



**Fall-Nr.:** UV 2011/12  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 31.03.2020  
**Entscheiddatum:** 08.09.2011

### **Entscheid Versicherungsgericht, 08.09.2011**

**Art. 6 UVG: Verneinung einer objektivierbaren, unfallkausalen organisch-strukturellen Gesundheitsschädigung. Bejahung einer schleudertraumaähnlichen Verletzung mit typischem Beschwerdebild, jedoch Verneinung fortdauernder natürlich-kausaler Unfallfolgen über das Datum der Leistungseinstellung hinaus. Vorliegen einer psychischen Fehlentwicklung; Adäquanzbeurteilung nach BGE 115 V 133 (Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. September 2011, UV 2011/12). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_816/2011.**

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider,

Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiberin Vera Holenstein Werz

Entscheid vom 8. September 2011

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358,  
6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ war als Walzendreher bei der B.\_\_\_\_ AG tätig und dadurch bei der Suva unfallversichert, als er am 2. oder 3. Januar 2008 auf einer eisigen Treppe vor seinem Haus stürzte und sich eine Prellung an der linken Schulter und am Kopf zuzog. Nach dem Sturz war der Versicherte kurze Zeit benommen, stand dann aber mit starken Kopfschmerzen wieder auf (UV-act. 1, 20). Die Erstbehandlung erfolgte am 6. Januar 2008 bei seinem Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, der im Arztzeugnis vom 26. Januar 2008 als Befunde eine Druckdolenz im okzipitalen Bereich sowie eine eingeschränkte und dolente Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS) erhob. Eine MRI-Untersuchung der HWS hatte eine Diskushernie C6/7 mit minimaler Einengung links rezessal ergeben. Als Diagnosen hielt Dr. C.\_\_\_\_ einen Status nach Sturz sowie eine Diskushernie C6/7 ohne Nervenirritation fest und bescheinigte dem Versicherten bis 18. Januar 2008 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (UV-act. 2). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht.

A.b Wegen anhaltender Beschwerden, d.h. in erster Linie wegen eines Tinnitus, einer Lärm- und Geräuschempfindlichkeit, Ohrdruck, Kopfschmerzen, Schwindelgefühlen und Augenflimmern, wies Dr. C.\_\_\_\_ den Versicherten Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, für eine audio-neurootologische (UV-act. 4) und Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, für eine neurologische Beurteilung zu (UV-act. 8).

A.c Der Versicherte bezog wegen langdauernder Krankheit, insbesondere wegen einer depressiven Störung und einem chronischen Schmerzsyndrom bei bekannten Wirbelsäulenveränderungen, gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 50% ab 1. November 2004 eine halbe Rente der Invalidenversicherung (IV-act. 91, 98, 101). Laut Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 30. März 2009 an die IV-Stelle des Kantons St. Gallen stand der Versicherte bei diesem seit 25. August 2004 wegen seiner psychischen Beschwerden in Behandlung. Seit dem



## St.Galler Gerichte

Unfall vom 6. (richtig: 2. oder 3.) Januar 2008 sei es zu einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands gekommen (UV-act. 16). Vom 8. Juni bis 17. Juli 2009 befand sich der Versicherte in der Klinik Teufen zur psychosomatischen Rehabilitation in einer ambulanten Behandlung (UV-act. 21). Am 25. August 2009 erfolgte im Auftrag der kantonalen IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung - psychiatrisch und neurologisch - durch die Ärztliche Begutachtungsinstitut GmbH (ABI), Basel. Das entsprechende Gutachten datiert vom 13. Oktober 2009 (UV-act. 33.1). Am 17. Dezember 2009 und 12. August 2010 holte die Suva bei Kreisarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, speziell Allgemein- und Unfallchirurgie, eine ärztliche Beurteilung zur Frage der Arbeitsunfähigkeit des Versicherten aufgrund verifizierbarer somatischer Beschwerden und deren natürlicher Kausalität zum Unfallereignis vom 2. oder 3. Januar 2008 ein (UV-act. 28, 34), die dieser am 28. Dezember 2009 bzw. 17. August 2010 abgab (UV-act. 29, 35). Gestützt auf das ABI-Gutachten hob die kantonale IV-Stelle mit Verfügung vom 22. März 2010 den Anspruch des Versicherten auf eine Rente der Invalidenversicherung ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 31% per 30. April 2010 revisionsweise auf (UV-act. 30).

A.d Mit Verfügung vom 13. September 2010 eröffnete die Suva dem Versicherten die Einstellung der Versicherungsleistungen auf den 31. August 2010. Zur Begründung legte sie dar, die bei ihm festgestellten organischen Beschwerden seien nicht mehr mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 6. (richtig: 2. oder 3.) Januar 2008 zurückzuführen. Die Unfall-Adäquanz sei zu verneinen (UV-act. 36).

