

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00303 vom 2. April 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-04-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00303

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00303 du 2 avril 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00303 del 2 aprile 2012

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, es beständen unfallkausale organisch-strukturelle Restfolgen, wozu sie auf die entsprechende kreisärztliche Beurteilung insbesondere bezüglich des rechten Handgelenks verwies (S. 4 Ziff. 3a), sowie eine erhebliche psychische Fehlentwicklung (S. 5 f. Ziff. 5), deren Adäquanz sie gestützt auf BGE 115 V 133 verneinte (S. 6 ff. Ziff. 6 f.).

2.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, die Beschwerdeführerin habe den Wegfall des rechtsgenügenden Kausalzusammenhangs zu beweisen (S. 5 Ziff. 1); sie leide seit dem Unfall an permanentem Kopfwahl und weiteren, einzeln genannten, Einschränkungen (S. 5 f. Ziff. 2); aufgrund der Akten sei erstellt, dass sie ein Schädeldhirntrauma erlitten habe (S. 6 Ziff. 3) und die Adäquanz sei deshalb nicht gemäss BGE 115 V 133, sondern (heute) BGE 134 V 109 zu präferieren (S. 6 f. Ziff. 4). Sodann führte sie aus, welche Kriterien ihres Erachtens erfüllt seien (S. 7 f. Ziff. 5), und dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch kein stabiler Endzustand erreicht gewesen sei (S. 9 Ziff. 7).

2.3 Strittig und zu präferieren ist, ob ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen im strittigen Zeitpunkt noch bestehenden Beschwerden und dem 2006 erlittenen Unfall besteht.

2.4 Die Frage einer allfälligen Integritätsentschädigung ist für die von der Beschwerdeführerin noch nicht beurteilten Gesundheitsschäden (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3) kann nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens sein. Darüber hat die Beschwerdeführerin nicht verfahren und auch im angefochtenen Entscheid nicht entschieden, wovon im Übrigen auch die Beschwerdeführerin selber ausgeht, wie sich aus der zitierten Formulierung ihres Antrags ergibt. Diesbezüglich ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

E. 3

3.1 Am 22. Juni 2006 stürzte die Beschwerdeführerin im Betrieb eine Treppe hinunter (Urk. 7/1 Ziff. 6, Urk. 7/2), dies gemäss Angaben im Rahmen der Erstbehandlung (Urk. 7/11) über eine Stockwerkhöhe (S. 1 Mitte) beziehungsweise 12 Stufen (S. 1 unten).

Die Erstbehandlung erfolgte im Kantonsspital Z., worüber am 28. Juni 2006 berichtet wurde (Urk. 7/11). Anamnestisch wurden eine passagere, zirka zweiminütige Bewusstlosigkeit sowie Schmerzen im rechten Handgelenk, diskret

thorakal und im zweiten Zeh des linken Fusses festgehalten (S. 1). Es wurde berichtet, die Beschwerdeführerin sei vom Unfalltag bis am 28. Juni 2006 hospitalisiert gewesen; als Diagnosen wurden genannt (S. 1 Mitte):

- Treppensturz am 22. Juni 2006 mit
- distaler Radiusfraktur rechts
- Commotio cerebri
- Luxation Dig. II MTP-Gelenk Fuss links
- multiplen Kontusionen

Zu den Befunden wurde unter anderem festgehalten: in deutlich reduziertem Allgemeinzustand, wach und allseits orientiert; affektiv unspezifisch auffällig wirkend; (...) mittelweite Pupillen, isokor, normale Lichtreaktionen; enoral reizlos, unauffällige Hirnnerven (S. 1 unten).

Am 23. Juni 2006 erfolgte eine Operation am rechten Handgelenk (geschlossene Reposition, Kirschner-Drahtosteosynthese; S. 2 oben; vgl. auch Urk. 7/7). Im Austrittsbericht (Urk. 7/11) wurde ferner erwähnt, aufgrund einer ausgeprägten Commotio cerebri sei die Beschwerdeführerin stationär überwacht worden; im CT des Schädels hätten sich keine intrakraniellen Blutungen oder Fraktur nachweise gezeigt; im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) habe sich ebenfalls kein Nachweis einer frischen Fraktur gefunden; unter physiotherapeutischer Anleitung habe die Beschwerdeführerin erfolgreich mobilisiert werden können; sie habe am 28. Juni 2006 in ordentlichem Allgemeinzustand entlassen werden können (S. 2 oben).

