

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00159

vom 2. Dezember 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-12-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2024.00159

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00159 du 2 décembre 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00159 del 2 dicembre 2025

Erwägungen

E. 1.1

Die Beschwerdegegnerin hielt dafür (Urk. 2), dass gestützt auf den Versicherungsmediziner Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates,

im Jahr 2004 keine strukturellen unfall kausalen Verletzungen des Gehirns dokumentiert worden seien. Entsprechend seien die geltend gemachten Beschwerden nicht auf das Ereignis vom 7. September 2004 zurückzuführen.

In der Beurteilung vom 8. Dezember 2023 habe der Versicherungsmediziner Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

fest gehalten, dass aufgrund der medizinischen Aktenlage davon auszugehen sei, dass der beim Ereignis dokumentierte sehr tiefe Glasgow Coma

Scale (GCS) nicht auf einem erlittenen Schädelhirntrauma beruht habe, sondern dass eine schwere Bewusstseinsstörung sowohl zum Sturz als auch zum tiefen GCS beigetragen habe. Dazu passe auch, dass bildgebend keine intrakraniellen Veränderungen beschrieben worden seien. Es sei von einer sehr schweren psychiatrischen Störung auszugehen, am ehesten in Form einer schweren kombinierten Persönlichkeits störung mit emotional instabilen, impulsiven, histrionischen und paranoiden Anteilen. Diese sei aber aufgrund der fehlenden strukturellen Folgen am Hirn parenchym nicht auf den Unfall zurückzuführen.

Gestützt auf diese Ausführungen sei ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den aktuell beklagten somatischen und psychischen Beschwerden und dem Unfallereignis vom 7. September 2004 - nachdem er bereits im Grundfall rechtskräftig verneint worden sei - auch im Rückfall nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Damit erübrige sich auch die Prüfung der Adäquanz.

E. 1.2

Der Beschwerdeführer brachte demgegenüber vor, dass er nach dem Unfall regel mässig hospitalisiert worden sei aufgrund ständiger Kopfschmerzen und einer dauerhaften depressiven Störung. Entsprechend sei am 10. August 2023 eine Rückfallmeldung erfolgt. Die Einschätzung der Versicherungsmediziner sei nicht nachvollziehbar, weshalb er eine unabhängige Begutachtung der geltend gemachten organischen Beschwerden beantrage, da die dauerhaften Kopfschmerzen sowie die psychische Beeinträchtigung aufgrund der dauerhaften Depressionen sich auch auf sein aggressives Verhalten gegenüber Mitmenschen ausgewirkt habe (Urk. 1).

E. 1.3

Mit Beschwerdeantwort vom 7. November 2024 brachte die Suva vor, dass es sich bei der Beschwerde um eine rein subjektive Nichteinverständniserklärung ohne jeden Beweiswert handle, womit sich die Beschwerde von vornherein als unbegründet erweise (Urk. 16).

E. 1.4

Mit Schreiben vom 10. Dezember 2024 ergänzte der Beschwerdeführer, dass es ihm unter Verweis auf den medizinischen Bericht der öffentlichen Gesundheits einrichtung nicht möglich sei, ohne Medikamente ein normales Leben zu führen. Er sei deshalb vom Neurologen verpflichtet worden, einmal im Monat zu einer Untersuchung in der Ambulanz zu erscheinen, um die ihm verabreichten Tabletten in Richtung eines richtigen Denkens, einer richtigen Beurteilung und einer Regulierung des Schlafes und der «Erweckung des Lebens» einzunehmen. Die Medikamente seien aus der Gruppe der Antipsychotika und der basischen Antipsychotika. Gemäss Neurologen deuteten die Ergebnisse auf F 20 hin, das heisse auf Paranoia. Die Einnahme der geschilderten Medikamente und das monatliche Erscheinen beim Neurologen seien auf den Arbeitsunfall zurückzuführen (Urk. 25). 2.