B.

Die gegen diesen Entscheid am 11. Oktober 2011 erhobene Einsprache (UV-act. 40) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 7. Januar 2011 ab (UV-act. 47).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 7. Januar 2011 richtet sich die Beschwerde des Versicherten vom 9. Februar 2011 mit dem Antrag, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm die Leistungen im



## St.Galler Gerichte

Rahmen von 100% Arbeitsunfähigkeit auszurichten sowie die Rentenfrage und die Frage der Integritätsentschädigung zu prüfen. Zusammen mit der Beschwerde legte der Beschwerdeführer weitere Berichte von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ vom 1. bzw. 8. Februar 2011 vor.

C.b In der Beschwerdeantwort vom 21. März 2011 beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids.

C.c Mit Replik vom 11. April 2011 hält der Beschwerdeführer an seinem Antrag fest. Nachdem sich daraus im Übrigen aber keine neuen Erkenntnisse ergeben haben, hat das Versicherungsgericht den Schriftenwechsel mit Schreiben vom 13. April 2011 abgeschlossen.

C.d Auf die Begründungen und Ausführungen in den einzelnen Rechtsschriften bzw. medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

Streitig ist, ob die Leistungen, welche von der Beschwerdegegnerin im Anschluss an das Unfallereignis vom 2. oder 3. Januar 2008 ausgerichtet wurden, auf den 31. August 2010 eingestellt werden durften.

2.

2.1 Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid die Bestimmung über die Leistungspflicht des Unfallversicherers (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) bzw. die diesbezügliche Voraussetzung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden zutreffend dargelegt. Gleiches gilt in Bezug auf den massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit und



den Beweiswert von medizinischen Berichten. Darauf (Erwägung 1 und 2) kann verwiesen werden.

2.2 Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergibt die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a). Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b). Die zu den Verletzungen nach klassischem Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung zum natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang (BGE 119 V 335, 117 V 359) ist auch auf analoge Verletzungen wie Distorsionen der HWS sowie Schädel-Hirntraumata anwendbar, wenn und soweit sich deren Folgen mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 17. August 2004, U 243/03; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317, E. 3; BGE 117 V 377 E. 3c).



3.

3.1 Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden können (vgl. BGE 134 V 121 f. E. 9, 117 V 363 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 [U 479/05] E. 5.4 S. 82 mit Hinweisen), wobei die Untersuchungsmethoden überdies wissenschaftlich anerkannt sein müssen (BGE 134 V 232 f. E. 5.1 mit Hinweisen). Eine manuelle ärztliche Untersuchung fördert klinische, nicht aber somatisch-strukturelle Ergebnisse zu Tage. Als solche gelten Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde lediglich auf die Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht. Entsprechend können ein Thoracic outlet Syndrom (TOS), myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde, Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit für sich allein nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen betrachtet werden. Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C\_124/2008, mit zahlreichen Hinweisen sowie vom 7. Februar 2008 U 13/07, E. 3.2 und 3.3).

3.2 Im vorliegenden Fall zeigte eine am 11. Januar 2008 durchgeführte MRI-Untersuchung der HWS eine Dehydratation der zervikalen Bandscheiben, diskrete rechtslaterale Protrusionen C3/4 und C4/5 sowie eine deutlich ausgeprägte medio-linkslaterale Protrusion C6/7 ohne Wurzel- oder Myelonkompression. Bei diesen an sich klaren organischen Substraten handelt es sich unbestrittenermassen um degenerative Vorzustände. Eben solche weist der Beschwerdeführer an der Lendenwirbelsäule (LWS) auf Höhe L4/5 in Form einer Dehydratation der Bandscheibe mit zirkumferenzieller Protrusion und konsekutiver Einengung der Recessi laterales beidseits auf. Der Beschwerdeführer leidet bereits seit 2003 unter einem Schmerzsyndrom im Bereich der LWS und bezog unter anderem deshalb eine halbe Rente der Invalidenversicherung. Eine Tangierung der LWS anlässlich des Unfallereignisses vom 2. oder 3. Januar 2008 steht auch nicht zur Diskussion. Eine MRI-Untersuchung des Schädels vom 22. Januar 2008 ergab keinerlei sichtbare



