

# **BGer U 83/00 vom 9. April 2001**

Bundesgericht, 2001-04-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_U\\_83\\_00](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_U_83_00)

FR: TF U 83/00 du 9 avril 2001

IT: TF U 83/00 del 9 aprile 2001

## **Regeste**

Unfallversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) Das kantonale Gericht hat die massgebenden Grundsätze in Bezug auf den natürlichen Kausalzusammenhang ( BGE 119 V 337 ) - einschliesslich der Aspekte der Würdigung ärztlicher Berichte und Gutachten im Allgemeinen (siehe auch BGE 125 V 352 Erw. 3a) und von der SUVA im Administrativverfahren eingeholter Gutachten im Besonderen ( BGE 104 V 212 ; siehe auch BGE 125 V 353 Erw. 3b/bb und RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 Erw. 5a) sowie des im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrades der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ( BGE 119 V 338 ) - zutreffend dargelegt, sodass darauf verwiesen wird. Beizufügen ist, dass die allgemeinen Beweisgrundsätze auch in Fällen mit einem Schleudertrauma der HWS, einem solchen äquivalenten Verletzungen und Schädel-Hirntraumen mit jenen eines Schleudertraumas vergleichbaren Folgen gelten ( BGE 119 V 338 ; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317, 1997 Nr. U 272 S. 170, Nr. U 275 S. 192). Auch hier bilden zuallererst die medizinischen Fakten, wie die fachärztlichen Erhebungen über Anamnese, objektiven Befund, Diagnose, Verletzungsfolgen, unfallfremde Faktoren, Vorzustand usw., die massgeblichen Grundlagen für die Kausalitätsbeurteilung durch Verwaltung und Gerichtsinstanzen. Das Vorliegen solcher Verletzungen und ihrer Folgen muss somit durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein. Auch in Fällen ohne organisch nachweisbare Beschwerden bedarf es für die Leistungsberechtigung gegenüber dem Unfallversicherer, dass die geklagten Beschwerden medizinisch einer fassbaren gesundheitlichen Beeinträchtigung zugeschrieben werden können und dass diese Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem versicherten Unfall steht. Der Umstand, dass der im Zusammenhang mit solchen Verletzungen sich manifestierende Beschwerdekomples mitunter noch andere Ursachen haben kann, darf nicht von vornherein zur Verneinung der natürlichen Kausalität führen, da der Unfall als eine Teilursache für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt ( BGE 119 V 338 und 340 Erw. 2b; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 Erw. 3). b) Verwiesen werden kann auch auf die zutreffenden vorinstanzlichen Erwägungen zur Abgrenzung der Anwendbarkeit der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei psychischen Unfallfolgen, bei Vorliegen eines Schleudertraumas der HWS oder einer einem solchen äquivalenten Verletzung und bei Vorliegen eines Schädel-Hirntraumas (siehe auch RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 Erw. 3) - insbesondere für den Fall, dass psychische Beschwerden ganz im Vordergrund stehen ( BGE 123 V 99 Erw. 2a; vgl. auch RKUV 1999 Nr. U 341 S. 409 und SVR 2000 UV Nr. 10 S. 35) - sowie die Darstellung der Rechtsprechung zur Beurteilung des adäquaten

Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einem psychischen Leiden bei mittelschweren Unfällen ( BGE 115 V 140 Erw. 6c; siehe auch SVR 2000 UV Nr. 17 S. 56 Erw. 2b und 58, 1999 UV Nr. 10 S. 31 Erw. 2). Zu ergänzen ist, dass bei einem Unfall mit Schleudertrauma der HWS oder einer einem solchen äquivalenten Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle ebenso wie bei einem Unfall mit organisch nicht nachweisbarem Schädel-Hirntrauma, wenn und soweit dessen Folgen sich mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen, für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs analog zur in BGE 115 V 138 Erw. 6 für psychische Störungen entwickelten Methode vorzugehen ist (für Schleudertraumen: BGE 117 V 365 ; RKUV 1997 Nr. U 272 S. 173, 1995 Nr. U 221 S. 115 Erw. 3c; für einem Schleudertrauma äquivalente Verletzungen: RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317; für Schädel-Hirntraumen: BGE 117 V 382 f.; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317). Dabei ist im Rahmen der Prüfung der massgebenden unfallbezogenen Kriterien im Gegensatz zur Rechtslage bei psychischen Fehlentwicklungen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten zu verzichten, weil nicht entscheidend ist, ob die Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (für Schleudertraumen: BGE 117 V 367 ; RKUV 1997 Nr. U 272 S. 174; für einem Schleudertrauma äquivalente Verletzungen: RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317; für Schädel-Hirntraumen: BGE 117 V 382 f.; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317).