2.1

Ein Unfall ist gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufs krank heiten gewährt. 2.2

2.2.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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 un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädi gende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geis tige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene ge sund heitliche Störung entfiel (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Ver waltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm ob liegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloss e Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungs anspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 2.2.2

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 148 V 356 E. 3, 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_640/2022 vom 9. August 2023 E. 3.4).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (vgl. BGE 138 V 248 E. 4, 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/ bb mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_640/2022 vom 9. August 2023 E. 4). 2.3

Die in Rechtskraft erwachsene Verweigerung weiterer Leistungen durch den obligatorischen Unfallversicherer schliesst die spätere Entstehung eines Anspruchs, der sich aus demselben Ereignis herleitet, nicht unter allen Umständen aus. Vielmehr steht ein solcher Entscheid unter dem Vorbehalt späterer Anpassung an geänderte unfallkausale Verhältnisse. Dieser in der Invalidenversicherung durch das Institut der Neuanschuldung geregelte Grundsatz gilt auch im Unfallversicherungsrecht, indem es der versicherten Person jederzeit freisteht, einen Rückfall oder Spätfolgen eines rechtskräftig beurteilten Unfallereignisses geltend zu machen (vgl. Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung, UVV) und erneut Leistungen der Unfallversicherung zu beanspruchen. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können (BGE 144 V 245 E. 6.1, 118 V 293 E. 2c, je mit Hinweisen).

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c in fine). Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteile des Bundesgerichts 8C_617/2023 vom 11. März 2024 E. 2.3 und 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.2, je mit Hinweisen). 2.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_16/2025 vom 24. April 2025 E. 4.3.1).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee ; Urteil des Bundesgerichts 8C_381/2024 vom 14. Februar 2025 E. 2.3). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 3.

Die medizinische Aktenlage stellt sich folgendermassen dar: 3.1

Der Beschwerdeführer wurde vom 7. bis 15. September 2004 in der Unfallchirurgie Z. ____ stationär behandelt. Die Ärzte hielten folgende Diagnosen fest (Bericht vom 21. September 2004, Urk. 17/8/1 2 = Urk. 17/41/ 633 f.): - Commotio cerebri nach

Synkope

unklarer Genese am 7. September 20

E. 04

- HWS- Distorsion - Rückenkontusionen - Verlaufsdiagnose : - Sicca- Syndrom , Augen beidseits - Blepharitis, Augen

beidseits - eher

weit

exkavierte

Pupillen

beidseits - Leichte

Myopie

rechtes Auge

Der Beschwerdeführer habe einen Arbeitsunfall mit Sturz über eine ca. 5 m hohe Böschung und in einen Entwässerungsgraben erlitten. Anamnestisch habe er einen Krampfanfall nach Sturz und initialem GCS von 3-4 gehabt. Er sei mit der Rega in den Schockraum gekommen. Befunde bei Eintritt: Intubiert bei GCS 3. Pupillen eng, isokor, Lichtreaktion beideseits prompt. Kardio- pulmo -abdominal kompensiert. Alle vier Extremitäten frei beweglich ohne Pathologien. Inspektorisch unauffälliges Integument. Die bildgebenden Untersuchungen seien unauffällig. Der Beschwerdeführer sei am 7. September 2004 neurologisch auf ihrer Intensivstation überwacht worden, sei dort extubiert worden und sei kreislaufstabil gewesen bei einem GCS von 14 und habe somit auf die reguläre Abteilung verlegt werden können.

Die Zusatzuntersuchungen deuteten eher auf eine kardiale Ursache des Sturzes, so dass er bei unauffälliger Commotio cerebri-Überwachung kardial bei ihnen weiter abgeklärt worden sei und kardial ambulant weiterbetreut werde.