Auffälligkeiten (UV-act. 2, 16, 21, 33.1). Auch die Durchführung eines EEG zeigte laut neurologischem Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 19. November 2008 einen Normalbefund ohne epilepsieverdächtige Potentiale und ohne Hinweise auf ein Aufmerksamkeitsdefizit oder eine subkortikale Temporalhirnfunktionsstörung. Vermerkt ist schliesslich die Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Migräne (UV-act. 8). Der neurologische Begutachter des ABI, Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Neurologie, hielt zwar im polydisziplinären Gutachten vom 13. Oktober 2009 (UV-act. 33.1) aus neurologischer Sicht insofern eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit fest, als dem Beschwerdeführer wegen der Kopfschmerzproblematik Tätigkeiten in lauten Räumen unzumutbar seien. Dass diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf eine unfallbedingte organisch-strukturelle Läsion zurückzuführen wäre, kann seinen Ausführungen jedoch nicht entnommen werden. Dr. H.\_\_\_\_ erhebt mit der Kopfschmerzproblematik eine gesundheitliche Störung, erachtet diese jedoch als unfallfremd. Anlässlich der klinischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer seit dem Unfall andauernde konstante Nacken- und Kopfschmerzen beschrieben, die sich im Verlauf noch akzentuiert hätten. Wegen des Kopfwehs nehme er täglich zwischen ein bis drei Aspégic forte 1000 mg ein, was jeweils zu einer kurzen Linderung der Beschwerden führe. Abrupte Nackenbewegungen habe der Beschwerdeführer vermieden. Die aktive HWS-Beweglichkeit sei leicht eingeschränkt. Palpatorisch finde sich kein relevanter Hartspann der paravertebralen Muskulatur im zervikalen Bereich. Am zervikothorakalen Übergang würden Druckdolenzen angegeben. Anhaltspunkte für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallssymptomatik fehlten. Die MRI-Bilder vom 11. Januar 2008 zeigten leichte degenerative Veränderungen, ohne Wurzelkompression oder Myelopathie. Wenn ein Zervikalsyndrom klinisch als Vorhandsein von Beschwerden und Befunden definiert werde, könne ein solches beim Beschwerdeführer zum aktuellen Zeitpunkt nicht (mehr) nachgewiesen werden. Deskriptiv liege ein zervikales Schmerzsyndrom vor. Angegebene Beschwerden und objektivierbare Befunde seien hier diskrepant, ohne dass Anhaltspunkte für eine Aggravation vorlägen. Es sei von einer Schmerzfehlerverarbeitung auszugehen. Davon abzugrenzen seien die Kopfschmerzen. Die Angabe des Beschwerdeführers, dass es sich um eine Ausstrahlung vom Nacken nach oben handle, lasse zwar zervikogene Kopfschmerzen vermuten. Bei Fehlen eines relevant pathologischen Befundes im Bereich des Nackens könnten diese Schmerzen aber nicht so interpretiert werden. Phänomenologisch erfüllten sie aufgrund der



angegebenen starken Intensität, des pulsierenden Charakters, der einseitigen Betonung, der begleitenden vegetativen Zeichen sowie der Überempfindlichkeit auf äussere Reize die Diagnose einer Migräne ohne Aura. Die von Dr. E.\_\_\_\_ gestellte Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Migräne könne also bestätigt werden, wobei aber die Kopfschmerzen zum aktuellen Zeitpunkt gestützt auf die IHS-Klassifikation (IHS = International Headache Society) bei täglicher Einnahme von Analgetika als medikamenteninduziert, d.h. als Medikamentenübergebrauchskopfweh, zu klassifizieren seien. Anhaltspunkte für eine anderweitige sekundäre Kopfwehform (als der medikamenteninduzierten) würden sich weder klinisch noch kernspintomographisch ergeben. Entsprechend diagnostizierte Dr. H.\_\_\_\_ ein Medikamentenübergebrauchskopfweh (ICD-10 G44.4) mit ursprünglich wahrscheinlicher Migräne ohne Aura (ICD-10 G43.0) sowie einen Status nach Treppensturz mit Contusio capitis und HWS-Distorsionstrauma am 6. (richtig: 2. oder 3.) Januar 2008 (ICD-10 S13.6) bei chronischem zervikalem Schmerzsyndrom mit degenerativen HWS-Veränderungen (MRI). In den Diagnosen von Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ wird an sich auf ein Trauma bzw. den Treppensturz Bezug genommen, doch sprechen diese letztlich nicht für ein unfallkausales organisches Substrat. Der von Dr. E.\_\_\_\_ verwendete Begriff "posttraumatisch" vermag juristisch gesehen nichts über die allfällige Unfallkausalität auszusagen (Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, S. 460 N 1205; BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb in fine), sondern drückt nur aus, dass die Beschwerden nach einem Unfall aufgetreten sind. Bei einem Syndrom handelt es sich sodann um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem "Symptommuster" manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Zur entsprechenden Diagnose führt somit eher das vom jeweiligen Patienten subjektiv angegebene "Symptommuster" als ein objektiv erhobener organischer Befund. Im Übrigen führt Dr. H.\_\_\_\_ im Zusammenhang mit dem zervikalen Syndrom die degenerativen bzw. unfallfremden HWS-Veränderungen an. Auch eine Chronifizierungstendenz spricht nicht für ein unfallkausales organisches Substrat. Im Verlauf einer Chronifizierung wird das ursprünglich erlittene Verletzungsmuster für das Ausmass der erlebten Behinderung immer bedeutungsloser. Andere Faktoren, wie zum Beispiel das Individuum selber, Arbeitsumstände, das soziale Umfeld, das



