

# **FR\_GERICHTE 605 2013 87 vom 4. November 2015**

FR Kantonsgericht, 2015-11-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2013\\_87](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_87)

FR: FR\_GERICHTE 605 2013 87 du 4 novembre 2015

IT: FR\_GERICHTE 605 2013 87 del 4 novembre 2015

## **Regeste**

Entscheid des I. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts | Unfallversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Beschwerde vom 7. Mai 2013 gegen den Einspracheentscheid der SUVA vom 26. März 2013 ist unter der Berücksichtigung des Fristenstillstandes über die Osterfeiertrage (Art. 38 Abs. 4 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1], welches hier gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20] zur Anwendung kommt) fristgerecht durch einen ordentlich bevollmächtigten Vertreter bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Der Beschwerdeführer hat ein Interesse, dass das Kantonsgericht, I. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob er über den 6. Januar 2013 hinaus Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

### **E. 2**

a) Nach Art. 6 UVG werden die Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Gemäss Art. 4 ATSG gilt als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Mit dieser Umschreibung des Unfalls wurde vom Gesetzgeber keine neue Definition des Unfalls vorgenommen, weshalb die bisherige Rechtsprechung weiterhin ihre Gültigkeit hat (KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Aufl 2009., Rz. 10 zu Art. 4). b) Zwischen dem Unfall und der Gesundheitsschädigung muss zuerst ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehen. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Ent-

Kantonsgericht KG Seite 4 von 14 sprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber das Gericht im Rahmen der ihm

obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Der Richter hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die er von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b). Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers, wenn entweder der (krankhafte) Zustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne den Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Dabei hat der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen. Welche Ursachen (Krankheit, Geburts- gebrechen oder degenerative Veränderungen) ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist an sich unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile EVG U 406/2005 vom

### E. 3

April 2006 E. 1.1; U 354/2004 vom 11. April 2005 E. 1.2; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Im Sozialversicherungsrecht besteht kein Rechtsgrundsatz, wonach die Verwaltung oder der Richter im Zweifelsfall zugunsten des Versicherten zu entscheiden hätte. Vielmehr haben die Versicherten die für die Beurteilung des Sachverhalts notwendigen Beweise im Rahmen des ihnen Zumutbaren zu erbringen, andernfalls sie die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen haben (BGE 126 V 319 E. 5a; ARV 1990 Nr. 12 S. 67). Zudem genügt für die Bejahung des Kausalzusammenhangs die Formel "post hoc, ergo propter hoc", wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, eben gerade nicht (BGE 119 V 335 E. 2b/bb). c) Weiter muss zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2). Der soziale Unfallversicherer hat für Schäden nur dann einzustehen, wenn diese sowohl in einem natürlichen wie auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem schädigenden Ereignis stehen. Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 456 E. 5c, 123 V 98 E. 3b mit Hinweisen). Innerhalb des Sozialversicherungsrechts spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle. Objektivierbar sind Untersu-

Kantonsgericht KG Seite 5 von 14 chungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die dabei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (Urteil BGer 8C\_747/2012 vom 22. Januar 2013 E. 2 mit Hinweisen). Bei der Beurteilung

der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden ist wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein SHT erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa ("Psycho-Praxis") zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt 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 133 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 366 E. 6a und 382 E. 4b ("Schleudertrauma-Praxis") festgelegten Kriterien (BGE 127 V 102 E. 5b/bb mit Hinweisen), welche in BGE 134 V 109 E. 10 neu gefasst wurden. Falls ein SHT höchstens den Schweregrad einer Comotio cerebri nicht im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri erreicht, kommt nicht die "Schleudertrauma-Praxis", sondern vielmehr die "Psycho-Praxis" zur Anwendung (Urteile BGE 8C\_476/2007 vom 4. August 2008 E. 4.1.3 sowie 8C\_248/2010 vom 17. Juni 2010 E. 3.1). d) Nach Gesetz und Rechtsprechung hat der Unfallversicherer den Fall abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann (Urteil BGE 8C\_3/2010 vom

#### **E. 4**

August 2010 E. 4.1). Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (Urteil BGE 8C\_403/2011 vom 11. Oktober 2011 E. 3.1.1; BGE 134 V 109 E. 4.1 mit Hinweisen). e) Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc). Auch Gutachten, welche der Unfallversicherer während des Administrativverfahrens von seinen eigenen Ärzten einholt, sind beweistauglich, solange ihre Richtigkeit nicht durch konkrete Indizien erschüttert wird. Ebenso sind ärztliche Beurteilungen aufgrund der Akten nicht an sich unzuverlässig, wenn genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorhanden sind (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit Hinweisen). Ferner besteht auch unter Berücksichtigung der neueren Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte kein förmlicher Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung. Eine solche ist indessen aber anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an

