

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2002.00031 vom 24. Juli 2003

ZH Sozialversicherungsgericht, 2003-07-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2002.00031

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2002.00031 du 24 juillet 2003

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2002.00031 del 24 luglio 2003

Erwägungen

E. 1

Der Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2001 sei aufzuheben.

E. 2

Die Beschwerdegegnerin habe für das Unfallereignis vom 19. Juni 1993 die gesetzlichen Leistungen nach UVG über den 2. Juni 1995 hinaus zu entrichten.

E. 3

Die Beschwerdegegnerin habe Taggelder bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 2. Juni 1995 bis am 16. Mai 1999 zu entrichten sowie die bei dahin angefallenen Heil- und Pflegekosten zu übernehmen.

E. 3.9

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

4.

4.1???? Nach dem Unfall vom 19. Juni 1993 wurde der Versicherte erstmals am 20. Juni 1993 von Dr. med. C.____, Allgemeine Medizin, behandelt, welcher in seinem Zeugnis vom 20. Juni 1993 zu Händen der Polizei ausföhrte (Urk. 10/140a):

? Herr P.____ ist angeblich am 19.3.93 von einem fremden Mann umgestossen und auf den Rücken geschleudert worden. Er klagt über sehr starke Rückenschmerzen und mittelstarke Kopfschmerzen und Hüftschmerzen rechts. Befund: Kontusion (Prellung am Hinterkopf, Prellung und Schörfung mit Bluterguss im Bereich der Brustwirbelsäule, Prellung an der rechten Hüfte). Die Verletzungen sind mittelschwer und bedingen ca. 10 Tage Arbeitsunfähigkeit.?

4.2???? In seinem späteren Zeugnis vom 16. Februar 1998 erwöhnnte Dr. C.____, dass der Versicherte am 20. Juni 1993 (richtig: 19. Juni 1993) ausgerutscht und auf den Rücken gefallen sei und diagnostizierte eine Kontusion im Bereich der Brustwirbelsäule und der rechten Hüfte. Es bestönden keine äusseren Verletzungszeichen und insbesondere keine ossören Lösionen (Urk. 10/M58).

4.3???? Dr. med. D.____, Spezialarzt f?r physikalische Medizin FMH speziell Rheumaerkrankungen, welcher den Versicherten erstmals am 2. August 1993 behandelte, diagnostizierte ein posttraumatisches Thoracovertebralsyndrom bei diskret vorbestehenden Bandscheibenver?nderungen und stellte fest, dass der Versicherte angeblich seit Jahren unter gelegentlichen R?ckenschmerzen leide (Urk. 10/M1).

4.4???? Dr. med. E.____, Spezialarzt f?r R?ntgendiagnostik speziell Neuroradiologie, stellte im Magnetresonanztomographie-(MRI-)Bericht vom 15. Oktober 1993 einen altersentsprechenden normalen MRI-Befund der Brustwirbels?ule (nachfolgend: BWS), normale Wirbelk?rper, eine normale Foramina, einen normalen Spinalkanal sowie eine unauff?lliges Myelon fest. Eine Discushernie liege nicht vor. Hingegen best?nden leichte degenerative Ver?nderungen an den Bandscheiben im Sinne von Chondrosen (Urk. 10/M4).

4.5???? Dr. med. F.____, Leitender Arzt des medizinischen Zentrums im Park, stellte im Bericht vom 3. November 1993 ein massives thorakospondylogenes Syndrom ohne radiologisches Korrelat fest (Urk. 10/M5 R?ckseite).?

4.6???? Dr. D.____ stellte in seinem Bericht vom 20. Juni 1994 fest, dass der Versicherte fr?her unter gelegentlichen R?ckenschmerzen gelitten habe, welche jedoch jeweils nach einer physiotherapeutischen, chiropraktischen oder medikament?sen Behandlung wieder verschwanden. Nach dem Unfall vom 19. Juni 1993 sei es zu einer Persistenz der R?ckenschmerzen gekommen. Radiologisch sei zudem eine Osteoporose festzustellen (Urk. 10/M11).