Die Behandler konstatierten (Urk. 17/8/18), dass der Beschwerdeführer nach der primären Diagnostik im Schockraum auf die Intensivstation verlegt und dort problemlos extubiert worden sei. Nach komplikationsloser Überwachung sei er am gleichen Tag auf die reguläre Station verlegt worden, kreislaufstabil bei GCS 14. Während der Hospitalisation seien verschiedene Abklärungen (CT-Schädel, CT-HWS, EEG, Herzecho, 48h-EKG, Tilt-table-Versuch) durchgeführt worden als auch versucht worden, laborchemisch eine Ursache der Synkope zu finden, jedoch seien diese Untersuchungen wenig ausgiebig gewesen, so dass die Ursache dieser Synkope noch unklar sei. Das leicht auffällige Herz-Echo vom 8. September 2004, welches eine leicht reduzierte EF von 55% bei hypokinesinem basalem Septum zeige, werde in 3-6 Monaten von den Kardiologen nachkontrolliert. Während der Hospitalisation habe er über ein verschwommenes Sehen der Augen beidseits geklagt. Dies sei durch die Ophthalmologen im Hause abgeklärt worden und werde bei einem Sicca-Syndrom mit künstlichen Tränen ambulant weiterbetreut. Die initial starke Müdigkeit habe sich während der Hospitalisation zunehmend erholt und die paraventrebrale Verspannung habe durch Antiphlogistica, Muskel relaxans sowie Analgesie deutlich verbessert werden können. Sie entliessen ihn in gutem Allgemeinzustand mit ambulanten Nachkontrollen nach Hause. 3.2

Die Ärzte der Kardiologie des Z. ___ hielten in ihrem Bericht vom 9. Februar 2005 fest, dass der Beschwerdeführer zur kardiologischen Re-Evaluation bei unklarer Synkope mit konsekutiver Commotio cerebri im September 2004 zugewiesen worden sei. Klinisch präsentiere er sich kardiopulmonal stabilisiert. Die Ergometrie habe schon bei einer Belastungsstufe von 54 % des Sollwertes wegen generalisierten Schmerzen abgebrochen werden müssen und sei nicht aussagekräftig. Die Echokardiografie zeige zwar eine Hypokinesie im Bereich des basalen Septums, dies sei jedoch keine Erklärung für eine Synkope. Insgesamt liefere die Untersuchung, wie schon die Untersuchungen im letzten September, keine Erklärung für die einmalige Synkope, wobei eine konklusive Beurteilung wegen deutlich erschwelter Anamneseerhebung nicht möglich gewesen sei. Auch die beklagten Symptome - in erster Linie Kopfschmerzen, eine allgemeine Kraftlosigkeit und thorakale Schmerzen - seien aus kardiologischer Sicht ohne organisches Korrelat (Urk. 17/6). 3.3

Am 23. Juni 2005 erfolgte eine notfallmässige Behandlung in der Medizinischen Poliklinik des Z. ___ aufgrund (1) Intoxikation mit unklarer Substanz und (2) akuter Suizidalität bei psychosozialer Belastungssituation (Urk. 17/

E. 4

(1) eine Commotio cerebri nach Synkope unklarer Genese am 7. September 2004, (2) eine Halswirbelsäulen-Distorsion (HWS-Distorsion), (3) Rückenkontusionen und (4)

Verlaufsd Diagnose: Sicca-Syndrom und Blepharitis Augen beidseits, eher weit exkavierte Papillen beidseits und eine leichte Myopie rechtes Auge (Urk. 17/8/12). Am 30. April 2010 meldete sich der Versicherte bei der Suva und machte gemäss einem Rückfall geltend (Urk. 17/7). Die Suva tätigte daraufhin Abklärungen und teilte dem Versicherten mit Schreiben vom 2. Juni 2010 mit, dass die gemeldeten Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 7. September 2004 zurückzuführen seien (Urk.

17/10). Mit Schreiben vom 6. Dezember 2011 liess der Versicherte diesen Rückfall erneut geltend machen (Urk. 17/18), worauf die Suva nicht eintrat (Urk. 17/19).

E. 4.1.1

Aus somatischer Sicht ist festzuhalten, dass der Unfall zu keiner organisch strukturellen Verletzung des Gehirns geführt hat: Bereits die erstbehandelnden Ärzte der Unfallchirurgie Z. ____

hielten fest, dass die bildgebenden Befunde unauffällig gewesen seien (E. 3.1).

Auch im Verlauf wurde bildgebend keinerlei Hinweis gefunden, dass anlässlich des Sturzes vom 5. September 2004 eine Hirnverletzung erfolgt wäre:

Im März 2006 wurde der Beschwerdeführer nach einem Kollaps und einer darauf folgenden Intubation bei GCS 3 im Spital C. ____ eingeliefert, wo eine Blutung, Ischämie, Fraktur oder Thrombose ausgeschlossen wurde (E. 3.4).

