

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00075 vom 30. November 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-11-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2011.00075](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00075)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00075 du 30 novembre 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00075 del 30 novembre 2012

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario).

Ist sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

### E. 1.2

1.2.1. 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 entfiere (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).



Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

Bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie zum Beispiel 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 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6a).

Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 E. 3b).

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 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 zum Beispiel 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 auffälliger 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).

1.3.4 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).

1.3.5.1 Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Bundesgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädel-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.).

1.4.1 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

## E. 2

2.1.1 Die Beschwerdegegnerin verneinte im angefochtenen Einspracheentscheid vom 2. Februar 2011 (Urk. 2) den Anspruch des Beschwerdeführers im Wesentlichen mit der Begründung, dass bezüglich der organisch objektivierbaren Restfolgen im Kiefer- und Zahnbereich eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Damit entfalle insoweit ein Rentenanspruch. Die weiteren vom Beschwerdeführer geklagten Gesundheitsbeeinträchtigungen hätten im Rahmen der umfassenden medizinischen Abklärungen keinem organischen Substrat, keinen strukturellen Veränderungen zugeordnet werden können. Für die Frage, ob ein Leistungsanspruch für organisch nicht objektivierbare respektive psychische Beschwerden bestehe, sei somit in rechtlicher Hinsicht der adäquate Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 10. April 2003 in Anwendung der mit BGE 115 V 133 begründeten Rechtsprechung zu prüfen. Es sei von einem mittelschweren Unfall auszugehen. Da kein einziges Kriterium erfüllt sei, sei die Adäquanz zu verneinen, weshalb die Frage der natürlichen Kausalität offen bleiben könne (Urk. 2).

Im vorliegenden Prozess führte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen aus, dass aufgrund der medizinischen Akten - entgegen den Ausführungen in der Beschwerde - erstellt sei, dass der sogenannte medizinische Endzustand erreicht sei. Von einer weiteren Behandlung sei keine namhafte Besserung der Beschwerden mehr zu erwarten. Es sei auch nicht zutreffend, dass der Beschwerdeführer aus 3 m Höhe gestürzt sei; die Sturzhöhe habe vielmehr 1,2 m betragen. Was schliesslich die Frage nach der genauen medizinischen Abklärung betreffe, so beschränkte sich der Beschwerdeführer darauf, dass von der Invalidenversicherung in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten des O. (insbesondere das psychiatrische Teilgutachten) zu kritisieren. Er verkenne dabei, dass bereits vor diesem Gutachten eine umfassende





Schwindelanfälle spreche für das Vorliegen von phobischen Schwindelanfällen im Rahmen einer Angststörung, die sich wahrscheinlich aus einem initial bestehenden posttraumatischen paroxysmalen Lagerungsschwindel heraus entwickelt habe. Nach der Spontanremission des benignen Lagerungsschwindels würden die Schwindelanfälle nunmehr durch die genannte Störung unterhalten. Angesichts der Chronifizierung der Beschwerden werde die Durchführung einer Verhaltenstherapie empfohlen.

Die Psychotherapeutin D.\_\_\_\_ berichtete am 20. Januar 2005 darüber, dass der Beschwerdeführer seit seinem Unfall an Schmerzen leide. Das deprimiere ihn und trübe seine Stimmung. Nachts wache er voller Angst auf und sei ganz verschwitzt. Die vegetative Übererregtheit und die Vigilanzsteigerung behinderten ihn in seinem Schlafverhalten. Er könne manchmal wegen des Schwindels und Brechreizes nicht aus dem Haus gehen. Therapeutisch arbeite sie mit dem Beschwerdeführer an der Bewältigung seiner Angst und Besorgnis sowie der Vigilanzsteigerung (Urk. 8/42).

Assistenzarzt Dr. med. R.\_\_\_\_ und Oberarzt Dr. Q.\_\_\_\_ vom A.\_\_\_\_ führten in ihrem Bericht vom 2. März 2005 (Urk. 8/53) aus, dass die Symptomatik stationär sei. Wie bereits in der Voruntersuchung hätten sich keine Hinweise für eine periphere oder zentral vestibuläre Störung gezeigt. Die starke situative Komponente bestärke den phobischen Charakter im Rahmen der Angststörung. Subjektiv habe die Verhaltenstherapie diesbezüglich keine Besserung gebracht. Das Hauptproblem des Beschwerdeführers sei die massive Einschränkung durch die klinisch bedingte Arthrose beider Kieferknochen mit konsekutiver periartikulärer Myoarthropathie. Durch den im Rahmen der Angststörung persistierenden Bruxismus werde die ganze Symptomatik zusätzlich exazerbiert. Aufgrund der beträchtlichen Schmerzen weise der Beschwerdeführer zudem Einschlafstörungen auf.

Dr. M.\_\_\_\_ erklärte am 14. Juli 2005, man erfahre aus dem jüngsten Bericht der Dres. R.\_\_\_\_ und Q.\_\_\_\_, dass wesentliche Störungen des Gleichgewichtsfunktionssystems nicht mehr objektiviert werden können. Es sei die Diagnose eines phobischen Schwindels, einer psychosomatischen Erkrankung, gestellt worden. Aus ORL-fachlicher Sicht ergäben sich aktuell also keine weitergehenden Konsequenzen. Die Störung der Kiefermotorik sei eine Folge der erlittenen Frakturen. Wichtig sei, dass dem Beschwerdeführer im Rahmen einer Psychotherapie geholfen werde, mit den Beschwerden so gut wie möglich umzugehen (Urk. 8/71).

Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 27. März 2006 (Urk. 8/108) ein Schmerzsyndrom nach Unfall, eine mittelschwere Depression (ICD-10 F32.1) mit Freud- und Hoffnungslosigkeit sowie Schlafstörung und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F62.0) mit intrusiven Vorstellungen und Hyperarousal (ohne Vermeidungsverhalten, mit Leere und Hoffnungslosigkeit).

Assistenzärztin Dr. med. S.\_\_\_\_ und Klinikdirektor Prof. Dr. Dr. med. T.\_\_\_\_ vom A.\_\_\_\_, Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie, stellten am 27. Juni 2006 folgende Diagnosen (Urk. 8/116):

- St.n. Unterkieferparamedianfraktur regio 34 (nach aussen offene RQW am Kinn).
- St.n. Kieferknochenfraktur beidseits mit Gehörgangsbildung beidseits.
- St.n. Zahnfrakturen und Wurzelreste (15, 25, 35, 43 und 44).
- St.n. drei RQW im Bereich des Kinns (4/03).

Bezüglich der Schmerzverarbeitung sei sicherlich eine psychische Komponente vorhanden. Deshalb sei der Beschwerdeführer zur weiteren Abklärung und Anpassung der Schmerzmedikation in die Schmerzprechstunde überwiesen worden.

Dr. med. et med. dent. U. \_\_\_ und Dr. med. dent. V. \_\_\_ vom Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der W. \_\_\_ erhoben in ihrem Bericht vom 31. Mai 2007 (Urk. 8/135) folgende Befunde: Das neurologische Screening zeige eine generalisierte Allodynie im Hals- und Gesichtsbereich mit spastischen Muskelzuckungen. Das HWS-Screening und die Palpation der Halsmuskulatur weise eine generalisierte Druckdolenz auf. Die regionalen Lymphknoten seien unauffällig. Die maximale aktive Mundöffnung betrage 40 mm, passiv 43 mm unter Schmerzen. Exkursionsbewegungen seien nur unter Schmerzen möglich und deutlich eingeschränkt. Die Palpation der Kiefergelenke zeige beidseitige Druckdolenzen; die Auskultation ergebe rechtsbetont ein Öffnungsknacken. Bei der Kaumuskulatur seien generalisierte Schmerzempfindungen vorhanden. Das Gelenkspiel und der Kompressionstest seien schmerzbedingt nicht beurteilbar.

Dr. F. \_\_\_ führte in seinem Bericht vom 21. Juli 2007 (Urk. 8/142) aus, der Beschwerdeführer falle aufgrund seines durch den Unfall entstandenen Gesichts auf mit Steifhaltung des Kopfes und konstanten muskulären Zuckungen bei einem sonst kräftigen, sein Alter jugendlichen Körper. Er erscheine deutlich und konstant stark durch die Schmerzen und Schwindelattacken beeinträchtigt, die offenbar zu Gangunsicherheit und gelegentlich auch zu Stürzen führten. Der Beschwerdeführer berichte, wie andere Leute auf seine Erscheinung reagierten und dass er dadurch in seinen sozialen Kontakten beeinträchtigt werde. Die Sozialkontakte beschränkten sich praktisch auf ein befreundetes Ehepaar. Die psychiatrische Exploration habe weder Anhaltspunkte für ein unfallfremdes, lebensgeschichtlich bedingtes, hysterisch-dissoziatives Geschehen noch für eine sogenannte Begehrensneurose ergeben. In keinerlei Hinsicht seien Hinweise für das Mitspielen einer bewussten Simulation vorhanden. Vielmehr schienen die Beschwerden auf somatischer Ebene zu liegen, auch wenn dies über den klinischen Eindruck hinaus nach den Akten nicht genauer erfasst werden könne. Die psychopathologische und psychosoziale Symptomatik imponiere reaktiv als eine Unfallfolge. Es seien weiterhin residuelle psychotraumatische Flashbacks vorhanden; die Behandlungsversuche seien durch die chronifizierte Schmerzproblematik behindert worden.

PD Dr. I. \_\_\_ und Dr. J. \_\_\_ erläuterten am 17. April 2008, dass die otoneurologische Untersuchung ein peripher vestibuläres Defizit links gezeigt habe, das nicht kompensiert sei, sowie eine Störung der zentralen visuo-okulomotorischen Bahnen. Dieses unkompenzierte Defizit erkläre teilweise die Konstanz der Gangunsicherheiten. In solchen Situationen bleibe die Therapie schwierig. Es werde trotzdem ein Versuch mit intensiver vestibulärer Physiotherapie empfohlen. Die Prognose bleibe jedoch nach so lange vorhandenen Symptomen ungünstig (Urk. 8/168).

