

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/20 vom 18. Januar 2011

Sg Versicherungsgericht, 2011-01-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2010_20

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/20 du 18 janvier 2011

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/20 del 18 gennaio 2011

Regeste

Art. 6 und 18 UVG: Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden nach Arbeitsunfall. Prüfung des Rentenanspruchs (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Januar 2011, UV 2010/20).

Erwägungen

E. 1

Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer als Folge des Unfalls vom 29. Januar 2002 Rentenleistungen auszurichten hat oder nicht. Dabei stellt sich vorab die Frage der Unfallkausalität der beim Beschwerdeführer bestehenden gesundheitlichen (insbesondere neuropsychologischen und psychischen) Probleme. Unbestritten ist das Bestehen von unfallkausalen organischen Restfolgen im Bereich der Wirbelsäule und des rechten Knies, wofür auch eine Integritätsentschädigung zur Ausrichtung kam. Gemäss ständiger Praxis des Bundesgerichts (bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) kann ein nach einem versicherten Unfall neu aufgetretenes Leiden nur dann als dessen Folge betrachtet werden, wenn und soweit es sicher oder doch zumindest überwiegend wahrscheinlich von jenem Unfall herrührt (natürliche Kausalität; BGE 115 V 133 sowie 117 V 359 und 134 V 109). Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung des Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1 und 118 V 289 Erw. 1b je mit Hinweisen). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Fragen nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beurteilen (BGE 123 III 110 Erw. 3a). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb, 123 V 102 Erw. 3b, 118 V 291 Erw. 3a, 117 V 365 Erw. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild

einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgen 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 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).

E. 2

2.1 Beim Beschwerdeführer wurden im Nachgang zum Unfall vom 29. Januar 2002 operative und therapeutische Massnahmen ambulant oder stationär durchgeführt (vgl. UV-act. 10, 13, 15). Seit dem 1. Mai 2002 war er wieder zu 50 % und ab 1. August 2002 zu 100 % arbeitsfähig geschrieben (UV-act. 16, 21, 25 S. 2). Am 24. April 2003 verfügte die Invalidenversicherung die Übernahme der Kosten einer Ausbildung zum PC-Supporter und dipl. Kaufmann (UV-act. 30). Am 28. April 2003 berichtete der Hausarzt Dr. med. B.____, Arzt für Allgemeine Medizin, vom Rücken her bestünden keine Probleme und im rechten Knie bestehe praktisch Beschwerdefreiheit. Die Physiotherapie sei abgeschlossen (UV-act. 31, 35). Nach Abschluss der kaufmännischen Umschulung war der Beschwerdeführer im Jahr 2004 einige Monate bei der C.____ als technischer Sachbearbeiter tätig (UV-act. 37, Beilagen zu UV-act. 54, UV-act. 63 S. 2 [persönliche Anamnese]). In der Folge bezog er ALV-Taggelder (vgl. Beilagen zu UV-act. 58). Die Invalidenversicherung erachtete ihn als rentenausschliessend eingegliedert (UV-act. 55). Wegen anhaltender Kniebeschwerden war im Oktober 2004 eine Knieoperation vorgenommen worden (UV-act. 41, 51). Dr. B.____ berichtete am 12. Januar 2005 über eine persistierende Knie-Instabilität rechts und eine psychosoziale Verwahrlosung des Beschwerdeführers ab Frühling 2004 mit euphorischer/dysphorischer Stimmungslage und Konzentrationsmangel. Bezüglich der psychischen Situation sei er zu 100 % arbeitsunfähig (UV-act. 59). Eine psychodiagnostische Untersuchung in der psychiatrischen Klinik Wil ergab gemäss Bericht vom 24. Februar 2005, dass die kognitive Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zur Zeit als durchschnittlich bis gut bezeichnet werden könne. Insgesamt liege die Leistung bei den untersuchten kognitiven Funktionen im Normbereich. Leicht reduzierte Leistungen seien nur beim verbalen Arbeitsgedächtnis, beim Abruf aus dem nonverbalen Gedächtnis und bei der Reaktionsgeschwindigkeit auf einfache visuelle Reize zu finden. Stark ausgeprägte Defizite seien hingegen bei keiner der untersuchten Funktionen zu finden. Dem Untersucher hatte der Beschwerdeführer unter anderem angegeben, er kiffe "ab und zu" bzw. "ein- bis zweimal pro Tag". Das aktiviere und inspiriere ihn. Zweimal habe er auch Kokain ausprobiert, was er als "recht cool" erlebt habe (Beilage zu UV-act. 77). Von Seiten des Psychiatrischen Zentrums Wil wurde am 18. März 2005 berichtet, es würden sich deutliche Hinweise für eine psychotische Störung zeigen, welche sich erstmalig nach dem Unfall manifestiert hätten und im Oktober 2004 ein weiteres Mal akut geworden seien (UV-act. 63). Am 13. April 2005 erklärte der Beschwerdeführer dem Suva-Mitarbeiter unter anderem (UV-act. 64 S. 2), bei teils sitzender, stehender und gehender Tätigkeit könne er unfallbedingt wieder eine normale volle Leistung erbringen. Seit der Kündigung beim letzten Arbeitgeber und gehaltenen Differenzen sowie der anschliessenden