medizinische und legale System sowie ökonomische Umstände spielen eine massgebende Rolle (vgl. Erich Bär/Bertrand Kiener, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 vom Dezember 1994, S. 45 ff.).

3.3 Hinsichtlich des seit dem Treppensturz beklagten Tinnitus und der Schwindelbeschwerden stellt Dr. D. \_\_\_ in seinen Berichten vom 24. April 2008 (UV-act. 4) und 1. Februar 2011 (UV-act. 48) die Diagnosen eines Status nach Contusio capitis Regio nucho-occipitalis mit HWS-Abknicktrauma und Commotio labyrinthi pp links im Rahmen des Treppensturzes vom 6. (richtig: 2. oder 3.) Januar 2008 sowie einer posttraumatischen Labyrinthopathie linksbetont mit Hochtonsenke/Abfall bds pp links, cochleo-motorischem Tinnitus aurium utq pp links, peripher-vestibulärer Funktionsstörung links mit Dysfunktion entlang des vestibulo-oculären und vestibulo-spinalen Reflexes. Er führte dazu zahlreiche Untersuchungen durch. Laut Dr. D. \_\_\_ müssen obige Diagnosen aufgrund des Unfallhergangs mit dem Hinterkopfanschlag gegen den Treppenrand in Übereinstimmung mit der posttraumatisch ausgelösten Symptomatik angenommen werden. Die audio-neuro-otometrischen Befunde würden ebenfalls eindeutig für eine Labyrinthopathie links in allen drei Teilen des Innenohrs sprechen. - Dr. I. \_\_\_ führt drei konkrete Funktionsstörungen (cochleäre Funktionsstörung im Hochtonbereich mit mittelgradiger C5-Senke mit Störung des biologischen Innenohrverstärkers, Sacculus-Läsion bzw. Funktionsstörung des Otolithensystems links, periphere vestibuläre Funktionsstörung links im Bereich des lateralen Bogengangs), jedoch keine strukturellen Läsionen an. In Bezug auf die von ihm durchgeführten Tests bzw. Untersuchungen fällt zudem auf, dass diese mehrheitlich im Normbereich liegen oder lediglich geringfügig auffällige Befunde ergeben haben. Damit ist nicht ohne Weiteres nachvollziehbar, woraus sich die von Dr. D. \_\_\_ festgestellten Funktionsstörungen letztlich ergeben. Hinzu kommt, dass der als mittel- bis hochgradig erhobene Schweregrad des Tinnitus unter anderem auf subjektiven - und damit nicht objektivierbaren - Lautangaben des Beschwerdeführers basiert. Solchen kann jedoch kein Beweiswert entsprechend einem ärztlich objektivierten Befund zukommen. Die peripher-vestibuläre Funktionsstörung links konnte im Übrigen von Dr. H. \_\_\_ klinisch nicht nachgewiesen werden. Ihm gegenüber beklagte der Beschwerdeführer auch keine entsprechenden Beschwerden. Dr. E. \_\_\_ führte sodann den Tinnitus auf die posttraumatische Migräne und nicht auf eine strukturelle Läsion im Bereich des Hirns oder der HWS zurück (UV-act. 8). Wie von der



Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 21. März 2011 festgestellt, werden in den Berichten von Dr. D.\_\_\_\_ zahlreiche Fachbegriffe aneinander gereiht, die für den medizinischen Laien nur schwer verständlich sind, wodurch die Nachvollziehbarkeit seiner Berichte massiv erschwert ist. Die von ihm angenommene Unfallkausalität bzw. seine Feststellung organischer Unfallfolgen richtet sich schliesslich insbesondere nach der Formel, Gesundheitsbeeinträchtigungen müssten unfallbedingt sein, wenn sie vor dem Unfall keine Beschwerden verursacht hatten ("post hoc ergo propter hoc"), die nach ständiger Rechtsprechung beweisrechtlich für sich allein nicht ergiebig ist (vgl. SVR 2009 UV Nr. 13 [8C\_590/2007] E. 7.2.4 S. 54 mit Hinweisen; Maurer, a.a.O., S. 460 N 1205). Zu den von Dr. D.\_\_\_\_ festgestellten Befunden ist schliesslich allgemein festzuhalten, dass es sich nach der Rechtsprechung bei der Posturographie zwar um eine in Fachkreisen nicht unbestrittene, jedoch weit verbreitete und auch in Universitätskliniken schon seit längerer Zeit verwendete Untersuchungsmethode handelt, deren Wissenschaftlichkeit nach dem heutigen Stand der Medizin kaum zu bestreiten ist. Die damit zu gewinnenden Erkenntnisse sind indessen beschränkt. Die Posturographie liefert zwar zusätzliche Informationen und es lassen sich damit sonst nicht fassbare Gleichgewichtsstörungen objektivieren. Sie vermag jedoch keine direkten Aussagen zur Ätiologie des Leidens und zu dessen allfälliger Unfallkausalität zu machen. Auch lässt sich daraus nicht unmittelbar auf eine bestimmte Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit schliessen. Sie bildet deshalb lediglich ein zusätzliches Element bei der Beurteilung vestibulärer Störungen (vgl. die Urteile des EVG vom 29. März 2006, U 254/04, E. 2.3.2, und U 197/04, E. 3.2, bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2009, 8C\_964/2008, E. 3.2.3).

3.4 Zusammenfassend ist mithin festzustellen, dass die medizinischen Abklärungen, insbesondere auch diejenigen von Dr. D.\_\_\_\_, - wie von Dr. G.\_\_\_\_ in seiner ärztlichen Beurteilung vom 17. August 2010 schlüssig festgehalten - keine durch den Unfall bedingte, objektiv ausgewiesene organisch-strukturelle Befunde ergeben haben.

4.

4.1 Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist nun aber bekannt, dass bei Schleuderverletzungen sowie äquivalenten Verletzungen auch ohne nachweisbare



pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma, eine Distorsion der HWS oder ein Schädel-Hirntrauma typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 363 E. 5d/aa). Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 360 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 379 f. E. 3e). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (Urteile vom 30. Januar 2007, U 215/05, und vom 15. März 2007, U 258/06) muss bei einem Schleudertrauma bzw. einer äquivalenten Verletzung das typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS - bei einem Schädel-Hirntrauma in Form von Kopfschmerzen - manifestieren. Die andern im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen.

4.2 Dr. C.\_\_\_\_ stellte anlässlich der Erstkonsultation vom 6. Januar 2008 die Diagnose eines Status nach Sturz sowie einer Diskushernie C6/7 ohne Nervenirritation und erhob die Befunde einer Druckdolenz im okzipitalen Bereich sowie einer eingeschränkten und dolenten Beweglichkeit (UV-act. 2). Dr. D.\_\_\_\_ stellte sodann in seinem Bericht vom 24. April 2008 die Diagnose eines Status nach Contusio capitis Regio nucho-occipitalis mit HWS-Abknicktrauma und einer Commotio labyrinthi pp links. Ihm gegenüber klagte der Beschwerdeführer über weitere schleudertraumatypische Beschwerden, wie Tinnitus, Lärmempfindlichkeit, Kopfschmerzen, Schwindel und Augenflimmern (UV-act. 4; vgl. dazu Liste in Hans Schmidt, Jürg Senn, Hrsg., Schleudertrauma - neuester



Stand: Medizin, Biomechanik, Recht und Case Management, Zürich 2004, S. 14 f.).  
Gegenüber Dr. E.\_\_\_\_ fügte der Beschwerdeführer am 12. November 2008 ausserdem Merkfähigkeitsstörungen an (UV-act. 7, 8). Laut Suva-Bericht vom 26. Mai 2009 gestaltete sich die Anfangsphase nach dem Unfall mit Kopfschmerzen und einer kurzzeitigen Benommenheit. Aktuell stünden Kopfbeschwerden (Schmerzen, eingeschränkte Beweglichkeit) und der Tinnitus im Vordergrund. (UV-act. 20). Dr. F.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 24. Juli 2009 eine mittelgradige depressive Störung sowie einen Status nach Unfall mit Hinterkopfverletzung sowie Abknicktrauma der HWS. Der Beschwerdeführer klagt insbesondere über eine Angstsymptomatik, eine bedrückte Stimmungslage, Schlafstörungen und Kopfschmerzen (UV-act. 21). Laut ABI-Gutachter Dr. H.\_\_\_\_ ist aufgrund des Unfallmechanismus sowie den nachfolgenden Beschwerden und Befunden einerseits von einer stattgehabten Contusio capitis und andererseits von einem HWS-Distorsionstrauma auszugehen (UV-act. 33.1). - Angesichts der von den Ärzten insgesamt gestellten Diagnosen sowie des von Dr. H.\_\_\_\_ angeführten Unfallmechanismus ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 2. oder 3. Januar 2008 eine Verletzung im HWS- und/oder Schädelhirnbereich durchgemacht hat. Die dafür typischen, - wenn auch hinsichtlich Latenzzeit nicht gänzlich einzuordnenden - gehäuft aufgetretenen Beschwerden sind mithin in einer ersten Phase überwiegend wahrscheinlich als natürlich-kausale Unfallfolge einer schleudertraumaähnlichen Verletzung zu betrachten. Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin zunächst auch einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers anerkannt. Per 31. August 2010 stellte sie dann ihre Leistungen ein. Bis zu diesem Zeitpunkt waren seit dem Unfall zweieinhalb Jahre vergangen und es stellt sich die Frage, ob anhand der vorliegenden medizinischen Akten mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine unfallkausale gesundheitliche Beeinträchtigung per Einstellungsdatum zu verneinen ist.