## E. 2

Streitig ist die Kausalität des Unfalles vom 8. Januar 1994 zum fortbestehenden - über die unbestrittenermassen auf den Unfall zurückzuführende Anosmie hinausgehenden - Beschwerdebild in Form von Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Schwindel (Trümmelgefühl und Drehschwindel), Übelkeit, Sehstörungen, Ohrensausen, Schlafstörungen, Müdigkeit, Reizbarkeit, neuropsychologischer Defizite sowie einer depressiv-resignierten und zeitweise angstbezogenen Symptomatik (neurologisch-neuropsychologisches Gutachten des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 2. Mai 1996; Gutachten des Dr. med. R. \_\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. April 1997). a) Dabei ist vorab festzuhalten, dass die Drehschwindelanfälle ärztlicherseits als kaum unfallbedingt betrachtet werden (Berichte/Gutachten des Dr. med. B. \_\_\_\_\_, FMH für Neurologie, vom 27. April 1994 und vom 3. August 1995; Bericht der Frau Dr. med. H. \_\_\_\_\_, FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, vom 14. November 1996; Gutachten des Dr. med. A. \_\_\_\_\_, FMH für Neurologie, vom 22. Januar 1997), sodass Verwaltung und Vorinstanz diesbezüglich das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zu Recht verneint haben. Ebenso verhält es sich mit den Nackenschmerzen. Zwar wurde durch den Unfall eine vorher praktisch asymptotische degenerative Vorschädigung (CT-Bericht des Dr. med. P. \_\_\_\_\_ vom 19. Januar 1994; Bericht der Chirurgischen Poliklinik des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 9. Februar 1996; Bericht des PD Dr. med. L. \_\_\_\_\_, FMH für Orthopädische Chirurgie, vom 18. November 1997) zur Manifestation gebracht (Bericht des Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 18. November 1997). Doch fehlt es an einer anhaltenden richtungweisenden Verschlimmerung des vorbestehenden - wenn auch beschwerdefreien - Gesundheitsschadens (vgl. RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46, Nr. U 377 S. 188, 1994 Nr. U 185 S. 80). Die Annahme einer solchen würde voraussetzen, dass röntgenologisch, in einer begrenzten Zeitspanne betrachtet, ein Zusammensinken der Wirbelkörper sowie das Auftreten oder die Verschlimmerung von Verletzungen nach dem Trauma ersichtlich wären (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 Erw. 3a), was nicht zutrifft (CT-Bericht des Dr. med. P. \_\_\_\_\_ vom 19. Januar 1994; Bericht der

