keinen Zusammenhang mit dem Unfallereignis aufweise. Der Alkoholkonsum sei für den weiteren Verlauf ungünstig und beeinflusse zweifellos den spontanen Heilungsverlauf nach der commotiobedingten leichten traumatischen Hirnschädigung. Aus rein neurologischer Sicht bestehe eine rasch progrediente Arbeitsfähigkeit (Bericht vom 29. April 2008, Urk. 9/ZM21).

2.5 Dr. C., bei welchem sich der Beschwerdeführer nach dem Unfall in psychiatrische Behandlung begab und welcher den Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall während sechs Jahren behandelt hatte (Urk. 9/ZM28/2 und Urk. 9/ZM30-31), diagnostizierte gemäß seinem Bericht vom 31. Januar 2007 (richtig: 2008) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1). Als Differentialdiagnose käme eine leichte posttraumatische Belastungsstörung in Frage, einige typische Symptome wie Flash back, Alpträume etc. würden aber fehlen. Dr. C. erhob beim Beschwerdeführer depressive Verstimmungszustände, Motivationsprobleme, Konzentrationsstörungen sowie Störungen des Frischgedächtnisses (Urk. 9/ZM15/1 in Verbindung mit Urk. 9/Z26).

2.6 Die Neuropsychologin Dr. D. stellte die Diagnose einer minimalen bis leichten neuropsychologischen Funktionsstörung nach Sturz auf den Hinterkopf am 15. Juni 2007 mit commotio cerebri/MTBI (mild traumatic brain injury) (Urk. 9/ZM17/3). Sie berichtete, dass die Hirnleistungsprüfung gesamthaft gesehen ein überdurchschnittliches Leistungsprofil ergeben habe, von welchem einige Funktionen abweichen würden (Urk. 9/ZM17/2). Weit im Vordergrund ständen eine stark schwankende Konzentration und Aufmerksamkeit, unsicheres Erfassen, leicht erschwertes Lernen und reduziertes Behalten beim Lernen ohne Assoziationen. Das Bearbeitungstempo sei meist hoch, jedoch mit ausgeprägten Schwankungen. Dank dem an sich sehr hohen Leistungsvermögen komme es durch solche Leistungseinbrüche trotz Zeitverzögerungen doch noch zu Durchschnittswerten, aber auch zu kognitiver

Ermüdung und zu Spannungskopfschmerzen. Ferner bestanden auffällige Perseverationen im figural-räumlichen Behalten (Urk. 9/ZM17/4).

2.7

2.7.1.1. Prof. Dr. med. G. ____, MBA, Facharzt Neurologie, Rehaklinik E. ____, diagnostizierte beim Beschwerdeführer aus neurologischer Sicht eine beim Unfall vom 15. Juni 2007 erlittene leichte traumatische Hirnverletzung (Urk. 9/ZM29/11). Gemäss der Beurteilung dieses Arztes hätten sich bei der MR-Tomographie des Kopfes, welche etwa zweieinhalb Monate nach dem Unfallereignis durchgeführt worden sei, keine intrazerebralen Traumafolgen gefunden. Die Sensitivität dieser Methode sei, insbesondere da auch hemosiderinsensitive Sequenzen angewendet worden seien, hoch. Mithin sei davon auszugehen, dass das Unfallereignis keine schwergradigen strukturellen Hirnverletzungen hinterlassen habe (Urk. 9/ZM29/9). In Bezug auf das Unfallereignis vom 15. Juni 2007 würden sich keine Unfallfolgen auf somatisch-organischem Fachgebiet finden lassen, die geeignet wären, eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers zu erklären. Die leichten Koordinationsstörungen im Untersuchungsbefund seien neurologisch nicht klar zuzuordnen, denkbar sei durchaus, dass die Wirkung des Alkohols (vgl. die neuropsychologischen und psychopathologischen Diagnosen von Dr. phil. H. ____, und med. pract. I. ____, Erw. 2.7.2) im Sinne einer leichten Polyneuropathie hier eine überwiegende Rolle spiele. Im Mindesten müsse es als wahrscheinlich angesehen werden, dass nicht unfallkausale Faktoren hier eine zentrale Bedeutung spielen würden (Urk. 9/ZM29/9).