Arbeitslosigkeit und finanziellen Problemen seien bei ihm psychische Probleme ausgelöst worden. Dazu seien noch Probleme mit der Freundin und andere Dinge gekommen. Am 4. August 2005 gab der Beschwerdeführer bekannt, er stehe weiterhin in psychiatrischer Behandlung. Er werde ab 1. September 2005 als PC-Supporter bei zwei verschiedenen Firmen tätig sein. Unfallbedingt könne weiterhin von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (UV-act. 66; vgl. auch Arbeitgeberfragebogen in UV-act. 77). Am 26. September 2006 berichtete Dr. B.____ über einen ausgeprägten Konzentrationsmangel und psychische Labilität des Beschwerdeführers mit verminderter Disziplin. Es bestehe im Umfang von ca. 50 % eine verminderte Leistungsfähigkeit. Zumutbar seien alle Tätigkeiten, die ihn geistig und psychisch nicht allzu stark belasten würden und wo er genügend Erholungsphasen habe. Die jetzige Anstellung bei seinem Bruder sei im Prinzip ideal. Dort arbeite er ganztags, könne sich aber die Arbeit nach Belieben einteilen. Eine definitive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei aus seiner Warte nicht möglich. Eine Beantwortung dieser Frage sei von psychiatrischer Seite zu erwarten (Beilage zu UV-act. 77). Die Ärzte des Ambulatoriums für Sozialpsychiatrie Wil hatten am 30. August 2006 ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma nach Unfall mit zweiwöchigem Koma, Polytrauma, Mittelgesichtsfrakturen und Durchgangssyndrom bescheinigt. Sie verwiesen auf die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung vom Februar 2005 und hielten unter anderem fest, aufgrund der belastenden Familienanamnese mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sei eine erhöhte Disposition für eine psychotische Symptomatik sicherlich gegeben. Die Kriterien für eine Schizophrenie seien bislang jedoch nicht erfüllt worden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt bestehe eine Einschränkung von 30-50 % unabhängig von der Art der Tätigkeit. Die Einschränkungen würden sich bei der Arbeit in der Priorisierung von Aufgaben sowie dem Einhalten von Zeitstrukturen und dem Bedarf nach häufigeren Pausen und Regenerationszeiten zeigen (Beilage zu UV-act. 77).

2.2 Suva-Ärztin Dr. med. D.____, Fachärztin für Neurologie FMH, kam in der neurologischen Beurteilung vom 6. Mai 2008 zum Schluss, dass sich der Beschwerdeführer beim Unfall vom 29. Januar 2002 eine leichte Hirnverletzung (MTBI = mild traumatic brain injury) zugezogen habe, die ausgeheilt sei. Bei fehlendem Nachweis struktureller Hirnläsionen und unauffälligem neuropsychologischem und neurologischem Befund liege auf neurologischem Fachgebiet mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Unfallfolge mehr vor (UV-act. 100). Im Medas-Gutachten vom 28. Mai 2008 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein neurasthenisches Syndrom mit Erschöpftheit, Konzentrationsstörungen, vermindertem geistigem Leistungsvermögen, Gedächtnisstörungen und Status nach reaktiver depressiver Episode sowie ein Status nach Polytrauma am 29. Januar 2002 aufgeführt. Als Nebendiagnose wurde unter anderem eine nicht näher bezeichnete Psychose im Sinn eines Durchgangssyndroms nach zweiwöchiger Narkose vermerkt. Die Gutachter kamen unter anderem zum Schluss, aus der Sicht des Bewegungsapparates sei im weiteren Verlauf eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % im Rahmen einer adaptierten Tätigkeit möglich. Aufgrund von leichten kognitiven Funktionsstörungen bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 20-30 % in geistig komplexen Tätigkeiten. Unter Betrachtung der leichten kognitiven Funktionseinbussen habe der Beschwerdeführer bei der Wiedereingliederung über das zumutbare Mass hinaus gearbeitet und sich langfristig überfordert. Hierbei sei es zu einer Verdrängung psychosozialer und emotionaler Probleme mit massiv langdauernden Anpassungsstörungen gekommen. Eine neurotische Störung mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gemäss den Förster'schen Kriterien mit Flucht in die Krankheit, erfolgloser Rehabilitation und erheblicher

