

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/115 vom 18. November 2009

Sg Versicherungsgericht, 2009-11-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2008_115

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/115 du 18 novembre 2009

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/115 del 18 novembre 2009

Regeste

Art. 6 Abs. 1 UVG. Art. 18 Abs. 1 UVG. Art. 16 ATSG. Art. 15 UVG. Art. 24 Abs. 2 UVV: Unfallkausalität von Gesundheitsschäden, welche im Rahmen eines Rückfalls gemeldet wurden. Bemessung des versicherten Verdienstes, des Invaliditätsgrades und der Integritätseinbusse (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. November 2009, UV 2008/115).

Erwägungen

E. 1

Streitig sind vorliegend die Höhe des versicherten Verdienstes und der Invaliditätsgrad als Grundlagen der ab 1. April 2008 laufenden Unfallrente des Beschwerdeführers. Zu prüfen ist sodann die Bemessung des Integritätsschadens. Die Beschwerdegegnerin legte die rechtlichen Voraussetzungen der Unfallkausalität von Gesundheitsschäden (bei Rückfällen und Spätfolgen) sowie der Festlegung des versicherten Verdienstes, des Invaliditätsgrades und des Integritätsschadens im angefochtenen Entscheid (Erw. 2, 5a, 6a, 7, 9a, 10a, 11) zutreffend dar; darauf ist zu verweisen.

E. 2

2.1 Im Nachgang zur Rückfallmeldung vom Mai 2005 klagte der Beschwerdeführer über Dauerschmerzen im linken Rückfuss, weshalb in der Universitätsklinik Balgrist aufgrund der dort festgestellten subtalaren Arthrose links Infiltrationen vorgenommen wurden. Ab dem 20. September 2005 bestand eine volle Arbeitsunfähigkeit. Eine weitere Tätigkeit als Bauarbeiter sei aufgrund der Schmerzsymptomatik nicht mehr möglich (UV-act. II/6, II/10). Eine kreisärztliche Untersuchung ergab gemäss Bericht von Dr. med. D.____ vom 7. November 2005, dass der Patient zusätzlich (neben den Fussbeschwerden) über erhebliche Rückenbeschwerden im Zusammenhang mit einer nicht unfallbedingten degenerativen LWS-Problematik klagt. Es seien Umschulungsmassnahmen zu planen (UV-act. II/15). Eine am 25. November 2005 bei Dr. med. E.____ durchgeführte neurologische Untersuchung ergab laut Bericht vom 28. November 2005 keine Hinweise für eine lumboradikuläre Symptomatik bzw. eine Nervenläsion (UV-act. II/19). Dr. med. F.____, Facharzt für physikalische Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 23. November 2005 chronische Rückenschmerzen mit Ausprägung eines Cerviko- und Lumbovertebralsyndroms (UV-act. II/37). Im März 2006 wurden in der Universitätsklinik Balgrist eine USG-Arthrodese links sowie eine Rekonstruktion des Retinaculum peroneale superior links vorgenommen (UV-act. II/29, II/31). Da nach der Operation und der Metallentfernung (UV-act. II/54) weiterhin Schmerzen im linken Fuss bestanden, erfolgte eine weitere neurologische Untersuchung durch Dr. med. G.____. Die Neurologin stellte im

Bericht 20. Juli 2006 keine neurologischen Auffälligkeiten fest. Im Vordergrund zu stehen scheine die Wirbelsäulenproblematik (UV-act. II/55). Dr. med. H.____, Allgemeinmedizin FMH, berichtete am 12. September 2006, zwischenzeitlich habe sich der Verlauf aufgrund einer psychischen Dekompensation problematisch gestaltet. Es liege ein deutlich depressives Zustandsbild mit psychotischen Anteilen vor. Zusätzlich zeige sich eine Akzentuierung des Rückenproblems (UV-act. II/57). Seit 20. September 2006 hielt sich der Beschwerdeführer stationär in der Klinik St. Pirminsberg, Pfäfers, auf. Diese stellte in den Berichten vom 19. Oktober und 1. Dezember 2006 in allen untersuchten Teilbereichen der kognitiven Leistungsfähigkeit Beeinträchtigungen fest. Es bestünden deutliche Hinweise für eine diffuse Hirnschädigung. Ziel der weiteren stationären Behandlung sei die psychische Stabilisierung und die Reduktion der Schmerzsymptomatik (UV-act. II/61a, 64, 67, 75). Kreisarzt Dr. D.____ hielt im Bericht vom 1. Dezember 2006 unter anderem fest, im linken Fuss bestünden Restbeschwerden. Therapeutisch lasse sich die Situation jetzt nicht mehr verbessern. Hinsichtlich der lumbalen Rückenschmerzen sei ein Unfallkausalzusammenhang nicht anzunehmen. Die Folgen des Schädel-Hirn-Traumas müssten noch genauer abgeklärt werden (UV-act. II/74).