Dr. med. A. ____, Facharzt FMH für Neurologie, führte in seinem Bericht vom 4. August 2006 über seine konsiliarische Untersuchung vom Vortag (Urk. 7/18) aus, im Vordergrund stehe eine Sensibilitätsstörung der rechten Gesichtshälfte. Es sei anzunehmen, dass durch das Schädelhirntrauma eine Läsion im peripheren Anteil des Nervus trigeminus aufgetreten sei; die Prognose bezüglich vollständiger Rückbildung sei günstig. Ferner bestehe ein postkommotionelles Syndrom mit posttraumatischen Kopfschmerzen mit Übergang in eine Migräne ohne Aura sowie persistierenden Konzentrationsstörungen, Erschöpfbarkeit und leicht vermehrter Reizbarkeit; als Nebenbefund bestehe seit Jahren ein Kopftremor, der unter der aktuellen Problematik zugenommen habe (S. 2).

Dr. med. B. ____, FMH Allgemeine Medizin, führte in einem Verlaufsbericht vom 13. November 2006 (Urk. 7/16) aus, am 25. August 2006 habe die Metallentfernung (am rechten Handgelenk) stattgefunden. Die Kontrolle am 9. November 2006 habe subjektiv und objektiv Schmerzfreiheit sowie gute Funktionen und eine normale Beweglichkeit der Hand ergeben. Von Seiten des luxierten Zehs und des Fusses links bestehe noch ein Steifheitsgefühl. Hauptproblem sei jedoch die ausgeprägte postkommotionelle Störung respektive PTSD-Symptomatik mit Konzentrationsstörungen bei geistigen Tätigkeiten; zudem wechselnde Kopfschmerzen und spezifische Sehstörungen (S. 1).

In seinem Bericht vom 6. März 2007 (Urk. 7/29) nannte Dr. B. ____, als Diagnose nunmehr eine voll ausgebildete posttraumatische Belastungsstörung (PTSD; S. 1 Ziff. 1) und empfahl eine psychotherapeutische Behandlung (S. 2 Ziff. 3b).

3.4. Am 21. Mai 2007 fand in der Rehaklinik C.____ im Rahmen eines MTBI-Assessments eine neurologische Untersuchung statt, worüber am 1. Juni 2007 berichtet wurde (Urk. 7/44 = Urk. 7/56). Dabei wurde ausgeführt, nach der leichten traumatischen Hirnverletzung (mild traumatic brain injury; MTBI) habe die Beschwerdeführerin eine Reihe von Symptomen entwickelt: Sehstörungen, Tremorsymptomatik des Kopfes, leichte Dupuytren-Kontraktur im Bereich der rechten Hand, leichte Sensibilitätsstörung im Bereich der rechten Wange; insgesamt persistiere vor allem eine Belastungsinsuffizienz (S. 5). Seit Dezember 2006 arbeite die Beschwerdeführerin wieder an zwei Tagen pro Woche, dies mit einer Leistungsfähigkeit von 50 %, somit einem Pensum von 20 % (S. 2 unten)

Ebenfalls am 21. Mai 2007 erfolgte in der Rehaklinik C.____ ein psycho-somatisches Konsilium, worüber am 4. Juni 2007 berichtet wurde (Urk. 7/58). Die psychiatrische Diagnose wurde wie folgt formuliert (S. 1 Mitte): anamnestisch Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung, aktuell posttraumatische Belastungsstörung in subsyndromaler Ausprägung mit Verunsicherung, Angst und dissoziativen Wahrnehmungsstörungen. Es wurde empfohlen, die bereits begonnene psychotherapeutische Behandlung unbedingt weiter zu führen (S. 4 unten).

Am 22. Juni 2007 erfolgte in der Rehaklinik C.____ eine neuropsychologische Abklärung; im Bericht vom 26. Juni 2007 (Urk. 7/57) wurden deutliche Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, welche sich auch limitierend bei mnestischen Anforderungen oder bei komplexeren Problemlösungsaufgaben auswirken würden, genannt. Neben weiteren postkommotionellen Beschwerden beständen deutliche Kopfschmerzen und auch psychopathologische Symptome, die den Erholungsverlauf verzögerten; die aktuelle Arbeitstätigkeit begünstige die weitere Erholung eher nicht (S. 3 unten).