4.7???? Dr. med. G.____, Spezialarzt FMH f?r orthop?dische Chirurgie, erw?hnte in seinem Gutachten vom 13. Dezember 1994, dass neurologisch unauff?llige symmetrische Befunde vorl?gen. Es sei auch keine Zunahme der Osteoporose festzustellen. Hingegen bestehe eine Druckdolenz im Bereich des Dornfortsatzes BWK 7, welche durch den Unfall vom 19. Juni 1993 verursacht worden sei. Von einer weiteren ?rztlichen Behandlung sei kaum eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten. Ein Integrit?tschaden bestehe nicht (Urk. 10/M20).

4.8???? Dr. H.____, Oberarzt, Klinik Balgrist, stellte im Computertomographie-(CT-) Bericht vom 8. August 1995 fest, dass die computertomographische Untersuchung der BWS vom 7. August 1995 eine leichte Costovertebral-Arthrose Th6/7 links sowie eine diskrete marginale Spondylose Th8 bis Th10 bei im ?brigen nicht pathologischen oss?ren Strukturen der mittleren BWS ergeben habe (Urk. 10/M50).?

4.9???? Dr. med. I.____, Assistenzarzt Neurologie, erw?hnte im Bericht der Schulthess Klinik vom 5. September 1995, dass eine CT der BWS (vom 7. August 1995) eine leichte Costovertebral-Arthrose Th6/7 links und ansonsten unauff?llige oss?re Strukturen ergeben habe. Vorgesehen sei eine probatorische diagnostisch-therapeutische Infiltration costo-transversal loco dolenti mit Steroiden (Urk. 10/M25).

4.10?? Dr. D.____ stellte im Bericht vom 13. September 1994 eine offensichtliche Diskrepanz zwischen den objektivierbaren Befunden und den seit einem Jahr subjektiv beklagten Beschwerden mit Therapieresistenz fest (Urk. 10/M16 R?ckseite).

4.11?? Im Bericht vom 26. September 1995 f?hrte Dr. I.____ aus, dass der Versicherte auf die durchgef?hrten costo-transversalen Infiltrationen ungen?gend angesprochen habe, weshalb von einem operativen Vorgehen abzuraten sei. Eine alternative Behandlungsm?glichkeit bestehe nicht (Urk. 10/M29).

4.12?? Im CT-Bericht vom 17. M?rz 1997 der Klinik Hirslanden, Z?rich, stellte Dr. med. J.____, Spezialarzt FMH f?r Radiologie fest, dass eine am 13. M?rz 1997 durchgef?hrte computertomographische Untersuchung der Brustwirbels?ule nur geringf?gige und weitgehend gleichm?ssige degenerative Ver?nderungen der mittleren und unteren BWS ergeben habe. Es sei keine klar identifizierbare Ursache f?r die im Bereich des achten Brustwirbelk?rpers lokalisierten Schmerzen zu finden (Urk. 10/M53).

4.13?? Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. R.____, Spezialarzt f?r Orthop?dische Chirurgie, stellte in seinem Bericht vom 22. April 1997 auf Grund der Akten fest, dass die Behandlung der Unfallfolgen auf Ende 1994 zu terminieren sei. Bei den ab Januar 1995 weiterbestehenden Beschwerden handle es sich nicht mehr um Folgen des Unfalles vom 19. Juni 1993. Ein unfallbedingter Integrit?tschaden sei nicht ausgewiesen (Urk. 10/M33).

4.14?? Prof. Dr. med. L.____, Chefarzt Neurologie, erw?hnte im Bericht der Schulthess Klinik vom 20. M?rz 1997, dass die durchgef?hrte D?nnschicht-Computertomographie (vom 13. M?rz 1997) keine eindeutige Costo-Transversalarthrose ergeben habe. Gem?ss dem Versicherten habe die Infiltration der Costo-Vertebralgelenke zu einer zumindest vor?bergehenden Besserung gef?hrt (Urk. 10/M54).

4.15?? Prof. Dr. L.____ f?hrte in seinem Bericht vom 26. Mai 1997 aus, dass der Versicherte sehr gut auf zwei Infiltrationen mit Bupivacain und Kenacort in der H?he von Th6 bis 9 angesprochen habe. Da die Schmerzen signifikant abgenommen h?tten und er erstmals einen schmerzfreien Zustand erlebt habe, habe sich der Versicherte f?r eine Operation entschlossen. Es sei eine dorsale Spondylodese Th5 bis Th10 vorgesehen. Hingegen sei eine Behandlung der im Bereich Th6/7 und Th7/8 vorhandenen kleinen Diskusprotrusionen vorerst nicht vorgesehen (Urk. 10/M55).?