neuropsychologischer Leistungsverminderung bei Überlagerung eventueller hirnorganischer Ausfälle mit sekundär reaktiv-depressiver Leistungshemmung führe zu einer Arbeitsunfähigkeit von 50 %. In der aktuellen Tätigkeit als PC-/LAN-Supporter und bei anderer Tätigkeit bescheinigten die Gutachter unter Betrachtung neuropsychologischer und psychiatrischer Aspekte eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Der Beginn der Invalidisierung sei ab Oktober 2004 mit Beginn der psychischen Weitererkrankung zu sehen. Aus orthopädischer Sicht werde ein Muskelaufbau der paravertebralen Muskulatur zur Stärkung der Sitz- und Stehfähigkeit empfohlen. Die laufende psychiatrische Behandlung sei dringend fortzusetzen (UV-act. 101b). Am 17. Juli 2008 bescheinigte Dr. B.____, dass aus der Knieverletzung keine Arbeitsunfähigkeit resultierte (UV-act. 103). Am 27. Januar 2009 erstattete Suva-Arzt Prof. Dr. med. E.____, Facharzt FMH orthopädische Chirurgie, den Bericht betreffend die ärztliche Abschlussuntersuchung vom 10. Oktober 2008 (UV-act. 112). Den Integritätsschaden schätzte Prof. E.____ im Bericht vom 30. Januar 2009 aufgrund der posttraumatischen Folgen an Wirbelsäule und Kniegelenk auf 20 % (UV-act. 121).

E. 3

3.1 Von organisch-strukturell objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 9, 117 V 359 Erw. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 Erw. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 Erw. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008 i/S H.B.-G. [8C_124/2008] mit vielen Hinweisen, sowie vom 7. Februar 2008 i/S D. [U 13/07] Erw. 3.2 und 3.3). Zur Begründung ihrer Schlussfolgerung, wonach auf neurologischem Fachgebiet überwiegend wahrscheinlich keine Unfallfolge mehr vorliege, hielt Dr. D.____ unter anderem fest, die Diagnose einer MTBI beruhe auf den Angaben einer kurzzeitigen Bewusstlosigkeit, dem GCS 14 bei Eintreffen der Rega und den nachgewiesenen Verletzungen des Gesichtsschädels. Neurologische Symptome seien im weiteren Verlauf nicht dokumentiert worden, die MTBI sei ausgeheilt. Die Angaben über den Beginn psychischer Auffälligkeiten seien unterschiedlich. Der behandelnde Psychiater berichte über drei Jahre nach dem Unfall zum Teil über Symptome seit der Kindheit, andererseits beschreibe er einen direkten Bezug zum Unfallereignis, da der Beschwerdeführer nach dem Unfall psychotische Symptome gehabt habe. Von Dr. B.____ werde im Januar 2005 erstmalig indirekt über psychische Auffälligkeiten berichtet. In der Beurteilung vom August 2006 gehe der Psychiater von einem zweiwöchigen Koma nach dem Unfall aus. Dies widerspreche der echtzeitlichen Dokumentation, in welcher bereits bei Eintreffen der Rega am Unfallort ein GCS von 14 beschrieben werde. Für das vom Psychiater postulierte organische Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma fänden sich in der echtzeitlichen Dokumentation keine Hinweise. Eine organische Genese sei auch aufgrund der unauffälligen neuropsychologischen Untersuchung und dem unauffälligen MRI nicht anzunehmen. Zu beachten bleibe die positive Familienanamnese für psychische Erkrankungen sowie die Angabe des Beschwerdeführers, dass er seit 1994 weitestgehend täglich Cannabis konsumiere (UV-act. 100). Diese Ausführungen überzeugen insofern, als sie mit den im Recht liegenden, zuvor ergangenen Berichten in Einklang stehen bzw. durch sie bestätigt werden und schlüssig begründet sind. Eine abweichende Schlussfolgerung ergibt sich auch nicht gestützt auf die Darlegungen im neuropsychologischen Konsiliargutachten der Medas vom 17. März 2008. Dort wurde (auf S. 6) unter anderem festgehalten, ursächlich bleibe aus