2.7.2.1. Gemäss dem neuropsychologischen und psychopathologischen Bericht vom 15. Oktober 2008 von Dr. phil. H. ____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, und med. pract. I. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Rehaklinik E. ____, stellten diese als neuropsychologische Diagnose eine minime neuropsychologische Störung mit leicht vermindertem Lesetempo sowie geringfügigen Einschränkungen der verbalen Behaltensleistungen im Rahmen von psychischen Störungen (depressive Störung, Alkoholabhängigkeitssyndrom) nach Erleiden einer MTBI am 15. Juni 2007 sowie als psychopathologische Diagnosen eine leichte, sehr wahrscheinlich rezidivierende depressive Störung gegenwärtig unter antidepressiver Medikation mit Fluctine (ICD-10: F33.0) und Alkoholabhängigkeit, gegenwärtiger Substanzgebrauch trotz Medikation mit Campral (ICD-10: F10.24) (Urk. 9/ZM28/4). Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchungen vom 15. Oktober 2008 hätten sich lediglich geringfügige Einschränkungen der mittelfristigen verbalen Behaltensleistungen sowie ein leicht verlangsamtes Lesetempo gezeigt. Ansonsten hätten testpsychologisch keine kognitiven Defizite objektiviert werden können. In Bezug auf mehrere kognitive Funktionen habe der Beschwerdeführer sogar überdurchschnittliche Leistungen erzielt (verbale Fluenz, verbale und visuell-räumliche Merkfähigkeit). Die standardisierte psychopathologische Untersuchung verdeutlichte, dass der Beschwerdeführer die Diagnosekriterien für eine leichte depressive Störung und für ein Alkoholabhängigkeitssyndrom erfülle. Er habe schon vor dem Unfall vom 15. Juni 2007 unter psychischen Störungen gelitten. Gegenwärtig nehme er eine antidepressive sowie eine den Alkoholentzug unterstützende Medikation (Fluctine, Campral) ein. Die kognitiven Defizite seien am ehesten im Rahmen der psychischen Störungen zu interpretieren. Die Befunde entsprächen einer minimalen neuropsychologischen Störung. Im Vergleich mit den Befunden der letzten neuropsychologischen Untersuchung vom 25. Januar 2008 seien

Fortschritte vor allem im Bereich der Aufmerksamkeitsleistungen festzustellen (Urk. 9/M28/3). Dr. H. ___ und I. ___ hielten in ihrer Beurteilung fest, dass ein Ätiologischer Zusammenhang zwischen den minimalen kognitiven Defiziten und der am 15. Juni 2007 erlittenen MTBI sehr unwahrscheinlich sei. Die Prognose der MTBI sei grundsätzlich gut. Bei 5 bis 15 % der Betroffenen bleibe aber ein chronisches postkommotionelles Syndrom zurück (Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen etc.). Bei länger als drei Monate anhaltenden Beschwerden müsse angenommen werden, dass psychische Störungen, Medikamentennebenwirkungen, ein sekundärer Krankheitsgewinn oder schwierige psychosoziale Verhältnisse wesentlich zur Aufrechterhaltung der Symptome beitragen würden. Beim Beschwerdeführer dürfte angenommen werden, dass die vorliegenden minimalen kognitiven Defizite durch die psychischen Störungen aufrechterhalten würden oder sogar durch diese entstanden seien (langjährige Alkoholproblematik, Urk. 9/ZM28/3-4).

3.1.1.1.1.1

3.1.1.1.1.1 Nach Lage der medizinischen Akten ist erstellt und vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten, dass den von ihm geklagten Beeinträchtigungen (Unsicherheit beim Gehen, leichte Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, sich beim Stehen festhalten müssen, leichte Ablenkbarkeit durch Nebengeräusche [Urk. 9/ZM29/9]; Vergesslichkeit, Überforderung bei gleichzeitiger Verarbeitung vieler Reize [Urk. 9/ZM28/1]) kein organisches Substrat im Sinne einer bildgebenden oder sonst wie klar nachweisbaren strukturellen Veränderung zugrunde liegt. Der medizinischen Aktenlage kann aber auch entnommen werden, dass im Verlaufe der gesamten gesundheitlichen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt (Leistungseinstellung per 1. Dezember 2008 und 31. Januar 2009, bzw. Einspracheentscheid vom 21. August 2009) die auf die erlittene Commotio cerebri zurückzuführenden Beschwerden im Vergleich zur psychischen Problematik nurmehr eine untergeordnete Rolle gespielt haben und damit in den Hintergrund des Beschwerdebildes getreten sind. Der Beschwerdeführer macht geltend, der natürliche Kausalzusammenhang zwischen seinen psychischen Beschwerden und dem Unfall vom 15. Juni 2007 sei gegeben (Urk. 1 S. 4).

