Tribunale federale
Tribunal federal

{T 7}
U 336/06

Urteil vom 30. Juli 2007
I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter Ursprung, Präsident,
Bundesrichterin Widmer, Bundesrichter Schön,
Gerichtsschreiber Jancar.

Parteien
S._____, 1964, Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt Guy Reich, Münchhaldenstrasse 24, 8008 Zürich,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern, Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Unfallversicherung,

Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen den Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 19. Mai 2006.

Sachverhalt:
A.
A.a Der 1964 geborene, aus dem ehemaligen Jugoslawien stammende S._____ war seit 1. April 2000 bei der Firma X._____ AG als Bauarbeiter angestellt und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) unfallversichert. Im August 2001 stiess er mit dem Knie an ein Betonrohr, worauf eine mediale Meniskusläsion und vordere Kreuzbandinsuffizienz links festgestellt wurden. Am 1. März 2002 wurde der Versicherte operiert (arthroskopische mediale Meniskusteilresektion sowie Shaving der Narbe des vorderen Kreuzbandes). Die SUVA erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld). Mit unangefochten in Rechtskraft erwachsener Verfügung vom 22. Juli 2002 stellte sie ihre Leistungen für den Unfall vom August 2001 ab 16. Juli 2002 ein, da eine weitere Behandlung des Versicherten nicht nötig und er zu 100 % arbeitsfähig sei.
A.b S._____ war weiterhin bei der Firma X._____ AG als Bauarbeiter angestellt. Am 11. April 2003 war er während der Arbeit als Mitfahrer in einem Langkabinen-Brückenwagen der Arbeitgeberin in einen Verkehrsunfall verwickelt. Das Spital Y._____ stellte im Bericht vom 11. April 2003 folgende Diagnosen: Distorsion der Hals- (HWS) und Lendenwirbelsäule (LWS), Kniedistorsion links, Thoraxkontusion links basal. Die SUVA erbrachte hiefür ebenfalls die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld). Vom 25. Juni bis 1. Juli und vom 28. Juli bis 29. August 2003 war der Versicherte in der Klinik E._____ hospitalisiert. Zur Abklärung der Verhältnisse holte die SUVA diverse Arztberichte ein. Mit Verfügung vom 9. Februar 2004 stellte sie ihre Leistungen aus dem Unfall vom 11. April 2003 auf den 29. Februar 2004 ein. Dagegen erhoben der Versicherte und sein Krankenversicherer, die Universa, Einsprache. Letztere zog sie am 3. März 2004 zurück. In der Folge zog die SUVA einen Bericht des Psychiaters Dr. med. A._____ vom 30. Juli 2004 bei. Mit Entscheid vom 11. November 2004 wies sie die Einsprache des Versicherten ab. Es seien keine wahrscheinlichen Unfallfolgen mehr nachgewiesen. Weiter bestehe keine richtunggebende
Verschlimmerung eines Vorzustandes, indem insbesondere die Knie- und Rückenproblematik keine unfallbedingten strukturellen Veränderungen zeigten. Die Adäquanz der psychischen Fehlentwicklung müsse verneint

werden.
B.
Die hiegegen eingereichte Beschwerde wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Entscheid vom 19. Mai 2006 ab.
C.
Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt der Versicherte, es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Er legt neu einen Bericht des Dr. med. M._____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, zu Handen der IV-Stelle Zürich vom 2. Juni 2004 auf. Am 13. Juli 2006 reicht er einen Bericht des Psychiaters Dr. med. H._____ vom 6. Juli 2006 ein.

Die SUVA schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, während das Bundesamt für Gesundheit auf eine Vernehmlassung verzichtet.