neuropsychologischer Sicht unklar, ob es sich um leichte neuropsychologische Funktionsstörungen im Rahmen eines leichten Schädelhirntraumas handle, ob es sich um die Verstärkung von vorbestehenden Schwierigkeiten oder ob es sich um Schwierigkeiten handle, die aufgrund von Anpassungsstörungen im psychischen Bereich entstanden seien und im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung gewertet werden müssten. Hinweise für eine vorbestehende psychiatrische Erkrankung im Sinne eines ADS ergäben sich aus neuropsychologischer Sicht nicht. Auffällig sei einzig der im frühen Alter zum Teil regelmässige Haschischkonsum. Ansonsten würden sich in der Vorgeschichte Hinweise ergeben, dass das sprach-episodische Lernen und Gedächtnis nie eine Stärke des Beschwerdeführers gewesen seien und starke Anforderungen bis zur chronischen Überforderung beinhalten würden (UV-act. 101c Beilage). Die Konsiliar-Neuropsychologin stellte somit mehrere mögliche bzw. gleich wahrscheinliche Ursachen nebeneinander. Wenn die Medas-Gutachter im Gesamtgutachten dennoch festhielten, seit dem Unfall vom 29. Januar 2002 bestünden anhaltende Leistungseinschränkungen, welche am ehesten im Rahmen einer organischen Hirnschädigung zu werten seien (Medas-Gutachten S. 29), so setzten sie sich damit zum einen in Widerspruch zur einleuchtenden Beurteilung der Konsiliar-Neuropsychologin, ohne dies zu begründen. Der Konsiliar-Psychiater, dem die Frage, ob eine unfallbedingte organische Hirnschädigung bestehe, ebenfalls vorgelegt wurde, verwies hierzu seinerseits auf die neurologische/neuro-psychologische Beurteilung bzw. die Untersuchung durch die Neuropsychologin vom 13. März 2008 (richtig: 12. März 2008; UV-act. 101c Beilagen). Sogar im Medas-Gutachten selbst ist sodann (auf S. 16) vermerkt, dass eine Hirnbeteiligung vom Beschwerdeführer und seinen Angehörigen postuliert werde. Eine solche sei bis jetzt in den Dokumenten weder mit bildgebenden Verfahren noch mit kognitiven Screeningtests oder von der klinischen Symptomatik her belegt (UV-act. 101b). In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass ein MRI des Neurocraniums vom 5. März 2008 keinen Nachweis auf eine intracranielle Pathologie, insbesondere keine Hämosiderinablagerungen nach stattgehabten Blutungen ergab (UV-act. 119), und eine cranio-cerebrale Kernspintomographie vom 2. April 2008 ein altersentsprechend normales Schädel-MR zeigte (UV-act. 98). Von daher lässt sich der Nachweis eines hirnorganischen Schadens offensichtlich nicht führen. Weitere Abklärungen, wie sie vom Beschwerdeführer eventualiter verlangt werden (act. G 1 S. 6), vermöchten hier überwiegend wahrscheinlich zu keinem anderen (für den Beschwerdeführer günstigeren) Resultat zu führen. Auf die erwähnte Schlussfolgerung im Medas-Gutachten kann somit mangels Begründung nicht abgestellt werden. Dies umso weniger, als konkrete weitere Anhaltspunkte für eine unzutreffende Würdigung hinsichtlich der Frage der Unfallkausalität der neuropsychologischen Beschwerden im Bericht von Dr. D. ___ nicht ersichtlich und auch nicht geltend gemacht werden.

3.2 Ist ein Schleudertrauma der HWS oder eine äquivalente Verletzung (vorliegend: Status nach leichter traumatischer Hirnverletzung) diagnostiziert und liegt - bezogen auf diese Diagnose - kein fassbarer organischer (unfallbedingter) Befund vor, muss für die Bejahung der natürlichen Kausalität ein typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. gegeben sein (BGE 117 V 359 Erw. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 Erw. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 Erw. 9). Angesichts der geschilderten Aktenlage ist in der Zeit nach dem Unfall vom 29. Januar 2002 insofern nicht vom Auftreten eines typischen Beschwerdebilds mit einer Häufung von Beschwerden