Dr. G. \_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 13. Mai 2008 (Urk. 8/165) fest, dass die Zuweisung des Beschwerdeführers zur neurologischen Verlaufskontrolle durch die Beschwerdegegnerin erfolgt sei zur Klärung der Frage, ob ein organischer Hirnschaden vorliege. Die klinische neurologische Untersuchung sowie die kraniale Bildgebung mittels MRI hätten diesbezüglich keine pathologischen Befunde ergeben. Die in den interkonventionellen radiologischen Abklärungen ersichtlichen beginnenden

osteochondrotischen Veränderungen C4-C6 seien unspezifisch; die funktionelle manualtherapeutische Untersuchung habe auf der Höhe der zervikalen Segmente keine relevanten Dysfunktionen ergeben. Eine strukturelle Veränderung der Halswirbelsäule als zusätzliche Reizkomponente sei eher unwahrscheinlich. Betreffend der chronifizierten, intermittierend auftretenden Trümmelepisoden seien aus neurologischer Sicht keine Hinweise für eine relevante vestibuläre Funktionsstörung vorhanden, wie dies bereits mehrfach in den fachärztlichen Vorberichten erwähnt worden sei.

Dr. K. \_\_\_ äusserte sich am 30. Mai 2008 dahingehend, dass der Beschwerdeführer eine schon fünf Jahre dauernde, komplexe Schmerzsymptomatik zeige mit beginnender Kiefergelenksarthrose rechts und degenerativer Diskopathie links mit begleitender Myoarthropathie des Kausystems. Der Beschwerdeführer klage über Ohr- und Kiefergelenksschmerzen beidseits (in Ruhe, beim Sprechen und Essen), die nach frontotemporal beidseits sowie in die Nackenregion ausstrahlten. Der Dauerschmerz habe die Stärke VAS 3 - 4. Am meisten schänke ihn jedoch der Dauerschwindel ein, weniger die Gesichtsschmerzen. Zudem berichte der Beschwerdeführer, dass er seit dem Unfall an Depressionen und Schlafstörungen leide; deshalb sei er in psychiatrischer Behandlung. Die Behandlung der vorliegenden Schmerzproblematik stelle ein Problem dar: In aller Regel werde bei einer Myoarthropathie des Kausystems ein konservatives Vorgehen empfohlen (Physiotherapie bei einem spezialisierten Kiefertherapeuten, lokale Schmerztherapie mit Flector, Reduktion des Bruxismus durch Heimübungen). Die Behandlung in einer Schmerzprechstunde sei ebenfalls in Erwägung zu ziehen (Urk. 8/167).

Dr. M. \_\_\_ führte in seinem Bericht vom 9. September 2008 (Urk. 8/171) aus, dass von PD Dr. I. \_\_\_ und Dr. J. \_\_\_ neu eine periphere Untererregbarkeit des Vestibularisorgans links bei Kalorik und ein Spontannystagmus festgestellt worden sei. Dieser Befund spreche eindeutig für ein klinisch aufgetretenes Ereignis. Aus fachärztlicher Sicht müsse er festhalten, dass diese periphere vestibuläre Funktionsstörung links keine Folge des vor rund fünf Jahren erlittenen Unfalls sein könne, sondern eine vom Unfall unabhängige neue Erkrankung darstelle. Hierfür spreche nur schon die Tatsache, dass bei der etwa ein Jahr nach dem Unfall durchgeführten Untersuchung die experimentelle thermische Erregbarkeitsprüfung der peripheren Vestibularisorgane eine symmetrische Erregbarkeit ergeben habe. Somit sei klar, dass die neu diagnostizierte vestibuläre Funktionsstörung damals nicht bestanden habe. Das nachträgliche Auftreten dieser Störung könne ganz verschiedene Ursachen haben; sie trete meistens ohne erkennbare oder diagnostizierbare Erkrankungen auf. Vorliegend sei sie sicher nicht unfallbedingt. Es sei mit einer bleibenden Beeinträchtigung der Kaufunktion zu rechnen; eine Heilung sei nicht zu erwarten. Allenfalls könne durch physiotherapeutische Massnahmen zumindest vorübergehend eine gewisse Besserung erzielt werden. Es seien zwar Dauerschmerzen vorhanden, aber nicht in allzu ausgeprägter Form. Das gehe aus dem jüngsten Bericht von Dr. K. \_\_\_ hervor. Zudem sei zu berücksichtigen, dass der Dauerschwindel, der nicht unfallbedingt sei, im Vordergrund stehe. Für den Beschwerdeführer seien Tätigkeiten mit Sturz- oder Absturzgefährdung nicht mehr zumutbar. Das habe schon gegolten, bevor die aktuellen, nicht unfallbedingten Schwindelbeschwerden aufgetreten seien; bereits zuvor habe er an diffusen Schwindelbeschwerden gelitten, die nicht organischen Ursprungs gewesen seien (phobischer Schwindel). Zusammenfassend sei festzuhalten, dass der

erlittene Unfall keine organisch bedingte Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems zur Folge gehabt habe. Die Kieferbeschwerden dürften persistieren; eine grundlegende Besserung sei kaum zu erwarten.

Dr. med. dent. N. \_\_\_ äusserte sich in seinem Bericht vom 19. Februar 2009 (Urk. 8/189) dahingehend, dass der Beschwerdeführer einen sehr verunsicherten Eindruck mache. Er befürchte, es könne ihm jederzeit etwas zustossen. Er klage, dass er kaum mehr richtig essen und zubeissen könne. Das liege jedoch nicht an der zahnärztlichen Versorgung, sondern an den Kiefer- und Kopfbeschwerden. Dental habe er keine Probleme; er sei mit der Versorgung zufrieden. Der Untersuchte zeige ein gepflegtes Gebiss. Die zahnärztliche Versorgung sei von hoher Qualität.

