

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00375 vom 20. Mai 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-05-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00375

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00375 du 20 mai 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00375 del 20 maggio 2011

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin begründete die Einstellung der Leistungen in der Verfügung beziehungsweise im Einspracheentscheid gestützt auf das Gutachten der C. zusammengefasst damit, dass es anlässlich des Unfalles höchstens zu einer vorübergehenden Beschwerdeauslösung bei den erhobenen Vorzuständen am Nacken gekommen sei. Denn es seien unmittelbar nach dem Unfall keine Nackenschmerzen dokumentiert, was bei einer unmittelbaren, ins Gewicht fallenden Traumatisierung jedoch notwendig gewesen wäre. Nach ihrer Ansicht bestand daher nach neun Monaten aufgrund des eingetretenen status quo sine kein natürlicher Kausalzusammenhang mehr zwischen den Beschwerden und dem Unfallereignis (Urk. 10/A41). Für den Fall, dass von einem erlittenen Schleudertrauma und von einem noch vorhandenen natürlichen Kausalzusammenhang auszugehen wäre, seien die Leistungen aufgrund eines nicht vorhandenen adäquaten Kausalzusammenhangs einzustellen (Urk. 2).

2.2 Der Beschwerdeführer lässt in der Beschwerde zusammengefasst das Gutachten der C. wegen zahlreicher Mängel als unbrauchbar rügen. Im Besonderen habe die untersuchende Rheumatologin die zuvor vom A. festgestellten, somatisch nachweisbaren Befunde nicht einmal erwähnt, was das Gutachten unvollständig mache. Demgegenüber habe das Gutachten der Dres. F. und G. neurologische Auffälligkeiten in Form einer Vestibulopathie ergeben, die eine traumatische Ursache habe. Es bestehe ein Zustand nach einem Unfallereignis mit Halswirbelsäulendistorsion eventuell mit Abknickverletzung, milder traumatischer Gehirnverletzung, traumatischer Vestibulopathie und nachfolgendem Zervikalsyndrom sowie kognitiven Störungen. Der Beschwerdeführer habe schon in der Nacht nach dem Unfall starke Kopf- und Nackenschmerzen bekommen, es habe keine Latenzzeit bestanden. Sodann ist gemäss Ansicht des Beschwerdeführers auch der adäquate Kausalzusammenhang zur objektivierten Vestibularisstörung gegeben. Im übrigen wäre auch der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den Beschwerden nach den Kriterien eines Schleudertraumas zu bejahen (Urk. 1, Urk. 17).

E. 3

3.1 Die Beschwerdegegnerin hat durch die Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeldern einen ursächlichen Zusammenhang zwischen den ab 15. Juni 2006 geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis zunächst einmal anerkannt. Eingestellt hat sie die Leistungen de facto per 30. Juni 2008 (Urk. 10/A32), rechtlich jedoch in der Verfügung und im Einspracheentscheid einen Zusammenhang bereits ab 16. März 2007 aberkannt und gleichzeitig auf eine Rückforderung des Geleisteten verzichtet. Bei dieser Sachlage

ist Gegenstand des strittigen Verfahrens die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ex nunc et pro futuro, mithin ab 1. Juli 2008 (BGE 130 V 380).

E. 3.2

3.2.1 Hinsichtlich des Unfallereignisses vom 15. Juni 2006 berichtete der Versicherte der Beschwerdegegnerin in der Unfallmeldung UVG wie auch in der Meldung hinsichtlich der Zusatzversicherungen, beide datiert vom 19. Juni 2006, er sei beim Decken des Bootes mit Persenning in die geöffnete, normalerweise begehbare Luke getreten und sei dadurch zu Fall gekommen. Er gab als Schädigungen Schürfwunden am Bein und Fuss, Schnittwunden an der Hand und Schmerzen im Nacken an (Urk. 10/A1).