2.2 Eine interdisziplinäre (neurologische, psychische und neuropsychologische) Abklärung in der Rehaklinik Bellikon ergab gemäss Bericht vom 21. August 2007, dass aus neurologischer Sicht das in Rede stehende Unfallereignis mit Wahrscheinlichkeit eine mittelschwere Hirnverletzung hervorgerufen habe. Trotz dieser Hirnverletzung habe der Beschwerdeführer über viele Jahre am Alltag und am Berufsleben teilnehmen können. Im Verlauf der sich entwickelnden psychiatrischen Störung sei es zu einer deutlichen Veränderung der Persönlichkeit mit Reizbarkeit und kognitiven Beeinträchtigungen gekommen. Aus der Sicht des Neurologen sei hierfür nicht die primär somatisch-organisch bedingte Hirnverletzung massgebend. Vielmehr müsse es als typisch angesehen werden, dass derartige somatisch-organisch bedingte Unfallfolgen im Verlauf eher eine Verbesserung als eine Verschlechterung zeigen würden. Neuropsychologischerseits liege ein mittelschweres Zustandsbild vor. Im Vordergrund stünden deutlich gestörte Aufmerksamkeitsfunktionen sowie Umstellprobleme und Leistungsblockaden. Beim Unfall vom 13. Juli 1991 habe der Patient eine traumatische Hirnverletzung erlitten, welche geeignet gewesen sei, bleibende neuropsychologische Funktionsstörungen nach sich zu ziehen. Das heutige neuropsychologische Zustandsbild sei wahrscheinlich überwiegend durch die Schmerzeinwirkung und die psychopathologische Entwicklung verursacht. Der Anteil der primär somatisch-organisch bedingten Störungen am aktuellen Beschwerdebild resp. der aktuellen Arbeitsfähigkeit sei gegenüber dem psychiatrischen Beschwerdebild nur von untergeordneter Bedeutung. Aus psychiatrischer Sicht sei von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig, zu sprechen. Das Zustandsbild entspreche im Wesentlichen einer depressiven Symptomatik, welche allenfalls vorhandene organische Veränderungen jetzt überdecken möge. Ein langsamer Wiedereinstieg unter geschützten Verhältnissen sei indiziert. Aus psychiatrischer Sicht sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 40% realistisch und angemessen. Hinsichtlich der Zumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit sei das chirurgische Fachgebiet separat durch den Kreisarzt zu beurteilen. Seitens des Nervensystems begründe sich auf somatisch-organischer Grundlage keine über die obengenannte Arbeitsunfähigkeit hinausgehende Arbeitsunfähigkeit. Es sei davon auszugehen, dass das psychiatrische Störungsbild seit September 2005 die Arbeitsfähigkeit im erwähnten Ausmass reduziere. Aus Sicht der Neurologie, Neuropsychologie und Psychiatrie sei ein langsamer Wiedereinstieg, beginnend mit einer

Arbeitsfähigkeit von 20% und einer Steigerung um jeweils 20% nach zwei und vier Monaten notwendig und angemessen (UV-act. II/100). Kreisarzt Dr. med. I. ___ kam im Bericht der ärztlichen Abschlussuntersuchung vom 4. Oktober 2007 unter anderem zum Schluss, aufgrund der USG-Arthrose und der verminderten Beweglichkeit sei die Tätigkeit auf dem Bau nicht mehr zumutbar. Es sei im jetzigen Zeitpunkt der Endzustand erreicht. Weitere Therapien würden nicht mehr durchgeführt. Es sei eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit vollschichtig zumutbar (UV-act. II/109).

E. 3

3.1 Unbestritten und durch die medizinischen Akten belegt ist, dass die Restbeschwerden im linken Fuss des Beschwerdeführers natürlich und adäquat kausale Folge des Unfalls vom 13. Juli 1991 darstellen. Hinsichtlich der lumbalen Rückenschmerzen kam Kreisarzt Dr. D. ___ zum Schluss, ein Unfallkausalzusammenhang sei nicht anzunehmen, weil eine mehrsegmentäre Degeneration nicht typisch sei für einen posttraumatischen Zustand, und weil eine posttraumatische Dauerschädigung sich durch eine rasch progrediente Segmentdegeneration gezeigt hätte, was hier nicht zutrefte. Zudem sei initial keine LWS-Verletzung dokumentiert worden, die in der Lage gewesen wäre, die bestehende LWS-Degeneration kausal zu verursachen (UV-act. II/74). Diese Feststellungen erscheinen begründet und blieben auch unbestritten. In diesem Zusammenhang ist auch festzuhalten, dass die signifikante und dauernde Verschlimmerung einer vorbestandenen degenerativen Schädigung der Wirbelsäule, hervorgerufen durch einen Unfall, nur dann bewiesen ist, wenn die Radioskopie ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen aufgrund eines Traumas aufzeigt (RKUV 2000, Nr. U 363, 45). Nach der Rechtsprechung entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien durch degenerative Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann ein Bandscheibenvorfall betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. Wird die Diskushernie durch den Unfall lediglich ausgelöst, nicht aber (weitgehend) verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, spätere Rezidive dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (vgl. Urteil des EVG vom 3. Januar 2005 [U 332/03] Erw. 1 mit Hinweisen; ZBJV 1996 S. 489f; vgl. auch Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Bern 1990, S. 54 ff., insbesondere S. 56). Gemäss der einschlägigen Literatur (Bär/Kiener, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule, Medizinische Mitteilungen Nr. 67 der Suva, S. 45ff) ist nach einem Unfall mit fehlenden strukturellen Schädigungen der Wirbelsäule eine vorübergehende Verschlimmerung nach spätestens einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten. - Eine eigentliche Verursachung bzw. eine richtunggebende (dauernde) Verschlimmerung der Wirbelsäulenschädigung durch das in Frage stehende Unfallereignis fällt angesichts der geschilderten medizinischen Gegebenheiten sowie des Sachverhalts im Unfallzeitpunkt und danach ausser Betracht. Eine allfällige vorübergehende unfallbedingte Verschlimmerung wäre längst als abgeheilt anzusehen. Von einer Unfallkausalität der lumbalen Rückenbeschwerden kann dementsprechend nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgegangen werden.