Der Beschwerdeführer stellte sich aufgrund von Cephalgien im April 2010 im Spital G. ____ vor, allerdings konnte kein organisches Korrelat gefunden werden und das MRI seines Schädels zeigte einen altersentsprechenden Befund (E. 3.6).

Auch die Abklärungen im Spital K. ____ nach einem Pseudokoma des Beschwerdeführers Mitte August 2010 ergaben keine Hinweise auf

eine

somatische Ursache (E. 3.9).

Am 21. August 2010 wurde er wieder mit Pseudokoma und einem GCS 3 ins Z. ____ eingeliefert, welche ihn in die H. ____ überwies (E. 3.10).

Der F. ____ Arzt Dr. M. ____ hält lediglich fest, dass die Beschwerden den Angaben des Beschwerdeführers folgend erst nach dem Unfall aufgetreten seien - objektive klinische oder bildgebende Befunde legte er nicht vor (E. 3.11).

RAD-Ärztin Dr. O. ____ (E. 3.12.2) verneinte das Vorliegen eines somatischen Grundes, welcher eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen würde.

Nach einer erneuten Bewusstlosigkeit im Jahr 2016 wurde der Beschwerdeführer in Q. ____ untersucht, eine somatische Ursache konnte nicht gefunden werden (E. 3.14).

Die Ärzte der Klinik für Neurologie beurteilten einen Krampfanfall vom 23. Februar 2018, am ehesten als dissoziativ (E. 3.15).

Dr. R. ____ hielt fest, dass sich das Standard-EEG völlig unauffällig zeige und sich aus klinisch-neurologischer Sicht keine Residuen des Unfalls von 2004 finden liessen (E. 3.16).

Der Behandler des Spitals S. ____

notierte lediglich, dass der Beschwerdeführer seit einem Unfall 2006 (recte: 2004) in der Psychiatrie behandelt werde, somatische Diagnosen oder Befunde fehlen (E. 3.17).

Auch Versicherungsmediziner Dr. A. ____ konstatierte entsprechend, dass die geltend gemachten Beschwerden aus somatischer Sicht nicht auf den Unfall vom 7. September 2004 zurückgeführt werden könnten (E. 3.18).

Zusammenfassend gehen aus den im Recht liegenden Arztberichten keinerlei somatische Beschwerden hervor, welche auf den Unfall vom 5. September 2004 zurückgeführt werden können .

E. 4.2

Aus psychiatrischer Sicht führte Dr. B. ___ schlüssig und nachvollziehbar aus, dass gestützt auf die vorliegende medizinische Aktenlage überwiegend wahr scheinlich sei, dass der sehr tiefe GCS anlässlich des Unfalles vom 5. September 2004 nicht auf ein beim Sturz erlittenes Schädel-Hirn-Trauma zurückzuführen sei, sondern dass eine schwere Bewusstseins-Störung sowohl zum Sturz als auch zum sehr tiefen GCS geführt habe. Damit seien die geltend gemachten Beschwerden nicht unfallkausal (E. 3.19).

Auch gestützt auf die weiteren im Recht liegenden Arztberichte ist überwiegend wahrscheinlich, dass der Sturz Folge einer Bewusstseins-Störung war und nicht die Bewusstseins-Störung Folge des Unfalles : Die Behandler qualifizierten die im Verlauf mehrfach aufgetretenen Bewusstseins-Störungen mit ebenfalls sehr tiefen GCS-Scores als überwiegend wahrscheinlich psychogen (vgl. E. 3.4; E. 3.9; E. 3.10; E. 3.12.1 und E. 3.12.3; E. 3.14; E. 3.15; E. 3.16). Eine somatische Ursache wurde - wie gezeigt - nicht gefunden (E. 4.1).

Bezüglich der weiteren psychiatrischen Diagnosen ist festzuhalten, dass die behandelnden Ärzte grösstenteils von einer erheblichen vorbestehenden psychiatrischen Erkrankung ausgingen, welche durch nach dem Unfall auf getretene psychosoziale Belastungsfaktoren jeweils de kompensiert n (vgl. hierzu E. 3.5; E. 3.7, E. 3.8, E. 3.12).

