

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00322 vom 21. Dezember 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-12-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00322

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00322 du 21 décembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00322 del 21 dicembre 2011

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1965 geborene X. war seit dem 6. August 2001 bei der Y. als Bauarbeiter angestellt und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch versichert (Urk. 7/1).

Am 22. November 2001 stürzte er bei der Arbeit auf den Boden, wobei er mit der rechten Seite des durch einen Helm geschützten Kopfes auf einer Backsteinwand aufschlug (vgl. Urk. 7/1, Urk. 7/9). Dabei zog er sich rechtsseitig eine wenig dislozierte Jochbogen-Fraktur zu (Urk. 7/79). Nach zwei aufgrund starker Kopfschmerzen gescheiterten Arbeitsversuchen hielt er sich vom 2. Oktober 2002 bis zum 6. November 2002 stationär in der Rehaklinik G. auf, wo nebst der Jochbogenfraktur eine mindestens milde traumatische Hirnverletzung diagnostiziert wurde. Zudem wurden ihm eine leichte neuropsychologische Störung sowie ondulierende anstrengungsabhängige Dauerkopfschmerzen parietotemporal rechts attestiert. Ab Klinikaustritt wurde ihm eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für zu Beginn leichte, wechselbelastende Tätigkeiten bescheinigt (Urk. 7/36).

Mit Verfügung vom 5. Januar 2004 (Urk. 7/62) verneinte die SUVA ihre Leistungspflicht ab dem 12. Januar 2004, da die noch geklagten Beschwerden organisch als Folgen des erlittenen Unfalls nicht mehr erklärbar seien. Die gegen diesen Entscheid vom Versicherten (Urk. 7/67) beziehungsweise von dessen Krankenversicherer (Urk. 7/63) erhobene Einsprache wies die SUVA mit Einspracheentscheid vom 29. Dezember 2004 (Urk. 7/91) ab. Die hiegegen vom Versicherten am 1. April 2005 im Prozess Nr. UV.2005.00108 erhobene Beschwerde (Urk. 7/95) hiess das hiesige Gericht mit Urteil vom 20. Juli 2006 (Urk. 7/104) in dem Sinne gut, dass es den Einspracheentscheid der SUVA aufhob und die Sache an diese zurückwies, damit sie fundiert abkläre, welcher Art die vom Versicherten im Bereich des Schädels erlittene Verletzung sei und ob dieser nach dem Unfall vom 22. September 2001 - und gegebenenfalls auch noch im Zeitpunkt der Leistungseinstellung - unter dem für ein Schädel-Hirntrauma typischen Beschwerdebild litt beziehungsweise ob die vom Beschwerdeführer noch geklagten Beschwerden allenfalls auf eine unfallbedingte psychische Störung zurückzuführen seien, und hernach über dessen Leistungsanspruch ab dem 12. Januar 2004 neu befinde.

In der Folge liess die SUVA den Versicherten am 6. Juni sowie am 4. und 19. Juli 2007 (Urk. 7/124, Urk. 7/172) von den Ärzten des Kantonsspitals W. neurochirurgisch (vgl. Expertise vom 13. November 2007, Urk. 7/127) und am 1. und 23. Juli 2008 von den Ärzten der Psychiatrischen Klinik A. psychiatrisch untersuchen

(vgl. Gutachten vom 6. August 2008, Urk. 7/141). Nachdem Dr. med. Z.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiterin Versicherungspsychiatrischer Dienst der SUVA, das Gutachten der A.____ am 29. Dezember 2008 für nicht beweistauglich befunden hatte (Urk. 7/149), und nach Kenntnisnahme des seitens der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, eingeholten Gutachtens von Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. April 2009 (Urk. 7/165), liess die SUVA den Versicherten am 28. April und 12. Mai 2009 abermals - nun von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie - psychiatrisch untersuchen (vgl. Expertise vom 30. Juni 2009 [Urk. 7/171], Ergänzung der Expertise vom 25. September 2009 [Urk. 7/177]). Nach erneuter Einholung einer versicherungsmedizinischen Beurteilung von Dr. Z.____ am 21. April 2010 (Urk. 7/187) hielt die SUVA mit Verfügung vom 29. April 2010 (Urk. 7/188) an der Leistungseinstellung per 11. Januar 2004 fest. Die hiegegen vom Versicherten erhobene Einsprache (Urk. 7/189, Urk. 7/194) wies sie am 21. September 2010 ab (Urk. 2).