3.2 Im Weiteren ist aufgrund des Gutachtens der Rehaklinik Bellikon sowie der ergänzenden (bestätigenden)

Stellungnahme der Gutachter vom 4. August 2008 davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer anlässlich des streitigen Unfalls eine mittelschwere Hirnverletzung erlitt, die mit strukturellen Hirnschäden einhergeht. Die Gutachter legten mit einlässlicher Begründung dar, dass unabhängig von der traumatischen Hirnverletzung Faktoren vorliegen würden, die das Auftreten einer Depression für sich genommen begründen würden und in diesem Sinn die psychische Störung des Beschwerdeführers nicht als Spätfolge des Unfalls zu klassifizieren sei. Die somatisch-strukturellen Verletzungen würden möglicherweise einen untergeordneten Teilfaktor darstellen, der nicht notwendig sei, um das Auftreten der Depression zu erklären. Offensichtlich handle es sich bei den festgestellten Verhaltensänderungen um eine Symptomatik, welche sich erst im Verlauf der Jahre eingestellt habe. Auch sei der Beschwerdeführer in der Lage gewesen, viele Jahre erfolgreich der Berufstätigkeit nachzugehen. Massive Verhaltensauffälligkeiten oder kognitive Beeinträchtigungen hätten in dieser Zeit nicht vorgelegen haben können. Die Depression habe die neuropsychologische Funktionsstörung, die im Oktober 2006 festgestellt worden sei, erklärt. Trotz der Hirnverletzung habe der Beschwerdeführer wenig kognitive Veränderungen respektive Persönlichkeitsänderungen aufgewiesen. Diese geringen Veränderungen seien auch nicht geeignet, die depressive Entwicklung zu erklären. Vielmehr habe er im Verlauf der Jahre nach dem Unfall eine erhebliche Schmerzproblematik entwickelt. Die Schmerzproblematik sei für sich genommen ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Depression. Darüber hinaus würden Kindheitstraumata den Beschwerdeführer auch aktuell stark belasten. Der Anteil der primär somatisch-strukturellen Hirnschädigung stehe in der Genese der depressiven Symptomatik mindestens ganz im Hintergrund der Beschwerdesymptomatik, falls er überhaupt eine Rolle spiele (UV-act. II/100, II/148). Für die Zeit von Mitte 1993 (Abschluss des Grundfalles) bis Mai 2005 (Rückfallmeldung) sind keine medizinischen Unterlagen verfügbar (vgl. UV-act. II/99 S. 15 unten sowie zu den daraus resultierenden Beweisproblemen Max Berger, Das Risiko posttraumatischer Spätfolgen nach Hirnverletzung, in: HAVE 1/2007, Beilage zu UV-act. II/136, S. 15f). Nach der Rechtsprechung sind die Anforderungen an den Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs im Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit umso strenger, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem (erneuten) Eintritt der Gesundheitsschädigung ist (RKUV 1997, 188 Erw. 1c). Bei der geschilderten Aktenlage - insbesondere mit Blick auf die rund 14jährige Latenzzeit zwischen der unfallbedingten Hirnschädigung und dem Auftreten von psychischen bzw. kognitiven Problemen - kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als belegt gelten, dass die strukturelle Hirnschädigung adäquat-kausale Ursache der psychischen/neuropsychologischen Gesundheitsprobleme bildet bzw. für sich allein Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat und eine Behandlungsbedürftigkeit bewirkt. Es gibt Fälle, in denen bei sonst unauffälligen Untersuchungsbefunden neuropsychologische Abklärungen Hirnleistungsstörungen aufzeigen können und der neuropsychologische Befund der einzig verlässliche Parameter ist (BGE 117 V 378 Erw. 3d). Jedenfalls bei eindeutigem, nicht diffussem Befund kann der neuropsychologischen Diagnostik - im Rahmen einer neurologischen Gesamtwürdigung - nach der Rechtsprechung auch bei der Kausalitätsbeurteilung ein Aussagewert zukommen (BGE 119 V 343 Erw. 3c). Hingegen vermag es die Neuropsychologie nach derzeitigem Wissensstand nicht, selbständig die Beurteilung der Genese abschliessend vorzunehmen (RKUV 2000, 316 Erw. 3). Nach B.P. Radanov (Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, SZS 1996, S. 471 ff) sind psychologische Probleme (und die