Der erstbehandelnde Hausarzt Dr. Z. ___ diagnostizierte im Bericht vom 4. August 2006 eine HWS-Distorsion und eine Schnittwunde in der Hand rechts (Urk. 10/M1). Die den Versicherten ab 13. September 2006 behandelnden Ärzte des A. ___ berichteten am 27. Dezember 2006 von ab drei Tagen nach dem Unfall aufgetretenen progredienten und seither ständig vorhandenen Nacken- sowie Kopfschmerzen. Sie diagnostizierten einen Status nach einem HWS-Beschleunigungstrauma mit einem subakuten zervikocephalen und zervikospondylogenen Syndrom rechtsbetont und einem subakuten thorakovertebralen Syndrom. Das MRI vom 29. September 2006 habe einen rechtslateralen Bandscheibenprolaps/eine Bandscheibenprotrusion mit neuroforaminaler Einengung und einen Verdacht auf eine Affektion der Nervenwurzel C4 rechts im Segment C3/4 ergeben. Die Infiltration bei C3/4 am 24. Oktober 2006 sei jedoch erfolglos, ebenso sei die Physiotherapie nicht wirksam gewesen (Urk. 10/M4/1).

In der B. ___, wohin der Versicherte ab 15. Februar 2007 zur Rehabilitation ging, wurde eine deutliche Dekonditionierung des Versicherten festgestellt, weshalb versucht wurde, eine Verbesserung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule sowie einen Aufbau der rumpfstabilisierenden Muskulatur und der Ausdauer zu erzielen. Der Versicherte klagte über Kopfschmerzattacken, und es wurde eine eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule ohne Muskelhartspann und ohne neurologische Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik festgestellt. Der Versicherte verliess das Programm jedoch vorzeitig am 1. März 2007 nach zwei statt nach vier Wochen, da er mit den Abläufen unzufrieden gewesen sei (Urk. 10/M6/1, 10/M13 S. 14). Im nachbehandelnden A. ___ berichtete der Oberarzt Dr. med. I. ___ im Schreiben vom 13. September 2007 von einem weiterhin protrahierten Heilungsverlauf. Die Arbeitsunfähigkeit wurde von 80 % ab 5. März 2007 auf 100 % ab 7. September 2007 erhöht und eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung empfohlen (Urk. 10/M10). Gegenüber der Invalidenversicherung hielt Dr. I. ___ im Bericht vom 12. Oktober 2007 neben den bekannten Diagnosen eine begleitende reaktive Depression sowie multiple neurovegetative Symptome und kognitive Störungen fest (Urk. 14/16/7).

3.2.2 Anlässlich der Begutachtung durch die C. ___ im April/Mai 2008 wurde der Versicherte von Prof. D. ___ und Dr. E. ___ untersucht. Der Versicherte klagte über Nackenschmerzen auf der Höhe der mittleren Halswirbelsäule rechts und über Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Wetterfühligkeit und psychische Probleme (Urk. 10/M13 S. 14 f.). Die Gutachter stellten als Diagnosen eine zervikovertebrale und zervikocephale Schmerzsymptomatik bei Segmentdegeneration mit Unkovertebralarthrose C3/4 und ossär bedingter Neuroforameneinengung sowie szintigraphisch erhöhtem Knochenumbau auf Höhe C3/4 und bei leichter Chondrose C4/5 und Osteochondrose