Kantonsgericht KG Seite 6 von 14 der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4). 3. Die Einstellung der Taggelder sowie der Übernahme der Heilkosten per 6. Januar 2013 wird

vom Beschwerdeführer nicht explizit bemängelt, womit er selber davon ausgeht, dass durch weitere Behandlung nicht mehr von einer namhaften Verbesserung seines Gesundheitszustandes auszugehen ist. Demgegenüber ist streitig, ob er Anspruch auf eine Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung hat. Es ist deshalb zu prüfen, ob die weiterhin geltend gemachten Kopf- und Nackenschmerzen sowie kognitive Minderleistungen, mit den beiden Unfällen vom 7. Februar 2009 und 30. Januar 2012 auch über den 6. Januar 2013 hinaus in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang stehen. a) Der Beschwerdeführer bringt vor, seine damalige Hausärztin habe die Diagnose eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule (nachfolgend: HWS) gestellt. Die SUVA habe sich nie mit dieser Diagnose auseinandergesetzt. Auch bleibe in den medizinischen Akten weitgehend unerwähnt, dass er sich beim ersten Unfall den Kopf angeschlagen habe. Ferner habe die SUVA bezüglich des ersten Ereignisses die Kausalität zu den traumatischen Verletzungen frontal beidseits und links temporal zunächst anerkannt, lehne die Kausalität im Anschluss aber aufgrund des Gutachtens des D. \_\_\_\_\_ ab. Es sei deshalb ein interdisziplinäres Obergutachten anzuordnen. Des Weiteren sei zu prüfen, ob die im Gutachten bemängelte Mitwirkung mit den beiden Unfällen im Jahr 1989 in einem Zusammenhang stehe. b) Die SUVA ihrerseits ist der Ansicht, es sei höchst unwahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer beim ersten Unfall neben einem leichten SHT mit einer kleinen Gehirnerschütterung orbito-frontal beidseits und temporal lateral zudem ein HWS-Schleudertrauma erlitten habe. Auch sei auszuschliessen, dass die Unfälle von 1989 irgendwelche Auswirkungen hinsichtlich der Unfälle von 2009 und 2012 haben. Aus den medizinischen Akten ergäben sich keine Widersprüche. Zunächst habe der Endzustand abgewartet werden müssen. Den Schlussfolgerungen des Gutachtens des D. \_\_\_\_\_ könne gefolgt werden. c) Zunächst ist anzumerken, dass der vorliegende Fall medizinisch gründlich und eingehend untersucht wurde und – im Gegensatz zur Ansicht des Beschwerdeführers – keine weiteren Abklärungen notwendig sind, um über den Fall zu entscheiden. Zweitens kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Unfälle von 1989 ohne Residuen abgeheilt sind und kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen diesen Unfällen und den heute geltend gemachten Beschwerden besteht. So verfügte der Beschwerdeführer nach dem Verkehrsunfall vom 5. Mai 1989 ab dem 20. Juni 1989 wiederum über eine volle Arbeitsfähigkeit und die Heilbehandlung wurde im September 1989 folgenlos abgeschlossen. Nach dem Arbeitsunfall vom 28. Juli 1989 nahm er am 11. September 1989 seine Arbeit im Vollpensum wieder auf und der Fall wurde im Dezember 1989 beendet. Zudem erklärte der Beschwerdeführer selber anlässlich der Begutachtung im D. \_\_\_\_\_, in Folge der Unfälle von 1989 habe er nicht an neurologischen oder neuropsychologischen Folgesymptomen gelitten. Es erübrigen sich deshalb weitere Abklärungen in dem Sinne, ob die im Gutachten des D. \_\_\_\_\_ bemängelte Mitwirkung in einem Zusammenhang mit den Unfällen von 1989 steht.

Kantonsgericht KG Seite 7 von 14 Drittens kam es ebenfalls am 4. Oktober 2009, im Februar 2010 sowie am 11. August 2010 jeweils zu einem kurzen Bewusstseinsverlust. Diese Ereignisse hatten aber keine Verletzungen zur Folge und sind deshalb hier nicht relevant, was auch vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht wird. d) Gemäss dem undatierten Bericht des E. \_\_\_\_\_, eingegangen bei der SUVA am 14. April 2009 (SUVA-Akte Nr. 5), wurde der Beschwerdeführer am Abend des 7. Februar 2009 von seiner Ehefrau auf dem Sofa verwirrt und mit einer Rissquetschwunde am Hinterkopf aufgefunden. Beim Eintreffen der Sanitätspolizei bestand eine retrograde Amnesie bis ca.