Vom 6. September bis 21. November 2007 weilte die Beschwerdeführerin stationär in der Rehaklinik C.____, worüber am 23. November 2007 berichtet wurde (Urk. 7/72). Dabei wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1 Mitte):

- Unfall vom 22. Juni 2006: Treppensturz

- MTBI

- distale Radiusfraktur rechts mit geschlossener Reposition und

Kirschnerdraht-Osteosynthese am 23. Juni 2007, Metallentfernung am 25. August 2007

- Cephalgien rechte Kopfhälfte, Sensibilitätsstörungen im Bereich der rechten Wange

Es wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin werde in leicht gebessertem Zustand entlassen (S. 1, S. 3 unten) und empfohlen, die psychotherapeutische Behandlung sowie ambulante Physiotherapie im Sinne von medizinischer Trainingstherapie (MTT) weiterzuführen. Ab dem 21. November 2007 betrage die Arbeitsunfähigkeit 100 %; der Arbeitsversuch mit einem Pensum von 20 % sei nach Rückmeldung des Arbeitgebers nicht mit einer effizienten Leistung verbunden gewesen (S. 3 unten).

Zudem liege zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen eine leichte bis mittelschwere kognitive Leistungsminderung infolge einer neuropsychologischen Funktionsstörung vor, die Folge einer primär hirnrorganischen Schädigung sei (S. 4 oben).

3.5. Kreisarzt Dr. med. D.____, Facharzt für Chirurgie FMH, berichtete am 27. März 2008 über die gleichentags erfolgte Abschlussuntersuchung (Urk. 7/98). Er führte aus, die Beschwerdeführerin berichte, dass im Verlauf des letzten halben Jahres keinerlei Besserung ihres Zustandes mehr eingetreten sei; insofern könne von einem Dauerzustand ausgegangen werden. Im Hinblick auf das rechte Handgelenk und den linken Vorfuß sei dies auch aus chirurgisch-orthopädischer Sicht zu vertreten; im Hinblick auf die neuropsychologischen Veränderungen sei es schwer abzuschätzen, ob hier tatsächlich noch Verbesserungen möglich seien (S. 4 Ziff. 5), diesbezüglich sei allenfalls eine fachneurologische Stellungnahme einzuholen (S. 5 Ziff. 5.5).

3.6. Am 31. Juli 2008 nahm PD Dr. med. E.____, Fachärztin Neurologie, Rehaklinik C.____, zu Nachfragen der Beschwerdegegnerin Stellung (Urk. 7/111). Sie führte aus, es sei eine neuropsychologische Funktionsstörung als Folge einer primär hirnganorganischen Schädigung festgestellt worden; bei der Beschwerdeführerin sei es am 22. Juni 2006 zu einer leichten traumatischen Hirnverletzung (MTBI) mit Bewusstlosigkeit und Amnesie gekommen. Psychosomatisch sei das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) in subsyndromaler Ausprägung beschrieben worden, die sich jedoch zwischenzeitlich bereits gebessert habe (S. 1 Mitte).

Die somatisch-organischen Folgen einer MTBI bildeten sich mit hoher Wahrscheinlichkeit nach Wochen bis Monaten wieder zurück, wobei in einem geringen Prozentsatz auch Fälle mit persistierenden Symptomen vorkommen könnten. Im vorliegenden Fall bei gleichzeitig bestehender PTSD sei es wahrscheinlich, dass die Symptomatik mit kognitiven Störungen überwiegend durch die PTSD verursacht worden sei, so dass die somatisch-organischen Folgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr relevant sein dürften (S. 1 unten).

Bei Austritt sei die psychosomatische Störung als ausgeprägt und relevant für die berufliche Tätigkeit eingeschätzt worden; zur Zumutbarkeit aus psychiatrischer Sicht habe noch nicht Stellung bezogen werden können, da dies erst möglich sein werde, wenn sich die Beschwerdeführerin weiter stabilisiert habe (S. 2 oben). Psychiatrisch sei die Symptomatik besserungsfähig (S. 2 Ziff. 3).