4.16?? PD Dr. med. I.____, mittlerweile Chefarzt Abteilung Wirbels?ule, f?hrte im Operationsbericht der Schulthess Klinik vom 3. Juli 1997 aus, dass er gleichentags beim Versicherten eine dorsale Rippenk?pfchenresektion T7-T10 links und Spondylodese T6-T10 durchgef?hrt habe (Urk. 10/M37).

4.17?? PD Dr. I.____ erw?hnte im Bericht vom 3. September 1998 eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes. Der Versicherte leide zwar weiterhin gelegentlich an linksseitigen Schulter- und Armbeschwerden, jedoch seien die pr?operativ vorhanden gewesenen massiven stechenden Beschwerden nach dem Eingriff (vom 3. Juli 1997) nicht mehr aufgetreten (Urk. 10/M42).

4.18?? In seinem Bericht vom 8. Januar 1998 erw?hnte Prof. Dr. L.____, dass der Versicherte viel von der durchgef?hrten Operation profitiert habe, und dass ein grosser Teil der Beschwerden dadurch verschwunden seien. Der Versicherte beklage jedoch weiterhin Schmerzen im Bereich der Operationsnarbe bei sichtbarer Atrophie der paravertebralen Muskulatur. Insofern sei die Problematik weiterhin unklar (Urk. 10/M60).

4.20?? Prof. Dr. med. K.____, Orthop?dische Chirurgie FMH, stellte in seinem Gutachten vom 23. September 1998 folgende Diagnosen (Urk. 10/M62 S. 11):

? ? Status nach Lungentuberkulose

? Axiale Hiatushernie

? Leichte Hypercholesterin?mie

? Orthostase-Syndrom

? Psoriasis

? Zustand nach Kontusion der Brustwirbels?ule und der rechten H?fte im Juni 1993

? Varicosis?.

????????? Obwohl aus den Akten hervorgehe, dass der Versicherte bereits vor dem Unfall vom 19. Juni 1993 unter R?ckenschmerzen gelitten habe, seien die aktuellen Beschwerden mit l?ckenlosen Br?ckensymptomen auf diesen Unfall zur?ckzuf?hren. Die gegenw?rtigen Beschwerden seien in einer Stelle zu lokalisieren, welche operativ in der Arthrodeese fest eingebunden sei. Dass die Schmerzen innerhalb des nicht beweglichen stabil fusionierten Wirbels?ulenabschnittes auftreten, sei hingegen nicht nachzuvollziehen, umso mehr, als entz?ndliche oder andere Prozesse auszuschliessen seien. Damit seien die beklagten R?ckenschmerzen nach durchgef?hrter Spondylodese noch viel weniger erkl?rbar als vor dem operativen Eingriff. Prof. Dr. K. ___ f?hrte sodann aus (Urk. 10/M62 S. 9 f.):

? Es ist auch wenig wahrscheinlich, dass eine Kontusion der Wirbels?ule mittelthorakal, welche erst 14 Tage nach Unfall zur ersten ?rztlichen Konsultation gef?hrt hat, welche nie ein fassbares organisches Substrat in all den zahlreichen und umfassenden Abkl?rungen hat finden lassen, das Potential zu der hier vorliegenden, bis zur Spondylodese der Brustwirbels?ule f?hrenden Sch?digung in sich gehabt hat. Nachdem eine unfallbedingte pathologische, am Bewegungsapparat zu objektivierende Kausalit?tskette trotz intensiver Abkl?rungen nach wie vor nicht nachvollzogen werden kann, scheint mir die Wahrscheinlichkeit h?her, dass hier ein Geschehen vorliegt, welches sich im nicht somatischen Pers?nlichkeitsbereich des Versicherten abspielt und welches bis jetzt - ausgenommen die Hinweise auf eine Depression - noch nie abgekl?rt wurde. (...) Die psychogene Komponente erscheint mir gegen?ber den somatisch bedingten Unfallursachen heute ganz im Vordergrund zu stehen. (...)?