auszugehen, als Konzentrations- und Gedächtnisstörungen und psychische Probleme erstmals im Hausarztbericht vom 12. Januar 2005 (UV-act. 59) - und damit mit einer über zweijährigen Latenzzeit - erwähnt wurden. Ärztlicherseits wurde sodann bei - allerdings höchstens kurzzeitiger - unfallbedingter Bewusstseinsbeeinträchtigung/Amnesie (vgl. UV-act. 2) und äusserlich sichtbarer Kopfverletzung (Mittelgesichtsfrakturen) von Dr. D.____ eine leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI) bestätigt (vgl. dazu auch S. Johannes/R. Schaumann-von Stosch, Grundlegende Aspekte der leichten traumatischen Hirnverletzung, Medizinische Mitteilungen der SUVA Nr. 78 [2007], 74ff). Die Beschwerdegegnerin ging im Resultat von einer Unfalleinwirkung aus, indem sie ihre Leistungspflicht anerkannte. 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 diffusem 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). - Aufgrund der in Erw. 2 und 3.1 dargelegten einschlägigen medizinischen Akten ist von einer Beeinflussung der kognitiven Funktionen beim Beschwerdeführer sowohl durch vorbestehende Defizite als auch durch den psychischen Befund auszugehen, womit die neuropsychologischen Einschränkungen eine vielschichtige Ursache aufweisen (vgl. dazu insbesondere den bereits mehrfach erwähnten Bericht der Konsiliar-Neuropsychologin Dr. phil F.____, S. 6, sowie denjenigen des psychiatrischen Konsiliargutachters Dr. med. G.____, S. 8 unten; UV-act. 101c Beilagen). Damit können neuropsychologische Unfall-Restfolgen im Sinn eines selbständigen, klar abgrenzbaren Befunds nicht als nachgewiesen gelten. Neuropsychologische Einschränkungen - wie auch diejenigen psychischer Art - können hingegen Teil des typischen Beschwerdebilds nach leichtem Schädelhirn-Trauma bilden, wobei konkret allerdings sowohl die psychischen als auch die neuropsychologischen Einschränkungen wie erwähnt erst mit über zweijähriger Latenzzeit nach dem Unfall zu Tage traten bzw. Erwähnung fanden (UV-act. 59). Der Konsiliar-Psychiater Dr. G.____ hielt diesbezüglich fest, die leichte kognitive Funktionsstörung könne ursächlich nicht definitiv geklärt werden. Der Beschwerdeführer habe mit der darauf zurückzuführenden verminderten Leistungsfähigkeit bei der Wiedereingliederung über das zumutbare Mass hinaus gearbeitet und sich langfristig überfordert. Er habe seine psychosozialen und emotionalen Probleme verdrängt und sei so in eine massive längerdauernde Anpassungsstörung geraten. Die neuropsychologischen Ausfälle und die körperliche Müdigkeit seien in diesem Rahmen erklärbar (UV-act. 101c Beilage, S. 8 unten). Angesichts dieses Umstandes erscheint nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegt, dass das Unfallereignis vom 29. Januar 2002 eine natürlich-kausale (Teil-)Ursache der fortbestehenden neuropsychologischen (Konzentrations- und Gedächtnisprobleme) und psychischen Beschwerden bildet. Allein der Umstand, dass sich bei der Wiedereingliederung psychosoziale/emotionale Probleme

zeigten, vermag deren Unfallkausalität noch nicht zu belegen. Aber selbst wenn eine natürliche Kausalität gegeben wäre, müsste - wie sich aus den nachstehenden Erwägungen ergeben wird - die Adäquanz des Kausalzusammenhangs verneint werden (vgl. BGE 135 V 465 Erw. 5.1 mit Hinweisen). In diesem Sinn erübrigt sich auch eine weitere Abklärung des medizinischen Sachverhalts (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 20. März 2008 i/S P. [8C_217/2008], E. 7.3). Ob die Adäquanzprüfung angesichts dieser Fakten nach der Schleudertrauma- oder der Psycho-Praxis durchzuführen wäre, kann ebenfalls offen bleiben, da die Adäquanz auch nach der für den Beschwerdeführer günstigeren Schleudertrauma-Praxis (vgl. dazu SVR 2010 UV Nr. 3 S. 11; Urteil des Bundesgerichts vom 18. September 2009 i/S G. [8C_283/2009]) zu verneinen ist, wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen werden.

3.3 Gestützt auf das Medas-Gutachten (UV-act. 101b S. 28) ist davon auszugehen, dass Mitte 2008 keine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit mit der Aussicht auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr vorlag und die (orthopädischen und psychiatrischen) Therapien - bei mittelfristig lediglich möglich erscheinender Verbesserung der Arbeitsfähigkeit - im Wesentlichen zur Aufrechterhaltung der bestehenden teilweisen Arbeitsfähigkeit und des Gesundheitszustandes vorgeschlagen wurden. Die Beschwerdegegnerin nahm somit zu Recht den Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) - als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung (BGE 134 V 109) - an. Das Vorliegen eines Schädel-Hirntraumas, worunter sämtliche Hirnfunktionsstörungen mit oder ohne morphologisch fassbare Schädigung des Gehirns und seiner Hüllen, einschliesslich Gehirnschädel und Kopfschwarte subsumiert werden (Trentz/Bühren, Checkliste Traumatologie, Stuttgart/New York 2001, S. 122 ff.), rechtfertigt die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis nur, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen Commotio und Contusio cerebri liegt. Leichte Hirnerschütterungen hingegen reichen hierfür nicht aus (Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] i/S K. vom 6. Mai 2003 [U 6/03]). Die Schwere eines Schädel-Hirntraumas wird üblicherweise nach dem Punktwert in der Glasgow-Coma-Skala (GCS) eingeteilt. In dieser Skala erhält der Patient für bestimmte Reaktionen (wie Augenöffnen, Reaktion auf Schmerzreize und sprachliche Äusserungen) eine Anzahl von Punkten, welche zum Schluss addiert werden. Der schlechteste Wert beträgt 3, der beste 15. Von einem leichten Schädel-Hirntrauma spricht man bei einem GCS-Wert von 13 bis 15 (mittelschwer: 9 bis 13, schwer: 3 bis 8; vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 260. Aufl., Berlin/New York 2004, zu "Bewusstseinsstörung"; Trentz/Bühren, a.a.O., S. 123; Urteil des EVG vom 13. Juni 2005 i/S S. [U 276/04] Erw. 2.2.1). Vorliegend ist nach Lage der Akten wie erwähnt von einer leichten traumatischen Hirnverletzung auszugehen, womit sich die Anwendung der so genannten Schleudertraumapraxis rechtfertigt. Die Adäquanz beurteilt sich damit nach Massgabe der in BGE 117 V 359 Erw. 6 entwickelten und in BGE 134 V 109 Erw. 10 präzisierten Kriterien. Dabei ist auf eine Differenzierung zwischen psychischen und physischen Komponenten zu verzichten, fehlt es doch nach Lage der Akten an einer eindeutigen Dominanz psychischer Probleme (vgl. BGE 123 V 98 Erw. 2a).