Lediglich die F. ___ Behandler

hielten sinngemäss fest, dass sich das Leben des Beschwerdeführers seit dem Unfall vom 7. September 2004 stark verändert habe und er erst seit damals unter Beschwerden leide (E. 3.11 und E. 3.12, vgl. auch E. 3.17). Dies stützten sie auf die vom Beschwerdeführer gemachten Aussagen - objektive Befunde, welche einen entsprechenden Schluss nach sich ziehen würden, gehen keine aus den Berichten hervor. Des Weiteren ist die Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc », nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb , vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_244/2023 vom 19. Oktober 2023 E. 5.1 mit Hinweisen). Ärztliche Auskünfte, die allein auf dieser Argumentation beruhen, sind beweisrechtlich nicht zu verwerten (Urteil des Bundesgerichts 8C_241/2020 vom 29. Mai 2020 E. 3).

E. 4.3

Zusammenfassend sind die im Rahmen der Rückfallmeldung geltend gemachten Beschwerden nicht unfallkausal und die Beschwerdegegnerin verweigerte zu Recht Versicherungsleistungen. Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich damit als rechtens und die Beschwerde ist vollumfänglich abzuweisen. 5.

5.1

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Vertretung notwendig oder doch

geboten ist (Art. 29 Abs. 3 BV; BGE 135 I 1 E. 7.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_686/2020 vom 11. Januar 2021 E. 1). 5.2

Weil die prozessuale Bedürftigkeit des Beschwerdeführers ausgewiesen ist (vgl. Urk. 19, Urk. 21, Urk. 26/1-4 und Urk. 26/6, Urk. 29/2) und seine Beschwerde nicht von vornherein aussichtslos war, ist seinem Gesuch vom 16. September 2024 (Urk. 1) um Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters in der Person von Rechtsanwalt Fiechter zu entsprechen (§

E. 8

Versicherungsmediziner med. pract. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 31. Mai 2010 Stellung. Er führte aus (Urk. 17/11), dass in der Rückfallmeldung festgehalten werde, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall unter chronische Kopfschmerzen leide. Die aktuelle psychiatrische Behandlung in der Klinik E.____ bzw. deren Ambulatorium werde vor allem auf unfallfremde psychosoziale Belastungssituationen, aber auch auf die chronischen Schmerzen zurückgeführt. Weitere vorhandene Informationen seien: Drei tägige Hospitalisation in der Klinik E.____

im März 2006, anschliessend U-Haft und Ausschaffung nach F.____, Scheidung und wieder Eheschliessung mit derselben Frau, Rückkehr in die Schweiz nach zweieinhalb

Jahren und Dauerarbeitslosigkeit

seit 2004. Die fehlende Deutschkenntnis, Inkonsistenzen der Aussagen und des Verhaltens sowie das

Fernbleiben und Abbrüche von therapeutischen Massnahmen hätten zu fehlenden Angaben/Abklärungen (u. a. der beschriebenen Schmerzen sowie der psychischen Entwicklung und Verlauf) « und allenfalls zur Durchführung einer sinnvollen Behandlung in der

Vergangenheit und zum jetzigen Zeitpunkt zur Skepsis bezügl.

jetziger Problematik » geführt. Dadurch entsteht auch der Eindruck eines

Krankheitsgewinnes, welcher nicht eindeutig

bejaht oder verneint werden könne.

Aus den spärlichen Informationen sei eine natürliche Kausalität der neulich diagnostizierten Anpassungsstörung zwar möglich, aber eher höchst unwahrscheinlich anzunehmen.

Es wäre vorstellbar, dass allfällige chronische Kopfschmerzen einen Einfluss auf die jetzige

psychische Entwicklung ausüben bzw. ausüben könnten, jedoch würden andere Belastungsfaktoren beschrieben, welche im Vordergrund stünden. 3.

E. 9

Vom 16. bis 17. August 2010 befand sich der Beschwerdeführer erneut im Rahmen eines FFE in der H.____. Die Behandler diagnostizierten im Bericht vom 15. September 2010 eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F43.24). Er sei infolge eines dreistündigen Pseudokomas ins Spital K.____ gekommen, wo er somatisch abgeklärt worden sei. Ausser erhöhten Leberwerten und EKG-Auffälligkeiten

lägen keine somatischen Hinweise auf die Ursache vor. Entsprechend sei er in die H.____ überwiesen worden. Der Beschwerdeführer sei bei fehlendem Anhalt für psychotische Symptome oder eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung auf eigenen Wunsch wieder entlassen worden (Urk. 17/41/730 f.). 3.