5.

5.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt erst, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Weil es sich dabei um eine leistungsaufhebende Tatsache handelt, liegt die Beweislast nicht



bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des EVG vom 15. Oktober 2003, U 154/03; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45).

5.2 Hinsichtlich der Nackenbeschwerden lassen die klinischen Untersuchungsergebnisse von Dr. H.\_\_\_\_ bzw. seine Ausführungen dazu im ABI-Gutachten (vgl. Erwägung 3.2 hievor) keine über den 31. August 2010 hinaus gehende natürliche Unfallkausalität annehmen. In Bezug auf die Kopfschmerzen wurde im Übrigen in Erwägung 3.2 bereits dargelegt, dass diese ebenfalls nicht als natürlich-kausale Folgen der am 2. oder 3. Januar 2008 erlittenen schleudertraumaähnlichen Verletzung mehr betrachtet werden können, sondern die medizinische Aktenlage einstimmig auf ein unfallfremdes Medikamentenübergebrauchskopfweg bzw. eine unfallfremde Migräne hinweist und hierin auch die Ursache für die von Dr. H.\_\_\_\_ festgehaltene, neurologisch bedingte Arbeitsunfähigkeit liegt. Der Tinnitus ist als Begleiterscheinung der Migräne und damit - entgegen der Auffassung von Dr. D.\_\_\_\_ (vgl. Erwägung 3.3 hievor) - ebenfalls als unfallfremd zu betrachten. Dr. H.\_\_\_\_ erläutert überzeugend, dass die Fakten im konkreten Fall gegen eine relevante traumatische Hirnschädigung sprechen würden, so dass eine solche auch nicht in die Diagnoseliste übernommen worden sei. Der Beschwerdeführer sei nach dem Unfall gleichentags noch in der Lage gewesen, mit dem Auto aus J.\_\_\_\_ in die Schweiz zurückzufahren. - Zu beachten ist hierbei die Beweismaxime, wonach die sogenannten "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können. Wenn ein Versicherter seine Darstellung im Laufe der Zeit wechselt, kommt den Angaben, die er kurz nach dem Unfall gemacht hat, in der Regel grösseres Gewicht zu als jenen nach Kenntnis einer Ablehnungsverfügung des Versicherers (Alexandra Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl. Zürich 2003, S. 21; BGE 115 V 133 mit Hinweisen). In diesem Sinn vermag die erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens vorgebrachte Behauptung des Beschwerdeführers, nicht er, sondern sein Sohn habe den Personenwagen von J.\_\_\_\_ in die Schweiz gelenkt, nicht zu überzeugen. - Die überwiegend wahrscheinliche Heilung der natürlich-kausalen Unfallfolgen findet ihre Bestätigung sodann insbesondere auch in den Erkenntnissen der medizinischen Forschung (Gerhard Jenzer, Klinische Aspekte bei HWS-Belastungen durch



Kopfanprall oder Beschleunigungsmechanismus: Grenzbereich zum "leichten" Schädel-Hirn-Trauma, in: SZS 1996 S. 462 ff.), wonach der typische posttraumatische Verlauf nach einem leichten Schädel-Hirntrauma bzw. einer Beschleunigungsverletzung einer Erholung innert sechs bis zwölf Wochen entspricht. Ungewöhnlich lang dauernde und schwere Verläufe nach Beschleunigungsverletzung würden bei Fehlen der klinischen Kriterien einer traumatischen Hirn- bzw. HWS-Schädigung nach einer Interpretation ausserhalb einer hirnrorganischen Schädigung bzw. Schädigung im HWS-Bereich rufen (S. 469 mit Hinweis und S. 463; vgl. auch Bogdan P. Radanov, Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, in: SZS 1996 S. 471 ff. und S. 475). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich den medizinischen Akten nach dem 31. August 2010 keine konkreten Anhaltspunkte für das Weiterbestehen von unfallkausalen organischen Beschwerden entnehmen lassen.