1.2. Die IV-Stelle hatte den Rentenanspruch des Versicherten - unter Hinweis auf dessen 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit beziehungsweise einen Invaliditätsgrad von 24 % - zwischenzeitlich mit Vorbescheid vom 22. Juni 2010 (Urk. 7/192) verneint.

2. Gegen den Einspracheentscheid der SUVA vom 21. September 2009 (Urk. 2) liess X.____ am 21. Oktober 2010 mit folgenden Begehren und Anträgen Beschwerde erheben (Urk. 1 S. 2):

"1. Der Einspracheentscheid vom 21. September 2010 sei aufzuheben.

2. Es seien die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 22. November 2001 zu erbringen.

3. Eventualiter sei der Entscheid, bis weitere neurologische und neuropsychologische Abklärungen der IV vorliegen, zu sistieren.

4. Unter Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin."

Die SUVA schloss am 29. November 2010 (vgl. Beschwerdeantwort, Urk. 6 S. 2) beziehungsweise - nach Kenntnisnahme des vom Beschwerdeführer mit Eingabe vom 22. September 2011 (Urk. 10) eingereichten neurologischen Gutachtens des Universitätsspitals U.____ vom 26. April 2011 (Urk. 11) - am 5. Oktober 2011 (Urk. 14) auf Abweisung der Beschwerde.

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen einzugehen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. In Fällen wie dem vorliegenden, in welchen der Einspracheentscheid der Sozialversicherung zwar nach dem 1. Januar 2003 erlassen worden ist, darin aber auch Sachverhalte beurteilt werden, die vor dem 1. Januar 2003 eingetreten sind, ist entsprechend dem von der Praxis entwickelten intertemporalrechtlichen Grundsatz, wonach in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtsätze massgebend sind, die bei Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 129 V 4 E. 1.2, 169 E. 1, 356 E. 1, je mit Hinweisen), für die Beurteilung der streitigen Verhältnisse bis zum 31.

Dezember 2002 altes Recht, ab 1. Januar 2003 neues Recht (Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]) zu Grunde zu legen (vgl. BGE 130 V 445 ff.). Da das ATSG allerdings an der Rechtsprechung zu dem für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Unfall und dem Gesundheitsschaden sowie der damit verbundenen Beeinträchtigung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit nichts geändert hat, kann eine getrennte Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen unterbleiben.

E. 2

2.1 Die SUVA hat für die vom Beschwerdeführer im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 22. November 2001 geklagten Beschwerden bis am 11. Januar 2004 Leistungen erbracht (Urk. 7/62, Urk. 2). Zu prüfen ist, ob sie ihre Leistungspflicht über dieses Datum hinaus zu Recht verneinte. Dabei muss das Dahinfallen jeder unfallkausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 E. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

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 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 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 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

2.3 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,

Äußerlichkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungswise 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 359 E. 4b).

2.4 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 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

2.5 Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

2.6 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 133 E. 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 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 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 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

2.7 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 Eindrücklichkeit des Unfalls;

- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemäÙsse Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulöÙsen;
- ungewöÙhnlich 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 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 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 133 E. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 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 E. 2).

2.8 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei

schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/aa und 367 E. 6a).

2.9 Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Bundesgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädeld-Hirn-Traumas (BGE 117 V 369 f. E. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 E. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2; ferner BGE 134 V 109 E. 10.2 f.).

2.10 Nach Gesetz (Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG]) und Praxis hat der Unfallversicherer den Fall (unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung) abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss.

Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht. Sodann gilt, dass der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht auf Grund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_675/2010 vom 21. Oktober 2010 E. 3.1.1, mit Hinweisen).

E. 3

3.1.1 Die SUVA begründete ihr Festhalten an der Leistungseinstellung im Wesentlichen damit, dass die umfangreichen Abklärungen nebst der - innert weniger Wochen wieder abgeheilten - Jochbogenfraktur keine organisch objektivierbaren Folgen des Ereignisses vom 22. November 2001 ergeben hätten. Zwar sei davon auszugehen, dass sich der Beschwerdeführer beim damals erlittenen Sturz eine milde traumatische Hirnverletzung mit konsekutiver partieller Amnesie und Bewusstlosigkeit zugezogen habe; selbst wenn diese Läsion zu den für die Anwendung der Rechtsprechung nach BGE 134 V 109 vorausgesetzten typischen Beschwerden geführt habe, was nach Lage der medizinischen Akten nicht der Fall sei, ständen diese jedenfalls in keinem adäquaten Kausalzusammenhang zum - als mittelschwer zu qualifizierenden - fraglichen Unfall (Urk. 2 S. 4 ff., Urk. 6 S. 4 ff., Urk. 14). Da der medizinische Endzustand anfangs 2004 erreicht gewesen sei, habe er über den 11. Januar 2004 hinaus auch keine Anspruchsgrundlage für weitere Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen mehr bestanden (Urk. 14 S. 2).

3.2.1 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, er habe sich beim Sturz Ende November 2001 ein Schädel-Hirntrauma zugezogen und leide - nach wie vor - unter den hierfür typischen Beschwerden (Urk. 1 S. 6-9). Da die medizinische Behandlung noch eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit erwarten lasse, habe die SUVA den Fallabschluss verfrüht vorgenommen (Urk. 10). Selbst wenn man davon ausgehe, dass ab dem 11. Januar 2004 mit keinem Therapieerfolg mehr zu rechnen gewesen sei, erweise sich die Verweigerung weiterer Leistungen über diesen Zeitpunkt hinaus als widerrechtlich, stehe die persistierende Symptomatik doch in einem - mangels einer Dominanz der psychischen Beeinträchtigung nach der Rechtsprechung gemäss BGE 134 V 109 zu präferierenden - adäquaten Kausalzusammenhang zum erlittenen mittelschweren Unfall (Urk. 1 S. 9 ff.).

E. 4.1

4.1.1.1 Das Urteil des hiesigen Gerichts vom 20. Juli 2006 (Urk. 7/104) erging gestützt auf folgende medizinische Akten:

Der erstbehandelnde Arzt, Dr. med. D. ____, Facharzt FMH für Innere Medizin, stellte noch am Unfalltag die Verdachtsdiagnose einer leichten Commotio cerebri. Der Patient weise für das Unfallereignis eine Amnesie auf und klage über Schwindel. Am Jochbein rechts und an der linken Hand habe er Schürfwunden, neurologische Ausfälle gebe es keine (Arztzeugnis UVG vom 21. Juni 2004, Urk. 7/77).

4.1.2.1 Die Computertomographie des Radiodiagnostischen Instituts V. ____, vom 23. November 2001 ergab eine wenig dislozierte Jochbogenfraktur rechtsseitig mit lokaler Weichteilschwellung sowie verschiedene Schleimhautschwellungen. Für sonstige Frakturen im Bereich des Gesichtsschädels, eine fokale Hirnparenchymläsion oder eine Blutung gebe es keinen Nachweis (vgl. Urk. 7/79).