Dr. phil. FF. \_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie, erklärte in seinem Bericht vom 9. Oktober 2009 (Beilage zu Urk. 8/208), dass die kognitive Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers schwer gestört sei. In dieser Verfassung sei er sicher zu 100 % arbeitsunfähig. Um eine Störung dieses Ausmasses zu verursachen, müsste eine organische Hirnschädigung mit höchster Wahrscheinlichkeit ein relativ grosses Ausmass haben und in einem bildgebenden Verfahren sichtbar sein. Das MRI sei aber unauffällig. Es sei deshalb anzunehmen, dass die vorliegende massive kognitive Einschränkung psychische Ursachen habe. Am ehesten sei an eine Angststörung, an eine posttraumatische Belastungsstörung im Sinne einer Fehlverarbeitung des erlittenen Unfalls zu denken. Die definitive Beurteilung sei allerdings den behandelnden Fachpersonen aus dem Bereich der Psychiatrie zu überlassen.

Oberärztin Dr. Dr. med. S. \_\_\_ und Prof. Dr. Dr. T. \_\_\_ vom A. \_\_\_ führten in ihrem Bericht vom 15. Oktober 2010 (Urk. 8/217) aus, dass der Beschwerdeführer über unveränderte Schmerzen in beiden Kiefergelenken klage. Das Hauptsymptom sei der Schwindel. Bezüglich der Schmerzintensität habe der Beschwerdeführer auf der Schmerz-Skala von 0 bis 10 einen Wert von 7 bis 8 angegeben, was jedoch schwer nachvollziehbar sei, da er nicht gestresst, schmerzgeplagt oder kaltschweissig gewesen sei. Auch die Einschränkungen der Mundöffnung seien schwierig zu eruieren. Festzuhalten sei, dass der Beschwerdeführer an einer Myoarthropathie bei beginnender posttraumatischer Arthrose leide, was aber sicher kein Grund für eine Arbeitsunfähigkeit sei. Der Beschwerdeführer sei aus kiefer- und gesichtschirurgischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig.

3.2.2. Chefarzt Dr. med. AA. \_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, und Dr. med. BB. \_\_\_, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom O. \_\_\_ stellten in ihrem für die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, erstellten Gutachten vom 31. Oktober 2010 (Urk. 8/219) folgende Diagnosen:

1. Status nach 3-facher Unterkieferfraktur (paramedian links, nicht disloziert, Kieferknochenfraktur beidseits) nach Sturz von einer Leiter am 10.04.2003
2. Myoarthropathie auf dem Boden einer Kiefergelenksarthrose beidseits bei Status nach beidseitiger Kieferknochenfraktur
3. Multiple faciale Tics mit/bei:
  - möglichem Blepharospasmus
4. Verdacht auf Analgetika-induzierte Kopfschmerzen

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Diese Diagnosen hätten allerdings keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, der aktuell seine psychischen Beschwerden als im Vordergrund stehend bezeichnet habe. Er sei depressiv; sein Kopf schlafe; er fühle sich einfach nur schlecht und könne nicht mehr so lachen wie früher. Besonders belasteten ihn seine Gedächtnisstörungen. Er klagte über stärkste Nackenschmerzen mit Ausstrahlungen in den gesamten Kopf. Er habe Beschwerden bei der Nahrungsaufnahme. Zudem leide er unter einem ständigen Schwindel. Auf Nachfragen habe er aber verneint, bisher gestärzt zu sein. Lediglich einmal habe er sich bei einer Schwindelattacke abfangen müssen und sich dabei an beiden Daumen weh getan. Auf weiteres Nachfragen habe der Beschwerdeführer auch über einen gelegentlich auftretenden beidseitigen Tinnitus geklagt. Die internistische Untersuchung ergebe das Bild eines 53-jährigen, sehr kräftig-muskulös gebauten und kardiopulmonal kompensierten Versicherten in gutem Allgemeinzustand. Es hätten sich keine pathologischen Befunde erheben lassen. Aus internistischer Sicht sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig. Bei der rheumatologischen Begutachtung imponiere eine erhebliche Selbstlimitation und Inkonsistenz. So seien die demonstrierten Beschwerden sowie die teilweise massive Bewegungsminderung im Bereich der Halswirbelsäule und des Kauapparates deutlich variabel und klinisch im demonstrierten Ausmass nicht plausibel. Auffällig sei eine ausserordentlich gut trainierte und seitengleich ausgeprägte Muskulatur des gesamten Haltungs- und Bewegungsapparates, insbesondere auch der Schultergürtelmuskulatur. Dies sei ein Hinweis dafür, dass der Beschwerdeführer sich im Alltag deutlich mehr belaste, als er angebe. Namentlich könne auch keine wesentliche Insuffizienz der Nackenmuskulatur objektiviert werden. Aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht liege kein Gesundheitsschaden vor, der die Arbeitsfähigkeit einschränkte. Die neurologische Untersuchung habe multiple faziale Tics sowie einen möglichen Blepharospasmus ergeben. Das Störungsbild sei zwar sozial störend und weiter klärungsbedürftig, jedoch kein Hinderungsgrund, um eine dem Bildungsstand des Beschwerdeführers entsprechende Arbeitstätigkeit zu 100 % auszuüben. Das beklagte Kopfschmerzsyndrom lasse sich angesichts der Medikamentenanamnese differenzialdiagnostisch auch als Analgetika-Kopfschmerz verstehen, so dass eine Entgiftung eine deutliche Besserung herbeiführen könne. Es liege jedenfalls keine die Arbeitsfähigkeit mindernde dauerhafte neurogene Störung vor. Für ein behinderndes peripher-vestibuläres Störungssyndrom sei kein ausreichender Anhaltspunkt vorhanden. Bei der kieferorthopädischen Untersuchung imponierten deutliche Zeichen einer Selbstlimitation. Es hätten weder für die demonstrierten Funktionseinschränkungen noch für den geklagten Schwindel noch die subjektiv sehr hoch angegebene Schmerzintensität objektive pathologisch-anatomische Befunde erhoben werden können. Zwar habe eine initiale posttraumatische Arthrose der Kiefergelenke festgestellt werden können, doch wirke sich das nicht auf die Arbeitsunfähigkeit aus. Bei der psychiatrischen Exploration hätten sich bei unsystematischer und unspezifischer Symptomatik keine Anhaltspunkte für eine psychische Störung ergeben, insbesondere nicht für eine Angststörung, ein posttraumatisches Belastungssyndrom, eine affektive Störung (depressive Episode oder Dysthymia) oder eine Persönlichkeitsstörung. Die entsprechenden Diagnosekriterien seien nicht erfüllt. Es beständen hingegen Anhaltspunkte für eine erhebliche Selbstlimitierung und Symptomausweitung, zumal eine schwere organische neurologische Störung ausgeschlossen werden könne. Der Widerspruch zur neuropsychologischen Untersuchung von Dr. FF. \_\_\_ lasse an ein