13 Uhr. Er klagte über Nacken- und Kopfschmerzen und konnte sich an den Unfall nicht erinnern. Im E.\_\_\_\_\_ wurde ein CT-Schädel und -HWS durchgeführt. Auf letzterem waren degenerative Schäden ab der Höhe C3, akzentuiert C5 bis TH1 ohne Zeichen für eine frische ossäre Läsion erkennbar. Anlässlich der ambulanten neurologisch-neurochirurgischen Untersuchung bei der F.\_\_\_\_\_ vom 26. März 2009 gab er an, er habe sich möglicherweise den Kopf an einer Küchenabdeckung aus Marmor angeschlagen, was ihm bereits mehrmals passiert sei, er könne sich jedoch nicht daran erinnern. Gemäss dem Bericht vom 27. März 2009 (SUVA-Akte Nr. 3) ergebe sich aus den Unterlagen des Notfalls eine Rissquetschwunde occipital und aus dem CT der Nachweis eines subgalealen Hämatoms rechts parieto-occipital, mehrere Kontusionsblutungen (frontobasal beidseits und temporal links) sowie eine traumatische leichtgradige Subarachnoidalblutung epitentoriell. Die Ursache des Ereignisses mit Sturz, Bewusstseinsverlust und leichtem SHT mit Contusio cerebri sei offen. Aufgrund der vorliegenden intra- und extrakranialen Kopfverletzungen müsse von einem schweren Schlag oder Sturz auf den Hinterkopf ausgegangen werden. Differentialdiagnostisch sei auch ein starkes Anschlagen des Hinterhauptes beispielsweise an der Marmorabdeckung, ein epileptischer Anfall oder eine Synkope mit Sturz auf den Hinterkopf, jeweils verbunden mit konsekutiver Contusio cerebri möglich. Am 10. August 2009 (SUVA-Akte Nr. 25) berichtete die F.\_\_\_\_\_, die Blutung habe sich gemäss einem im März 2009 durchgeführten CT komplett zurückgebildet. Der Beschwerdeführer klagte über intermittierende Kopfschmerzen, Schwindel sowie Dauerschmerz im Nacken. Einem weiteren Bericht vom 6. Januar 2010 (SUVA- Akte Nr. 60) ist zu entnehmen, dass die Ursache des Sturzes immer noch unklar sei. Nach erfolgten Abklärungen beständen keine Hinweise auf ein kardiologisches Problem sowie eine epileptogene Genese des Sturzes. Demgegenüber würden sich aus einer Neuevaluation eines Schädel-MRI vom August 2009 beidseitig frontal und temporal links kortikal betonte Substanzdefekte ergeben. Da sich die Situation nicht besserte, war der Beschwerdeführer vom 25. Februar bis 18. März 2010 in der G.\_\_\_\_\_ hospitalisiert. Zusätzlich zu den bekannten Diagnosen wurde in Folge der traumatischen Hirnverletzung eine leichte neuropsychologische Störung mit Einschränkung einzelner Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen im Rahmen eines postkontusionellen Syndroms festgehalten, weshalb die Fahreignung für berufliche Zwecke verneint wurde. Ansonsten seien ihm wechselbelastende mittelschwere Arbeiten möglich (Austrittsbericht vom 18. März 2010, SUVA-Akte Nr. 92). Im August 2010 fand gleichenorts eine Reevaluation statt. Im Vergleich zur neuropsychologischen Voruntersuchung ergaben sich keine relevanten Unterschiede. Weil sich weitere nicht dokumentierte Synkopen ereignet hatten, wurde ihm auch die Fahreignung zu privaten Zwecken abgesprochen (Berichte vom 17. und 18. August 2010; SUVA-Akte Nr. 109). Am 29. Juni 2011 (SUVA-Akte Nr. 166) äusserte sich Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie (Deutschland) der SUVA, ausführlich zum Fall. Der Schwindel könne nicht auf den

Kantonsgericht KG Seite 8 von 14 Unfall zurückgeführt werden. Nacken- und Kopfschmerzen seien in den Unterlagen zwar wiederholt festgehalten worden, ein posttraumatischer Kopfschmerz sei aber weder diagnostiziert noch behandelt worden. Die zuletzt am 17. August 2010 festgestellten leichten neuropsychologischen Funktionsstörungen seien überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom

Februar 2009 zurückzuführen. Er relativierte diese Aussage sogleich wieder mit dem Hinweis, bei einer Hirnverletzung müsse mindestens ein Heilverlauf von zwei Jahren abgewartet werden, bevor von einem medizinischen Endzustand auszugehen sei. Da die letzte neuropsychologische Untersuchung 18 Monate nach dem Unfall erfolgte, schlug er diesbezüglich weitere Abklärungen vor. Am 30. Januar 2012 kam es zu Hause zu einem unklaren Ereignis, wahrscheinlich eine Synkope mit Sturz. Der Beschwerdeführer war am späten Morgen am Telefon mit seiner Partnerin, als er auf einmal keine Reaktion mehr zeigte. Die aufgebotene Ambulanz schlug das Fenster ein und fand den Beschwerdeführer im Wohnbereich vor. Am Nachmittag bot die Hausärztin, Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin FMH für allgemeine innere Medizin, wegen einer festgestellten Gangunsicherheit sowie einem Hämatotympanon [Blutfüllung des Hohlraums des Mittelohrs] erneut die Ambulanz auf, welche ihn ins D. \_\_\_\_\_ brachte. Dort wurden im E. \_\_\_\_\_ überdies multiple Frakturen und Lufteinschlüsse als Folge eines SHT festgehalten (Bericht vom 30. Januar 2012, SUVA-Akte Nr. 220). Anlässlich einer Kontrolle in der D. \_\_\_\_\_ berichtete der Beschwerdeführer über rezidivierende Nacken- und Kopfschmerzen und bei ansonsten unauffälligem Neurostatus wurde eine Standunsicherheit festgehalten (Bericht vom 30. Juli 2012, SUVA-Akte Nr. 301). e) Auf dieser Grundlage wurde das Gutachten des D. \_\_\_\_\_ vom 17. August 2012 erstellt. Dieses stellt die Anamnese im Detail und korrekt dar, der Fall wird ausführlich diskutiert, wo- bei sich die Gutachter gründlich mit den Unterlagen auseinandersetzen. Die Beurteilung ist klar, eingehend begründet und nachvollziehbar. Dieses Gutachten erfüllt damit die von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen. Zu Recht erfolgt der Hinweis, vor dem Unfall vom Februar 2009 sei anlässlich einer ambulanten Behandlung im E. \_\_\_\_\_ ein mittelschweres COPD [chronische obstruktive Lungenerkrankung] festgestellt worden (Bericht vom August 2008; SUVA- Akte Nr. 55) und es lägen vorbestehende degenerative Veränderungen der HWS vor. Anlässlich der Begutachtung beklagte sich der Beschwerdeführer über einem seit dem Unfall von 2009 bestehenden Ziehen im oberen Nackenbereich, welches sich über die Jahre aber vermindert habe. Kognitive Einschränkungen sowie auch Schwindel wurden von ihm verneint. Seine Kooperation während den neuropsychologischen Tests war schlechter als in den Voruntersuchungen in der G. \_\_\_\_\_. Einige Testergebnisse fielen so schlecht aus, dass massive Einschränkungen bei Aktivitäten des alltäglichen Lebens zu erwarten wären. Dies lies sich dadurch erklären, dass der Beschwerdeführer selber angab, sich zum Teil nicht angestrengt zu haben. Hinsichtlich des Unfalls von 2009 sind die Gutachter der Ansicht, es sei unbestritten, dass der Beschwerdeführer beim Unfall ein leichtes SHT mit kleiner Contusio cerebri orbitofrontal beidseits und temporal lateral links erlitten habe. Ein durchgeführtes MRI-Schädel zeigte diskrete Hirnparechymdefekte frontobasal beidseits sowie eine kleine temporale Läsion lateral links. Es sei aber davon auszugehen, dass keine unfallbedingten Schmerz-, Schwindel- oder Gleichgewichtssymptomatik bestehe, wie dies bereits Dr. med. H. \_\_\_\_\_ festgehalten habe. Die Nackenschmerzen seien am ehesten in Zusammenhang mit den degenerativen Veränderungen der HWS zu sehen. Erst acht Monate nach dem Unfall seien Konzentrationsschwierigkeiten und erst nach einem Jahr Kantonsgericht KG Seite 9 von 14 eine Vergesslichkeit erwähnt worden. Diese Probleme ständen nicht im Zusammenhang mit den Schädelläsionen, da diese zu klein seien und auch von ihrer Lokalisation her gegen komplexe kognitive Beschwerden sprechen würden, welche zudem zu spät aufgetreten seien, als dass diese im Rahmen eines postkontusionellen Syndroms gesehen werden könnten, weshalb in diesem Punkt der Einschätzung der G. \_\_\_\_\_ [vgl. neuropsychologischer Bericht vom 15. März 2010; SUVA- Akte Nr. 92]