E. 4

4.1 Der in Frage stehende Unfall - der Beschwerdeführer befand sich auf einem frei stehenden, mit Eisenträgern und Rohren beladenen schweren Metallgestell, als dieses auf ihn zukippte und ihn, nachdem er nach unten gesprungen war, unter sich begrub (vgl. act. G 1 S. 3; UV-act. 17, 101b S. 3, 147 S. 2) - kann nicht als ein ausserordentlich schweres,

lebensbedrohliches Geschehen im Sinn der Praxis (dargestellt in RKUV 1995, 91) eingestuft werden (vgl. auch Urteil des EVG vom 13. Juni 2005 [U 276/04] Erw. 2.3). Die Unterscheidung zwischen mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen und solchen im mittleren Bereich ist insofern von Bedeutung, als bei Unfällen im mittelschweren Bereich nach der Praxis mehrere Zusatzkriterien erfüllt sein müssen, um die Adäquanz bejahen zu können, wobei die Zahl um so geringer sein kann, je näher das Ereignis bei den schweren Unfällen liegt (vgl. dazu BGE 115 V 133 Erw. 6c/bb). Es scheint konkret gerechtfertigt, mit den Parteien (act. G 1 S. 4) von einem mittelschweren Unfall auszugehen, allerdings nicht im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen (vgl. dazu etwa den Sachverhalt im Urteil des EVG vom 24. August 2007 i/S K. [U 497/06] Erw. 4.2). Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs ist somit zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise vorliegt oder die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (BGE 117 V 359 Erw. 6b). Auch wenn dem Vorfall eine gewisse Dramatik eigen war, kann von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindringlichkeit des Unfalls nicht gesprochen werden. Die unfallbedingten somatischen/körperlichen Gesundheitsschäden waren zweifellos erheblich (vgl. UV-act. 2), so dass diesbezüglich von einer schweren Verletzung ausgegangen werden kann. Hingegen sind eine besondere Schwere der für Schädelhirn-Traumen typischen Beschwerden oder besondere Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können, nicht ersichtlich.

4.2 Was das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.2.3) betrifft, ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 29. Januar 2002 mit initialer Behandlung in der medizinischen Intensivstation und anschliessender konservativer Therapie eine sechswöchige Therapie in der Klinik Valens absolvierte. Unter regelmässiger Physiotherapie wurde in der Folge relativ rasch eine Besserung der Beschwerden des Bewegungsapparates erreicht und die Therapie gut ein Jahr nach Unfall abgeschlossen. Erst nach Verlust des Arbeitsplatzes im April 2004 mit Misserfolgen bei der Arbeitssuche und psychosozialer Verwahrlosung nahm der Beschwerdeführer eine psychiatrische Gesprächstherapie auf, welche seither regelmässig durchgeführt wurde (vgl. UV-act. 25, 31, 35, 59, 101b S. 3f und S. 5-7). In Anbetracht dieser Aktenlage kann eine fortgesetzt spezifische, den Beschwerdeführer belastende ärztliche Behandlung im Sinn der Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2008 i/S S. [8C_331/2007], Erw. 4.2.3) nicht als belegt gelten; dies umso weniger, als angesichts der langen Latenzzeit nach dem Unfall auch die natürliche Unfallkausalität der psychischen Beschwerden zumindest erheblich in Frage gestellt ist. Adäquanzrelevant können im Weiteren in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.4). Der Beschwerdeführer leidet gemäss den anamnestischen Angaben im Medas-Gutachten nach langem Stehen oder Sitzen auf harten Stühlen an Schmerzen in der LWS, wobei diese bei regelmässigem Wechsel der Körperposition meist erträglich seien. Ca. dreimal pro Woche komme es zu stärkeren Schmerzen, welche ohne medikamentöse Therapie sich rasch regredient zeigen würden. Im Weiteren werden anhaltende Konzentrationsstörungen mit Gedächtnisproblemen und rascher Ermüdung angegeben (UV-act. 101b S. 4). Bezüglich der letzteren kann jedoch wie dargelegt (Erw. 3.1, 3.2) wegen der über zweijährigen Latenzzeit nach dem Unfall eine