Die Beschwerden seien ?berwiegend auf eine psychogene Somatisierung zur?ckzuf?hren, welche einen unfallfremden Faktor darstelle. Die entsprechende psychische Disposition sei vorbestehend und sei durch den Unfall nicht richtunggebend verschlimmert worden (Urk. 10/M62 S. 12). Durch die Spondylodesierung der Wirbels?ule habe der Versicherte eine Integrit?tseinbusse erlitten, welche gem?ss Art. 24 UVG und Art. 36 der Verordnung ?ber die Unfallversicherung (UVV) auf 10 % zu veranschlagen sei (Urk. 10/M62 S. 10).

4.21?? Dr. med. M. ___, Spezialarzt FMH f?r Chirurgie und Orthop?die Orthop?dische Chirurgie, stellte in seinem Bericht vom 14. Januar 1999 auf Grund der Akten fest, dass die Chronifizierung des Beschwerdebildes eine psychosomatische Ursache habe, weshalb eine psychiatrisch-psychosomatische Begutachtung indiziert sei (Urk. 10/M64 S. 1). Ob die am 3. Juli 1997 durchgef?hrte Operation noch versicherte Unfallfolgen betreffe, k?nne erst nach Vorliegen eines psychiatrischen Gutachtens endg?ltig beurteilt werden, sei aus somatischer Sicht jedoch zu verneinen (Urk. 10/M64 S. 3).

4.22?? Prof. Dr. L. ___ erw?hnte in seinem Bericht vom 23. M?rz 1999, dass die ?rzte der Schulthess Klinik zur Stellung der Diagnose eines thoracolumbalen Schmerzsyndromes diagnostische Infiltrationen vorgenommen h?tten, und dass sie die Spondylodese erst nach einem g?nstigen Ansprechen des Versicherten darauf durchgef?hrt h?tten. Unfallfremde Faktoren seien keine ersichtlich (Urk. 10/M67).

4.23?? Die ?rzte der psychiatrischen Klinik U.____ diagnostizierten im (undatierten) Bericht zur psychiatrischen Untersuchung vom 26. M?rz 1999 (Urk. 10/M69 S. 3):

? ? Status nach Suizidversuch beiDD: Rezidivierender depressiver St?rung, gegenw?rtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD F33.21)L?ngerer depressiver Reaktion im Rahmen einer Anpassungsst?rung (ICD F43.21)

? Verdacht auf anhaltende, somatoforme Schmerzst?rung (ICD F45.4).?

Seit Durchf?hrung der Spondylodese im Jahre 1997 sei der Versicherte arbeitsunf?hig gewesen, weshalb sein Arbeitgeber das Arbeitsverh?ltnis mit ihm gek?ndigt habe. Die Arbeit habe im Leben des Versicherten eine derart zentrale Rolle gespielt, dass er sich selbst damit definiert habe. Deswegen habe der Verlust der Arbeitsstelle beim Versicherten nach einer langen Zeit der Arbeitsunf?higkeit und einem chronischen therapieresistenten Schmerzsyndrom zu einem Verlust des Selbstwertgef?hls gef?hrt. Der Versicherte habe geglaubt, seine Familie nicht mehr ern?hren zu k?nnen. Sein Leben sei ihm nicht mehr als lebenswert erschienen. Diese psychische Belastungssituation sei durch eine famili?re Konflikt- und Belastungssituation noch zus?tzlich verst?rkt worden, was schliesslich zum Suizidversuch vom 2. Februar 1999 gef?hrt habe (Urk. 10/M69 S. 2).?

4.24?? Im (undatierten) Austrittsbericht zur Hospitalisation vom 6. Februar bis 30. April 1999 diagnostizierten die ?rzte der psychiatrischen Klinik U.____, eine ?rezidivierende depressive St?rung mit Status nach Suizidversuch (ICD F33.21)? sowie ?eine anhaltende somatoforme Schmerzst?rung (ICD F45.4)? und erw?hnten, dass die Hospitalisation in ihrer Klinik eher unbefriedigend verlaufen sei. W?hrend der Hospitalisation habe sich der Versicherte jedoch vom seinem psychischen Zustandsbild her deutlich stabilisieren k?nnen. Eine Entflechtung der famili?ren Konflikt- und Belastungssituation sei hingegen nur ansatzweise erreicht worden (Urk. 10/M68).