C5/6 mit nur leicht diffus vermehrtem Knochenumbau. Daneben wurde eine mittelschwere bis schwere chronische depressive Störung (ICD-10: F33.1/F33.2), differentialdiagnostisch eine Anpassungsstörung primär mit Depression, diagnostiziert.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In ihrer Beurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, der beschriebene Unfallmechanismus erscheine kaum geeignet, um Beschwerden, die im Zusammenhang mit einer Halswirbelsäulen-Distorsion beobachtet werden könnten, auszulösen. Dafür spreche vor allem auch die Tatsache, dass die Nackenschmerzen erst drei Tage nach dem Unfall angegeben worden seien. Bei einer relevanten Belastung der Halswirbelsäule hätten solche beim Versicherten mit wesentlichen degenerativen Halswirbelsäule-Veränderungen insbesondere bei Niveau C3/4 bereits im Unfallzeitpunkt wesentlich früher auftreten müssen. Es könne allenfalls angenommen werden, dass eine Belastung der Halswirbelsäule anlässlich des Ereignisses vom 15. Juni 2006 stattgefunden habe, und dass auf dieser Grundlage eine vorübergehende Symptomauslösung an der Halswirbelsäule aufgrund der degenerativen Veränderungen stattgefunden habe. Selbst wenn eine traumatische Mitbeeinflussung angenommen werde, sollte jedoch erwartet werden, dass solche Beschwerden innerhalb einer Zeit von maximal sechs bis neun Monaten wesentlich regredient würden. Selbst Beschwerden eines nicht primär traumatisch bedingten sondern im Rahmen von degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule hervorgerufenen Zervikalsyndroms seien in der Regel auf therapeutische Interventionen positiv ansprechbar, wenn auch solche Beschwerden rezidivieren könnten. Beim Versicherten jedoch habe eine Chronifizierung der Beschwerden mit überproportionaler Beeinträchtigung stattgefunden, die auf keine therapeutischen Massnahmen positiv reagiert habe. Vielmehr seien zusätzliche Symptome hinzugetreten wie Konzentrationsstörungen, Müdigkeit/Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, Leistungsunfähigkeit und auch psychische Beschwerden, welche am ehesten einer depressiven Entwicklung entsprechen. Es bestehe an der Halswirbelsäule ein somatischer anhaltender degenerativer Umbauprozess und damit eine Pathologie, die Symptome erklären könne. Das Ereignis sei jedoch nicht geeignet gewesen, die Halswirbelsäule-Strukturen so zu belasten, dass auf dieser Grundlage strukturelle Verletzungen mit Symptomen eines Halswirbelsäulen-Distorsionstraumas entstanden seien und im Besonderen chronifizieren könnten. Die psychischen Beschwerden, welche weder gemäß Unfallereignis noch gemäß Verlauf, noch gemäß ihrem Ausmass als unfallkausal bezeichnet werden könnten, seien aus einer Interaktion von verschiedenen Teilfaktoren entstanden und trügen wesentlich zur Chronifizierung des gesamten Beschwerdebildes bei. Es seien denn auch die im Vordergrund stehenden psychischen Beschwerden, die zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Versicherten führten (Urk. 10/M13).

3.2.3 Ä Ä Bei der Begutachtung durch Dr. G.____ und Dr. F.____ Ende 2008/Anfang 2009 berichtete der Beschwerdeführer über tägliche Nackenschmerzen mit gelegentlicher Übelkeit, eingeschränkter Konzentrationsfähigkeit, Kopfschmerzen, Wetterfühligkeit, verringerter Belastbarkeit, Depressivität, Schlafstörungen, Licht- und Lärmempfindlichkeit (Urk. 10/M18 S. 11). Der Neurologe Dr. F.____ berichtete über das Unfallereignis, der Versicherte könne sich an dieses selber nicht mehr erinnern. Er wisse nur noch, dass er sich auf den vorderen Bereich des Bootes habe begeben wollen. Die nächste Erinnerung sei, dass ihn seine Frau laut angesprochen habe. Ob er