E. 10

Am 21. August 2010 wurde der Beschwerdeführer ambulant im Notfall des Z.____ behandelt aufgrund einer Tablettenintoxikation in suizidaler Absicht, nachdem er auf einer Reisetasche sitzend gefunden worden sei. Bei Eintritt habe er einen GCS von 3 gehabt. Eine psychiatrische Hospitalisierung sei indiziert (Urk. 17/41/727). Von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Z.____

wurde er in die H.____

überwiesen, in welche er freiwillig eintrat und vom 21. bis 23. August 2010 hospitalisiert war. Nachdem die Ärzte beim Sozialamt L.____ angerufen hätten, um einen angeblichen Termin abzusagen, hätten diese mitgeteilt, dass der Beschwerdeführer aufgrund einer Anzeige seiner Frau gesucht und von der Polizei abgeholt werde (Urk. 17/41/715 ff.). 3.

E. 11

.2

Dr. M.____ notierte im Bericht vom 9. Januar 2013, dass der Beschwerdeführer behandelt werde und in sozialen und familiären Plan nicht funktioniere und arbeitsunfähig sei (Urk. 17/41/631; vgl. auch Bericht vom 26. Juni 2013, Urk. 17/41/585 f.). 3.

E. 12

.3

Die Invalidenversicherung holte weitere Arztberichte aus F.____ ein (vgl. Urk. 17/41/462-470). Dr. N.____ nahm daraufhin am 6. Juni 2014 erneut Stellung und konstatierte, dass die neuen Dokumente, was die Beschreibung der Psychopathologie betreffe, ebenso

ungenau seien wie diejenigen, die am 16. August 2013 vorgelegen hätten. Sie enthalten aber Verhaltensbeschreibungen und Situationsbeschreibungen, welche für eine schwerwiegende

und dauerhaft invalidisierende psychiatrische Erkrankung sprechen. Die Unterlagen erlauben

aber nicht, mit Sicherheit zu entscheiden, welcher Art diese Erkrankung sei, wobei die neuen

Unterlagen aber doch für ein Krankheitsbild sprechen, welches über eine Persönlichkeitsstörung

hinausgehe (Urk. 17/41/456). 3.13

Dr. P.____, Spezialist Psychiater, notierte im Bericht vom 21. September 2015 (Urk. 17/57), dass die Beschwerden des Beschwerdeführers seit langem bestünden und Resultat eines verlängerten Stresszustandes seien, der sich mit einem schwierigen physischen Trauma melde, als er vor 15 Jahren von einem Gerüst 7m in die Tiefe gefallen sei. Seit dann bestünden Beschwerden mit schwankendem Charakter, die ihn in seinem täglichen

Engagement in eigenen, familiären und beruflichen Plänen beunfähigten . Er müsse die Therapie weiter machen. Als Diagnose hielt er Folgendes fest : - Posttraumatische r verlängerter depressiver Zustand (ICD-10 F43.1) - Somatoforme autonome D y sfunktion (ICD-10 F45.3) - Emotionale un stabile Persönlichkeit (Borderline , ICD-10 F60.31) 3.14

Im September 2016 erlebte d er Beschwerdeführer erneut Krampfanfälle und wurde daraufhin im „ Q.____ “ untersucht , wo bei von einer psychogenen nicht-epileptischen Krise ausgegangen wurde. Die Behandlung habe nicht abgeschlossen werden können, da der Beschwerdeführer die Klinik vorzeitig verlassen habe (Urk. 17/59). 3.1 5

Im Bericht über die Notfalluntersuchung in der Klinik für Neurologie Z .____ vom 2 3. Februar 2018 hielten die Ärzte folgende (gekürzt wiedergegebenen) Diagnosen fest (Urk. 17/25/4 ff.): - Krampfanfall am 2 3. Februar 2018, am ehesten dissoziativ - Status nach Krampfanfall, am ehesten dissoziativ am 4. März 2014 - Angststörung mit depressiver Komponente