3.7. Kreisarzt Dr. D.____ nahm am 10. März 2009 eine ärztliche Beurteilung der Zumutbarkeit - lediglich bezogen auf den somatischen Befund des rechten Handgelenks und des linken Vorfußes - vor (Urk. 7/135) und nannte folgendes Zumutbarkeitsprofil (S. 1):

- Arbeiten mittelschwer oder grob hantierend mit Werkzeugen in der rechten Hand: nie
- Arbeiten mit Abstützfunktion der rechten Hand: selten (1-5 %)
- Arbeiten verbunden mit dem Heben und Tragen von Lasten über 15 kg über Schulterhöhe: nie
- Arbeiten verbunden mit dem Schlagen und Stossen mit der rechten Hand: manchmal (6-33 %)
- Arbeiten verbunden mit kraftvoller Drehbewegung der rechten Hand: manchmal

Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen sei der Beschwerdeführerin ein ganztägiger Arbeitseinsatz zumutbar (S. 2 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ebenfalls am 10. März 2009 beurteilte Dr. D. ___ den Integritätsschaden. Er nannte als Verletzungsfolgen eine Bewegungseinschränkung am rechten Handgelenk, eine Pseudoarthrose des Processus styloideus ulnae rechts sowie Zeichen einer beginnenden radiocarpalen Arthrose rechts. Den Integritätsschaden schätzte er auf 10 % (Urk. 7/136).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 19. August 2009 bejahte Kreisarzt Dr. D. ___ mit Hinweis auf das obige Zumutbarkeitsprofil die Frage, ob der Beschwerdeführerin mit Blick auf die verbleibenden rein organischen Unfallrestfolgen am rechten Handgelenk die Tätigkeit als Geschäftsführerin / Prokuristin (80 % PC-Arbeiten, 20 % Sitzungen, Leitung Administration, Mitarbeiterführung) wieder zu 100 % zumutbar sei (Urk. 8/156).

3.8 Ä Ä Ä Dr. B. ___ führte in seinem Bericht vom 18. Dezember 2009 an die Beschwerdegegnerin (Urk. 7/162) zu Zustand und Diagnosen im März 2008 aus, es handle sich um eine neuropsychologische Beeinträchtigung nach MTBI als Folge eines Treppensturzes; die Leistungsfähigkeit und Konzentration seien im März 2008 so gewesen, dass etwa 15 Minuten dauernde einfache Tätigkeiten am Computer möglich gewesen seien (S. 1 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diagnostisch handle es sich um einen Folgezustand nach MTBI mit neuro-psychologischen Ausfällen, einen Zustand nach posttraumatischer Belastungsstörung und eine reaktive Depression (S. 2 oben). Vom neuropsychologischen kognitiven Leistungsniveau her bestehe insgesamt ein ähnliches Zustandsbild wie vor zwei Jahren, er denke nicht, dass eine weitere Verbesserung eintreten werde (S. 2 unten). In C. ___ sei eine dreistündige arbeitsfremde Tätigkeit für einfache Arbeiten (z.B. Buchbinden) festgestellt (gemeint wohl: als zumutbar erachtet) worden; dies habe sich nicht wesentlich geändert. Eine anspruchsvolle Tätigkeit im Rahmen ihrer früheren Fähigkeiten sei nicht möglich (S. 3 oben).

3.9 Ä Ä Ä Am 2. Juli 2010 berichtete Dr. med. F. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, über ihre am 5. Mai 2010 erfolgte psychiatrische Untersuchung (Urk. 7/166). Sie nannte folgende Diagnosen (S. 8 unten):

- sonstige spezifische Angststörung
- anhaltende affektive Störung
- bei leistungsorientierter, zu Perfektionismus neigender Persönlichkeit

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie führte aus, am 15. Dezember 2008 sei von einer weiteren psychiatrischen Behandlung keine wesentliche Besserung zu erwarten gewesen (S. 10 Ziff. 1).

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Der Standpunkt der Beschwerdeführerin, der Nachweis der behaupteten Wegfall des rechtsgenügenden Kausalzusammenhanges obliege der Beschwerdegegnerin und diese habe zu beweisen, dass für den Gesundheitsschaden nur noch unfallfremde Ursachen massgebend seien (Urk. 1 S. 5 Ziff. III.1), ist nicht zutreffend.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es ist zu unterscheiden, ob die Beschwerdegegnerin geltend macht, der natürliche Kausalzusammenhang sei entfallen, weil der Status quo sine vel ante

erreicht sei, und weiterhin bestehende Beeinträchtigungen gingen auf einen vorbestehenden Gesundheitsschaden zurück. Dies hätte die Beschwerdegegnerin nachzuweisen. Solches ist vorliegend nicht der Fall.