den Kopf angeschlagen habe, wisse er nicht. Die Ehefrau habe ausgesagt, dass sie ein Geräusch gehört habe, sie habe ihren Mann gerufen und sei vermutlich nach mehreren Minuten zum vorderen Bootsbereich gegangen, wo sie ihren Mann in verdrehter Körperlage am Boden im Bereich der Reling gesehen habe. Er sei desorientiert und benommen und es sei ihm schwindlig und äbel gewesen. Nach einer bis zwei Stunden habe er zunehmend starke Kopfschmerzen bekommen. Genick- und Kopfschmerzen hätten anfänglich im Hintergrund gestanden, zumal er sehr unter starken Schmerzen im Bereich der Hautverletzung an der rechten Hand und des Unterschenkels links gelitten habe (Urk. 10/M18 S. 8). Auch anlässlich der Untersuchung beim Hausarzt am nächsten Tag habe er neben Schmerzen in der rechten Hand weiter unter Schwindel, einem "sturmen" Kopf und Äbelkeit gelitten. In der zweiten Nacht nach dem Unfall habe er wegen den zunehmenden Genickschmerzen fast nicht schlafen können, weshalb er erneut zum Arzt gegangen sei (Urk. 10/M18 S. 9).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In ihrer Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zu den Diagnosen, dass der Versicherte nach dem Unfall eine Halswirbelsäulendistorsion, eine milde traumatische Gehirnverletzung und eine Vestibulopathie erlitten habe. In deren Folge beständen weiterhin ein rechtsbetontes, mässig ausgeprägtes mittleres und oberes Zervikalsyndrom, zervikocephale Beschwerden und leicht bis mässig ausgeprägte kognitive Störungen (Urk. 10/M18 S. 32). Sie hielten fest, die aktuell klinisch neurologisch und apparativ otoneurologisch erhobenen Befunde zusammen mit den möglichen zu postulierenden Verletzungsmechanismen legten den Schluss nahe, dass es beim Unfall zu einer schweren Verletzung gekommen sei. Es sei davon auszugehen, dass das Unfallereignis zumindest eine Teilursache einer richtungsweisenden Verschlechterung des vorbestehenden ausschliesslich radiologischen Vorzustandes darstelle. Für einen relevanten Kopfanprall und eine Beteiligung des Cerebrums spreche der apparativ erhobene Befund einer linksseitigen peripher-vestibulären und zentral-vestibulären Störung (Urk. 10/M18 S. 17). Daher seien die im Untersuchungszeitpunkt gemachten Befunde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen. Die kognitiven Störungen seien bei gegenwärtig vorhandener mässiger Depression von gemischter Ursache, einerseits seien sie Folge der milden traumatischen Gehirnverletzung andererseits Folge von seelischen Interferenzen. Die Arbeitsfähigkeit schätzten die Gutachter auf 0 % in der angestammten anspruchsvollen Tätigkeit ein. In einer den Schultergürtel nicht belastenden und intellektuell eher einfachen Tätigkeit bestehe eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 10/M18 S. 18).

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Ä Ein grosser und für die Einschätzung der Situation bedeutsamer Unterschied zwischen den beiden Gutachten liegt in der Annahme des Unfallablaufs und dem Auftreten der ersten Beschwerden beim Versicherten. In beiden Gutachten lassen sich die Gutachter offensichtlich für die Beurteilung der Frage nach dem Vorliegen unfallkausaler Folgen massgebend durch die mutmassliche Schwere der Anfangsverletzung und den Verletzungsmechanismus leiten. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass die Gutachter F.____ und G.____ sich vor allem auf die seitens des Beschwerdeführers und dessen Frau eineinhalb Jahre nach dem Ereignis gemachten Angaben stützen, die in den echtzeitlichen Akten jedoch so keinen Widerhall gefunden hatten. Im Besonderen wirft die Annahme einer erlittenen schweren Verletzung der Halswirbelsäule mit einer relevanten Gehirnverletzung Fragen auf. Von einer Amnesie oder einer erheblichen