4.25?? Dr. med. N.____, Spezialarzt FMH Chirurgie, Beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, stellte in seinem Bericht vom 12. Mai 1999 anhand der Akten fest, ?dass heute keine Folgen vorliegen, die mit Wahrscheinlichkeit oder mit ?berwiegender Wahrscheinlichkeit in einem nat?rlichen Kausalzusammenhang zum Unfall stehen. Vielmehr d?rfte es sich hier um eine somatoforme Schmerzst?rung handeln, die nicht unfallkausal begr?ndet ist? (Urk. 10/M70 S. 1). Bei der Rippenk?pfchenresektion und der Spondylodese handle es sich nicht um die Behandlung von Folgen des versicherten Unfalles (Urk. 10/M70 S. 2).

4.26?? Die ?rzte der Klinik T.____ diagnostizierten eine ?schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome mit Status nach Tabletten-Intoxikation in suizidaler Absicht im Februar 1999 (ICD-10 F32.2)?, eine ?anhaltende somatoforme Schmerzst?rung (ICD-10 F45.4)? sowie ?Anpassungsprobleme bei Ver?nderung der Lebensumst?nde (ICD-10 Z60.0)? (Urk. 10/M72 S. 1). Bei Klinikeintritt am 10. Mai 1999 habe der Versicherte antriebsvermindert, gedanken-, kraft- und freudlos gewirkt und habe sich in einer hoffnungslosen, deprimierten und ratlosen Grundstimmung befunden. Am 16. Mai 1999 habe er sich von einem Zug ?berrollen lassen und sei dabei verstorben (Urk. 10/M72 S. 2).

4.27?? Dr. med. O.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in seinem Gutachten vom 31. August 2000 das er im Auftrag der Beschwerdegegnerin erstellte, auf Grund der Akten die Diagnose einer fluktuierend verlaufenden chronischen Depression ohne psychotische Symptome (ICD 10 F33.21; Urk. 10/M76 S. 12). Die ab 1997 akzentuiert

aufgetretenen depressiven Zustände seien grundsätzlich als unfallkausal zu betrachten (Urk. 10/M76 S. 13 unten). Den entscheidenden Zeitraum (für die Verschlimmerung des psychischen Leidens und den nachfolgenden Suizid) stellten die Wochen und Monate vor dem operativen Eingriff vom 3. Juli 1997 dar. Der Versicherte habe unter einer traurigen, ärgerlichen und depressiven Gefühlslage gelitten, was sich schmerzverstärkend ausgewirkt habe. Spätestens seit Sommer 1997 sei eine depressive Störung manifest geworden. Zuvor habe bereits eine psychogen verstärkte Schmerzwahrnehmung wegen inadäquaten Umgangs mit den Schmerzen bestanden (Urk. 10/M76 S. 14). Die Beschwerden, welche unmittelbar vor der Rückenoperation vom Juli 1997 bestanden hätten, seien als unfallkausal anzusehen (Urk. 10/M76 S. 15). Nach der Operation vom Juli 1997 und der damit verbundenen Arbeitsunfähigkeit habe sich die latent schon vorhanden gewesene depressive Störung manifestiert. Eine sorgfältige präoperative psychosomatische Beurteilung hätte zweifellos zu schweren Bedenken bezüglich Operationserfolg geführt (Urk. 10/M76 S. 12).

4.28?? In seinem Bericht vom 4. Oktober 2000 setzte sich der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. Q.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, mit dem Gutachten von Dr. O.____ auseinander und erwähnte, dass vorliegend im Gegensatz zu Dr. O.____ eine somatoforme Schmerzstörung als primäre psychische Störung anzusehen sei (Urk. 10/M75 S. 1).

4.29?? Im Nachtrag vom 27. November 2000 zu seinem Gutachten vom 31. August 2000 stellte Dr. O.____ fest, dass das psychische Störungsbild vor dem operativen Eingriff vom Juli 1997 im Wesentlichen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung entsprochen habe. Im Zeitraum des operativen Eingriffes habe sich die depressive Störung gebildet (Urk. 10/M77 S. 2). Der operative Eingriff vom Juli 1997 habe depressionsauslösend oder zumindest depressionsverstärkend gewirkt. Der Verlauf der Depression sei alsdann durch den vom Versicherten als nutzlos empfundenen operativen Eingriff vom Juli 1997 nachhaltig ungünstig beeinflusst worden (Urk. 10/M77 S. 3).?

5.