6.

6.1 Entsprechend dieser Schlussfolgerung zeigen die medizinischen Akten zur Zeit der Leistungseinstellung eine wesentliche psychische Komponente auf. Laut Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 30. März 2009 (UV-act. 16) stand der Beschwerdeführer seit dem 25. August 2004 und damit bereits längere Zeit vor dem streitigen Unfallereignis wegen eines depressiven Zustands bei ihm in psychiatrischer Behandlung und bezog unter anderem deshalb eine halbe Rente der Invalidenversicherung (IV-act. 91, 98, 101). Der Zustand sei vor dem Treppensturz längere Zeit unverändert geblieben. Nach dem erlebten Trauma sei der Beschwerdeführer im Affekt labil, meistens depressiv, innerlich angespannt und gereizt gewesen und habe unter Schlafstörungen gelitten. Durch das fragliche Trauma sei es mithin zu einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands gekommen. Dr. F.\_\_\_\_ diagnostizierte eine mittelgradige depressive Störung mit somatischen Symptomen (ICD-10: F 32.11; UV-act. 16). In seinem Bericht vom 8. Februar 2011 bestätigte er die vorbestehende Depression, die durch das Unfallereignis eine klare, sich bis jetzt als therapieresistent erwiesene Verstärkung gezeigt habe. Das Leiden wirke sich stark auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus. Aus psychiatrischer Sicht sei er zumindest 60% arbeitsunfähig (UV-act. 49). Auch die Klinik Teufen schliesst sich in ihrem Bericht vom 24. Juli 2009 der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F 32.11) mit starker Angstkomponente an und erwähnt das Vorliegen eines



depressiven Vorzustands, aber auch die Zunahme der Beschwerden durch das fragliche Unfallereignis (UV-act. 21).

6.2 Angesichts der dargelegten medizinischen Aktenlage kann das Vorliegen einer natürlichen Teilkausalität zwischen Unfallereignis und psychischer Problematik nicht in Abrede gestellt werden. Hingegen erhellt aus dem Umstand des psychischen Vorzustands und dessen Verschlechterung durch den Unfall, dass die - als allfällige Folgen einer schleudertraumaähnlichen Verletzung zu wertenden - funktionellen Beeinträchtigungen (Depression, Nackenschmerzen, Konzentrationsstörungen etc.) mit der Zeit in den Hintergrund gerieten bzw. insofern in eine sekundäre Rolle gedrängt wurden, als ihr Erscheinungsbild vor allem auch von den psychischen Belastungsfaktoren abhängig war. Unter diesen Gegebenheiten kann nicht davon ausgegangen werden, dass die psychischen Befunde lediglich Teil des (grundsätzlich gleichwertigen) Gemenges physischer und psychischer Symptome bilden, wie es die auf ein Schleudertrauma der HWS oder schleudertraumaähnliche Unfallmechanismen zurückzuführenden Verletzungsbilder kennzeichnet (BGE 134 V 121 ff. E. 9). Vielmehr liegt ein eigenständiges psychisches Geschehen vor, das die übrigen Gesundheitsstörungen im gesamten Verlauf dominierte. Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer insbesondere aufgrund des psychischen Vorzustands nicht in der Lage war, den Unfall vom 2. oder 3. Januar 2008 in adäquater Weise zu verarbeiten, wodurch es zu einer erheblichen psychischen Fehlentwicklung kam. Hierfür kann nicht der Umstand verantwortlich gemacht werden, dass sich der Beschwerdeführer beim besagten Vorfall eine schleudertraumaähnliche Verletzung zugezogen hat. Unter diesen Umständen ist die - in casu erforderliche (vgl. Erwägung 2 hievore) - Adäquanzprüfung nicht nach den Kriterien gemäss BGE 134 V 109, sondern nach der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133), mithin unter Ausschluss psychischer Aspekte, vorzunehmen. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines adäquat-kausalen Zusammenhangs bei psychogenen Unfallfolgen zutreffend dar (Erwägung 6a); darauf ist zu verweisen.