Das Bundesgericht zieht in Erwägung:
1.
Am 1. Januar 2007 ist das Bundesgesetz über das Bundesgericht vom 17. Juni 2005 (BGG; SR 173.110) in Kraft getreten (AS 2006 1205, 1243). Damit wurden das Eidgenössische Versicherungsgericht und das Bundesgericht Lausanne zu einem einheitlichen Bundesgericht (an zwei Standorten) zusammengefügt (Seiler/von Werdt/Güngerich, Bundesgerichtsgesetz [BGG], Bern 2997, S. 10 N 75). Dieses Gesetz ist auf die nach seinem Inkrafttreten eingeleiteten Verfahren des Bundesgerichts anwendbar, auf ein Beschwerdeverfahren jedoch nur dann, wenn auch der angefochtene Entscheid nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes ergangen ist (Art. 132 Abs. 1 BGG). Da der kantonale Entscheid am 19. Mai 2006 erlassen wurde, richtet sich das Verfahren nach dem bis 31. Dezember 2006 in Kraft gestandenen Bundesgesetz über die Bundesrechtspflege (OG) vom 16. Dezember 1943 (vgl. BGE 132 V 393 E. 1.2 S. 395).
2.
2.1 Die Vorinstanz hat die Grundsätze zu dem für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen), zur vorausgesetzten Adäquanz des Kausalzusammenhangs im Allgemeinen (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181 mit Hinweis), bei psychischen Unfallfolgen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 ff.; RKUV 2005 Nr. U 555 S. 322, U 458/04, 2002 Nr. U 465 S. 437, U 164/01, und 2000 Nr. U 397 S. 327, U 273/99) sowie Folgen eines Unfalls mit HWS-Schleudertrauma (BGE 122 V 415, 117 V 359 ff.; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236, U 380/04, 2001 Nr. U 412 S. 79, U 96/00) bzw. einer diesem äquivalenten Verletzung (RKUV 1999 Nr. U 341 S. 407 E. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle zutreffend dargelegt (vgl. auch BGE 127 V 102 E. 5b/bb S. 103). Gleiches gilt zu dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 150 E. 2.1 S. 153 mit Hinweis) sowie zum Beweiswert von Arztberichten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2006 IV Nr. 27 S. 92 E. 3.2.4, I 3/05). Darauf wird verwiesen.
2.2 Zu ergänzen ist, dass das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblicherweise massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein muss. Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45). Die Beweislastregel greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes und der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b i.f. S. 264 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts U 290/06 vom 11. Juni 2007, E. 3.3).
3.
Der vorinstanzliche Entscheid vom 19. Mai 2006 wurde dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 9. Juni 2006 zugestellt. Die 30-tägige Rechtsmittelfrist lief mithin am 10. Juli 2006 ab (Art. 32 Abs. 2 und Art. 106 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 132 OG).

Der am 13. Juli 2006 ausserhalb der Rechtsmittelfrist und nicht im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels (Art. 110 Abs. 4 OG) eingereichte Bericht des Psychiaters Dr. med. H._____ vom 6. Juli 2006 ist nur beachtlich, soweit er neue erhebliche Tatsachen oder entscheidende Beweismittel im Sinne von Art. 137 lit. b

OG enthält, die eine Revision des Gerichtsurteils rechtfertigen könnten (BGE 127 V 353 ff.)
4.
4.1 Streitig und zu prüfen ist, ob für die Zeit ab 29. Februar 2004 (Datum der Leistungseinstellung) ein Gesundheitsschaden auszumachen ist, der in natürlich und adäquat kausaler Weise auf den Unfall vom 11. April 2003 zurückzuführen ist.
4.2 Das kantonale Gericht hat gestützt auf den Bericht des Kreisarztes Dr. med. F._____ vom 8. Januar 2004 zu Recht erkannt, dass hinsichtlich des linken Knies keine die Gesundheit beeinträchtigenden Unfallfolgen mehr vorhanden waren. Dies wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten.
5.
5.1 Weiter hat die Vorinstanz auf Grund der medizinischen Unterlagen zutreffend erwogen, dass der Versicherte beim Ereignis vom 11. April 2003 eine HWS- und LWS-Distorsion sowie eine linksseitige Thoraxkontusion erlitten hat.

Bezüglich der Bejahung einer HWS-Distorsion ist insbesondere festzuhalten, dass das Auftreten der meisten der dem bunten Beschwerdebild zugerechneten Symptome (diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw.; BGE 117 V 359 E. 4b S. 360; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) bereits innert der massgebenden Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden nicht erforderlich ist. Es genügt, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Hals-/Nackenregion oder an der HWS manifestieren (RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29; Urteile des Bundesgerichts U 159/05 vom 15. Juni 2007, E. 4.5, und U 167/06 vom 31. Januar 2007, E. 3.2). Diese Voraussetzung ist hier erfüllt, litt der Versicherte doch am Unfalltag an Bewegungs- und Druckschmerzen im Bereich der oberen HWS (Bericht des Spitals Y._____ vom 11. April 2003). In der Folge entwickelten sich die zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung gehörenden Symptome (vgl. E. 6.1 hienach).
5.2 Im Weiteren hat die Vorinstanz richtig festgestellt, dass der Versicherte im Zeitpunkt der Leistungseinstellung an keinen klar ausgewiesenen organischen Unfallfolgen mehr gelitten hat, bei denen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle spielt (BGE 127 V 102 E. 5b/bb S. 103; vgl. Berichte des Spitals Y._____ vom 11. April 2003 und 9. Januar 2004 sowie der Klinik Z._____ vom 28. Januar 2004). Dies ist ebenfalls unbestritten.
6.
Umstritten ist einzig noch die Beurteilung der adäquaten Kausalität der organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden.