Chirurgischen Poliklinik des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 9. Februar 1996; Bericht des PD Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 18. November 1997). Aufgrund des Umstandes, dass die Nackenschmerzen nach dem Unfall vom 8. Januar 1994 zunächst im Hintergrund standen (vgl. Bericht des Dr. med. C. \_\_\_\_\_, FMH für Chirurgie, vom 29. März 1994; neurologisches Gutachten des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 24. November 1994; Bericht des SUVA-Kreisarztes Dr. med. W. \_\_\_\_\_ vom 5. Dezember 1994; Bericht der Neurologischen Klinik und Poliklinik, Kopfwehsprechstunde, des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 24. Januar 1995; Befragungsprotokoll vom 23. Februar 1995; Berichte/Gutachten des Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 31. Mai 1995 und vom 3. August 1995; neurologisch-neuropsychologisches Gutachten des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 2. Mai 1996) und erst ab ca. Mitte 1995 und vor allem Oktober 1995 wieder vermehrt auftraten (vgl. Befragungsprotokoll vom 16. Juni 1995; Schreiben des Versicherten vom 18. April 1996; neurologisch-neuropsychologisches Gutachten des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 2. Mai 1996), können die heutigen Nackenschmerzen auch nicht im Sinne nicht organischer nachweisbarer Schleudertrauma-Folgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine Schleuderverletzung der Halswirbelsäule zurückgeführt werden (vgl. SUVA-ärztliche Beurteilung des Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 12. Juni 1997). b) Zu prüfen bleibt der natürliche und adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den übrigen Gesundheitsstörungen. Für diese liess sich mit bildgebenden Methoden kein auf den Unfall zurückzuführendes organisches Substrat finden: Weder die Computertomographie vom 19. Januar 1994 (Bericht des Dr. med. P. \_\_\_\_\_) noch die Kernspintomographie vom 9. August 1996 (Bericht des PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Neuroradiologisches und Radiologisches Institut der Klinik Y. \_\_\_\_\_) zeigte traumatische Veränderungen des Gehirns. Indessen entsprechen diese Gesundheitsstörungen dem typischen Beschwerdebild nach einem Schädel-Hirntrauma bei mit den Folgen eines Schleudertraumas vergleichbaren Symptomen ( BGE 117 V 382 ), wobei solche Beschwerden oft mit bildgebenden Untersuchungsmethoden nicht objektivierbar und organisch nicht nachweisbar sind ( BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa).

### **E. 3**

a) In seinem im Auftrag der Invalidenversicherung erstatteten, von der SUVA beigezogenen Gutachten vom 17. April 1997 führte Dr. med. R. \_\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, das psychische Beschwerdebild entspreche seines Erachtens einem organischen Psychosyndrom nach Schädel-Hirntrauma gemäss ICD-10, Kapitel V, F07.2 (von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene internationale Klassifikation psychischer Störungen). Der Beschwerdeführer weise die dort aufgezählten Symptome praktisch vollständig auf, wobei bereits deren drei die Diagnose rechtfertigen würden. Leider seien alle diese Merkmale kaum bis nicht objektivierbar, doch ergebe die Krankengeschichte ein einigermaßen in sich stimmiges, konsistentes Bild des Gesundheitszustandes des Versicherten. Der Unfall mit der Anosmie sei ein unbestreitbares Faktum, und die seither geklagten Beschwerden stünden mit einiger Wahrscheinlichkeit damit in direktem Zusammenhang bzw. würden verstärkt durch den Circulus vitiosus bei Verlust des Selbstwertgefühls. Gerade Letzteres sei beim Versicherten, der sich sehr durch seine Arbeitsleistung definiert habe, besonders ausgeprägt. Vermutlich habe es sich bei ihm prämorbid um eine ausgesprochen narzisstische Persönlichkeit gehandelt, was durch seine schwer gestörte Kindheit gut erklärbar sei. Für eine bewusstseinsnahe Aggravation habe er keine Anhaltspunkte gefunden. b) Das psychiatrische Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, beruht diesbezüglich auf allseitigen Untersuchungen und

berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden sowie die Vorgeschichte. Es wurde in Kenntnis der IV-Akten abgegeben, in welchen sich insbesondere eine ausführliche von der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Spitals X. \_\_\_\_\_ am 2. Mai 1996 zuhanden der SUVA erstattete neurologisch-neuropsychologische Expertise (auf welche der Psychiater für die Kranken- bzw. Unfallgeschichte verwies) sowie ein Bericht des Dr. med. A. \_\_\_\_\_, FMH für Neurologie, vom 22. Januar 1997 befanden. Es leuchtet im Sinne der inneren Schlüssigkeit in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation ein und enthält begründete Schlussfolgerungen. Es ist ihm daher bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen ( BGE 125 V 352 Erw. 3a), sofern keine Indizien gegen seine Zuverlässigkeit sprechen (vgl. BGE 125 V 353 f.). c) aa) Dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 8. Januar 1994 ein Schädel-Hirntrauma (commotio, ev. contusio) erlitt, ist in den medizinischen Akten - unabhängig davon, ob der Versicherte am Kopf eine Beule hatte oder nicht - klar ausgewiesen (insbesondere Bericht der Chirurgischen Poliklinik des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 9. Februar 1996 betreffend Behandlung vom 9. Januar 1994; Berichte des Dr. med. C. \_\_\_\_\_, FMH für Chirurgie, vom 20. Januar und vom 27. Juni 1994; Schreiben des SUVA-Kreisarztes Dr. med. W. \_\_\_\_\_ vom 24. August 1994; neurologisches Gutachten des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 24. November 1994; Gutachten des Dr. med. B. \_\_\_\_\_, FMH für Neurologie, vom 3. August 1995; neurologisch-neuropsychologisches Gutachten des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 2. Mai 1996; Bericht des Dr. med. A. \_\_\_\_\_, FMH für Neurologie, vom 22. Januar 1997). bb) Aktenmässig erstellt ist auch, dass die noch zu beurteilenden Beschwerden entweder von Anfang an vorhanden waren oder sich deren Entwicklung schon bald nach dem Unfall abzeichnete. Noch am Unfalltag (8. Januar 1994) traten Trümmelbeschwerden, Übelkeit, Schweissausbrüche und Kopfschmerzen auf. In den folgenden Wochen litt der Versicherte an starken bitemporalen Kopfschmerzen, episodenhaften Trümmelbeschwerden und Lichtüberempfindlichkeit. Der weitere Verlauf war durch Persistenz und teilweise Verstärkung des Schmerzsyndroms, diffuse Schwindelbeschwerden, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, schnelle Ermüdbarkeit, erhöhte Reizbarkeit und eine damit verbundene deutlich verminderte Leistungsfähigkeit geprägt (neurologisches Gutachten des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 24. November 1994 mit neuropsychologischem Teilgutachten; neurologisch-neuropsychologisches Gutachten des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 2. Mai 1996). Auf eine Hirnleistungsschwäche hatte der Hausarzt, Dr. med. C. \_\_\_\_\_, FMH für Chirurgie, schon in einem Bericht vom 29. März 1994, noch vor dem ersten Arbeitsversuch vom April 1994, hingewiesen; auch der Arbeitgeberin waren nach der Wiederaufnahme der Arbeit im Frühsommer 1994 eindeutige Konzentrationsschwierigkeiten, eine starke Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens und eine Einschränkung der Aufnahmefähigkeit aufgefallen (Schreiben der Arbeitgeberin an den Hausarzt vom 15. August 1994; Erhebungen der SUVA bei der Arbeitgeberin vom 12. September 1994). Ausserdem wurden Schlafstörungen (neuropsychologisches Gutachten des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 21. Oktober 1994; neurologisches Gutachten des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 24. November 1994 [Einnahme von Mogadon]; Bericht des SUVA-Kreisarztes Dr. med. W. \_\_\_\_\_ vom 5. Dezember 1994) und eine zunehmende depressive Stimmung (Schreiben des Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 2. November 1994) schon im Unfalljahr erwähnt. cc) Der Psychiater Dr. med. R. \_\_\_\_\_, der sein Gutachten am 17. April 1997 erstattete, wusste von der Uneinigkeit darüber, wie weit das Beschwerdebild auf den Unfall zurückgeführt werden könne. Insbesondere war ihm das neurologisch-neuropsychologische Gutachten des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 2. Mai 1996 bekannt, wonach die festgestellten