eingenommenen Medikamente) geeignet, die kognitiven Leistungen negativ zu beeinflussen (S. 477). Psychologische Probleme bzw. die Interrelation psychologischer und kognitiver Funktionen könnten die reduzierte Leistungsfähigkeit mit erklären (S. 475). - Angesichts der von den Gutachtern der Rehaklinik Bellikon dargelegten medizinischen Umstände ist davon auszugehen, dass kognitive Funktionen beim Beschwerdeführer im Wesentlichen durch den psychischen Befund beeinflusst wurden. Der psychische Befund vermochte m.a.W. die neuropsychologischen Einschränkungen im Wesentlichen zu erklären. Damit können neuropsychologische Unfall-Restfolgen, welche vom psychischen Befund unabhängig sind, nicht als nachgewiesen gelten (vgl. dazu auch Ruben Echemendia, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 78, S. 82ff). Neuropsychologische Einschränkungen können hingegen Teil des typischen Beschwerdebilds nach schleudertraumaähnlicher Verletzung bilden. Wenn der Beschwerdeführer eine interdisziplinäre Begutachtung verlangt mit dem Hinweis, es lägen bislang nur ärztliche Einzelmeinungen vor, ist festzuhalten, dass das Gutachten der Rehaklinik Bellikon auf interdisziplinärer Grundlage erstellt wurde. Ein Anlass für weitere Abklärungen ist auch aus den vorstehend dargelegten Gegebenheiten nicht ersichtlich.

E. 4

4.1 Sind Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen eines Schleudertraumas oder dieser ähnlichen Verletzung, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 Erw. 2a). Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS sowie bei äquivalenten Verletzungen setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 Erw. 3b). Die Schleudertrauma-Rechtsprechung ist auch bei Schädelhirn-Traumata anwendbar (BGE 117 V 369; 134 V 109 Erw. 3 und 4).

4.2 Die Frage, ob bzw. inwiefern ein typisches Beschwerdebild im Sinn der Rechtsprechung im Nachgang zum Unfall vom 13. Juli 1991 gegeben war, braucht dann nicht näher geklärt zu werden, wenn die adäquate Unfallkausalität zu verneinen ist. Diese ist daher vorweg zu prüfen. Dabei steht auch bei Vorliegen einer schleudertraumaähnlichen Verletzung der Nachweis offen, dass es sich bei den nach einem Unfall aufgetretenen psychischen Störungen nicht um eine unfallkausale psychische Beeinträchtigung handelt (RKUV 2001, 79) oder dass eine ausgeprägte psychische Problematik ganz im Vordergrund steht (RKUV 1999, 407 Erw. 3b). - Nachdem der Beschwerdeführer die ärztliche Behandlung am 31. Juli 1993 als beendet erklärt hatte (UV-act. I/42) und zwölf Jahre später - im Mai 2005 - Fuss- und LWS-Rückenbeschwerden rückfallweise gemeldet worden waren (UV-act. II/6, 10, 15), bestätigte Dr. E.____ das Vorliegen eines posttraumatischen Schmerzsyndromes ohne Hinweise für eine neurologische Problematik (UV-act. II/19). Die Neurologin Dr. G.____