SUVA und Vorinstanz haben die Rechtsprechung zu den psychogenen Unfallfolgen angewandt und folglich die massgebenden Kriterien (BGE 115 V 133 E. 6c S. 140 f.) einzig im Hinblick auf den physischen Gesundheitsschaden geprüft.

Demgegenüber vertritt der Versicherte die Auffassung, die Adäquanz sei nach der Schleudertraumapraxis - mithin ohne Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten (BGE 117 V 359 E. 6a S. 367) - zu beurteilen.
7.
7.1.1 Im Bericht vom 30. Juni 2003 betreffend die Hospitalisation vom 25. Juni bis 1. Juli 2003 stellte die Klinik E._____ beim Versicherten noch keine psychischen Leiden fest. Auf Grund der somatischen Beschwerden ging sie zur Zeit von keiner verwertbaren Arbeitsleistung aus.

Im psychosomatischen Konsilium vom 19. August 2003 (erstellt im Rahmen der zweiten Hospitalisation des Versicherten vom 28. Juli bis 29. August 2003) gab die Klinik E._____ folgende Diagnose ab: mittel- bis schwergradige depressive Episode mit starker vegetativer Beteiligung und teils dissoziativen Erlebens- und Verhaltensweisen (ICD-10: F32.11, F44.8), unter psychopharmakologischer Therapie gebessert. Weiter wurde ausgeführt, der Versicherte habe im Juli 2003 ein psychopathologisch hoch auffälliges Zustandsbild entwickelt, das syndromal und ätiologisch schwierig einzuordnen sei. Zunächst müsse von einer affektiven Störung ausgegangen werden, die als zumindest mittel- bis schwergradige depressive Episode imponiere. Hiefür sprächen

die dysphorisch-deprimierte Grundstimmung, die leise und heiser-gepresste Stimme sowie kaum modulierte Mimik, die innere Unruhe/Anspannung mit starker vegetativer Begleitsymptomatik (Schwitzen und Hitzegefühl im Kopf) und Angst vor Verlust der Impulskontrolle, die Verlangsamung, Verarmung und Einengung des Denkens (mit zusätzlicher Konzentrationsschwäche und Vergesslichkeit), die Insuffizienz- und Schamgefühle sowie unterschiedlich ausgeprägte Schlafstörungen. Auf der Verhaltensebene fielen das
expressive und und histrionisch gefärbte Schmerzverhalten auf sowie kurz dauernde, dissoziativ anmutende "Absenzen", ohne dass Anhaltspunkte für ein psychotisches Erleben gegeben wären. Es könne nicht von einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden.