Bei am ehesten dissoziativem Krampfereignis hätten sie konsiliarisch die Kollegen der Psychiatrie hinzugezogen . Diese hätten das Ereignis ebenfalls am ehesten als dissoziativen Anfall beurteilt. Sie beurteilten den Beschwerdeführer als hafterstehungsfähig. 3.16

Dr. med. R.____ , Facharzt für Neurologie, notierte im Bericht vom 2 0. Februar 2020, dass der Beschwerdeführer mit unvollständigen Unterlagen über Krampf anfälle von 2016 in Q.____ gekommen sei. Das aktuelle Standard-EEG sei völlig unauffällig. Bezüglich des Unfalls von 2004 liessen sich klinisch-neuro logisch keine Residuen feststellen, so dass sich aus neurologischer Sicht keine spezifischen Empfehlungen ergäben (Urk. 17/58). 3.1 7

I m auf Deutsch übersetzten Bericht vom 4. Mai 2023 notierte der behandelnde Arzt des Allgemeinkrankenhauses S.____

F.____ , folgende Diagnosen (Urk. 17/34/3): - anhaltende wahnhaft e Störung sowie häufige Anfälle von psychotischen Störungen - Krankenhausaufenthalt werde oft durchgeführt

Solange der Beschwerdeführer keine Medikamente aus der Gruppe der Anti psychotika und der Beruhigungstherapie erhalte, sei er nicht funktionstüchtig. Wenn er in sein Land komme, stütze er sich auf seine Eltern und seinen Bruder, die ihm die nötige Pflege gäben und Aufzeich n ungen über seine Therapien führten, sonst lande er in einer psychiatrischen Spezialklinik.

Die erste Untersuchung durch ihn sei am 1 8. April 2023 erfolgt. Eine weitere Therapie sei erforderlich. Der Beschwerdef ü hrer habe 2006 einen Unfall erlitten, seitdem habe er keine anderen Unfälle mehr gehabt. Seit 2006 werde er in der Psychiatrie behandelt. 3.1 8

Der Versicherungsmediziner Dr. med. A.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, notierte in seiner Stellungnahme vom 7. Dezember 2023 (Urk. 17/45), dass die geltend gemachten Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 7. September 2004 zurückzuführen sei en . Es seien im Jahr 2004 auf somatischem Fachgebiet keine strukturellen unfallkausalen

Verletzungen des Gehirns diagnostiziert worden , welche aus somatischer Sicht die aktuell geltend gemachten Beschwerden erklären könn ten. In den Sozialversicherungsakten vom 1 5. November 2023 sei eine Begutachtung erwähnt.

Folgende Diagnose sei hier bei im Rahmen einer Begutachtung gestellt worden : ICD -10 F2 2. Diese ICD-Codierung definier e "anhaltende wahnhafte Störungen" (vgl. Urk. 17/41/149) .

Nachdem bereits mit Datum vom 1 1. Juni 2010 von Suva-psychiatrischer Seite eine natürliche Kausalität der damals diagnostizierten Anpassungsstörung als lediglich möglich, aber eher höchst unwahrscheinlich eingestuft wurde, wäre die gestellte Frage zusätzlich an den Psychiater der Suva zu richten. 3.1 9

Versicherungsmediziner Dr. med. B.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seiner Beurteilung vom 8. Dezember 2023 aus (Urk. 17/47), dass es bemerkenswert sei , dass der initiale GCS nach dem Arbeits unfall am 7. September 2004 (Sturz über

rund fünf Meter hinweg, auf einer Böschung, nicht im freien Fall) lediglich 4 bet ragen habe , weshalb eine

Schutz-Intubation erfolgt sei .

Allerdings sei davon auszugehen, dass dieser sehr tiefe GCS nicht auf einer bei dem Sturz erlittenen

Hirnverletzung beruht habe .

Auch im weiteren Langzeit verlauf sei en mehrfach ähnliche, ausgeprägte Bewusstseins-Störungen

sowie zum Teil epileptisch anmutende (tatsächlich als dissoziativ zu beurteilende) Symptome auf getreten , weshalb zumindest einmal erneut eine Schutz-Intubation durch geführt w orden sei .