BewusstseinsstrÄ¼bung unmittelbar nach dem Unfall, wie sie von den Privatgutachtern beschrieben wird, geht aus den Akten nichts hervor. HÄ¼tte sie sich jedoch so zugetragen, hÄ¼tte diese wohl aufgrund der geschilderten Dramatik in irgendeiner Form beim ersten Arztbesuch am Tag nach dem Unfall oder spÄ¼ter anÄ¼sslich der Behandlung bei den Ä¼rzten im A.____ Eingang in die Krankengeschichte gefunden. Dem war jedoch nicht so, vielmehr hatte der Versicherte anÄ¼nglich den Hausarzt wegen der Schnitt- und SchÄ¼rfwunden aufgesucht (Urk. 10/A5). Eine geradezu gegenteilige Darstellung, dass nÄ¼mlich kein Kopfanprall vorgekommen und keine Bewusstlosigkeit eingetreten gewesen sei, ist der Anamnese im Austrittsbericht der B.____ und auch im Ä¼berweisungsschreiben des A.____ vom 27. Dezember 2006 zu entnehmen (Urk. 10/M6 S. 4, 10/M4/1). Sodann spricht die Aktenlage entsprechend der Darstellung durch die Gutachter der C.____ - und anders als diejenige durch die Privatgutachter - fÄ¼r eine gewisse Latenzzeit, bis behandlungsbedÄ¼rftige Kopf- und Nackenschmerzen entstanden sind. AusdrÄ¼cklich Ä¼usserte sich dazu das A.____ im Schreiben vom 27. Dezember 2006 an die B.____, wonach der BeschwerdefÄ¼hrer beschrieben habe, dass primÄ¼r im Bereich der HalswirbelsÄ¼ule keine Beschwerden aufgetreten seien, drei Tage nach dem Unfall habe er dann jedoch progrediente Schmerzen im Bereich des rechten Nackens sowie Kopfschmerzen verspÄ¼rt, weshalb er Analgetika genommen und den Hausarzt konsultiert habe (Urk. 10/M4/1). Die Gutachter der C.____ verifizierten dies mittels eines TelefongesprÄ¼chs mit dem Hausarzt, der bestÄ¼tigte, dass zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung keine Angaben des Versicherten hinsichtlich Nackenschmerzen vorgelegen hÄ¼tten; solche seien erst anÄ¼sslich des zweiten Arzttermins am 19. Juni 2006 Thema gewesen. Danach sei bis am 23. und 28. Juni 2006 eine Besserung in der Beweglichkeit der HalswirbelsÄ¼ule eingetreten (Urk. 10/M13 S. 11). Diese Beweismittel, die echtzeitlich fÄ¼r eine Latenz sprechen, sind aussagekrÄ¼ftiger als die Notiz Ä¼ber ein GesprÄ¼ch einer Mitarbeiterin der Beschwerdegegnerin mit dem Versicherten vom 28. MÄ¼rz 2007, auf die sich dieser stÄ¼tzt. Die Mitarbeiterin hielt in ihrer Aktennotiz zum Unfallhergang fest, "Nach dem Sturz sei er bei seinem Arzt gewesen, da ihn vor allem sein Bein geschmerzt hÄ¼tte. In der Nacht hÄ¼tte er starke Kopf und Nackenschmerzen bekommen" (Urk. 10/A5 S. 1). Daraus wird zum einen nicht deutlich, in welcher Nacht sich diese Schmerzen denn entwickelt haben sollen. Zudem fand dieses GesprÄ¼ch neun Monate nach dem Unfall statt, so dass mit diesem Zeitablauf Ungenauigkeiten aufgetreten sind, die solche Aussagen unzuverlÄ¼ssig machen. Aus diesem Grund ist auch der Antrag des BeschwerdefÄ¼hrers auf eine Parteibefragung zu den unmittelbaren Folgen des Unfalles (Urk. 1 S. 5) im Sinne einer antizipierten BeweiswÄ¼rdigung abzuweisen. Vielmehr ist auf die erwÄ¼hnte Sachdarstellung abzustellen, wie sie sich aus den erwÄ¼hnten Akten ergibt.

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Zusammenfassend ist daher festzustellen, dass sich die Aktenlage hinsichtlich des Ablaufs des Unfalls, der unmittelbaren Folgen und BeeintrÄ¼chtigungen zwar nicht als sehr ausfÄ¼hrlich erweist; aus dem Vorhandenen geht jedoch die Sachlage, wie sie von den Gutachtern F.____ und G.____ mit einer erheblichen Dramatik dargestellt wurde, nicht hervor, sondern sie entspricht vielmehr den Annahmen, wie sie die Gutachter der C.____ getroffen haben. Insofern leidet das Privatgutachten an einem erheblichen Mangel und erweist sich in seiner Beurteilung als wenig zuverlÄ¼ssig.