Im Austrittsbericht vom 20. Oktober 2003 (betreffend die zweite Hospitalisation vom 28. Juli bis 29. August 2003) stellte die Klinik E._____ folgende Diagnosen: A. Unfall vom 11. April 2003 mit HWS-Distorsion, A1: mittelgradige depressive Episode mit starker vegetativer Beteiligung und teils dissoziativen Erlebens- und Verhaltensweisen, unter psychopharmakologischer Therapie gebessert, A2 Zervikal- und thorakalbetontes Panvertebralsyndrom; B. Periarthropatia genus links (Status nach medialer Teilmeniskuskektomie im März 2002 nach Kniedistorsion); C. Status nach rezidivierenden Kocher-Keilexzisionen bei Unguis incarnatus Grosszehe links, letztmals am 25. Juni 2003, inzwischen abgeheilt. Im Bericht über das Ergonomie-Trainingsprogramm vom 20. Oktober 2003 legte die Klinik E._____ dar, aus rein somatisch-funktioneller Sicht sei der Versicherte als Bauarbeiter nicht mehr arbeitsfähig; zumutbar sei ihm eine sehr leichte, vorwiegend sitzende Arbeit, mindestens halbtags. Aus psychiatrischer Sicht sei er derzeit nicht arbeitsfähig.
7.1.2 Der Allgemeinmediziner Dr. med. M._____ gab im Bericht vom 2. Juni 2004 an, die ambulante Physiotherapie drehe sich im Kreise und sei sistiert worden bzw. werde es in den nächstens Wochen, da sich die Beschwerden des Versicherten in keiner Weise anhaltend verbessern oder beeinflussen liessen. Es sei davon auszugehen, dass er mittlerweile ein Schmerzsyndrom vermutlich auf der Basis eines früheren Psychotraumas entwickelt habe. Selbst die entsprechende Therapie mit MST, NSAT und Antidepressiva habe die Situation kaum gelockert oder verbessern können. Im Vordergrund stünden vor allem Nackenbeschwerden. Jede Bewegung bzw. Arbeitshaltung des Kopfes löse reaktive Schmerzen aus, die es dem Versicherten unmöglich machten, auch nur einfachste Hilfsarbeiten sinnvoll auszuführen. Die Situation müsse als aussichtslos bezeichnet werden. Aus somatischer Sicht sei dem Versicherten eine behinderungsangepasste leichte Erwerbstätigkeit halbtags zumutbar.
7.1.3 Der Psychiater Dr. med. A._____ legte im Bericht vom 30. Juli 2004 dar, im September 2003 habe ihm die SUVA den Versicherten zur begleitenden psychiatrischen Behandlung zugewiesen. Die Befunde bei Behandlungsbeginn hätten auf eine depressive Episode gegenwärtig mittelschwer mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) schliessen lassen. Der Versicherte habe sich mangels Kenntnissen der deutschen Sprache nur schlecht explorieren lassen. Er habe verlangsamt, abweisend, misstrauisch, unkonzentriert, mit vermindertem Antrieb und gestörter Aufmerksamkeit gewirkt. Er sei nervös, innerlich gespannt gewesen, habe bedrückt gewirkt und über Vergesslichkeit, Kopfschmerzen und Schlafstörungen geklagt. Er habe ihn bis März 2004 zu sechs Konsultationen gesehen. Er sei bereits mit Deroxat 20 mg/d anbehandelt gewesen und habe diese Medikation nicht ändern, sondern mit seinem Hausarzt besprechen wollen. Die Konsultationen hätten sich schwierig gestaltet. Er habe kaum Auskunft über den Verlauf respektive die Befindlichkeit des Versicherten erhalten. Dieser sei abweisend und misstrauisch geblieben, so dass eine adäquate Behandlung kaum durchzuführen gewesen sei. Deshalb habe er eine weitere Behandlung für nicht mehr angezeigt gehalten und habe
dem Versicherten die Weiterbehandlung bei seinem Hausarzt empfohlen. Bei Abschluss der Behandlung müsse von einer depressiven Episode gegenwärtig leicht mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.01) ausgegangen werden.
7.2 Die Vorinstanz hat im Wesentlichen erwogen, eine organische Genese der Psychopathologie habe in der Klinik E._____ ausgeschlossen werden können, ansonsten keine dissoziativen Erlebens- und Verhaltensweisen (ICD-10: F44.8) hätten diagnostiziert werden können. Es handle sich demnach um eine psychogene Reaktion, die zwar im Anschluss an Schleudertraumen und äquivalente Verletzungen auftreten könne, die aber nicht direkt durch eine organische Verletzung des zentralen Nervensystems verursacht worden sei und somit nicht psychoorganisch erklärt werden könne. Bei der psychischen Problematik handle es sich somit nicht um eigentliche Symptome des Traumas, sondern um eine psychische Reaktion, wie sie auch im Anschluss an andere Unfälle auftreten könne. Das Beschwerdebild mit den geklagten körperlichen Symptomen sei demnach durch die früh nach dem Unfall aufgetretene, hoch auffällige psychische Problematik überlagert und geprägt worden.

Diese sei durch den Unfall mindestens zum Teil natürlich kausal verursacht worden. Auch wenn noch gewisse chronische Rückenbeschwerden vorhanden seien, werde insgesamt das Beschwerdebild durch die psychische Problematik massgeblich dominiert, weshalb die Adäquanzprüfung nach den für psychische Unfallfolgen geltenden Kriterien vorzunehmen sei.
8.
Der vorinstanzlichen Auffassung kann aus folgenden Gründen nicht gefolgt werden:
8.1
8.1.1 Die Klinik E._____ diagnostizierte im psychosomatischen Konsilium vom 19. August 2003 eine seit Juli 2003 bestehende mittel- bis schwergradige, im Austrittsbericht vom 20. Oktober 2003 noch eine mittelgradige depressive Episode mit starker vegetativer Beteiligung und teils dissoziativen Erlebens- und Verhaltensweisen (ICD-10: F32.11, F44.8; E. 7.1.1 hievor).