Hirnfunktionsstörungen insgesamt weder qualitativ noch quantitativ mit einem Zustand nach leichtem Schädel-Hirntrauma zu erklären sind. Auch stellte er eine depressiv-resignierte und zeitweise angstbetonte Symptomatik fest. Indem er dennoch ein organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirntrauma diagnostizierte, bejahte er zum einen das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 8. Januar 1994 mit Schädel-Hirntrauma und den noch zu beurteilenden Beschwerden und mass zum andern der depressiven und angstbezogenen Komponente keine selbstständige, die Diagnose einer Depression oder Angststörung rechtfertigende Bedeutung zu, sondern liess sie im psychoorganischen Syndrom aufgehen. Die erwähnte Aussage im neurologisch-neuropsychologischen Gutachten des Spitals X. \_\_\_\_\_ vermag den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens nicht zu erschüttern. Im neurologisch-neuropsychologischen Gutachten wurde nämlich das Vorliegen teilweise hirnanorganisch bedingter Unfallfolgen nicht ausgeschlossen. Vielmehr wurde ausgeführt, wieweit die neuropsychologischen Befunde direkt posttraumatisch bedingt seien und wieweit sie durch ein aggravierendes Verhalten (im Sinne eines dauernd vorhandenen, wenig bewussten, krankhaften Verhaltensmusters, das zu einer Fehlverarbeitung eines Traumas und so nicht nur zur Persistenz, sondern auch zu einer Verschlimmerung genuiner Traumafolgen führen könne) mitverursacht würden, könne aufgrund der klinischen Methoden aus neurologischer und neuropsychologischer Sicht nicht unterschieden werden; mit den neurologisch-neuropsychologischen Methoden lasse sich die Frage, ob neben der Anosmie mit dem Beweisgrad der Wahrscheinlichkeit organische Unfallfolgen vorlägen, nicht beantworten; es werde eine psychiatrische Beurteilung vorgeschlagen. Die neurologisch-neuropsychologischen Experten empfahlen mithin eine psychiatrische Begutachtung, weil sie nicht ausmachen konnten, wieweit eine Aggravation vorliege. Ein organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirntrauma wird, da die Krankheit als psychische Störung klassifiziert wird, wobei eine zerebrale Schädigung oder Funktionsstörung nicht mit bildgebenden oder neurologischen Methoden nachgewiesen sein muss (ICD-10 F07.2 in Verbindung mit F07), von Psychiatern (wie hier im Zusammenspiel mit Neurologen und Neuropsychologen) diagnostiziert. Die Auffassung des Psychiaters wird im Übrigen dadurch gestützt, dass Dr. med. B. \_\_\_\_\_, FMH für Neurologie, in seinem Gutachten vom 3. August 1995 die neuropsychologischen Ausfälle dem Unfall zuschrieb, indem er sie bei der Bestimmung des Integritätsschadens berücksichtigte, und in einer Ergänzung vom 1. November 1995 die Hirnleistungsschwäche als direkte organische Folge des Unfalls bezeichnete. Hinzu kommt, dass auch der Hausarzt, Dr. med. C. \_\_\_\_\_, in einem Bericht vom 2. November 1994 von einem zunehmenden psychoorganischen Syndrom (welches er schon in einem Bericht vom 20. September 1994 vermutet hatte) ausging. Der Bericht des Dr. med. A. \_\_\_\_\_, FMH für Neurologie, vom 22. Januar 1997, wonach eine funktionelle Störung nicht auszuschliessen sei, sodass vermutlich von einer posttraumatischen Anpassungsstörung gesprochen werden müsse, vermag schon deshalb keine Zweifel an der Stichhaltigkeit des ausführlich begründeten psychiatrischen Gutachtens zu wecken, weil der Neurologe diesbezüglich eine blosse Verdachtsdiagnose stellte. In Anbetracht der vorstehenden Erwägungen vermögen auch die Aussagen des SUVA-Arztes Dr. med. D. \_\_\_\_\_, es liege zweifellos eine psychogene Fehlverarbeitung vor (ärztliche Beurteilung vom 19. Juni 1996) bzw. das auffällige und diskrepante Verhalten des Versicherten sei ohne weiteres auch rein psychogen erklärbar (ärztliche Beurteilung vom 12. Juni 1997), die vom Psychiater Dr. med. R. \_\_\_\_\_ gestellte Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädel-Hirntrauma nicht