4.2 Ä¼ Ä¼ Ä¼ An diesem Mangel leidet auch der Schluss der Privatgutachter, die von ihnen objektivierbar gemachte vestibulÄ¼re StÄ¼rzung sei als Ursache fÄ¼r den Schwindel auf den Unfall zurÄ¼ckzufÄ¼hren. Denn auch hierfÄ¼r betonten die Gutachter den von ihnen

angenommenen, schwerwiegenden Verletzungsmechanismus. Der Neurologe Dr. H.____ legte dazu in einer Stellungnahme vom 3. Februar 2010 einleuchtend dar, dass solche Schwindelbeschwerden, wenn sie auf eine HalswirbelsÄ¶ulenverletzung zurÄ¼ckzufÄ¼hren wÄ¶ren, innert kurzer Zeit nach dem Unfall eingesetzt hÄ¶tten (Urk. 10/M20 S. 8). Ä¶ber solche Schwindelerscheinungen wurde jedoch bis Ende 2006 in den Arztberichten nichts festgehalten (Urk. 10/M1, 10/M4/1). Es ist somit nicht mit Ä¼berwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass es eine objektivierbare, somatische unfallkausale Ursache fÄ¼r die Schwindelbeschwerden des Versicherten gibt.

Abschliessend ist daher festzustellen, dass das Gutachten der Dres. F.____ und G.____ fÄ¼r die Frage nach dem Vorhandensein von unfallkausalen Unfallfolgen in getroffenen wesentlichen Annahmen und Darstellungen nicht Ä¼berzeugt, weshalb auf dieses nicht abgestellt werden kann.

4.3Ä Ä Ä Ä Mit den Gutachtern der C.____ ist davon auszugehen, dass das Sturzereignis vom 15. Juni 2006 auf eine degenerativ vorgeschÄ¶digte HalswirbelsÄ¶ule traf, was zu einer schmerzhaften SymptomauslÄ¶sung an der HalswirbelsÄ¶ule in Form von Nacken- und Kopfschmerzen fÄ¼hrte. Entgegen der Kritik des BeschwerdefÄ¼hrers am Gutachten der C.____ haben die Ä¶rzte dort den objektivierten MRI-Befund vom 29. September 2006 in ihrem Gutachten durchaus berÄ¼cksichtigt (Urk. 10/M13 S. 3). Sie nahmen auch zur Kenntnis, dass der Verdacht einer Neurokompression der Wurzel C4 zwar geÄ¶ussert worden, doch die Wurzelinfiltration ohne nachhaltigen Erfolg gewesen war (Urk. 10/M13 S. 5), so dass die Beschwerden fraglich darauf zurÄ¼ckzufÄ¼hren waren. In den medizinischen Berichten wurde denn auch nicht von einer radikalÄ¶ren Problematik, sondern von einem zervikocephalen und zervikospondylogenen Schmerzsyndrom berichtet (Urk. 10/M8, 10/M5). Es ist mit den Gutachtern davon auszugehen, dass der degenerative Umbauprozess, der an der HalswirbelsÄ¶ule stattfindet und eine strukturelle Pathologie darstellt, zwar ein gewisses Ausmass an Beschwerden erklÄ¶ren kann; doch ist eine eigentliche strukturelle unfallkausale SchÄ¶digung an der HalswirbelsÄ¶ule nicht nachgewiesen.