5.1???? In Bezug auf die somatische Komponente des Gesundheitszustandes ist aus obenerwähnter medizinischer Aktenlage ersichtlich, dass der Versicherte bereits vor dem Unfall vom 19. Juni 1993 unter gelegentlichen Rückenschmerzen litt (Urk. 10/M1), dass die Rückenschmerzen des Versicherten nach dem fraglichen Unfall sich erheblich verstärkten und persistierten. Aufgrund der Akten kann eine Diskushernie als massgebliche Ursache der Rückenbeschwerden sodann ausgeschlossen werden (Urk. 10/M4). Hingegen hat als erstellt zu gelten, dass der Versicherte unter degenerativen Veränderungen im Bereich der BWS litt, wobei Dr. E.____ mittels MRI leichte degenerative Veränderungen an den Bandscheiben im Sinne von Chondrosen (Urk. 10/M4), Dr. H.____ mittels CT eine leichte Costovertebral-Arthrose Th6/7 links und eine diskrete marginale Spondylose Th8 bis Th10 bei im übrigen nicht pathologischen ossären Strukturen der mittleren BWS (Urk. 10/M50) und Dr. J.____ mittels CT geringfügige und weitgehend gleichmässige degenerative Veränderungen der mittleren und unteren BWS (Urk. 10/M53) feststellten. Prof. Dr. L.____ erkannte sodann, dass keine eindeutige Costo-Transversalarthrose vorliege (Urk. 10/M54). Die erwähnten medizinischen Beurteilungen stimmen somit jedenfalls insofern überein, als darin leichtere degenerative Veränderungen im Bereich der Brustwirbelsäule festgestellt wurden, worauf abzustellen ist.

5.2???? Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhanges reicht aus, dass der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (vgl. BGE 119 V 340, 117 V 360 Erw. 4b und 363 Erw. 5d/aa). Dabei genügt aus rechtlicher Sicht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 121 V 47 Erw. 2a und 208 Erw. 6b, je mit Hinweisen); ein strikter Beweis im medizinisch-wissenschaftlichen Sinn ist nicht zwingend erforderlich (BGE 117 V 379 Erw. 3e). Für den vom Unfallversicherer für alle Leistungsarten gleichermaßen zu erbringenden Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs ist der Nachweis unfallfremder Ursachen des Gesundheitsschadens nicht erforderlich. Entscheidend ist, ob die unfallbedingten Ursachen ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, EVG, in Sachen O. vom 31. August 2001, U 285/00, Erw. 5a). Mit Bezug auf somatische Unfallfolgen genügt für die Verneinung der natürlichen Teilkausalität grundsätzlich, dass sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine der vom Unfall her in Betracht fallenden körperlichen Beeinträchtigungen (mehr) durch objektive Befunde erklären lassen (Urteil des EVG in Sachen E. vom 19. Juli 2001, U 126/00, Erw. 4).

E. 4

Die(er) Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, eine Integritätsentschädigung bei einem Integritätsschaden von 45 % zu bezahlen.

E. 5

Die Beschwerdegegnerin habe der Beschwerdeführerin ab 17. Mai 1999 eine Hinterlassenenrente auszurichten.

E. 5.3

Während die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 9. April 1999 (Urk. 10/157 S. 5) davon ausging, dass der versicherte Unfall nicht mehr ursächlich sei für die nach dem 2. Juni 1995 weiterbestehende Schmerzsymptomatik im Rücken, stellte sie im Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2001 (Urk. 2 S. 5 oben) fest, der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 19. Juni 1963 und den weiterbestehenden (somatischen) Beschwerden sei ab Januar 1995 zu verneinen.