umzustossen, zumal es sich bei Dr. med. D. \_\_\_\_\_ nicht um einen Psychiater, sondern um einen Chirurgen handelt. In diesem Zusammenhang ist im Übrigen darauf hinzuweisen, dass ein organisches Psychosyndrom durchaus ein gewissen Mass an psychischer Fehlentwicklung abdeckt, zeichnet es sich doch durch ein Zusammenwirken organischer und psychischer Faktoren aus (vgl. S. 11 des Gutachtens des Dr. med. R. \_\_\_\_\_ vom 17. April 1997). d) Da demnach keine Indizien gegen die Zuverlässigkeit der psychiatrischen Expertise des Dr. med. R. \_\_\_\_\_ sprechen, ist nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ( BGE 119 V 338 ) auf die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädel-Hirntrauma abzustellen. Damit ist zugleich in Bezug auf die Kopfschmerzen, den Schwindel (ohne Drehschwindel), die Übelkeit, die Sehstörungen, das Ohrensausen, die Schlafstörungen, die Müdigkeit, die neuropsychologischen Defizite, die Reizbarkeit sowie die depressiv-resignierte und zeitweise angstbezogene Symptomatik das Vorliegen sowohl einer fassbaren gesundheitlichen Beeinträchtigung als auch - da ein Schädel-Hirntrauma *Conditio sine qua non* (vgl. BGE 118 V 291 Erw. 2b) eines organischen Psychosyndroms nach Schädel-Hirntrauma ist - des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall mit Schädel-Hirntrauma und diesen Gesundheitsstörungen zu bejahen. Dass dieser Beschwerdekomples möglicherweise teilweise noch andere Ursachen hat, namentlich jene eines Medikamentenüberkonsums (vgl. neurologisches Gutachten des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 24. November 1994; neurologisch-neuropsychologisches Gutachten des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 2. Mai 1996; SUVA-ärztliche Beurteilung des Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 12. Juni 1997) und einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur (Gutachten des Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 3. August 1995), führt nicht zur Verneinung des natürlichen Kausalzusammenhangs, für dessen Bejahung der Unfall lediglich eine Teilursache darzustellen braucht ( BGE 119 V 337 Erw. 1; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 Erw. 3). Wie ein Medikamentenmissbrauch zu behandeln wäre, wenn er die alleinige Ursache der Beschwerden darstellte, kann unter diesen Umständen offen gelassen werden. Das Gleiche gilt für die Frage, ob die zu beurteilenden Symptome nicht nur auf ein Schädel-Hirntrauma, sondern auch auf eine Schleuderverletzung der HWS zurückzuführen sind; denn der noch zu prüfende adäquate Kausalzusammenhang beurteilt sich bei beiden Verletzungsarten nach übereinstimmenden Grundsätzen (RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317).

#### **E. 4**

a) Der Beschwerdeführer weist eine Häufung typischer Symptome eines hinsichtlich des Beschwerdebildes mit einem Schleudertrauma ohne organisch nachweisbare Folgen vergleichbaren Schädel-Hirntraumas auf. In Anbetracht der Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädel-Hirntrauma, welches eine Vielzahl der typischen mit den Folgen eines Schleudertraumas vergleichbaren Schädel-Hirntrauma-Beschwerden umfasst (vgl. BGE 117 V 382 in Verbindung mit BGE 117 V 360 sowie 119 V 338) und sich durch eine enge, ein komplexes Gesamtbild ergebende Verflechtung psychischer und organischer Aspekte auszeichnet (vgl. S. 11 des Gutachtens des Dr. med. R. \_\_\_\_\_ vom 17. April 1997), kann nicht gesagt werden, die zum typischen Beschwerdebild des Schädel-Hirntraumas gehörenden Beeinträchtigungen seien zwar teilweise gegeben, träten aber im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik ganz in den Hintergrund. Die Frage der Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 8. Januar 1994 und diesen Beschwerden ist demzufolge nicht nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen ( BGE 115 V 138 Erw. 6), sondern nach der nicht zwischen physischen und psychischen Aspekten unterscheidenden (Erw. 1b hievov) Rechtsprechung