4.4Ä Ä Ä Ä Im Zeitpunkt der fraglichen Leistungseinstellung bestanden gemÄ¶ss dem psychiatrischen Gutachter der C.____ erhebliche Symptome einer depressiven Erkrankung, welche den Grad einer mittelschweren bis schweren Depression hatten. Auch der behandelnde Psychiater Dr. med. J.____, der den Versicherten seit Februar 2008 therapeutisch betreut, gab gegenÄ¼ber der Invalidenversicherung die Diagnose einer schwankenden depressiven Symptomatik an, die wiederholt die Kriterien einer rezidivierenden depressiven StÄ¶rung, leichter bis mittelgradiger Episode, erfÄ¼lle, an und sprach von einer dadurch vorhandenen starken EinschrÄ¶nkung der ArbeitsfÄ¶higkeit (geschÄ¶tzte RestarbeitsfÄ¶higkeit von 20 % mit reduzierter LeistungsfÄ¶higkeit; Urk. 14/48/1). Somit wird die Auffassung der Gutachter der C.____, die von ihnen attestierte 100%ige ArbeitsunfÄ¶higkeit basiere auf psychischen GrÄ¼nden (Urk. 10/M13 S. 33), durch die Akten gestÄ¼tzt. Damit kann von einer im Vordergrund stehenden, erheblichen psychischen Problematik gesprochen werden. Die Ursachen dafÄ¼r erweisen sich als multifaktoriell. Aus den seitens der Gutachter dargestellten ZusammenhÄ¶ngen ist zu schliessen, dass der Unfall - entgegen ihren zusammenfassenden Antworten - teilkausal fÄ¼r die psychische Krankheit ist. So hielten die Gutachter selber fest, dass mit der Zeit zu den anfÄ¶nglichen HalswirbelsÄ¶ulenbeschwerden KonzentrationsstÄ¶rungen, MÄ¼digkeit, Schlaf-stÄ¶rungen, LeistungsunfÄ¶higkeit und psychische Beschwerden in

progredientem Umfang dazu gekommen seien, die am ehesten einer depressiven Entwicklung entsprochen hätten. Sie sprechen dabei von einer Wechselwirkung zwischen den somatischen (primär degenerativ bedingten) und psychokognitiven Symptomen und psychosozialen Belastungen, die zu einer zunehmenden Anpassungs-problematik geführt hätten. Vor diesem Hintergrund sei der zu erwartende aber ausgebliebene Beschwerdefackgang zu erklären (Urk. 10/M13 S. 29). Damit bejahten die Gutachter eigentlich eine natürliche Kausalität im Sinne einer *conditio sine qua non*.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich des Zeitraums, ab welchem die psychische Komponente wichtig wurde, ist festzustellen, dass der behandelnde Arzt Dr. I. ___ im Bericht vom 2. Februar 2007 ausführte, der Versicherte berichte davon, es gehe ihm psychisch schlecht, er sei reizbar und niedergeschlagen (Urk. 14/17/3). Im Herbst 2007 erwähnte er ausgedehnte Dauerschmerzen, neurovegetative Symptome mit Schwindel, Übelkeit, Schlaflosigkeit, Konzentrationsstörungen und die Etablierung einer reaktiven Depression innerhalb des letzten halben Jahres (Urk. 14/16/7). Ende 2007/Anfang 2008 bestand eine schwere Krise mit Suizidgedanken, in deren Folge sich der Versicherte in die psychiatrische Therapie zu Dr. J. ___ begab (Urk. 10/M18 S. 23). Damit kann gesagt werden, dass der psychische Anteil am Beschwerdekomples, der sich progredient entwickelte, innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall und damit in relativ kurzer Zeit in relevantem Umfang vorhanden war und den Fortgang der Beschwerden massgeblich bestimmte. Die Frage somit, ob im vorliegend strittigen Zeitpunkt der Leistungseinstellung ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den im Vordergrund stehenden psychischen Beschwerden und dem Unfall besteht, ist nicht nach der Rechtsprechung für das Schleudertrauma, sondern nach der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 ff. zu entscheiden (Urteil des Bundesgerichts U 442/06 vom 17. September 2007).