5.4???? In Bezug auf die Frage, ob der operative Eingriff vom 3. Juli 1997 weiterhin der Behandlung von Unfallfolgen diene, weichen die beteiligten Ärzte in ihren Beurteilungen teilweise erheblich voneinander ab. Während Prof. Dr. L.____ und PD Dr. I.____ eine Spondylodese der mittleren Brustwirbelsäule als indiziert erachteten (Urk. 10/M55, Urk. 10/M67), vertrat Dr. N.____ die Ansicht, dass es sich bei der dorsalen Rippenköpfchenresektion und der Spondylodese nicht um die Behandlung von Unfallfolgen handelte (Urk. 10/M70 S. 2). Prof. Dr. K.____ äusserte sich nicht direkt zur Frage der Unfallkausalität dieser Behandlung. Obwohl er feststellte, dass unfallfremde psychogene Faktoren überwiegend für die Schmerzsymptomatik verantwortlich seien (Urk. 10/M62 S. 12), begründete er diese Schlussfolgerung massgebend dadurch, dass es aus orthopädischer Sicht nicht nachvollziehbar sei, wie innerhalb eines stabil fusionierten und unbeweglichen Wirbelsäulenabschnittes die geklagten Schmerzen auftreten könnten (Urk. 10/M62 S. 9). Sodann hielt Prof. Dr. K.____ fest, dass der Versicherte auf Grund der Spondylodisierung eine Integritätseinbusse von 10 % erlitten habe (Urk. 10/M62). Daraus erhellt, dass Prof. Dr. K.____, welcher die vom Versicherten im versteiften Bereich der BWS angegebenen Beschwerden aus orthopädischer Sicht nicht nachvollziehen konnte, erst die nach dem operativen Eingriff vom 3. Juli 1997 im Sinne einer Spondylodese weiterbestehenden

Rückenbeschwerden als überwiegend psychogen und unfallfremd erachtete, nicht hingegen bereits die vor dem Eingriff vom 3. Juli 1997 bestandenen Beschwerden als überwiegend psychogen verstand. Darauf ist vorliegend abzustellen.

5.5???? Es ist sodann auf die Beurteilungen von Prof. Dr. L.____ vom 26. Mai 1997 (Urk. 10/M55) und vom 23. März 1999 (Urk. 10/M67) abzustellen, worin dieser darlegte, weshalb er eine Spondylodese der mittleren BWS als indiziert erachtete. Seine Beurteilung stützt Prof. Dr. L.____ auf radiologische und computertomographische Untersuchungsergebnisse und auf die Ergebnisse diagnostischer Infiltrationen. Gestützt auf diese Untersuchungen sowie in Absprache mit PD Dr. I.____ (Urk. 10/M55) hielt Prof. Dr. L.____ die Durchführung einer Spondylodese der mittleren BWS mit dorsaler Rippenkörperresektion für indiziert. Es ist Prof. Dr. L.____ auch insofern zu folgen, wenn dieser am 23. März 1999 (Urk. 10/M67) dafür hielt, dass es sich bei den somatischen Rückenbeschwerden, welche am 3. Juli 1997 operativ mittels Spondylodese behandelt wurden, um Unfallfolgen handelte. Denn obwohl feststeht, dass der Versicherte schon vor dem versicherten Unfall unter Rückenschmerzen litt, und davon auszugehen ist, dass die degenerativen Veränderungen im Bereich der BWS schon vorbestanden, hat zweifellos als erstellt zu gelten, dass die Rückenbeschwerden des Versicherten durch den Unfall vom 19. Juni 1993 erheblich verstärkt wurden und eine operative Behandlung dadurch notwendig wurde.

5.6???? Nicht abgestellt werden kann auf die Beurteilung durch Dr. N.____, welcher seine Ansicht, wonach die Spondylodese und Rippenkörperresektion nicht unfallbedingt indiziert gewesen seien, und wonach die Unfallkausalität bereits zum Zeitpunkt des Eingriffs vom 3. Juli 1997 nicht mehr bestanden habe (Urk. 10/M70 S. 2), nicht näher begründete. Des Weiteren kann diesbezüglich auch auf die Beurteilung durch Dr. M.____ nicht abgestellt werden. Denn dessen Beurteilung erscheint insofern als widersprüchlich, als er zwar die Unfallkausalität der Operation vom 3. Juli 1997 verneinte (Urk. 10/M64 S. 1), hingegen trotzdem festhielt, dass die Frage, ob ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Eingriff vom 3. Juli 1997 und dem versicherten Unfall bestehe, erst nach Vorliegen eines psychiatrischen Gutachtens endgültig zu beantworten sei (Urk. 10/M64 S. 3).

E. 5.7

Gestützt auf die Beurteilungen von Prof. Dr. K.____ und Prof. Dr. L.____ ist demnach davon auszugehen, dass das Rückenleiden des Versicherten bis zum Zeitpunkt des operativen Eingriffes vom 3. Juli 1997 überwiegend auf somatische Gründe zurückzuführen war, und dass der versicherte Unfall vom 19. Juni 1993 bis zu diesem Zeitpunkt für die Rückenbeschwerden des Versicherten zumindest eine Teilursache darstellte, was für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhanges genügt. Bis zu diesem Zeitpunkt ist jedenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Dahinfallen des natürlichen Kausalzusammenhanges der Unfallfolgen zu beweisen.