natürliche Unfallkausalität nicht überwiegend wahrscheinlich als belegt gelten. Sodann kann der Beschwerdeführer weiterhin soziale Kontakte pflegen (vgl. psychiatrisches Konsiliargutachten S. 2; UV-act. 101c Beilage). Damit lässt sich das Kriterium der ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden erheblichen Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejahen. Im Weiteren können ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen angesichts der medizinischen Aktenlage (Erw. 2 und 3.1) nicht angenommen werden. Dieses Kriterium ist deshalb nicht erfüllt. Ebenso wenig steht eine die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung zur Diskussion. 4.3 Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsfähigkeit anbelangt, ist gemäss BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7 dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS und leichten Schädelhirntraumen ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7). - Nachdem Dr. B.____ im Nachgang zum Unfall eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte, bescheinigte er ab 1. August 2002 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (UV-act. 23). Nach Abschluss der - wegen der Rücken- und Knieprobleme erforderlich gewordenen - kaufmännischen Umschulung im Jahr 2004 und anschliessender Tätigkeit bei der C.____ (UV-act. 37, Beilagen zu UV-act. 54, UV-act. 63 S. 2 [persönliche Anamnese]) bezog der Beschwerdeführer ALV-Taggelder (vgl. Beilagen zu UV-act. 58). Dr. B.____ bescheinigte hierauf am 12. Januar 2005 mit Hinweis auf eine psychosoziale Verwahrlosung des Beschwerdeführers ab Frühling 2004 mit euphorischer/dysphorischer Stimmungslage und Konzentrationsmangel eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der psychischen Situation (UV-act. 59). Die Medas-Gutachter erachteten aus der Sicht des Bewegungsapparates (Orthopädie) eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % in einer adaptierten Tätigkeit als möglich. Aufgrund der leichten kognitiven Funktionsstörungen (Konzentration, Gedächtnis) bescheinigten sie aus neuropsychologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 20-30 % in geistig komplexen Tätigkeiten. Unter Berücksichtigung neuropsychologischer und psychiatrischer Aspekte bestätigten sie eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (UV-act. 101b). Wie dargelegt (Erw. 3.1, 3.2) lässt sich die neuropsychologisch und psychiatrisch begründete Einschränkung angesichts ihres um über zwei Jahre verzögerten Auftretens nicht überwiegend wahrscheinlich natürlich kausal mit dem Unfall vom 29. Januar 2002 in Verbindung bringen. Aber selbst wenn eine solche natürliche Kausalität zu bejahen und als Folge davon das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz Anstrengungen als gegeben zu erachten wäre, könnte dem Unfall vom 29. Januar 2002 - bei höchstens zwei erfüllten Kriterien - keine adäquanzrechtlich massgebende Bedeutung für die andauernden neuropsychologischen und psychischen Beschwerden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen werden.