Demgegenüber diagnostizierte der Psychiater Dr. med. A._____ für die Zeit des Behandlungsbeginns im September 2003 lediglich eine depressive Episode gegenwärtig mittelschwer mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11; E. 7.1.3 hievor). Eine vegetative Beteiligung sowie dissoziative Erlebens- und Verhaltensweisen (ICD-10: F44.8), denen die Vorinstanz wesentliche Bedeutung beimass, stellte Dr. med. A._____ im Gegensatz zur Klinik E._____ nicht fest. Für den Zeitpunkt des Behandlungsabschlusses im März 2004 diagnostizierte er nur noch eine depressive Episode gegenwärtig leicht mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.01).

In diagnostischer Hinsicht besteht mithin eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Beurteilungen der Klinik E._____ und des behandelnden Psychiaters Dr. med. A._____. Zur Arbeits(un)fähigkeit des Versicherten aus psychiatrischer Sicht für die Zeit ab März 2004 (Leistungseinstellung der SUVA) äusserte sich Dr. med. A._____ nicht. Bis zum Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheides (11. November 2004) wurde keine psychiatrische Abklärung des Versicherten mehr durchgeführt.
8.1.2 Dr. med. M._____ fehlte in psychiatrischer Hinsicht die Fachkompetenz, weshalb diesbezüglich aus seinem Bericht vom 2. Juni 2004 (E. 7.1.2 hievor) nichts abgeleitet werden kann.
8.1.3 Auf den Bericht des Psychiaters Dr. med. H._____ vom 6. Juli 2006 (vgl. E. 3 hievor), wonach das psychische Befinden des Versicherten derzeit eine merkliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von geschätzt mindestens etwa 80 % für die angestammte Arbeit bedinge, kann nicht abgestellt werden, da er sich nicht zur Situation im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (29. Februar 2004) und des Einspracheentscheides (11. November 2004) äusserte. Zudem stellte Dr. med. H._____ keine klare psychiatrische Diagnose (vgl. BGE 130 V 396 ff.). Er führte aus, ein Teil der Symptome sei mit dem Vorhandensein eines Schleudertraumas zu vereinbaren. Zudem scheine eine durch psychopathologische Erlebnisverarbeitung begründete Schmerzausweitung im Sinne einer somatoformen Störung vorzuliegen; beide Symptome schienen sich zu überlagern. Hinter all dem stehe eine gegebenenfalls auch verzögert aufgetretene pathologische Reaktion im Sinne einer depressiven Erlebnisverarbeitung zu stehen. Als Fazit gab Dr. med. H._____ an, klare Befunde, die den psychischen Zustand des Versicherten beim Ersteintritt (in die Klinik E._____) ausweisen könnten, fehlten. Demgegenüber seien solche, die eine vom Unfall herrührende ununterbrochene Linie zeichneten, vorhanden, was am deutlichsten im psychosomatischen Konsilium (der Klinik E._____ vom 19. August 2003) zum Ausdruck gebracht werde. Doch fehle eine mögliche Ursache, welche die behauptete zwischenzeitliche Verschlechterung während des Behandlungsunterbruchs in der Klinik E._____ erklären würden. Abgesehen von diesen unklaren und von den Feststellungen der Klinik E._____ und des Dr. med. A._____ zum Teil abweichenden Angaben verwies Dr. med. H._____ ebenfalls auf sprachliche Verständigungsschwierigkeiten mit dem Versicherten (vgl. E. 8.2 hienach).
8.2
8.2.1 Der bestmöglichen sprachlichen Verständigung zwischen Experte und versicherter Person kommt insbesondere bei der psychiatrischen Begutachtung besonderes Gewicht zu. Auf der anderen Seite besteht kein Anspruch auf Untersuchung in der Muttersprache der versicherten Person oder den Beizug eines Übersetzers. Zu beachten ist sodann, dass der Beizug eines Dolmetschers auch problematische Aspekte hat, ist der Gutachter doch auf möglichst spontane, unverfälschte Antworten angewiesen, andernfalls deren Aussagekraft herabgesetzt ist. Die Frage, ob eine medizinische Abklärung unter Beizug eines Dolmetschers im Einzelfall geboten ist, hat grundsätzlich der Gutachter im Rahmen sorgfältiger Auftragserfüllung zu entscheiden. Entscheidend dafür, ob und in welcher Form bei medizinischen Abklärungen dem Gesichtspunkt der Sprache respektive