bewusstseinsnahes Aggravationsverhalten denken. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig.

3.2.3.1 Dr. F. nahm am 17. Januar 2011 zum O.-Gutachten Stellung (Urk. 3/8). Er kritisierte dabei insbesondere die psychiatrische Beurteilung: Der beschriebenen Angst-, Schmerz- und Posttraumasymptomatik und der Wesensveränderung werde zu Unrecht jeglicher Krankheitswert abgesprochen. Dafür sei dem Gutachten aber keine hinreichende Erklärung zu entnehmen. Es werde aus dem angeblichen Umstand, dass keine psychiatrische Diagnose zu stellen sei, auf eine Selbstlimitierung und praktisch auf eine Simulation geschlossen, für die es sonst keine Hinweise gebe. Ungünstige posttraumatische Entwicklungen, die durchaus auch schwer invalidisierenden Charakter haben könnten, seien in der psychiatrischen Praxis und Literatur bekannt und beruhten grösstenteils auf unbewussten Prozessen. Weiter bemängelte Dr. F. am Gutachten, dass die anamnestischen Erhebungen unvollständig gewesen seien; es sei auf jegliche Fremdanamnesen verzichtet worden.

Dr. B. äusserte sich am 18. Januar 2011 dahingehend, dass es beim Beschwerdeführer zu einer posttraumatischen Belastungsstörung gekommen sei. Diese äussere sich in chronischen Müngsten und phobischem Schwindel. Trotz unauffälliger neurologischer Untersuchung und des unauffälligen MRI-Befundes sei er in seiner subjektiven Empfindlichkeit massiv eingeschränkt. Er sei unfähig, konzentriert zu arbeiten, und auf die tägliche Einnahme von Medikamenten (Antidepressiva und Anxiolytika) angewiesen (Urk. 3/9).

Auch Dr. med. CC., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Prof. Dr. med. DD., Facharzt FMH für Neurologie, vom EE. äusserten sich in ihrer Stellungnahme vom 4. März 2011 (Urk. 3/10) kritisch zum O.-Gutachten: Im Wesentlichen wurde bemängelt, dass die anamnestischen Angaben lückenhaft seien, die psychopathologische Befunderhebung weder formal noch inhaltlich den üblichen Ansprüchen genüge, die neurologischen Diagnosen nicht überzeugten und es nicht nachvollziehbar sei, dass keine psychiatrischen Diagnosen gestellt worden seien. Das O.-Gutachten genüge den in BGE 122 V 160 festgehaltenen Qualitätskriterien weder in formeller noch materieller Hinsicht.

### E. 3.3

3.3.1.1 Der Beschwerdeführer liess im Anschluss an die kritischen Stellungnahmen der behandelnden Ärzte Dr. F. und Dr. B. sowie der Experten des EE., Dr. CC. und Prof. Dr. DD. (vgl. dazu E. 3.2.3), die Beweistauglichkeit und den Beweiswert des O.-Gutachtens in Zweifel ziehen. Die Beschwerdegegnerin entgegnete auf die vorgebrachte Kritik am O.-Gutachten, dass dieses von der IV-Stelle in Auftrag gegeben worden sei und sie selber zuvor bereits umfassende medizinische Abklärungen veranlasst habe. Selbst wenn die Kritik am O.-Gutachten gerechtfertigt wäre, bestünde dieses lediglich die bereits zuvor bekannten Beurteilungen. Damit ergebe sich aus den Akten ein einheitliches Bild (Urk. 7 S. 4 f.).