nicht gefolgt werden könne. Was den Unfall von 2012 betreffe, so ergebe sich aus dem aktuellen MRI keine Veränderung zu den Voruntersuchungen vor dem zweiten Ereignis, weshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden könne, der Beschwerdeführer habe sich dabei keine intracerebralen Verletzungen, sondern Schädelfrakturen zugezogen. Deshalb habe es durch dieses Ereignis nicht zu neurologischen oder neuropsychologischen Funktionsstörungen kommen können. Die Defizite im Gedächtnis und der Handlungsplanung müssten insgesamt als nicht valide betrachtet werden und könnten für die Beurteilung nicht herbeigezogen werden. Es lägen leichte Hirnfunktionsstörungen im Gedächtnis, der Aufmerksamkeit und der visuellen Wahrnehmungsgeschwindigkeit vor. Es sei aber unwahrscheinlich, dass diese kognitiven Minderleistungen unfallbedingt seien. Als Ursache hierfür käme am ehesten das früher diagnostizierte COPD in Frage. Kognitive Defizite seien bei einem COPD in der Literatur bekannt und würden häufig auftreten. Auch seien Stürze in Zusammenhang mit einem COPD nicht ungewöhnlich. Insgesamt seien die noch vorliegenden Beschwerden krankheits- und nicht unfallbedingt. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ schliesst sich in seiner Beurteilung vom 15. Juli 2013 (zusammen mit den Bemerkungen eingereicht) dieser Meinung an und hält fest, die einzige Diskrepanz zwischen dem Gutachten des D. \_\_\_\_\_ und seinem früheren Bericht vom Juni 2011 bestehe hinsichtlich der Beurteilung der Kausalität der neuropsychologischen Beschwerden und weist darauf hin, dass er zum damaligen Zeitpunkt diesbezüglich keine abschliessende Einschätzung vornehmen konnte. Das Gutachten sei nachvollziehbar und ihm könne gefolgt werden. f) Nicht überzeugen kann demgegenüber für die hier relevante Frage der Kausalität das von der IV-Stelle eingeholte interdisziplinäre (Pneumologie, Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie und Neuropsychologie) MEDAS-Gutachten vom 30. Dezember 2013, welches sich auf Untersuchungen des Beschwerdeführers im September und November 2013 stützt und damit auch eine Zeitspanne nach dem Erlass des Einspracheentscheids vom 26. März 2013 betrifft, die für den vorliegenden Fall grundsätzlich nicht in Betracht gezogen werden muss (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Die SUVA weist zu Recht darauf hin, dass es in dem umfangreichen Gutachten an einer eigentlichen interdisziplinären Diskussion fehlt und beim "Fragebogen betreffend Problematik der natürlichen Kausalität" die Fragestellungen unüblich und nicht der korrekten Terminologie entsprechen. Ferner fällt bei der Lektüre auf, dass bei der Beurteilung teilweise längere Abschnitte aus älteren Berichten zitiert werden, ohne dies besonders zu kennzeichnen. Die Gutachter erachten im Gutachten des D. \_\_\_\_\_ festgehaltene Zusammenhang zwischen den kognitiven Minderleistungen und dem COPD als nicht nachvollziehbar. Die Ursache der kognitiven Funktionseinschränkungen sei unklar. Als möglichen Faktor wurde die beim Unfall von Februar 2009 erlittenen Gehirnverletzungen gesehen, um nachher sogleich diese These wieder in Frage zu stellen. Dagegen spreche, dass die Exekutivfunktionen und Aufmerksamkeitsleistungen bei der Untersuchung durch die MEDAS in der Norm waren. Auch die Beeinträchtigung des verbalen Gedächtnisses sei wohl nicht auf Unfall zurückzuführen, da dieses bei der Voruntersuchung 2010 noch normal war. Interdisziplinär wurde ein wahrscheinlicher bis sehr wahrscheinlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall von Februar 2009 und den weiterhin bestehenden

Kantonsgericht KG Seite 10 von 14 neurologischen und neuropsychologischen Beeinträchtigungen angenommen, dabei aber als mögliche Ursache ebenfalls das COPD erwähnt und schliesslich der Schluss gezogen, die Beschwerden seien zu 50% krankheits- und zu 50% unfallbedingt. Insgesamt erscheinen damit die Aussagen der MEDAS zur