Wenn die Beschwerdegegnerin hingegen - wie hier - den bisher nicht näher geprägten Kausalzusammenhang zwischen gesundheitlicher Beeinträchtigung und dem erlittenen Unfall prüft, so ist sie zur Fortsetzung von bisher erbrachten Leistungen verpflichtet, wenn der Kausalzusammenhang zu bejahen ist, und zu deren Einstellung berechtigt, wenn er zu verneinen ist. Das Bestehen des rechtsgleichen Kausalzusammenhanges ist eine Anspruchsvoraussetzung, deren Erfüllung zugunsten der Beschwerdeführerin und dessen Fehlen zu Lasten der Beschwerdeführerin ausfällt.

4.2 Der Standpunkt der Beschwerdeführerin, der medizinische Endzustand sei noch nicht erreicht (Urk. 1 S. 9 Ziff. 7), findet in den Akten keine ausreichende Stütze. Sowohl der behandelnde Arzt (vorstehend E. 3.8) als auch die Psychiaterin der Beschwerdegegnerin (vorstehend E. 3.9) haben ausdrücklich das Gegenteil bestätigt.

4.3 Der Hinweis auf den Grundsatz des Vertrauensschutzes (Urk. 1 S. 9 f. Ziff. 8) schliesslich geht ebenso fehl. Die rechtsprechungsgemäss geforderten Voraussetzungen müssen bekanntlich kumulativ erfüllt sein (vgl. BGE 116 Ib 185 E. 3c S. 187), und bereits hinsichtlich der Voraussetzung, dass im Vertrauen auf die Richtigkeit der Auskunft Dispositionen getroffen worden sind, die nicht ohne Nachteil rückgängig gemacht werden können, ist weder ersichtlich noch dargetan worden, inwiefern sie erfüllt sein könnten.

4.4 Unstrittig ist sodann, dass von Seiten der zeitweiligen somatischen Einbussen am rechten Handgelenk und am linken Vorfuss keine arbeitsfähigkeitsrelevanten Beeinträchtigungen mehr bestehen.

4.5 Effektiv strittig und klärungsbedürftig ist hingegen, wie es sich mit den weiteren Einbussen verhält. Die Beschwerdegegnerin hat sie als psychisch dominiert eingestuft und die Adäquanz dementsprechend gemäss BGE 115 V 113 (vorstehend E. 1.5) geprüft, die Beschwerdeführerin erachtete die Adäquanzprüfung gemäss BGE 134 V 109 (vorstehend E. 1.6) als angezeigt.

Die für Beschwerden nach HWS-Distorsionsverletzungen entwickelte Adäquanzprüfung kommt nach erlittenem Schädel-Hirntrauma nur ab einem bestimmten Schweregrad zum Zug, nämlich wenn ein Punktwert von weniger als 13-15 auf der Glasgow Coma Scale (GCS) registriert wurde. Für die Diagnose einer leichten traumatischen Hirnverletzung (MTBI) ist unter anderem vorausgesetzt, dass 30 Minuten nach dem Trauma der GCS-Wert gerade nicht mehr bei 13-15 liegt (vorstehend E. 1.4).

Im Rahmen der Erstbehandlung wurde unter anderem eine Comotio cerebri diagnostiziert; ein GCS-Wert wurde nicht angegeben, und damit insbesondere kein unter 13-15 Punkten liegender, was mit den gleichzeitig genannten Befunden gut vereinbar ist (vorstehend E. 3.1). In späteren fachmedizinischen Beurteilungen wurde die erlittene Comotio cerebri als MTBI eingestuft (vorstehend E. 3.4).

Daraus ist zu schliessen, dass die Beschwerdeführerin zwar - was unbestritten ist - ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat, dass dieses aber nicht den

Schweregrad aufgewiesen hat, der praxisgemäss erforderlich wäre, um zur Anwendbarkeit der Adäquanzprüfung gemäss der HWS-Distorsionspraxis (BGE 134 V 109) zu führen.

Massgebend sind deshalb die bei psychischen Unfallfolgen geltenden Adäquanzkriterien (BGE 115 V 133).