zu mit Schleudertrauma-Folgen vergleichbaren Konsequenzen eines Schädel-Hirntraumas ( BGE 117 V 382 Erw. 4) zu beurteilen ( BGE 123 V 99 Erw. 2a und RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 Erw. 3b in Verbindung mit RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317). b) Aufgrund des Geschehensablaufs und der zugezogenen Verletzungen (vgl. BGE 117 V 383 f., 115 V 139; SVR 1999 UV Nr. 10 S. 32) ist der Unfall vom 8. Januar 1994 als mittelschweres, aber nicht den schwereren Unfällen im mittleren Bereich zuzurechnendes Ereignis zu qualifizieren. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den im Sinne der natürlichen Kausalität auf diesen zurückzuführenden Gesundheitsstörungen ist demnach zu bejahen, wenn eines der massgebenden unfallbezogenen Kriterien (besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung; ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; Dauerbeschwerden; ärztliche Fehlbehandlung, welche Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit) in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind ( BGE 117 V 383 f.). c) aa) Der Beschwerdeführer war nach dem Unfall vom 8. Januar 1994 zunächst vollständig arbeitsunfähig. Anfangs April 1994 erfolgte ein erster Arbeitsversuch zu 50 %, welcher infolge unfallfremder Drehschwindelanfälle, welche in der Folge wieder abklangen (der nächste diesbezügliche Beschwerdeschub trat erst im März/April 1995 auf), nach wenigen Tagen scheiterte. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ attestierte dem Versicherten sodann ab 6. Juni 1994 wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und ab 27. Juni 1994 eine solche von 40 %, wobei er aufgrund eines Schreibens der Arbeitgeberin zum Schluss kam, dass die Leistung kaum bei 40 % liege, und die Arbeitsunfähigkeit per 1. Oktober 1994 auf 60 % anheb. SUVA-Kreisarzt Dr. med. W.\_\_\_\_\_ schätzte die Arbeitsfähigkeit am 5. Dezember 1994 auf weiterhin ganztags im Sinne leichter Arbeit bzw. 20 %, was vom Hausarzt mit Schreiben vom 20. April 1995 bestätigt wurde. Am 24. Mai 1995 erachtete der Kreisarzt einen zeitlich halbtägigen Arbeitseinsatz im Innendienst für zumutbar, wobei das genauere Rendement noch abgeklärt werden müsse. Dr. med. B.\_\_\_\_\_, FMH für Neurologie, führte in seinem Gutachten vom 3. August 1995 (wonach dank eines geeigneten Medikaments keine Drehschwindelanfälle mehr bestanden) unter dem Titel der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit aus, eine leichtere, weniger anspruchsvolle, nicht mit Erfolgswang verbundene Tätigkeit sei dem Versicherten ganztags zuzumuten, wobei die Effizienz nach einem Versuch festgelegt werden müsse; die angestammte Tätigkeit als Vertreter mit Erfolgswang sei ihm hingegen lediglich zu 50 % zumutbar. Laut einer Telefonnotiz der SUVA vom 18. August 1995 konnte sich der Kreisarzt der Schätzung einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit von 50 % anschliessen. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ schätzte die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers am 18. November 1995 auf 80 %. In einem Bericht vom 22. Januar 1997 sprach sich Dr. med. A.\_\_\_\_\_, FMH für Neurologie, unter Mitberücksichtigung der Nackenschmerzen für eine 30-40 %ige Arbeitsfähigkeit in einer geeigneten Tätigkeit aus. Dr. med. R.\_\_\_\_\_ vertrat in seinem am 17. April 1997 zuhanden der Invalidenversicherung erstatteten psychiatrischen Gutachten unter Berücksichtigung des gesamten Beschwerdebildes die Auffassung, für eine leichtere Bürotätigkeit mit Wechselbelastung dürfte die Arbeitsfähigkeit bei 30-50 % liegen, wobei vieles für 30 % spreche; der Versicherte sei seit dem Unfall im bisherigen Beruf als Aussendienstmitarbeiter ständig höchstens 30 % und für eine leichtere Büroarbeit höchstens phasenweise 50 % arbeitsfähig gewesen. Aus der Gesamtheit dieser ärztlichen Stellungnahmen folgt, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall dauernd in erheblichem