3.2.1.1.1.1 Dem Bericht der Rehaklinik E. ___ ist demgegenüber zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer schon vor dem Unfallereignis an psychischen Störungen gelitten hatte und dass ein Zusammenhang zwischen den minimalen kognitiven Defiziten des Beschwerdeführers und der am 15. Juni 2007 erlittenen MTBI sehr unwahrscheinlich ist (Erw. 2.7.2). Der Beschwerdeführer beruft sich zur Begründung seines Standpunktes vor allem auf die Berichte von Dr. D. ___ und Dr. C. ___. Dr. D. ___ erwähnt in ihrem Bericht zwar eine minimale bis leichte neuropsychologische Funktionsstörung (Erw. 2.5), was von Dr. H. ___ und I. ___ in ihrem Bericht auch erwähnt wird (Erw. 2.7.2). Dr. C. ___ führte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin aus, eine mittelgradige depressive Reaktion sei nach einem solchen Sturz eine häufige und keineswegs besonders auffällige Reaktion (Urk. 9/ZM15).

3.3.1.1.1.1 Ob die psychischen Beschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem am 15. Juni 2007 erlittenen Unfall stehen, oder ob deren Ursache im aktenkundigen problematischen Alkoholkonsum des Beschwerdeführers liegt, kann jedoch offen gelassen werden, da die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhanges allein noch nicht genügt.

E. 4

4.1 Nach dem unbestrittenermassen ein eigenständiges psychisches Geschehen vorliegt, hat die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges nach der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen, folglich unter Ausklammerung psychischer BeschwerdekompONENTEN, zu erfolgen (Erw. 1.3 - 1.5).

4.2 Fraglich ist, ob es sich beim Sturz des Beschwerdeführers auf den Hinterkopf um einen leichten Unfall oder einen solchen im mittleren Bereich handelt. Der Beschwerdeführer hält dafür, dass ein Unfallereignis im mittleren Bereich vorliege, da er sich beim Sturz eine commotio cerebri mit einer Rissquetschwunde okzipital von 10 cm Länge mit klaffenden Wundrändern zugezogen habe (Urk. 1 S. 4). Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass die GCS, eine Methode zur quantitativen Erfassung von Bewusstseinsstörungen, beim Beschwerdeführer einen Wert von 14 ergab (Urk. 9/ZM29/8), was für ein leichtes Schädelhirntrauma bzw. eine leichte Bewusstseinsstörung spricht. Ossäre Läsionen und intracerebrale Blutungen konnten ausgeschlossen werden, so dass der Beschwerdeführer nach regelrechter Commotioüberwachung einen Tag nach dem Unfall in gutem Allgemeinzustand wieder nach Hause entlassen werden konnte (Erw. 2.1). Ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf (Ausrutscher auf nassem Kopfsteinpflaster) und in Berücksichtigung des Unfallhergangs (Sturz auf den Hinterkopf) ist das Ereignis vom 15. Juni 2007 als mittelschwerer Unfall im Bereich zu den leichten zu qualifizieren.

4.3

4.3.1 Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges müssten somit von den weiteren massgeblichen Kriterien entweder ein einzelnes in besonders ausgeprägter Weise oder aber mehrere in gehäuft oder auffallender Weise gegeben sein (Erw. 1.5).

4.3.2 Von den in die Adäquanzprüfung mit einzubeziehenden Kriterien unbestrittenermassen nicht erfüllt ist die Schwere oder besondere Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen. Eine leichte Hirnerschütterung, wie sie der Beschwerdeführer erlitten hat, ist denn auch erfahrungsgemäss nicht geeignet, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen. Von besonders dramatischen Begleitumständen kann nicht gesprochen werden. Der Beschwerdeführer stürzte auf nassem Kopfsteinpflaster auf seinen Hinterkopf. Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die somatischen Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, liegt ebenfalls nicht vor, genauso wenig wie - hinsichtlich der somatischen Beeinträchtigungen - das Kriterium eines schwierigen Heilungsverlaufs und erheblicher Komplikationen. Diese Kriterien erachtet denn auch der Beschwerdeführer zu Recht als nicht erfüllt (Urk. 1 S. 5 f.).

4.3.3 Hingegen macht der Beschwerdeführer geltend, das Kriterium der besonderen Eindringlichkeit des Unfalles sei gegeben (Urk. 1 S. 5). Worin die besondere Eindringlichkeit allerdings bestehen soll, ist nicht ersichtlich. Aus der Tatsache allein, dass der Beschwerdeführer - ohne Dritteinwirkung - auf regennassem Kopfsteinpflaster ausrutschte und dann rückwärts auf seinen Hinterkopf stürzte, kann noch nicht auf eine besondere Eindringlichkeit geschlossen werden, wie ein Blick in die dazu ergangene höchstichterliche Rechtsprechung ohne Weiteres zeigt (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts vom 1. Mai 2009 in Sachen F., 8C_957/2008, Erw. 4.3.2).

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