Diese Schlussfolgerung entspricht nicht nur den dargelegten Vorgaben der Rechtsprechung, sondern auch dem, was sich aus den medizinischen Akten ergibt: Gemäss der Beurteilung der Neurologin der Rehaklinik C.____ wurden neuropsychologische Funktionsstörungen als Folge einer primär hirnorganischen Schädigung festgestellt, die Monate nach dem Unfall nicht mehr somatisch-organisch, sondern überwiegend durch die ebenfalls diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) verursacht gewesen seien (vorstehend E. 3.6). Damit vereinbar sind die vom behandelnden Arzt im Dezember 2009 - bezogen auf die Verhältnisse im März 2008 - gestellten Diagnosen (vorstehend E. 3.8). Die psychiatrische Untersuchung im Mai 2010 schliesslich ergab als Diagnose eine Angststörung und eine anhaltende affektive Störung (vorstehend E. 3.9).

Nach dem Dargelegten ist von psychischen Unfallfolgen auszugehen und die Adäquanz nach den entsprechenden Kriterien (vorstehend E. 1.5) zu prüfen.

Die Einordnung des Treppensturzes als mittelschweres Unfallereignis (Urk. 2 S. 7 Ziff. 7) ist, soweit ersichtlich, unbestritten geblieben und gibt denn auch zu keinen Weiterungen Anlass.

Über eine gewisse, mit einem Treppensturz notwendigerweise einhergehende Eindringlichkeit hinaus sind keinerlei besonders dramatischen Begleitumstände oder Hinweise auf eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls gegeben. Entgegen der beschwerdeweise vertretenen Ansicht (Urk. 1 S. 7 Mitte) kann der Unfall deshalb nicht als besonders eindringlich bezeichnet werden.

Auch für eine besondere Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, bestehen keine Anhaltspunkte. Das erlittene Schädel-Hirntrauma ist medizinisch lediglich als leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI) beurteilt worden, und bei der geltend gemachten Häufung verschiedener, für das Schädelhirntrauma typischer Beschwerden (Urk. 1 S. 7 Mitte) ist nicht ersichtlich, welche Besonderheit damit - über das Erlittenhaben eines Schädelhirntraumas hinaus - belegt sein könnte.

Hinsichtlich der medizinischen Behandlung ergibt sich aus den Akten, dass bereits rund 9 Monate nach dem Unfall eine psychiatrische Diagnose gestellt und eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen wurde (vorstehend E. 3.3); die gleiche Empfehlung erging nach erfolgtem Rehabilitationsaufenthalt ein knappes Jahr nach dem Unfall (vorstehend E. 3.4). Die auf die somatischen Unfallfolgen bezogene ärztliche Behandlung war somit nicht von ungewöhnlich langer Dauer.

Die Beschwerdegegnerin hat das Kriterium körperlicher Dauerschmerzen mit dem Hinweis auf das Fehlen organisch bedingter körperlicher Dauerschmerzen verneint (Urk. 2 S. 7 Ziff. 7). Angesichts der übereinstimmend berichteten persistierenden Kopfschmerzen rechtfertigt es sich jedoch, auch wenn deren

Ätiologie nicht abschliessend geklärt sein mag, dieses Kriterium als - wenn auch nicht in ausgeprägter Weise - erfüllt zu betrachten.

Ä Anzeichen für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, oder einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen bestehen nicht und wurden auch beschwerdeweise nicht geltend gemacht (vgl. Urk. 1 S. 7 f.).

Ä Nachdem ab März / Mai 2007 die psychische Problematik diagnostisch und klinisch dominiert hat (vorstehend E. 3.3 und 3.4), ist auch die seither attestierte Arbeitsunfähigkeit der psychischen Beeinträchtigung zuzurechnen und deshalb nicht geeignet, zur Erfüllung des entsprechenden Kriteriums beizutragen. Als physisch bedingt kann lediglich die Arbeitsunfähigkeit bis zu diesem Zeitpunkt gewertet werden, deren Dauer von rund 9 bis 11 Monaten zur Bejahung des Kriteriums nicht ausreicht.

4.7 Die Prüfung der massgebenden Kriterien führt zum Schluss, dass davon nur eines, und dies nicht in ausgeprägter Weise, erfüllt ist.

Ä Dies genügt nicht, um die Adäquanz des allfälligen Kausalzusammenhangs zwischen dem als mittelschwer eingestuften Unfall und den noch bestehenden Beschwerden zu bejahen.

Ä Demnach erweist sich der angefochtene Entscheid, mit dem die Beschwerdegegnerin eine weitergehende Leistungspflicht verneint hat, als rechtens.

Ä Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen soweit auf sie eingetreten wird.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Lotti Sigg Bonazzi

- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf

- 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).

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

Ä 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.