Kausalität nicht klar, sondern widersprüchlich und können nicht berücksichtigt werden. Von Interesse ist im MEDAS-Gutachten aber, dass eine mögliche Ursache der verschlechterten verbalen Gedächtnisleistung trotz Verbesserungen in einer Reihe von anderen kognitiven Leistungsbereichen auch auf eine Vorläuferphase eines progressiv demenziellen Geschehens hindeuten könne. Zudem hält das rheumatologische Teilgutachten vom 10. Oktober 2013 fest, die noch vorhandenen HWS-Beschwerden könnten nicht mehr auf die Unfälle zurückgeführt werden und würden auch ohne diese heute vorliegen. Ferner werden im neuropsychologischen Teilgutachten Hinweise auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung genannt. Die Verhaltensauffälligkeiten seien aber weniger im Zusammenhang mit dem Unfall von 2009 zu sehen, sondern seien eher vorbestehend. Im psychiatrischen Teilgutachten ergab sich kein eigenständiges Krankheitsbild. Es liege auch keine organische Persönlichkeitsstörung vor, da die hierfür erforderliche Schädigung oder Funktionsstörung des Hirns sich weder in der Klinik noch aus den Akten ergebe. Allenfalls könne die Diagnose von auffälligen Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z 73) gestellt werden. Am 7. April 2015 (zusammen mit der SUVA-Stellungnahme vom 8. April 2014 zum MEDAS-Gutachten eingereicht) äusserte sich Dr. med. H. \_\_\_\_\_ erneut zum Fall und ist nach eingehender Diskussion des MEDAS-Gutachtens der Ansicht, es könne weiterhin dem Gutachten des D. \_\_\_\_\_ gefolgt werden. Die im MEDAS-Gutachten neu gestellten Diagnosen (Anosmie, enthemmte Primitivreflexe und milde kognitive Beeinträchtigung im Sinne von leichter Beeinträchtigung des verbalen Gedächtnisses) könnten auch als erste Anzeichen einer degenerativen Erkrankung des Zentralnervensystems sein. Eventuell sei durch den Unfall von 2009 – derjenige von Januar 2012 habe überwiegend wahrscheinlich nicht zu einer residuellen substanzialen Hirnverletzung geführt – der Vorzustand beeinträchtigt worden. Aufgrund der Lokalisation und des geringen Ausmasses der bilddiagnostisch nachgewiesenen traumatischen Hirnverletzung könne höchstens eine vorübergehende Verschlimmerung angenommen werden und es sei davon auszugehen, dass spätestens am 6. Januar 2013 der Status quo ante vel sine eingetreten sei. Hinsichtlich der Anosmie bestehe höchstens ein möglicher Zusammenhang mit dem Unfall von 2009, da der Geruchssinn im Jahr 2011 noch in Ordnung war. So berichtete Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Oto-Rhino-Laryngologie der SUVA am 21. April 2011 nach einer gleichentags erfolgten otoneurologischen Untersuchung, beim Beschwerdeführer bestehe keine erhebliche Störung des Geruchssinns und dieser habe sowohl angenehme (Ananas) als auch unangenehme Gerüche (Fisch) korrekt identifiziert (SUVA-Akte Nr. 156). Ebenso könne gemäss Dr. med. H. \_\_\_\_\_ die festgestellte leichte Beeinträchtigung des verbalen Gedächtnisses nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die nachgewiesene traumatische Hirnverletzung zurückgeführt werden. g) Aufgrund der dargestellten Unterlagen gibt es damit nichts daran auszusetzen, dass die SUVA die natürliche Kausalität ab dem 6. Januar 2013 gestützt auf das überzeugende Gutachten des D. \_\_\_\_\_ für die weiterhin bestehenden Beschwerden verneint hat. Bei diesem Ausgang erübrigen sich die Fragen nach dem adäquaten Kausalzusammenhang sowie auf einen allfälligen Anspruch auf eine Rente bzw. eine Integritätsentschädigung.

Kantonsgericht KG Seite 11 von 14 Zu keiner anderen Sichtweise führen die Argumente des Beschwerdeführers. Er bringt zunächst vor, das Gutachten des D. \_\_\_\_\_ setze sich nicht mit der von der Hausärztin gestellten Diagnose eines HWS-Schleudertraumas auseinander. Ferner sei der Tatsache nicht Rechnung getragen worden, dass er sich beim ersten Ereignis den Kopf angeschlagen habe und erst dann gestürzt sei. Es ist richtig, dass