Wie nachfolgend zu zeigen sein wird, kann im vorliegenden Prozess tatsächlich offen bleiben, ob die am O.-Gutachten (und insbesondere am psychiatrischen Teilgutachten) geübte Kritik gerechtfertigt ist oder nicht. Die übrigen medizinischen Akten lassen es ohne weitere Abklärungen zu, die streitentscheidenden Fragen zu beantworten. Die Rüge des Beschwerdeführers, dass der massgebliche

Sachverhalt nicht rechtsgen<sup>1</sup>gend erstellt sei, ist - wie unten darzulegen ist - nicht stichhaltig.

3.3.2<sup>2</sup> <sup>3</sup> Entgegen den Ausf<sup>1</sup>hrungen des Beschwerdef<sup>1</sup>hrers ist aufgrund der oben zitierten Arztberichte erstellt, dass der sogenannte medizinische Endzustand erreicht ist. Von einer weiteren Behandlung des Beschwerdef<sup>1</sup>hrers ist keine namhafte Besserung seines Gesundheitszustandes mehr zu erwarten. Aufgrund der Aktenlage ist vielmehr davon auszugehen, dass dieser Zustand bereits seit geraumer Zeit eingetreten ist. Dr. M. \_\_\_ erl<sup>1</sup>uterte am 9. September 2008, dass zwecks Schmerzreduktion in den letzten f<sup>1</sup>nf Jahren verschiedenste Therapien durchgef<sup>1</sup>hrt worden seien, ohne dass sich ein durchschlagender Erfolg ergeben h<sup>1</sup>tte. Es k<sup>1</sup>nnne zwar durchaus sein, dass durch eine physiotherapeutische Betreuung zumindest vor<sup>1</sup>bergehend eine gewisse Besserung erreicht werden k<sup>1</sup>nnne. Eine Heilung sei jedoch nicht zu erwarten. Es sei mit einer bleibenden Beeintr<sup>1</sup>chtigung der Kaufunktion zu rechnen (Urk. 8/171 S. 3 und 5). In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die Beschwerdegegnerin in der Verf<sup>1</sup>gung vom 27. Oktober 2008 (Urk. 8/172) sowie im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2 S. 2) ausdr<sup>1</sup>cklich festhielt, f<sup>1</sup>r die Kiefer- und Zahnbeschwerden weiterhin Leistungen auszurichten. Dabei kann dahingestellt bleiben, ob ein solcher Vorbehalt angesichts des Umstandes, dass der Beschwerdef<sup>1</sup>hrer gem<sup>1</sup>ss Dr. N. \_\_\_ mit der zahn<sup>1</sup>rztlichen Versorgung zufrieden beziehungsweise diese von hoher Qualit<sup>1</sup>t sei (Urk. 8/189), und der Einsch<sup>1</sup>tzung von Dr. Dr. S. \_\_\_ und Prof. Dr. Dr. T. \_\_\_, wonach aus kiefer- und gesichtschirurgischer Sicht eine 100%ige Arbeitsf<sup>1</sup>higkeit vorliege, <sup>1</sup>berhaupt notwendig gewesen w<sup>1</sup>re. Jedenfalls ist nicht ersichtlich, welche weiteren therapeutischen Massnahmen noch zu einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes f<sup>1</sup>hren k<sup>1</sup>nnnten.

3.3.3<sup>3</sup> <sup>4</sup> Aufgrund der medizinischen Aktenlage ist erstellt, dass beim Beschwerdef<sup>1</sup>hrer abgesehen von den Kiefer- und Zahnbeschwerden keine unfallbedingten organischen Gesundheitsbeeintr<sup>1</sup>chtigungen mehr vorliegen. Der vom Beschwerdef<sup>1</sup>hrer als besonders beeintr<sup>1</sup>chtigend bezeichnete Schwindel ist nicht somatischer Genese. Die Dres. P. \_\_\_ und Q. \_\_\_ stellten bereits am 12. Februar 2004 fest, dass nach der Spontanremission des anf<sup>1</sup>nglich vorhanden gewesenen Lagerungsschwindels die Schwindelanf<sup>1</sup>lle durch eine Angstst<sup>1</sup>rung unterhalten w<sup>1</sup>rden; es liege ein phobischer Schwindel vor (Urk. 8/17). Diese Einsch<sup>1</sup>tzung wurde in der Folge von Dr. R. \_\_\_ (Urk. 8/53), Dr. M. \_\_\_ (Urk. 8/71 und 8/171), Dr. G. \_\_\_ (Urk. 8/165), Dr. FF. \_\_\_ (Urk. 8/208) und Dr. B. \_\_\_ (Urk. 3/9) best<sup>1</sup>tigt. Soweit PD Dr. I. \_\_\_ und Dr. J. \_\_\_ in ihrem Bericht vom 17. April 2008 (Urk. 8/168) neu eine periphere Untererregbarkeit des Vestibularisorgans links bei Kalorik und ein Spontannystagmus festgehalten haben, erl<sup>1</sup>uterte Dr. M. \_\_\_ am 9. September 2008 ausf<sup>1</sup>hrlich und nachvollziehbar, dass diese Funktionsst<sup>1</sup>rung keine Folge des Unfalls vom 10. April 2003 sein k<sup>1</sup>nnne, weil sie ansonsten bereits in den zahlreichen fr<sup>1</sup>heren Untersuchungen h<sup>1</sup>tte erkannt werden m<sup>1</sup>ssen (Urk. 8/171).