hielt am 20. Juli 2006 fest, für sie bleibe schwer einzuschätzen, inwieweit die geklagte Konzentrations- und Gedächtnisproblematik durch die Schlafstörung und die Depression erklärbar und überhaupt objektivierbar sei (UV-act. II/55). Dr. H.____ berichtete daraufhin am 12. September 2006 von einer psychischen Dekompensation bzw. einem depressiven Zustand mit psychotischen Anteilen (UV-act. II/57). Die Ärzte der Klinik St. Pirminsberg hielten am 1. Dezember 2006 ein deutlich depressives Zustandsbild mit Suizidgedanken, Einengung des formalen Denkens, Insuffizienzgefühle, akustische Halluzinationen und eine schwierige psychosoziale Gesamtsituation fest (UV-act. II/75). Kreisarzt Dr. D.____ erachtete im Bericht vom 1. Dezember 2006 den Endzustand hinsichtlich des linken Fusses aus therapeutischer Sicht als erreicht (UV-act. II/74). Die Gutachter der Rehaklinik Bellikon kamen im August 2007 zum Schluss, der Anteil der primär somatisch-organisch bedingten Störungen (strukturelle Hirnschädigung) am aktuellen Beschwerdebild resp. der aktuellen Arbeitsfähigkeit sei gegenüber dem psychiatrischen Beschwerdebild nur von untergeordneter Bedeutung. Das Zustandsbild entspreche im Wesentlichen einer depressiven Symptomatik, welche allenfalls vorhandene organische Veränderungen jetzt überdecken möge (UV-act. II/100). Die Depression habe die neuropsychologische Funktionsstörung, welche im Oktober 2006 festgestellt worden sei, erklärt (UV-act. II/148). Die Gutachter der Rehaklinik Bellikon nahmen in diesem Zusammenhang auch zu dem vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eingereichten Artikel (Berger, a.a.O., 13ff) Stellung und bestätigten ihren Standpunkt mit einlässlicher Begründung (UV-act. II/148). Im Übrigen wird der neurologischen Beurteilung (UV-act. II/100) auch in diesem Aufsatz ausschlaggebende Bedeutung eingeräumt (vgl. Beilage zu UV-act. II/136 S. 16f). Bei der geschilderten Aktenlage ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass jedenfalls seit der Begutachtung in der Rehaklinik Bellikon eine psychische Problematik ganz im Vordergrund stand und allfällige somatische Aspekte überdeckte. In Fällen, in welchen die zum typischen Beschwerdebild einer schleudertraumaähnlichen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist die Beurteilung praxisgemäss unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall vorzunehmen (BGE 123 V 98 Erw. 2a mit Hinweisen). Die Rechtsprechung, wonach bei der Prüfung der adäquaten Kausalität zwischen psychisch und physisch bedingten Beschwerden nicht unterschieden wird (RKUV 1999, 407 Erw. 3b), kommt dabei nicht zur Anwendung. Vorliegend kann nach Lage der Akten ein natürlicher (teilweiser) Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers und dem Unfall nicht ohne weiteres angenommen werden, nachdem die Gutachter der Rehaklinik Bellikon die psychische Störung nicht als Spätfolge des Unfalls klassifizierten (UV-act. II/148 S. 4 Ziffer 2). Eine abschliessende Klärung der natürlichen Unfallkausalität dieser gesundheitlichen Störung kann jedoch unterbleiben, falls der adäquat-kausale Zusammenhang zu verneinen ist.

4.3 Beim Ereignis vom 13. Juli 1991 mit frontaler Kollision ist in Anbetracht der Unfallumstände sowie der dokumentierten Fahrzeugschäden (UV-act. I/8, I/12) von einem mittelschweren Unfall auszugehen (vgl. die vergleichbaren Sachverhalte in den Urteilen des EVG vom 14. April 2000 i/S S. [U 257/99]) und vom 24. August 2007 i/S K. [U 497/06] Erw. 4.2). Der Unfall hatte beim Beschwerdeführer eine Bewusstlosigkeit bewirkt (UV-act. I/3, I/4, I/9, I/10). Eine besondere Eindrücklichkeit oder dramatische Begleitumstände sind nicht belegt, zumal das objektive Unfallgeschehen massgebend ist (vgl. die Kasuistik zu diesem Kriterium in Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die

Unfallversicherung, 3. A., S. 58-64, sowie Urteile des EVG vom 23. November 2004 i/S B., Erw. 2.3 [U 109/04] und vom 2. März 2005 i/S S., Erw. 5.1 [U 309/03]). Die nach dem Unfall bestehende Amnesie dürfte zudem zur Folge gehabt haben, dass der Beschwerdeführer das Unfallgeschehen nicht nachhaltig wahrnahm (vgl. Urteil des EVG vom 15. November 2004 [U 334/03] Erw. 3.2). Das erlittene Schädelhirntrauma mit Commotio cerebri, die unfallbedingten Frakturen und die Luxation im calcaneo-talaren Gelenk können nicht als leichte Verletzungen bezeichnet werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. August 2007 i/S N. [8C_101/2007] Erw. 5.2 und 5.3, und vom 21. Dezember 2007 i/S M. [U 558/06], Erw. 4.2.2, sowie Urteil des EVG vom 9. August 2004 i/S J. [U 116/04]). In der Gesamtschau lässt sich die Schwere bzw. Erheblichkeit der Verletzung insofern nicht Abrede stellen, als das hier in Frage stehenden Schädelhirntrauma schon für sich allein geeignet war, psychische Beschwerden im Sinn eines postcommotionellen Syndroms auszulösen (vgl. MSD-Manual, 6. Auflage, S. 1730 und 1733). Dieses Kriterium ist somit - wenn auch in nicht sehr ausgeprägter Form - als erfüllt zu erachten. Hinsichtlich der Länge der Behandlungsdauer ist festzuhalten, dass die ärztliche Behandlung rund zwei Jahre nach dem Unfall vom 13. Juli 1991 abgeschlossen wurde (UV-act. I/40, I/42). Im Nachgang zur Rückfallmeldung vom Mai 2005 bestätigte Kreisarzt Dr. D.____ am 1. Dezember 2006, dass sich die Situation im linken Fuss therapeutisch nicht mehr verbessern lasse (UV-act. II/74). Die versicherte Person hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung (Art. 10 Abs. 1 UVG) der Unfallfolgen für so lange, als von ihrer Fortsetzung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario). Aufgrund der dargelegten Umstände kann die Notwendigkeit einer eigentlichen Behandlung von somatischen Unfallfolgen jedenfalls über den 1. Dezember 2006 hinaus nicht bejaht werden. Die Behandlung dauerte somit nach dem Unfall rund zwei Jahre und - nach einem Intervall von 12 Jahren - zusätzlich rund eineinhalb Jahre. Wenn diese Behandlungszeiträume addiert werden, liesse sich eine lange Behandlungsdauer nicht ohne weiteres in Abrede stellen. Hingegen sind ein schwieriger Heilverlauf und erhebliche Komplikationen zu verneinen, zumal eine Arthrodesse nach einer Luxation des Sprunggelenks als Spätfolge nicht unüblich ist. Von einer ärztlichen Fehlbehandlung ist ebenfalls nicht auszugehen. Nach dem Unfall war der Beschwerdeführer ab April bzw. Mai 1992 und nach einem Unterbruch durch einen Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon ab Mai 1993 wieder voll arbeitsfähig (UV-act. I/23, I/30, I/40 S. 2). Dies blieb er bis zur Rückfallmeldung vom Mai 2005, wobei während der zwölf Jahre nach Lage der Akten keinerlei psychischen Beschwerden oder kognitive Einschränkungen bzw. für ein Schädelhirntrauma typische Beschwerden belegt sind (UV-act. II/100 S. 10-13 sowie II/115). Bei der in der Folge ab September 2005 bescheinigten vollen Arbeitsunfähigkeit als Bauarbeiter bildete - neben den Fussbeschwerden - auch die unfallfremde LWS-Problematik eine erhebliche Ursache (vgl. UV-act. II/15, II/37, II/55, II/57). Die Gutachter der Rehaklinik Bellikon gingen in der Folge davon aus, dass das psychiatrische Störungsbild die Arbeitsfähigkeit seit September 2005 (um 40%) reduziere (UV-act. II/100). Die Exploration lässt einem Gutachter immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, in: SAeZ 2004 S. 1050f). Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 175 Erw. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001 i/S P., [I 506/00]) ist es nicht angezeigt, eine

medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des EVG vom 13. März 2005 i/S G. [I 676/05] Erw. 2.4). Solche Gesichtspunkte sind hinsichtlich des vollständigen, schlüssigen und gut begründeten Gutachtens der Rehaklinik Bellikon nicht ersichtlich. Aus rein somatisch-unfallbedingter Sicht kam Kreisarzt Dr. I. ___ am 4. Oktober 2007 zum Schluss, dass eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit dem Beschwerdeführer vollschichtig zumutbar sei (UV-act. 109). Nachdem die Arbeitsunfähigkeit durch unfallfremde (LWS-)Probleme und bzw. ab September 2005 durch psychische Gegebenheiten beeinflusst war, kann eine lang dauernde (somatisch begründete) Arbeitsunfähigkeit im Sinn der Rechtsprechung (vgl. zusammenfassende Darstellung im Urteil des EVG vom 30. August 2001 [U 56/00] Erw. 3d) nicht als nachgewiesen gelten. In den nach dem Unfall erstellten medizinischen Akten werden die Fusschmerzen des Beschwerdeführers als belastungsabhängig geschildert (UV-act. I/40). Er selbst gibt zwar für den Zeitraum von 1993 bis 2005 (Rückfall) ebenfalls Beschwerden im linken Fuss an. Diese sind jedoch nicht anhand von medizinischen Akten dokumentiert und wurden im erwähnten Zeitraum offenbar auch nicht ärztlich behandelt. Im kreisärztlichen Bericht vom 7. November 2005 wurden belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen im Sprunggelenksbereich vermerkt (UV-act. II/15). Gegenüber den Gutachtern der Rehaklinik Bellikon gab der Beschwerdeführer an, die Hauptbeschwerdesymptomatik liege jetzt in den (unfallfremden) Rückenschmerzen. Wegen des Rückens müsse er zwei bis drei Mal pro Nacht aufstehen. Im linken Fuss habe er Schmerzen und könne ohne Gehstöcke nicht richtig laufen (vgl. UV-act. II/99 S. 6 oben und II/100 S. 7). Spätestens ab September 2006 war zudem die Beschwerdesymptomatik durch die psychischen Probleme beeinflusst (vgl. UV-act. I/57). Das Ausmass der (somatischen unfallbedingten) Dauerschmerzen im linken Fuss bleibt mangels entsprechender medizinischer Stellungnahmen unklar, wobei der Beschwerdeführer jedoch während immerhin rund einem Jahrzehnt im (strengen) Arbeitsprozess bestehen konnte. Damit lässt sich das erwähnte Kriterium gestützt auf die Aktenlage nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejahen. Wenn somit bezüglich des streitigen mittelschweren Unfalls nur zwei Adäquanzkriterien - in nicht sehr ausgeprägtem Umfang - zu bejahen sind, lässt es sich nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die adäquate Unfallkausalität der psychischen Beschwerden verneinte.