weder im Gutachten noch in den übrigen Unterlagen ein Schleudertrauma diskutiert wird. Es ist aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls von 2009 zusätzlich zu den bekannten Verletzungen nicht zudem ein HWS-Schleudertrauma zugezogen hat. So wird diese Diagnose in den unfallnahen Unterlagen nie aufgeführt und von der Hausärztin erst in ihrem Bericht vom 14. Oktober 2009, acht Monate nach dem Unfall, zum ersten Mal erwähnt. Weiter wurde sehr wohl von den Ärzten auch von einem eventuellen Anschlagen des Kopfes ausgegangen, wie dies im vorerwähnten Bericht der F. \_\_\_\_\_ vom 27. März 2009 festgehalten wurde. Auch die SUVA geht in ihren Bemerkungen vom 29. August 2013 von diesem Sachverhalt aus. Weiter bringt er vor, es ergäben sich Widersprüche zwischen dem Gutachten des D. \_\_\_\_\_ und den übrigen Unterlagen. So habe die G. \_\_\_\_\_ die kognitiven Beschwerden als vereinbar mit einem in Folge der Schädelverletzung erlittenen postkontusionellen Syndroms angesehen. Ebenfalls in der Beurteilung von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 29. Juni 2011 werde der Kausalzusammenhang zwischen den neuropsychologischen Beschwerden und dem Unfall von 2009 bejaht. Der Beschwerdeführer ist darauf hinzuweisen, dass zum einen ein einmal bejahter Kausalzusammenhang im weiteren Verlauf verneint werden kann, da der sogenannte Status quo ante bzw. sine eingetreten ist. Zum anderen erklärte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ in seinen späteren Berichten überzeugend, wie dargelegt, bei seiner Stellungnahme vom 29. Juni 2011 sei noch gar keine abschliessende Beurteilung des Falls möglich gewesen, weshalb er in diesem Bericht ja auch weitere Abklärungen vorschlug. Das Gutachten des D. \_\_\_\_\_ zeigt ebenfalls nachvollziehbar auf, wie gesehen, dass im Gegensatz zur Ansicht der G. \_\_\_\_\_ ein postkontusionelles Syndrom ausgeschlossen werden kann. Auch die Kritik, das Gutachten des D. \_\_\_\_\_ stütze sich für die Verneinung der Kausalität der kognitiven Beschwerden nur auf die Verdachtsdiagnose des COPD, was im MEDAS-Gutachten klar verworfen werde, kann nicht gehört werden. Einzig relevant ist vorliegend, ob die noch vorhandenen kognitiven Beschwerden in einem Zusammenhang mit den anlässlich der beiden Unfällen erlittenen Verletzungen gebracht werden können. Dies ist gemäss dem überzeugenden Gutachten des D. \_\_\_\_\_ nicht der Fall und es erübrigen sich diesbezüglich weitere Abklärungen. Schliesslich bringt der Beschwerdeführer vor, im MEDAS-Gutachten werde zu Recht der Hinweis gemacht, die im Gutachten des D. \_\_\_\_\_ anlässlich der neuropsychologischen Testung gemachte Unterscheidung in valide und nicht valide Ergebnisse sei schwer nachvollziehbar und die Gültigkeit der Testresultate in Frage zu stellen. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass bei späteren neuropsychologischen Testungen (Klinik K. \_\_\_\_\_; Bericht nicht im Dossier, sowie anlässlich der Begutachtung durch die MEDAS) wiederum ein mit den Voruntersuchungen in der G. \_\_\_\_\_ insgesamt vergleichbares Resultat ergab. Doch auch wenn die natürliche Kausalität zwischen den beiden Unfällen von 2009 und 2012 und den neuropsychologischen Beschwerden bejaht würde, ergäbe sich im Ergebnis keine Änderung, da hier der adäquate Kausalzusammenhang nicht gegeben ist.

Kantonsgericht KG Seite 12 von 14 4. a) Hinsichtlich der Adäquanz stellt sich zunächst die Frage, nach welchen Kriterien diese geprüft werden muss. Wie oben dargestellt, kommt trotz eines SHT die "Psycho-Praxis" zur Anwendung, wenn es nur zu einem leichten SHT mit Comotio cerebri gekommen ist. Hierzu ist das Dossier, vor allem was den ersten Unfall betrifft, nicht widerspruchsfrei. Bei einem GCS [Glasgow Coma Score] von 13–15 ist von einem leichten SHT, entsprechend einer Comotio cerebri auszugehen. Demgegenüber handelt es sich bei einer Contusio cerebri um ein mittelschweres bis