<sup>5</sup> <sup>6</sup> <sup>7</sup> <sup>8</sup> <sup>9</sup> <sup>10</sup> <sup>11</sup> <sup>12</sup> Was die Kiefer- und Zahnbeschwerden betrifft, ist auf die einleuchtende Einsch<sup>1</sup>tzung von Dr. Dr. S. \_\_\_ und Prof. Dr. Dr. T. \_\_\_ abzustellen (Urk. 8/217), wonach eine Myoarthropathie bei beginnender posttraumatischer Arthrose vorliege, dadurch aber keine Arbeitsunf<sup>1</sup>higkeit begr<sup>1</sup>ndet werde. Dabei wurde darauf hingewiesen, dass die vom Beschwerdef<sup>1</sup>hrer geklagte, sehr hohe Schmerzintensit<sup>1</sup>t nicht nachvollziehbar gewesen sei, da er nicht gestresst, schmerzgeplagt oder

kaltschweissig gewesen sei.

Es kann somit festgehalten werden, dass die Arbeits- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht mehr durch unfallbedingte organische Gesundheitsbeeinträchtigungen eingeschränkt ist.

3.3.4 Aufgrund der medizinischen Akten ist unklar, ob beim Beschwerdeführer psychische Gesundheitsstörungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen oder nicht. Gestützt auf die in E. 3.2.1 und 3.2.3 wiedergegebenen Arztberichte ist von erheblichen psychischen Problemen auszugehen (etwa Angststörung, phobischer Schwindel und Schmerzsymptomatik). Demgegenüber waren die O. \_\_\_-Gutachter der Ansicht, dass keine die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränkenden Gesundheitsbeeinträchtigungen vorhanden seien und insbesondere keine psychiatrischen Diagnosen gestellt werden könnten (Urk. 8/219; vgl. E. 3.2.2). Aus psychiatrischer Sicht liege eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vor; es sei an ein bewusstseinsnahes Aggravationsverhalten zu denken.

Wie bereits ausgeführt, kann diese Streitfrage im vorliegenden Kontext offengelassen werden. Selbst wenn man im Sinne einer Arbeitshypothese davon ausginge, dass beim Beschwerdeführer psychische Gesundheitsstörungen erheblichen Ausmasses, mit Einfluss auf seine Arbeits- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit vorlägen und sie in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 10. April 2003 ständen, wäre die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu verneinen, weil - wie nachfolgend darzulegen sein wird - die Adäquanz nicht gegeben ist.

#### **E. 3.4**

3.4.1 Zwischen den Parteien ist umstritten, nach welchen Kriterien die Adäquanz zu beurteilen ist. Replicando liess der Beschwerdeführer geltend machen, dass diejenigen Kriterien zur Anwendung kämen, welche die höchststrichterliche Praxis bei Schleudertraumata der Halswirbelsäule oder äquivalenten Verletzungen aufgestellt habe, weil von Anfang an ein Schädeltrauma mit Dauerschmerzen und Kopfschmerzen diagnostiziert worden sei (Urk. 13 S. 3). Wie die Beschwerdegegnerin bereits im angefochtenen Einspracheentscheid zutreffend ausgeführt hatte (Urk. 2 S. 7), wurde allerdings niemals ein Schädelhirntrauma diagnostiziert. Der Beschwerdeführer selbst erklärte anlässlich der Befragung vom 6. Juli 2004 (Urk. 8/24), dass nach dem Sturz keine Bewusstlosigkeit bestanden habe; er habe sich benommen gefühlt. Im Rettungseinsatz-Protokoll wurde er als orientiert bezeichnet (Urk. 8/164/2). Auch bei Einlieferung in das A. \_\_\_ haben keine auffälligen Bewusstseinsveränderungen bestanden (Urk. 8/164/1). Die (analoge) Anwendung der sogenannten Schleudertrauma-Praxis würde sich nur rechtfertigen, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen Comotio und Contusio cerebri liegt. Leichte Hirnerschütterung reichen hierfür nicht aus (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 276/04 vom 13. Juni 2005, E. 2.2.1). Da vorliegend weder eine Comotio noch Contusio cerebri diagnostiziert wurde und das typische Beschwerdebild (vgl. E. 1.2.2) im Äusseren auch nur teilweise gegeben scheint, ist die Adäquanz nach der für psychische Fehlentwicklungen geltenden Rechtsprechung zu beurteilen (vgl. oben E. 1.3.3).