4.1.3.1 Nach einer im Auftrag der SUVA erfolgten konsiliarischen Untersuchung des Beschwerdeführers am 13. Mai 2002 diagnostizierte Dr. med. E. ____, Facharzt FMH

für Neurologie, in seinem Bericht vom 14. Mai 2002 posttraumatische rechtsseitige Spannungskopfschmerzen nach wenig dislozierter Jochbogenfraktur rechts. Der Patient leide unter einem persistierenden rechtsseitigen Spannungskopfschmerz. Die genaue Ursache des zögerlichen Schmerzverlaufs sei unklar; die direkt durch die Jochbogenfraktur bedingten Schmerzen müssten bereits seit längerem abgeklungen sein. Palpatorisch lasse sich ein gewisses myofaszielles Syndrom der rechtsseitigen Temporalismuskulatur feststellen, welches zusammen mit einer psychischen Verunsicherung zur Chronifizierungstendenz beitragen könnte. Die Ursache der Kopfschmerzen des Patienten sei letztlich harmlos (Urk. 7/13).

4.1.4 In seinem Bericht vom 29. August 2002 stellte Dr. med. F. ____, Facharzt FMH für Innere Medizin, die Diagnose einer unverändert anhaltenden Schmerzsymptomatik im Bereich rechts temporal bei Status nach dislozierter Jochbogenfraktur rechts. Auch die vom Neurologen Dr. E. ____, vorgeschlagene Trigger-Punkt-Behandlung habe keine Besserung gebracht (Urk. 7/28).

4.1.5 Nach dem stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Rehaklinik G. ____, vom 2. Oktober bis 6. November 2002 stellten die Ärzte im Austrittsbericht vom 18. November 2002 (Urk. 7/36) nebst der Jochbogenfraktur die Diagnose einer mindestens milden traumatischen Hirnverletzung. Der Patient weise eine leichte neuropsychologische Störung auf und leide unter ondulierenden anstrengungsabhängigen Dauerkopfschmerzen parietotemporal rechts (VAS-Skala 2-7). Zusätzlich scheine sich nach zwei fehlgeschlagenen Arbeitsversuchen psychoreaktiv eine gewisse Angstproblematik entwickelt zu haben. In einer zu Beginn leichten, wechselbelastenden Tätigkeit sei er zu 50 % arbeitsfähig.

4.1.6 Am 27. März 2003 erfolgte eine Konsultation in der Kopfwehsprechstunde der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums J. ____. Dr. med. H. ____, Oberarzt, und med. pract. I. ____, Assistenzärztin, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 27. März 2003 (Urk. 7/49) posttraumatische rechtsseitige Kopfschmerzen (IHS-Code 5.2). Im Anschluss an ein Schädel-Hirntrauma mit Bewusstlosigkeit, retrograder Amnesie für 30 Minuten und Jochbogenfraktur rechts sei es beim Patienten zu Kopfschmerzen gekommen, welche die Kriterien chronischer posttraumatischer Kopfschmerzen gemäss der International Headache Society erfülltten. Zusätzlich beständen vegetative und psychische Beschwerden im Sinne von Schlafstörungen, verminderter Libido und einer gewissen Angstsymptomatik.

4.1.7 In seiner gestützt auf die medizinischen Akten verfassten Beurteilung vom 18. November 2003 (Urk. 7/60) hielt der SUVA-Arzt Dr. med. J. ____, Neurologe, Boston University School of Medicine, im Wesentlichen fest, aus der Unfallanamnese, den Befunden und dem Verlauf ergäben sich keine Argumente für eine traumatische Hirnverletzung. Der chronifizierte Zustand des Beschwerdeführers stehe nicht im Zusammenhang mit der Jochbeinfraktur. Betreffend die Chronifizierung sei eine psychiatrische Untersuchung angezeigt; bis zum Eintreffen des entsprechenden Berichts sei die Arbeitsfähigkeit bei 50 % zu belassen.

4.1.8 Aus dem Bericht von Dr. F. ____, vom 21. Mai 2004 geht hervor, dass keine Besserung eingetreten ist und der Beschwerdeführer weiterhin an rechtsseitigen chronischen Kopfschmerzen leidet. Seit November 2002 bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/73).