E. 5

5.1 Für die Rentenbemessung hat somit die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit, welche gemäss Beurteilung der Rehaklinik Bellikon mit 40% zu veranschlagen ist, ausser Betracht zu bleiben. Auszugehen ist von dem von Kreisarzt Dr. I. ___ gemäss Bericht vom 4. Oktober 2007 ermittelten Zumutbarkeitsprofil, wonach in Berücksichtigung der unfallkausalen Einschränkungen am linken Fuss dem Beschwerdeführer eine wechselbelastende Tätigkeit mit sitzendem Anteil von mindestens zwei Dritteln vollschichtig zumutbar ist, wobei das Gehen auf unebenem Gelände sowie Zwangshaltungen wie Knien und Kauern und Treppen- bzw. Leiternsteigen zu vermeiden sind (UV-act. II/109). 5.2 Das Valideneinkommen 2007 des Beschwerdeführers von Fr. 81'718.-- (UV-act. II/118) blieb als solches unbestritten und erscheint aufgrund der

Akten ausgewiesen. Die Beschwerdegegnerin legte das Invalideneinkommen gestützt auf DAP-Zahlen mit Fr. 53'797.-- fest. Im Hinblick auf die geforderte Repräsentativität der DAP-Profile und der daraus abgeleiteten Lohnangaben hat die Beschwerdegegnerin nach der Rechtsprechung, zusätzlich zur Auflage von mindestens fünf DAP-Blättern, Angaben zu machen über die Gesamtzahl der aufgrund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und den Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der dem jeweils verwendeten Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe. Im Beschwerdeverfahren ist es Sache des angerufenen Gerichts, die Rechtskonformität der DAP-Invaliditätsbemessung zu prüfen, gegebenenfalls die Sache an den Versicherer zurückzuweisen oder an Stelle des DAP-Lohnvergleichs einen Tabellenlohnvergleich gestützt auf die LSE vorzunehmen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 28. August 2003 i/S C. [U 35/00] Erw. 4.2.2). Konkret liegen die erforderlichen Angaben vor (UV-act. II/126). Die von der Beschwerdegegnerin ausgewählten DAP-Arbeitsplätze sind den behinderungsbedingten Einschränkungen des Beschwerdeführers angepasst, weshalb sie zu Recht als Grundlage für die Bemessung des Invalideneinkommens verwendet wurden. Im Rahmen des DAP-Systems sind leidensbedingte Abzüge grundsätzlich nicht sachgerecht und damit nicht zulässig (BGE 129 V 472 Erw. 4.2.3.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 26. Februar 2004 i/S H.M. [U 208/02]). Zum Vergleich kann das zumutbare Invalideneinkommen anhand der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik ermittelt und dabei auf Tabelle 1 (Privater Sektor) Niveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) abgestellt werden. Zugrunde zu legen wären - wie beim Valideneinkommen - die Zahlen des Jahres 2007. Der Beschwerdeführer ist zwar auf leichte Hilfsarbeiten beschränkt, aber er wäre in der Lage, seine Restarbeitsfähigkeit in vielen Branchen zu verwerten, sowohl im Sektor Produktion als auch im Sektor Dienstleistungen. Auszugehen ist deshalb vom allgemeinen Durchschnittslohn aller Branchen. Aus der LSE 2006 TA 1 Niveau 4 ist für Männer ein Monatssalär von Fr. 4'732.-- ersichtlich. Das hieraus errechnete Jahressalär von Fr. 56'784.-- basiert auf 40 Wochenstunden und ist auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit 2006, d.h. auf 41.6 Stunden, aufzurechnen, woraus sich ein Betrag von Fr. 59'055.-- ergibt. Im Jahr 2007 stiegen die Nominallöhne um 1.6%, woraus für dieses Jahr ein Betrag von Fr. 60'000.-- resultiert. Unter Berücksichtigung eines Leidensabzuges von 10% ergäbe sich ein solcher von Fr. 54'000.--. Auf den um rund 200.-- Franken tieferen DAP-Wert kann somit ohne weiteres abgestellt werden. Der von der Beschwerdegegnerin errechnete IV-Grad von 34% lässt sich unter diesen Gegebenheiten nicht beanstanden.

5.3 Hinsichtlich der Bemessung des der Rente zugrunde zu legenden versicherten Verdienstes ist festzuhalten, dass Art. 24 Abs. 2 UVV einzig allfällige Nachteile als Folge der Verzögerung in der Rentenfestsetzung ausgleichen will (BGE 127 V 173 Erw. 3b). Dagegen sollen die Versicherten nicht so gestellt werden, wie wenn sich der Unfall unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ereignet hätte (RKUV 1999 Nr. U 327 S. 112 Erw. 3d am Anfang). Nach der Rechtsprechung sprechen Sinn und Zweck des Art. 24 Abs. 2 UVV sowie die Taggeldordnung, aber auch Gründe der Praktikabilität dafür, bei mehr als fünf Jahre nach dem Unfall beginnenden Renten bei der Bemessung des versicherten Verdienstes auf die allgemeine statistische Nominallohnentwicklung im angestammten Tätigkeitsbereich und nicht auf die Lohnentwicklung beim konkreten Arbeitgeber abzustellen. In diesem Sinn präziserte das EVG im Urteil vom 19. September 2006 i/S B. [U 79/06], Erw. 4.2, seine Rechtsprechung.