schweres SHT. Vorliegend wird in den medizinischen Berichten zum Unfall von 2009 verschiedent- lich (z. B. vorerwähnter Bericht der F. \_\_\_\_\_ vom 27. März 2009) ein leichtes SHT mit Contusio festgehalten. Demgegenüber notierte die Sanitätspolizei gemäss dem vorerwähnten Bericht des E. \_\_\_\_\_ vom April 2009 bei ihrem Eintreffen ein GCS von 14 und später im Spital wurde ein GCS von 15 festgehalten, was einzig für eine Commotio cerebri sprechen würde. Diese Frage kann aber offen gelassen werden, da auch bei der für den Beschwerdeführer günstigeren "Schleu- dertrauma-Praxis" gemäss den Kriterien von BGE 134 V 109 (vgl. Urteil BGer 8C\_420/2013 vom 30. Mai 2014 E. 6.2.3) die Adäquanz zu verneinen ist. b) Bei banalen und leichten Unfällen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den nicht objektivierbaren Beschwerden in der Regel ohne weiteres verneint wer- den. Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel zu be- jahren. Der mittlere Bereich umfasst jene Unfälle, welche weder der ersten noch der zweiten Gruppe zugeordnet werden können. Hier lässt sich die Frage nach der Adäquanz nicht allein auf- grund des Unfalls schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Fol- gen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als Kriterien gelten: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, - fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; - erhebliche Beschwerden; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengung. Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in beson- ders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes bzw. ausschlagge- bendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Ver- neinung des adäquaten Kausalzusammenhangs (BGE 117 V 359 Erw. 6b). Bei mittleren Unfällen müssen drei der Adäquanzkriterien erfüllt sein (Urteile BGer 8C\_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5 sowie 8C\_935/2009 vom 29. März 2010 E. 4.1.3). c) Als Unfälle im mittleren Bereich wurde der Fall eines Versicherten angesehen, der einen Faustschlag an das linke Jochbein erhalten hatte, zu Boden gegangen und kurzzeitig bewusstlos gewesen war und dadurch eine Rissquetschwunde sowie eine Commotio cerebri erlitten hatte. Ebenso beim Sturz eines alkoholisierten Versicherten auf einer Treppe mit Aufschlagen des Kopfes, der sich eine Commotio cerebri, eine Nasenbeinfraktur sowie eine Rissquetschwunde an Kantonsgericht KG Seite 13 von 14 der Nasenwurzel zuzog, oder auch bei einer Versicherten, welche anlässlich ihres Nachtdiensts mit der Stirn gegen einen niedrigen Türrahmen prallte, rückwärts ca. drei bis vier Treppenstufen hinunter fiel, mit dem Hinterkopf auf den Steinboden aufschlug und danach einige Zeit bewusstlos liegen blieb und sich dabei eine Rissquetschwunde an der Stirn, eine HWS-Distorsion sowie eine Commotio cerebri zuzog (Urteil EVG U 366/06 vom 23. Mai 2007 E. 5.1). Desgleichen im Fall einer Versicherten, die möglicherweise wegen einer Synkope umfiel, wobei sie den Stehtisch, an welchem sie stand, mit sich riss und von der marmornen Tischplatte am

Gesicht getroffen wurde (Urteil EVG U 244/05 vom 25. Januar 2006). Beim ersten Unfall vom Februar 2009 ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer gestürzt ist und sich dabei den Kopf angeschlagen hat. Beim Ereignis vom Januar 2012 kam es ebenfalls zu einem Sturz. In beiden Fällen erlitt der Beschwerdeführer ein leichtes SHT. Gemäss der oben dargestellten Rechtsprechung können die vorliegenden Ereignisse höchstens als Unfälle im mittleren Bereich angesehen werden. Es müssen deshalb mindestens drei Adäquanzkriterien für die Bejahung eines Kausalzusammenhangs erfüllt sein. d) Vorliegend kann nicht von besonders dramatischen Begleitumständen oder besonderer Eindrücklichkeit des Unfalls ausgegangen werden. Aus den Unterlagen ergeben sich ferner weder Hinweise für eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung noch für ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte. Auch kann nicht die Rede sein von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen. Der Verlauf war zwar schleppend, dabei kam es aber nicht zu erheblichen Komplikationen. Eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengung ist ebenfalls zu verneinen. So erklärte die G. \_\_\_\_\_ bereits 2010, in einer angepassten mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit mit mindestens leichten kognitiven Anforderungen bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer hat zudem nie ernsthaft den Versuch einer Wiederaufnahme der Arbeit vorgenommen, da er fixiert auf die Idee blieb, wiederum als Chauffeur tätig zu sein, wie es sich wiederholt aus dem Dossier ergibt, was ihm aufgrund der abgesprochenen Fahreignung aber verwehrt ist. Damit kann offen bleiben, ob die Kriterien der erheblichen Beschwerden sowie die Schwere oder die besondere Art der erlittenen Verletzungen erfüllt sind oder nicht, da dies auf jeden Fall nicht in besonders ausgeprägter Weise der Fall wäre, womit höchstens zwei Adäquanzkriterien erfüllt sind, was nicht genügt für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den noch vorhandenen Beschwerden und den beiden Unfällen von 2009 und 2012 und dies mindestens ab dem 6. Januar 2013. 5. Zusammenfassend hat die SUVA zu Recht ab dem 6. Januar 2013 die Kausalität zwischen den noch vorhandenen Beschwerden und den beiden Unfällen von 2009 und 2012 und damit den Anspruch auf weitere Leistungen verneint. Der Einspracheentscheid der SUVA vom 26. März 2013 ist zu bestätigen und die Beschwerde abzuweisen. Gemäss dem hier zur Anwendung kommenden Prinzip der Kostenlosigkeit des Verfahrens werden keine Gerichtskosten erhoben. Der mit seinen Anträgen unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Kantonsgericht KG Seite 14 von 14 Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde von A. \_\_\_\_\_ wird abgewiesen. II. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. III. Es besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung. IV. Zustellung. Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird. Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig. Freiburg, 4. November 2015/bsc  
Präsidentin Gerichtsschreiber-Berichterstatter

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