6.3 Der Beschwerdeführer schlug beim Sturz auf einer eisigen Treppe mit dem Kopf auf einer Treppenstufe auf, zog sich dabei aber keine ossären oder ligamentären Läsionen zu. Nach dem Sturz war der Beschwerdeführer für kurze Zeit benommen und



litt unter Kopfschmerzen. Er war indessen fähig, noch am Unfalltag mit seinem Personenwagen von J.\_\_\_\_ in die Schweiz zurückzufahren. Während die Beschwerdegegnerin dieses Unfallereignis im angefochtenen Einspracheentscheid als mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifizierte, ging sie in der Beschwerdeantwort nur noch von einem leichten Unfall aus. Bei leichten Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den nachfolgenden psychischen Beschwerden in der Regel ohne weiteres zu verneinen, weil auf Grund 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 117 V 366 E. 6a mit Hinweise). Auch die Annahme eines mittelschweren Ereignisses im Grenzbereich zu den leichten Unfällen führt jedoch im konkreten Fall zu einer Verneinung der Adäquanz, weshalb die Frage der genauen Qualifikation offen gelassen werden kann. Von den weiteren massgeblichen Kriterien (vgl. BGE 115 V 140 E. 6c/aa) müssten hier für eine Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs entweder ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise oder aber mehrere in gehäufte oder auffallender Weise (mindestens vier Kriterien) erfüllt sein (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2009, 8C\_487/2009).

6.4 Von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls kann konkret nicht gesprochen werden. Sodann vermag die Diagnose einer schleudertraumaähnlichen Verletzung die Schwere oder besondere Art der Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für die schleudertraumaähnliche Verletzung typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen. Solche Umstände sind hier jedoch nicht gegeben. Im konkreten Fall ist zu beachten, dass das vom Beschwerdeführer erlittene Schädel-Hirntrauma lediglich als leicht einzustufen ist. Irgendwelche äusseren organischen oder strukturellen Läsionen hat er sich keine zugezogen. Ebenfalls nicht vorhanden ist sodann eine besondere Schwere der für eine schleudertraumaähnliche Verletzung typischen Beschwerden. Eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung liegt ebenfalls nicht vor, zumal Abklärungsmassnahmen und blossen ärztlichen Kontrollen verbunden mit einer medikamentösen Behandlung nach der



höchstrichterlichen Rechtsprechung nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zukommt und sie dementsprechend bei der Prüfung dieses Adäquanzkriteriums nicht zu beachten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2007, U 37/06, E. 7.3). Als bedeutsam treten in den medizinischen Akten lediglich die wegen der psychischen Problematik durchgeführten Therapien hervor (UV-act. 16, 21, 49). Die psychiatrischen Behandlungen können jedoch gerade hier, wo es um die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und physisch bedingter Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit geht, keine Berücksichtigung finden (BGE 117 V 366 E. 6a; Urteil des EVG vom 18. September 2006, U 242/06, E. 2.3). Sollten also somatische Beschwerden aufgrund psychischer Probleme intensiver empfunden werden, so können im vorliegenden Fall dennoch nur die organisch objektivierten Beschwerden berücksichtigt werden. In diesem Sinn gilt es auch das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen zu verneinen. Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerden des Beschwerdeführers im Laufe der Zeit immer mehr eine starke psychische Mitbeteiligung erfahren haben und letztlich überhaupt nur noch durch die psychische Komponente unterhalten wurden. Eine ärztliche Fehlbehandlung, ein schwieriger Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen sind aus den Akten nicht ersichtlich. Der Beschwerdeführer war ab 7. Januar 2008 100% arbeitsunfähig (UV-act. 1, 2). Laut Zwischenbericht von Dr. C. \_\_\_ vom 3. Juni 2008 erfolgte ab 5. Mai 2008 die Wiederaufnahme der Arbeit zu 100% (UV-act. 5). Ob allenfalls zu einem früheren Zeitpunkt bereits eine teilweise Wiederaufnahme der Arbeit erfolgt ist, geht aus den Akten mangels Unfallschein nicht hervor. Eine weitere 100%-ige Arbeitsunfähigkeit folgte erst rund ein Jahr später, d.h. ab 16. März 2009 (UV-act. 10, 28). Laut ABI-Gutachten ist der Beschwerdeführer aus neurologischer Sicht insofern in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, als ihm wegen der Kopfschmerzen Tätigkeiten in lauten Räumen nicht zumutbar sind und er wegen des chronischen Lumbovertebralsyndroms in einer angepassten Tätigkeit 20% arbeitsunfähig ist. Die Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit sind also unfallfremd. Die 20%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen ist nicht zu berücksichtigen (UV-act. 33.1). Angesichts der dargelegten Aktenlage ist damit auch das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu verneinen.

6.5 Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass keines der erforderlichen Adäquanzkriterien als erfüllt betrachtet werden kann, womit dem streitigen Unfall auch



bei dessen Einstufung als mittelschweres Unfallereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen keine adäquanzrechtlich massgebende Bedeutung für die über den 31. August 2010 hinaus andauernden Beschwerden zukommt. Die Einstellung der Leistungen auf den 31. August 2010 ist demgemäss zu Recht erfolgt.

7.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.