Ausmass arbeitsunfähig war, was auch unter Ausserachtlassung der nur episodisch auftretenden unfallunabhängigen Drehschwindelanfälle und der ebenfalls nicht unfallkausalen Nackenschmerzen, denen neben den Kopfschmerzen bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit kaum eine selbstständige Bedeutung zukommt, gilt. Hierin liegt ein erstes Indiz für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs. bb) Seit dem Unfall litt der Beschwerdeführer unter anderem an chronischen, bei Belastung zunehmenden, Kopfschmerzen, an Schwindelgefühlen sowie neuropsychologischen Defiziten und bedurfte ärztlicher Behandlung, die indessen nicht zu einer wesentlichen Linderung der Symptomatik führte (vgl. z.B. neurologisches Gutachten des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 24. November 1994 mit neuropsychologischem Teilgutachten; neurologisches Gutachten des Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 3. August 1995; neurologisch-neuropsychologisches Gutachten des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 2. Mai 1996; neurologisches Gutachten des Dr. med. A. \_\_\_\_\_ vom 22. Januar 1997). Unter diesen Umständen sind auch die Kriterien der Dauerbeschwerden, des schwierigen Heilungsverlaufs und der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung gegeben. cc) Aufgrund dieser Häufung massgebender unfallbezogener Kriterien ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 8. Januar 1994 und den natürlich kausal auf diesen zurückzuführenden Beschwerden (Erw. 3d hievon) des Versicherten zu bejahen. Es wird Aufgabe der SUVA sein, an welche die Sache zurückzuweisen ist, unter Berücksichtigung sämtlicher in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall stehenden Gesundheitsstörungen über Rente und Integritätsentschädigung neu zu verfügen.

#### **E. 5**

Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den HWS-Beschwerden des Versicherten (Nackenschmerzen) im Sinne einer anhaltenden richtungweisenden Verschlimmerung konnte schon aufgrund der der Verwaltung zur Verfügung stehenden medizinischen Unterlagen, die einen degenerativen Vorzustand und das Fehlen von Hinweisen auf traumatische Veränderungen dokumentierten (CT-Bericht des Dr. med. P. \_\_\_\_\_ vom 19. Januar 1994; Bericht der Chirurgischen Poliklinik des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 9. Februar 1996), schlüssig verneint werden, sodass es des gutachtlichen Berichts des PD Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 18. November 1997, der diese Kausalitätsbeurteilung im Übrigen bestätigte, nicht bedurfte. Da sich der medizinische Sachverhalt demzufolge nicht erst aufgrund dieses vom Versicherten beigebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen liess, hat das kantonale Gericht die Kosten für das Privatgutachten zu Recht nicht der SUVA auferlegt (vgl. RKUV 1994 Nr. U 182 S. 47).

#### **E. 6**

Da der Beschwerdeführer nur in einem im Vergleich zum gesamten Streitgegenstand ganz untergeordneten Punkt unterliegt, wird auf eine Reduktion der Parteientschädigung für das letztinstanzliche Verfahren verzichtet ( Art. 159 OG ). Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht: I. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass der Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 28. Januar 2000 und der Einspracheentscheid vom 21. August 1997 hinsichtlich Verneinung eines Rentenanspruchs und Festsetzung der Integritätsentschädigung aufgehoben werden und die Sache an die SUVA zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen über Rente und Integritätsentschädigung neu verfüge. Im Übrigen wird die Verwaltungsgerichtsbeschwerde abgewiesen. II. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

III. Die SUVA hat dem Beschwerdeführer für das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.- (einschliesslich Mehrwertsteuer) zu bezahlen. IV. Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich wird über eine Parteientschädigung für das kantonale Verfahren entsprechend dem Ausgang des letztinstanzlichen Prozesses zu befinden haben. V. Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, der SWICA Gesundheitsorganisation und dem Bundesamt für Sozialversicherung zugestellt. Luzern, 9. April 2001 Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts Der Präsident der II. Kammer: Die Gerichtsschreiberin:

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