Deshalb sei davon auszugehen, dass der sehr tiefe GCS an lässiglich des zu beurteilenden Sturzereignisses

nicht auf einem bei diesem erlittenen Schädel-Hirn-Trauma beruht habe , sondern dass eine schwere Bewusst seins-Störung sowohl zu dem Sturz als auch zu dem sehr tiefen GCS geführt

ha b e.

Dazu pass e auch die Tatsache, dass in bildgebenden Verfahren im weiteren Ver lauf (CT Schädel am

2 1. September 2004 und am 3. März 2006; MRI Schädel am 1 3. April 2010) nie unfallbedingte intracranielle Veränderungen

beschrieben w o rden seien . Dr. A.____ ha be am 7. Oktober 2023 festgehalten, dass 2004 keine unfallkausale

Verletzung des Gehirns diagnostiziert worden sei, welche aus somatischer Sicht die aktuell geltend gemachten Beschwerden erklären kön nten .

Insgesamt sei davon auszugehen, dass eine sehr schwere psychiatrische Störung vorlieg e , am ehesten

in Form einer schweren, kombinierten Persönlichkeitsstörung, mit emotional instabilen, impulsiven,

histrionischen und paranoiden Anteilen (ICD-10 F61.0).

Diese gehen einher mit schweren Verhaltensauffälligkeiten, unter anderem mit wiederholtem fremdaggressivem

Verhalten (was zu mehreren Gefängnis-Aufenthalten geführt hat) sowie mit wiederholter Selbstgefährdung.

Unter anderem habe der Beschwerdeführer einmal gedroht, seine Ehefrau, deren Eltern und das gemeinsame

Kind zu töten.

Auch die Beziehungsgestaltung sei stark auffällig. Er lebe bei seinen Eltern in F.____, und seine (Ex-)Frau mit den gemeinsamen Kindern in der Schweiz. Es sei zwischen ihm und dieser

Frau offenbar zu mindestens zwei Scheidungen (nach erneuter Heirat) gekommen. Es sei davon auszugehen,

dass die persönlichkeitsbedingten Auffälligkeiten in entscheidender Weise zu diesem als höchst auffällig zu bezeichnenden Ehe- und Familien-Leben beitragen würden.

Grundsätzlich könne eine derartige Störung zwar auch durch eine Hirnverletzung bedingt sein -

aber es bestünden keinerlei Hinweise darauf, dass es bei dem Arbeitsunfall am 7. September 2004 zu objektivierbaren

strukturellen Folgen am Hirn-Parenchym gekommen sei.

In den relevanten Beurteilungen durch Psychiater der Invalidenversicherung (welche zur

Zusprache einer seit über zehn Jahren ausgerichteten Rente geführt haben) sei kein relevanter Bezug genommen worden auf

das hier zu beurteilende Unfallereignis.

Entsprechend seien die geltend gemachten Beschwerden nicht auf das Ereignis vom 7. September 2004 zurückzuführen. 3. 20

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer den übersetzten Bericht von T.____, Spez. Neurolog, vom 5. Dezember 2024 ein. Darin wird festgehalten, dass der Beschwerdeführer einmal monatlich zur Untersuchung in der Ambulanz verpflichtet sei, um die Medikamente (Anti psychotika, Valium) zu erhalten. Ohne Medikamente sei er nicht in der Lage, ein normales Leben zu führen (Urk. 26/5). 4.

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die mit Rückfallmeldung vom 10. August 2023 geltend gemachten Beschwerden zu Recht verneint hat.

Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). 5 . 3

Rechtsanwalt Adrian Fiechter, Widnau, ist aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Eine Honorarnote wurde nicht eingereicht, womit – wie mit Verfügung 1 1. Dezember 2024 (Urk. 2 7) mitgeteilt – die Entschädigung nach Ermessen festzusetzen ist. Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses erscheint eine Entschädigung in Höhe von Fr.

2' 1 00. -

(inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) angemessen. Das Gericht beschliesst, In Bewilligung des Gesuchs vom 1 6. September

2024 wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Adrian Fiechter, Widnau, als unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt; und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Adrian Fiechter, Widnau, wird mit Fr. 2' 100.-- (inkl. Barauslagen und MWST) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Adrian Fiechter - Suva - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 5.

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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
GräubCasanova

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