5.1 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Entscheid (Erw. 10) die rechtlichen Voraussetzungen der Rentenbemessung zutreffend dar; hierauf ist zu verweisen. Prof. E.____ kam im Bericht der ärztlichen Abschlussuntersuchung vom 27. Januar 2009 zum Schluss, dass aus orthopädisch-traumatologischer Sicht Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit infolge der Wirbelsäulenverletzung und auch der initialen arthrotischen Entwicklung am rechten Kniegelenk bestünden. Der jetzige Arbeitsplatz, an dem er auch im Stehen arbeiten bzw. häufiger die Arbeitspositionen wechseln könne, trage an sich seinen Beschwerden Rechnung. Die Einschränkung auf 50 %ige Arbeitsfähigkeit sei nicht rein aufgrund traumatischer Folgen am Bewegungsapparat zu erklären, sondern habe insbesondere in einer verminderten Belastbarkeit neurovegetativer Art ihre Ursache. Die Akten der Medas, in Sonderheit der Befund des Psychiaters, würden über diese wesentlichen Komponenten entscheidende Auskunft geben. Rein somatisch gesehen bestehe beim Beschwerdeführer eine fast 100 %ige Arbeitsfähigkeit: Insofern als häufiger Pausen eingelegt werden müssten, das Geh- und Stehvermögen etwas eingeschränkt sei, dürfte dieser Ansatz bei 80 bis 90 % liegen (UV-act. 112). Die Schlussfolgerung von Prof. E.____ weicht hinsichtlich der (unfallkausalen) orthopädischen Situation und hieraus resultierender Leistungsfähigkeit insofern vom Medas-Gutachten ab, als diese den Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht in der Arbeitsfähigkeit (in der damals ausgeübten Tätigkeit als PC-Supporter und in anderer adaptierter Tätigkeit) als nicht eingeschränkt erachteten (UV-act. 101b S. 28; UV-act. 101c [orthopädisches Konsiliargutachten] S. 4). Seine Begründung überzeugt insofern nicht, als bei einer aus orthopädischer Sicht adaptierten Tätigkeit keine erhöhte Pausenbedürftigkeit resultiert und das eingeschränkte Geh- und Stehvermögen durch die Möglichkeit einer Wechselbelastung - eine solche dürfte insbesondere bei der aktuellen Tätigkeit des Beschwerdeführers als PC-Supporter gegeben sein - ausgeglichen wird. Auch der Beschwerdeführer selbst geht von Seiten der orthopädischen Umstände von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit aus (act. G 1 S. 4 unten). Im Übrigen verwies Prof. E.____ zur Begründung seines Standpunktes auf das Medas-Gutachten. Daher ist nachstehend unter alleiniger Beachtung von (adäquat-kausalen) Unfallfolgen von einer uneingeschränkten Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen.

5.2 Der Beschwerdeführer erhielt im Unfallzeitpunkt bei der A.____ - der Betrieb existiert nicht mehr (vgl. Handelsregister) - einen Jahreslohn von Fr. 57'200.-- (Fr. 4'400.-- x 13; UV-act. 1). Unter Berücksichtigung der zwischenzeitlichen Nominallohnentwicklung (Index 2002: 2'047; Index 2009: 2'266) würde als Valideneinkommen ein Betrag von Fr. 63'320.-- resultieren. Die Invalidenversicherung errechnete demgegenüber ein Valideneinkommen von Fr. 73'703.--. Hierbei stützte sie sich auf Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin in einem Arbeitgeberfragebogen vom 5. Juni 2002, wonach der Beschwerdeführer als Gesunder in der Tätigkeit als CNC-Spezialist einen Lohn von Fr. 67'600.-- hätte erzielen können. Diesen Betrag rechnete die IV auf die Nominallohnverhältnisse des Jahres 2009 auf, woraus sich das erwähnte Betreffnis ergab (vgl. UV-act. 146). Die Frage, ob der Beschwerdeführer tatsächlich diesen höheren Lohn hätte erzielen können, kann - wie sich nachstehend ergeben wird - offenbleiben. Die aktuelle Arbeitgeberin des Beschwerdeführers gab am 9. Juli 2009 bekannt, dass der Beschwerdeführer bei einem Pensum von 50 % als PC-Supporter einen Lohn von Fr. 36'790.-- pro Jahr (Fr. 2'830.-- x 13) erziele. Bei einer Vollzeittätigkeit ohne Einschränkungen würde er einen Jahreslohn von Fr. 74'100.-- erhalten (UV-act. 133). Diese Auskünfte sind klar und eindeutig, so dass sich diesbezüglich keine weiteren Abklärungen (vgl. act. G 1 S. 6) aufdrängen. Ein Vergleich mit dem Bruttolohn im Bereich Informatik

gemäss Tabelle TA 1 2008 der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik, Anforderungsniveau 3 (Berufs- und Fachkenntnisse vorausgesetzt), zeigt im Übrigen, dass dieser mit einem Betrag von Fr. 75'000.-- (Fr. 6'250.-- x 12) bzw. Fr. 76'575.-- (nach Nominallohnanpassung 2009) auf einem ähnlichem Niveau wie das erwähnte Vollzeit-Salär bei der aktuellen Arbeitgeberin liegt. Ein Anlass für einen Leidensabzug beim Invalideneinkommen liegt nicht vor, nachdem der Beschwerdeführer aus unfallkausalen Gründen auf dem in Betracht kommenden Arbeitsmarkt in einer geeigneten Tätigkeit nicht eingeschränkt wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. Oktober 2010 i/S T. [8C_536/2010] Erw. 2.5). Die Gegenüberstellung des (höheren) Valideneinkommens gemäss IV-Verfügung von Fr. 73'703.-- und des Invalideneinkommens von Fr. 74'100.-- ergäbe keinen Invaliditätsgrad von mindestens 10 % (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Bei dieser Aktenlage lehnte die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch zu Recht ab.

E. 6

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 10. Februar 2010 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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