29. Dezember 2008 (Urk. 7/149) zum Schluss, dass auf das Gutachten der A.____ vom 6. August 2008 (Urk. 7/141) nicht abgestellt werden könne, da die Ärzte keinen Dolmetscher zugezogen und sich nur rudimentär mit den Akten auseinandergesetzt hätten. Überdies stimme die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nicht mit den erhobenen Befunden überein und sei demnach nicht korrekt. Es sei eine weitere Begutachtung erforderlich.

4.2.5 Nachdem er den Beschwerdeführer im Auftrag der IV-Stelle am 13. Februar 2009 psychiatrisch untersucht hatte, stellte Dr. B.____ in seinem Gutachten vom 16. April 2009 (Urk. 7/165) nachstehende Diagnose (Urk. 7/165 S. 8):

- Organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirntrauma, ICD-10 F07.2
- mit rezidivierenden Kopf- und Gesichtsschmerzen
- mit dysthymer Verstimmung
- mit anamnestisch leichter neuropsychologischer Störung

Der Explorand klagt hauptsächlich über Kopfschmerzen, die zu Kraftlosigkeit, Vergesslichkeit und Schlafstörungen führten (Urk. 7/165 S. 3). Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/165 S. 14).

4.2.6 Gestützt auf die Ergebnisse seiner - von der SUVA veranlassten - Untersuchungen vom 28. April und 12. Mai 2009, die eingeholten Fremdauskünfte und die Vorakten gelangte der Psychiater Dr. C.____ in seiner Expertise vom 30. Juni 2009 (Urk. 7/171) zum Schluss, dass der Beschwerdeführer unter keiner sich nach ICD-10 klassifizieren lassenden Gesundheitsstörung leide (Urk. 7/171 S. 17, S. 21 und S. 23). Nicht erfüllt seien insbesondere die Voraussetzungen für die Diagnose eines organischen Psychosyndroms, einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer depressiven Störung, einer Angststörung und einer Persönlichkeitsstörung (Urk. 7/171 S. 17 ff.). Aus psychiatrischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit des Exploranden, der im Wesentlichen über ausstrahlende Kopfschmerzen temporoparietal rechts und episodischen Schwindel klagt (Urk. 7/171 S. 17), nicht beeinträchtigt (Urk. 7/171 S. 22 und S. 23).

Nach Vorlage der Zusatzfragen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (Urk. 7/173 S. 3) verneinte Dr. C.____ am 25. September 2009 das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose nach ICD-10 erneut und wies darauf hin, dass die diversen Untersuchungen keine organopathologischen Befunde ergeben hätten, welche die geklagten Beschwerden zu erklären vermöchten (Urk. 7/177 S. 1 f.).

4.2.7 In ihrer am 21. April 2010 gestützt auf die Akten verfassten psychiatrischen Beurteilung (Urk. 7/187) hielt die SUVA-Versicherungsmedizinerin Dr. Z.____ fest, die unterschiedliche Diagnosestellung in den Gutachten von Dr. B.____ und Dr. C.____ erstaune nicht, da die Diagnosevoraussetzungen für ein organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirntrauma im ICD-10 selbst widersprüchlich seien. Hinzuweisen sei darauf, dass beide Gutachter zum Schluss gelangt seien, dass der Beschwerdeführer in seiner Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt sei (Urk. 7/187 S. 7). Ob die - aus den Akten verschiedentlich ersichtliche - wahrscheinliche Verbitterung, Enttäuschung und vermutlich auch Hilflosigkeit des Beschwerdeführers angesichts dessen beruflicher Vorgeschichte und aktueller Situation als psychische Störung qualifiziert werden könne,