5.4 Der Beschwerdeführer erzielte im Unfalljahr 1991 bei der A. ___ einen monatlichen Bruttolohn von Fr. 4'100.-- (13 x) bzw.

ein Jahresbetreffnis von Fr. 53'300.-- (UV-act. I/1). Da die Rente erst ab April 2008 läuft, ist der vorerwähnte Jahreslohn in Anwendung von Art. 24 Abs. 2 UVV an die Nominallohnentwicklung seit 1991 anzupassen, woraus ein Betrag von Fr. 68'572.-- resultiert (Anwendung der allgemeinen Indizes Männer 1991 [1619] und 1993 [1743] sowie der Indizes Baugewerbe 1993 [100] und 2008 [119.5] gemäss Schweizerischem Lohnindex/Landesindex der Konsumentenpreise des Bundesamtes für Statistik). Der von der Beschwerdegegnerin mit Fr. 68'028.-- errechnete versicherte Verdienst (UV-act. II/125) beruht offenbar für 2007 und 2008 auf anderen Indizes, auf welche hier nicht abzustellen ist. Zu den Einwänden des Beschwerdeführers ist festzuhalten, dass angesichts des Wortlauts von Art. 24 Abs. 2 UVV und des Zwecks dieser Bestimmung - Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung im angestammten Tätigkeitsbereich seit dem Unfall, nicht jedoch von Karriereschritten und Stellenwechseln - das im Zeitpunkt des Rückfalls (Mai 2005) effektiv erzielte Einkommen nicht Grundlage des versicherten Verdienstes bilden kann. So soll die versicherte Person durch die Anwendung von Art. 24 Abs. 2 UVV wie erwähnt nicht so gestellt werden, wie wenn sich der Unfall unmittelbar vor dem Zeitpunkt der Rentenfestsetzung ereignet hätte (Urteil des EVG [U 79/06] a.a.O., Erw. 4.2 mit Hinweisen). Eine rechtliche Grundlage, welche es erlauben würde, den versicherten Verdienst für die Rentenbemessung auf derselben Basis festzulegen wie das vor Rentenbeginn ausgerichtete Taggeld, lässt sich auch aus dem vorerwähnten Urteil U 79/06 (insbesondere Erw. 4.2.2) nicht ableiten. Der Gleichlauf von Taggeld- und Rentengrundlage (act. G 1 S. 9 unten) bzw. die Feststellung, dass Taggeld und Rente auf im Wesentlichen gleichen Bemessungsgrundlagen festgesetzt werden, zeigt lediglich die Regel auf, befasst sich jedoch nicht mit den dazugehörigen Ausnahmen. So können die versicherten Verdienste für Taggeld und für Rente unter anderem bei Anwendung von Art. 23 Abs. 7 UVV (Neubestimmung des massgebenden Lohns bei über dreimonatiger Heilbehandlung und mindestens 10%iger zwischenzeitlicher Lohnerhöhung) und lang zurückliegendem Unfallereignis sehr wohl auseinanderfallen. Der versicherte Verdienst ist damit auf Fr. 68'572.-- festzusetzen.

E. 6

Der Beschwerdeführer lässt beantragen, es sei ihm eine höhere Integritätsentschädigung als aufgrund einer Integritätseinbusse von 15% zuzusprechen. - Kreisarzt Dr. I.____ legte in der Beurteilung des Integritätsschadens vom 17. Oktober 2007 dar, die neu durchgeführten Röntgenbilder würden eine vollständig konsolidierte USG-Arthrodeuse zeigen. Das OSG sei weitgehend unauffällig. Hier fänden sich keine wesentlichen arthrotischen Veränderungen. Ebenso im Bereich des Chopart- und Lisfranc-Gelenkes. Insofern könne gemäss Feinrastertabelle 5.2 der Integritätsschaden für eine USG-Arthrodeuse ohne weitere Anpassungen somatisch strukturell übernommen werden. Für das obere Sprunggelenk seien keine weiteren Anpassungen notwendig, da das Röntgen keine zusätzliche Arthrose zeige. Insofern sei für die Fussverletzung eine Integritätsentschädigung von 15% gerechtfertigt (UV-act. II/110). Die unfallfremden Rückenbeschwerden und psychischen Einschränkungen vermögen eine durch die Beschwerdegegnerin zu entschädigende Integritätseinbusse nicht zu begründen. Es muss deshalb bei der Einschätzung von Dr. I.____ sein Bewenden haben.

E. 7

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde in dem Sinn teilweise gutzuheissen, dass der versicherte Verdienst auf Fr. 68'572.-- festgelegt wird; der

angefochtene Einspracheentscheid ist in diesem Punkt aufzuheben. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind nicht zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Angesichts des Obsiegens (in geringem Umfang) besteht Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Es rechtfertigt sich, diese auf pauschal Fr. 1'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinn teilweise gutgeheissen, dass der der Unfallrente zugrundeliegende versicherte Verdienst auf Fr. 68'572.-- festgelegt wird. Der Einspracheentscheid vom 17. September 2008 wird in diesem Punkt aufgehoben. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit Fr. 1'000.-- zu entschädigen.

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