der sprachlichen Verständigung Rechnung getragen werden muss, ist letztlich die Bedeutung der Massnahme im Hinblick auf die in Frage stehende Leistung. Es geht um die Aussagekraft und damit die beweismässige Verwertbarkeit des Gutachtens als Entscheidungsgrundlage. Danach müssen die Feststellungen des Experten nachvollziehbar sein, seine Beschreibung der medizinischen Situation muss einleuchten und die Schlussfolgerungen müssen begründet sein (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; AHI 2004 S. 143 E. 4.2.1, I 245/00; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 473/05 vom 29. Dezember 2006, E. 2.3.4).
8.2.2 Gemäss dem Psychosomatischen Konsilium der Klinik E._____ vom 19. August 2003 verfügt der Versicherte nur über sehr bescheidene Deutschkenntnisse. Von einem nur spärlichen Deutsch ging im Bericht vom 2. Juni 2004 auch Dr. med. M._____ aus. Der Psychiater Dr. med. A._____ legte im Bericht vom 30. Juli 2004 dar, der Versicherte habe sich mangels Kenntnissen der deutschen Sprache nur schlecht explorieren lassen. Auch der Psychiater Dr. med. H._____ bestätigte im Bericht vom 6. Juli 2006, der Versicherte spreche schlecht deutsch, weshalb die Verständigung erschwert sei; ein flüssiges Gespräch sei selten zu Stande gekommen, oft hätten bildnerische Darstellungen oder Verlaufsdiagramme verwendet werden müssen, um einigermassen Klarheit im Hinblick auf die erzielten Aussagen zu erhalten.

Unter diesen Umständen und auf Grund der divergierenden ärztlichen Einschätzungen (E. 8.1 hievor) drängt sich eine psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers in seiner Muttersprache auf.
8.3 Nach dem Gesagten kann auf Grund der Aktenlage nicht rechtsgenüglich beurteilt werden, welche Bedeutung den physischen und psychischen Ursachen am Beschwerdebild des Versicherten zukommt. Demnach lässt sich die Frage, ob die Adäquanzbeurteilung nach BGE 115 V 133 ff. oder BGE 117 V 359 ff. vorzunehmen ist, nicht beantworten (vgl. E. 2.1 und 6 Ingress hievor). Damit erweist sich der Sachverhalt als ungenügend abgeklärt, weshalb die Sache an die SUVA zurückzuweisen ist, damit sie ein polydisziplinäres Gutachten anordne und abkläre, an welchen Beschwerden der Versicherte im massgeblichen Zeitpunkt litt, ob - und allenfalls in welchem Ausmass - diese Leiden Einfluss auf die Arbeits(un)fähigkeit besassen, ob die über den 29. Februar 2004 hinaus geltend gemachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen in natürlicher Kausalität zum Unfall vom 11. April 2003 standen und ob von einer Fortsetzung der Heilbehandlung ab 1. März 2004 - psychiatrischerseits in der Muttersprache des Versicherten - noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten gewesen war.

Im Rahmen dieser Begutachtung hat die SUVA auch die Akten zu der vom Psychiater Dr. med. H._____ im Bericht vom 6. Juli 2006 erwähnten Betreuung des Versicherten durch Dr. med. D._____, Psychiatrisches Zentrum T._____, beizuziehen.
9.
Das Verfahren ist kostenfrei (Art. 134 OG in der bis Ende 2006 gültig gewesenen Fassung; vgl. E. 1 hievor). Der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der SUVA (Art. 159 Abs. 1 und 2 in Verbindung mit Art. 135 OG; BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235 mit Hinweisen).

Demnach erkennt das Bundesgericht:
1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 19. Mai 2006 und der Einspracheentscheid vom 11. November 2004 aufgehoben werden und die Sache an die SUVA zurückgewiesen wird, damit sie, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch neu verfüge.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer für das Verfahren vor dem Bundesgericht eine Parteientschädigung von Fr. 2500.- (einschliesslich Mehrwertsteuer) zu bezahlen.
4.
Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich wird über eine Parteientschädigung für das kantonale Verfahren entsprechend dem Ausgang des letztinstanzlichen Prozesses zu befinden haben.
5.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und dem Bundesamt für

Gesundheit zugestellt.
Luzern, 30. Juli 2007
Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts
Der Präsident: Der Gerichtsschreiber:
i.V.