sei. In Anbetracht des jungen Alters, der normalen zerebralen Bildgebung, des leichten Schädel-Hirntraumas, der fehlenden Komorbidität und des langen Zeitintervalls sei davon auszugehen, dass der Explorand ohne das Vorliegen unfallfremder Faktoren (Krankheitsauffassung, Ablehnung jeglicher schmerzmodulierenden Medikation, geringes Bildungsniveau, finanzielle und familiäre Probleme im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall [Urk. 11 S. 13]) eine entsprechende Kompensationskapazität beziehungsweise Rekonvaleszenz gezeigt hätte. Unter Berücksichtigung sämtlicher Gegebenheiten (persistierende Kopfschmerzen, schwache Schulleistung, junges Alter, fehlende Komorbidität, leichtes Schädel-Hirntrauma, blande Bildgebung, langes Zeitintervall von zehn Jahren seit dem Unfall) sei möglicherweise ein wesentlicher Teil der neuropsychologischen Defizite nicht als direkte Unfallfolge zu werten (Urk. 11 S. 10 f. und S.13). Angesichts der chronischen Kopfschmerzen und der Arbeitsbedingungen auf der Baustelle bestehe in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiter auf dem Bau seit dem 22. November 2001 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Unter Berücksichtigung der nicht behandelten Kopfschmerzen und der dadurch beeinflussten neuropsychologischen Leistungen sei der Beschwerdeführer derzeit in einer leichten körperlichen Tätigkeit, die keine hohen Anforderungen an die Aufmerksamkeit und das Konzentrationsvermögen stelle, zu 50 % arbeitsfähig. Unter adäquater Behandlung bestehe in einer derartigen Tätigkeit längerfristig wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Theoretisch hätte bei Durchführung einer geeigneten Therapie schon unmittelbar nach dem Unfall eine 50%ige und spätestens nach drei Monaten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestanden. Mittels medizinischer Massnahmen (schlafanstossende und schmerzdistanzierende Medikation mit antidepressiver Komponente, relaxierende Massnahmen sowie psychologische Betreuung) lasse sich die Arbeitsfähigkeit noch verbessern (Urk. 11 S. 11).

E. 5

5.1. Nach Lage der Akten heilte die rechtsseitige Jochbogenfraktur schon bald nach dem Sturz vom 22. November 2001 ab (Urk. 7/13), und die bildgebenden Untersuchungen ergaben keine Anhaltspunkte für eine Hirnverletzung (vgl. hierzu insbesondere Bericht Radiodiagnostisches Institut J.____ vom 23. November 2001 [Urk. 7/79], Bericht Kantonsspital J.____, Institut für Radiologie, vom 19. Juli 2007 [Urk. 7/172]). Im Zeitpunkt der von der SUVA per 12. Januar 2004 verfügten Leistungseinstellung (Urk. 7/62, Urk. 7/188) litt der Beschwerdeführer demnach unter keinen objektivierbaren organischen Unfallfolgen mehr.

5.2. Dass die SUVA den Fallabschluss per 12. Januar 2004 vornahm, ist - wie bereits im Urteil vom 20. Juli 2006 (Urk. 7/104 S. 10 E. 4.1) dargelegt - nicht zu beanstanden. So war damals, nachdem die von Dr. E.____ vorgeschlagene Trigger-Punkt-Behandlung (vgl. Bericht vom 14. Mai 2002, Urk. 7/13 S. 2) keine Besserung gebracht hatte (vgl. Bericht Dr. F.____ vom 29. August 2002, Urk. 7/28) und weitere therapeutische Massnahmen - abgesehen von einer Analgesie (vgl. Austrittsbericht Rehaklinik G.____ vom 18. November 2002, Urk. 7/36 S. 3) - von den Ärzten weder verordnet noch in Betracht gezogen worden waren, nach Lage der Akten mit keinem namhaften Behandlungserfolg mehr zu rechnen, und es wurden auch keine Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung durchgeführt (Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG]). Auf einen verfrühten Fallabschluss lässt auch das Gutachten des Universitätsspitals J.____, Klinik für

Ärztlichen Beurteilungen und unter Berücksichtigung der aktenkundig bereits sehr schwachen Schulleistung (Gesamtnote 2 bei Bestnote 6; vgl. Urk. 11 S. 10) - nicht als überwiegend wahrscheinlich (vgl. neurologisches Gutachten Universitätsspital J. ____ vom 26. April 2011, Urk. 11 S. 10).