3.4.2 Anlässlich der Befragung vom 6. Juli 2004 konnte folgender Unfallhergang rekonstruiert werden (Urk. 8/22): Der Beschwerdeführer stand auf der drittobersten Stufe

einer Leiter, als diese wegrutschte. Die Leiter kippte nicht. Sie rutschte vielmehr an der Wand entlang herunter. Daraus schloss die Beschwerdegegnerin, dass der Sturz in einem gewissen Mass abgebremst worden sei und schätzte (damals) eine Fallhöhe von 2,5 m (Urk. 8/22). Diese Sachverhaltsdarstellung deckt sich im Wesentlichen mit der schriftlichen Schilderung des Beschwerdeführers vom 23. Mai 2003 (Urk. 8/3/2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Soweit nunmehr zwischen den Parteien eine Kontroverse über die Fallhöhe entstanden ist, kann festgehalten werden, dass es sich dabei um eine Scheindifferenz handelt. Die Beschwerdegegnerin ging von einer Fallhöhe von 1,2 m aus (Urk. 2 S. 2; früher: 2,5 m [Urk. 8/22]), während der Beschwerdeführer ausführen liess, dass er aus 2,5 bis 3 m Höhe gestürzt sei (vgl. etwa Urk. 1 S. 2 und Urk. 13 S. 4). Diese unterschiedlichen Angaben erklären sich offensichtlich im Wesentlichen dadurch, ob die Höhendifferenz zwischen den Füssen und dem Boden oder dem Gesicht/Kopf und dem Boden gemessen wird. Eine Entscheidung über die richtige Messmethode ist im vorliegenden Zusammenhang nicht notwendig; der Unfallhergang ist jedenfalls geklärt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Wie die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die höchststrichterliche Praxis (vgl. etwa das Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 31/03 und U 342/03 vom 30. November 2004) zu Recht ausführte (Urk. 7 S. 6), werden auch Sturzunfälle von mehr als 3 m Höhe regelmässig den mittleren Unfällen zugeordnet. Vorliegend ist zwar einerseits der Einwand des Beschwerdeführers zu berücksichtigen, dass er auf das Gesicht gefallen ist (und nicht etwa auf das Gesicht). Andererseits lag aber auch kein freier Fall vor; vielmehr rutschte die Leiter an der Wand entlang zu Boden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Rahmen der nach objektiven Gesichtspunkten (BGE 124 V 44 E. 5c/aa, 115 V 139 E. 6) und ohne Berücksichtigung der Persönlichkeitsstruktur der versicherten Person (RKUV 2000 Nr. U 394 S. 313; SVR 1999 UV Nr. 10 S. 31 ff.; Urteil vom 7. August 2003 [U 290/02] E. 4 mit zahlreichen Hinweisen auf die Rechtsprechung) vorzunehmenden Kategorisierung der Unfallschwere ist der Unfall vom 10. April 2003 als mittelschwer im engeren Sinn einzustufen; entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 16) verbietet sich im Lichte der Kasuistik (RKUV 2005 Nr. U 548 S. 231 E. 3.2.2 [U 306/04], Nr. U 555 S. 322 E. 3.4.1 [U 458/04]) eine Einordnung in den Grenzbereich zu den schweren Unfällen oder gar in die Gruppe der schweren Unfälle (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 24. Mai 2000, U 282/00). Dem Unfall vom 10. April 2003 kann somit nur dann im Sinne adäquater Kausalität massgebende Bedeutung für eine psychisch bedingte Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zukommen, wenn (je) ein einzelnes der rechtsprechungsgemäss für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien (vgl. BGE 115 V 140 E. 6c/aa; vgl. auch BGE 123 V 100 E. 2c) in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wurde oder aber drei dieser Kriterien erfüllt waren (in Plädoyer 2/2010 S. 53 zusammengefasstes Urteil 8C\_897/2009 vom 29. Januar 2010 [E. 4.5 mit Hinweisen]).

3.4.3 Ä Ä Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls gegeben sind, beurteilt sich objektiv und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens beziehungsweise Angstgefühls der versicherten Person (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc; erwähntes Urteil U 88/05 E. 4.3). Auch wenn dem Unfall vom 10. April 2003 eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abgesprochen werden kann, liegen jedoch nicht Umstände vor, die zur Bejahung einer besonderen Dramatik oder besonderen Eindrücklichkeit der Begleitumstände des Unfalls führen

kännen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts U 41/06 vom 2. Februar 2007 E. 9.1 und 10.1: Sturz von einer Hebelehne aus 4 m Höhe). Das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, kann nicht bejaht werden. Die ärztliche Behandlung der physischen Unfallfolgen war nicht von ungewöhnlich langer Dauer. Anzeichen für eine ärztliche Fehlbehandlung sind nicht ersichtlich. Der Heilungsverlauf war nicht schwierig; es traten keine Komplikationen auf. Auch das Kriterium Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist nicht gegeben. Aus kiefer- und gesichtschirurgischer Sicht ist der Beschwerdeführer schon seit geraumer Zeit wieder voll arbeitsfähig. Andere somatische Gesundheitsschäden bestehen - wie ausgeführt - nicht. Einzig das Adäquanzkriterium körperliche Dauerschmerzen ist zu bejahen, allerdings nicht in einem besonders ausgeprägten Ausmass (vgl. Urk. 8/167 und 8/217).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus dem Gesagten folgt, dass die Adäquanz zu verneinen ist. Zwischen etwaigen (im Sinne einer reinen Arbeitshypothese angenommenen natürlich-kausalen) psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen und dem Unfall vom 10. April 2003 besteht demnach kein adäquater Kausalzusammenhang. Demzufolge ist die Beschwerde abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

- Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.
  - Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.
  - Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:
    - Rechtsanwalt Marc Spescha
    - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
    - Bundesamt für Gesundheit
  - Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.
- Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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.