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Die Einteilung des Unfalles in schwer, mittelschwer oder leicht bestimmt sich nach dem augenfälligen Geschehensablauf (BGE 115 V 133 E. 6; SVR 2008 UV Nr. 8. S. 26 E. 5.3.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Für das Unfallereignis gibt es keine Zeugen. Es ist somit aufgrund der Aktenlage zu erstellen. Daraus ergibt sich, dass der Versicherte beim Begehen seines Bootes mit dem linken Bein in eine Fensterluke stand, die er für geschlossen hielt, worauf er mit diesem Bein ins Leere trat. Gemäss den Angaben im Bericht des A. ___ vom 27. Dezember 2006 fiel er anschliessend rückwärts gegen den Bugkorb, auf den er auf der Höhe der Brustwirbelsäule aufprallte (Urk. 10/M4/1; vgl. die Bilder in Urk. 18/1). Es resultierten daraus eine Schnittverletzung im Bereich der rechten Hohlhand und eine Distorsion der Halswirbelsäule sowie offenbar Hämatom am linken Bein (Urk. 10/M4/1; 10/M1). Bei diesem Ablauf ist von einem mittelschweren zur Grenze zu einem leichten Unfall auszugehen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 83/05 vom 1. Juni 2006; vgl. auch RKUV 1998 Nr. U 307 S. 449). Für das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs ist daher zu verlangen, dass mindestens vier der seitens der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien erfüllt sind (vgl. oben Erw. 1.3.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_421/2009 vom 2. Oktober 2009).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine besondere Eindringlichkeit oder eine besondere Dramatik bei den Begleitumständen liegt bei diesem beschriebenen Unfallgeschehen nicht vor. Ebenso fand keine ärztliche Fehlbehandlung statt. Die erlittene Halswirbelsäulen-distorsion, die

sich erst mit einer gewissen Latenz manifestiert hat, kann nicht als eine Verletzung angesehen werden, die erfahrungsgemäss geeignet ist, eine psychische Fehlentwicklung entstehen zu lassen. Der Beschwerdeführer klagte zwar über körperliche Dauerschmerzen, die sich nur ganz am Anfang etwas verbesserten, später jedoch progredient und therapieresistent waren. Aufgrund der Darstellung des behandelnden Arztes Dr. I. ___ im Herbst 2007 (Urk. 14/16/8) ist von einem intensiven Schmerzerleben des Versicherten durch die vorhandene psychische Problematik mit neurovegetativen Auswirkungen auszugehen, so dass die somatisch bedingten Schmerzen überlagert erscheinen. Auch dieses Kriterium ist deshalb nicht erfüllt. Es kann somit auch nicht von einem aus somatischen Gründen schwierigen Heilungsverlauf der Halswirbelsäulendistorsion und erheblichen Komplikationen gesprochen werden. Die somatisch bedingten, ärztlichen Behandlungen prägten zwar das erste Jahr nach dem Unfall die Heilbehandlungen. Nach seinem Aufenthalt in der B. ___ im Frühjahr 2007 bestand die Behandlung jedoch nur noch in ambulanter Physiotherapie, später Osteopathie und Lymphdrainage, selbständigem Krafttraining und Schwimmen und vor allem in schmerzmodulierenden Medikamenten sowie ärztlichen Kontrolluntersuchungen (Urk. 10/M8, 10/M10, 10/M11). Ab Ende 2007/2008 befand sich der Versicherte in einer eigentlichen Krise, die fachärztlich anhaltend behandelt werden musste (Urk. 14/21, 14/48). Damit liegt jedoch auch das Kriterium einer ungewöhnlich langen, somatisch bedingten ärztlichen Behandlung nicht vor. Die Arbeitsunfähigkeit betrug zwar gemäss Aussagen der Ärzte nie weniger als 80 % (Urk. 14/16/7), sie war jedoch spätestens ab Herbst 2007 geprägt von einer minimalen Belastbarkeit des Versicherten, die nicht somatischer Ursache war. Selbst wenn dieses Element aufgrund des anfänglichen hohen Grades der somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit als gegeben angesehen würde, ist abschliessend festzustellen, dass keine Vielzahl der Kriterien vorliegt und auch keines der Elemente in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Damit ist der adäquate Kausalzusammenhang nicht gegeben; es ist die Beschwerdegegnerin darin zu bestreiten, dass keine zusätzlichen Leistungen ab Juli 2008 geschuldet sind.

Die Beschwerde ist abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Thomas Laube

- AXA Versicherungen 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.