Ob sich der Beschwerdeführer beim fraglichen Sturz tatsächlich eine MTBI zugezogen hat, kann letztlich offen bleiben, da, wenn nicht von Anfang an, so spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung Mitte Januar 2004 das für eine solche Läsion typische Beschwerdebild mit einer Häufung von - unfallbedingten - spezifischen Symptomen nicht (mehr) vorlag. Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 22. November 2001 und der über den 12. Januar 2004 hinaus persistierenden gesundheitlichen Beeinträchtigung ist demnach jedenfalls nach den Kriterien gemäss BGE 115 V 133 (Psycho-Praxis) und nicht

- unter Annahme einer einem Schleudertrauma der HWS äquivalenten Verletzung - gestützt auf die mit BGE 117 V 359 begründete beziehungsweise mit BGE 134 V 109 teilweise modifizierte Schleudertrauma-Praxis zu erfolgen hat.

5.3.4 Der Unfall vom 22. November 2001, bei welchem der Beschwerdeführer auf einer Baustelle strauchelte und zirka zwei Meter tief stürzte, wobei er mit dem Kopf, der mit einem Helm geschützt war, auf einer Backsteinwand aufschlug (vgl. Unfall- und Berufskrankheitsmeldung UVG vom 27. November 2001, Urk. 7/1) beziehungsweise das Gleichgewicht verlor, als er auf einer Höhe von zirka 1.20 Metern auf einem betonierten Fensterrahmen stand, und seitwärts zu Boden fiel, wobei er mit der rechten Seite des Kopfes auf eine nebenstehende Mauer aufprallte (vgl. Bericht Case Management vom 14. März 2002, Urk. 7/9 S. 1), ist - unbestrittenmassen (Urk. 1, Urk. 2 S. 5) - als mittelschwer zu qualifizieren (vgl. E. 4.2 des Urteils vom 20. Juli 2006 [Urk. 7/104]). Bereits im Urteil vom 20. Juli 2006 wurde dargelegt, dass das Kriterium der besonders dramatischen Begeleitumstände beziehungsweise der besonderen Eindringlichkeit des Unfalls, dasjenige der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung sowie dasjenige der die Unfallfolgen erheblich verschlimmernden ärztlichen Fehlbehandlung nicht erfüllt sind (vgl. Urk. 7/104 S. 12 E. 4.2). Die seit diesem Entscheid ergangenen Akten geben keinen Anlass zu einer anderen Beurteilung. Nachdem die Jochbogenfraktur schon nach kurzer Zeit komplikationslos abheilte (vgl. etwa Bericht Dr. E. ____ vom 14. Mai 2002 [Urk. 7/13], Austrittsbericht Rehaklinik G. ____ vom 18. November 2002 [Urk. 7/36]) und der Beschwerdeführer in der Folge unter keinen körperlich bedingten Schmerzen, sondern ausschliesslich noch unter sich nicht mit keinem organischen Korrelat erklären lassenden Beschwerden litt, deretwegen er sich noch einer - im Wesentlichen aus Kontrolluntersuchungen bestehenden - ärztlichen Behandlung unterzog, kann weder von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung noch von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen gesprochen werden. Was schliesslich den Grad und die Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit anbelangt, bestand aus physischer Sicht schon bald nach dem fraglichen Sturz keine Leistungseinschränkung mehr, weshalb auch dieses unfallbezogene Merkmal zu verneinen ist.

5.4 Da zwischen dem am 22. November 2001 erlittenen Unfall und den noch über den 12. Januar 2004 hinaus geklagten Beschwerden demnach kein rechtsgenügender Zusammenhang besteht, erweist sich die von der SUVA verfolgte

Leistungseinstellung auf diesen Zeitpunkt hin als rechtens.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsdienst Integration Handicap, unter Beilage des Doppels von Urk. 14

- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf

- Bundesamt für Gesundheit

- Swica

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.