E. 6

6.1???? In Würdigung der die psychische Komponente des Beschwerdebildes betreffenden medizinischen Aktenlage fällt auf, dass die Ärzte der psychiatrischen Klinik U.____ eine rezidivierende depressive Stimmung mit Status nach Suizidversuch (Urk. 10/M68), die Ärzte der Klinik T.____ (Urk. 10/M72 S. 1) übereinstimmend mit Dr. Q.____ (Urk. 10/M74 S. 1) eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome mit Status nach Tabletten-Intoxikation, und Dr. O.____ eine fluktuierend verlaufende chronische Depression

ohne psychotische Symptome (Urk. 10/M76 S. 12) feststellten. Während die erstgenannten Ärzte übereinstimmend eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostizierten, stellte Dr. O.____ die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht. Dabei handle es sich jedoch lediglich um eine nosologische Formalität und keineswegs um einen Widerspruch in der Sache, da von depressiven Störungen bekannt sei, dass sie mit organisch nicht erklärbaren Schmerzempfindungen einhergehen (...) (Urk. 10/M76 S. 12).

6.2.2.2 Gemäss der Beurteilung durch die Ärzte der psychiatrischen Klinik U.____ sowie derjenigen der Ärzte der Klinik T.____ hat sich der psychische Gesundheitszustand des Versicherten nach der Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch die X.____ im Januar 1999 entscheidend verschlechtert. Gleichzeitig hat sich die familiäre Konflikt- und Belastungssituation akzentuiert. Dr. O.____ erwhnt sodann, dass der Versicherte anscheinend bereits einige Jahre vor der Kündigung der Arbeitsstelle im Januar 1999 wegen eines Konflikts mit seinen Vorgesetzten von seinem Arbeitgeber mit einem eigentlichen Arbeitsverbot belegt worden sei (Urk. 10/M76).

E. 6.3

Zusammenfassend hat auf Grund der medizinischen Akten daher als erstellt zu gelten, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Versicherten im Zeitraum des operativen Eingriffs im Jahr 1997 kontinuierlich verschlechterte. Bezüglich des Zeitpunktes, in dem angenommen werden kann, dass der Gesundheitszustand nicht mehr in massgebender Weise auf somatische Gründe, sondern weit überwiegend nur noch auf psychische Gründe zurückzuführen ist, ist auf die überzeugende Beurteilung durch Prof. Dr. K.____ abzustellen, wonach die vom Versicherten geklagten Rückenbeschwerden nach der am 3. Juli 1997 durchgeführten Spondylodese der mittleren BWS aus somatisch-medizinischer Sicht nicht mehr nachzuvollziehen seien. Gestützt darauf ist daher davon auszugehen, dass nach dem Eingriff vom 3. Juli 1997 und der Rekonvaleszenzzeit keine organisch fassbaren unfallbedingten Gesundheitsschädigungen mehr ausgewiesen sind, und dass die weiterbestehenden Beschwerden eindeutig psychogene Ursachen haben.

E. 7

7.1.1.1 Es ist im Folgenden gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa zu prüfen, ob zwischen dem schädigenden Ereignis und der nach dem 3. Juli 1997 überwiegend psychogenen Gesundheitsstörungen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Vorab zu prüfen ist im Hinblick auf die Adhärenzfrage (vgl. Erw. 3.2 - 3.7 vorstehend), die objektive Schwere des Unfallereignisses vom 19. Juni 2003.

7.1.1.2 In der Unfallmeldung der X.____ vom 3. August 1993 ist folgender Unfallhergang erwhnt (Urk. 10/1 Ziff. 6):

„Mein Hund Charly und ich wurden von sechs Schäferhunden angegriffen. Bei dem(n) Versuch, die Hunde abzuwehren wurde ich von einem Besitzer in die S.____ gestossen, wo ich mit dem Rücken auf einen Stein aufschlug.“

7.1.2.2 Im Polizeirapport der Kantonspolizei "____" vom 29. Juni 1993 ist folgende Beschreibung des Unfallherganges enthalten (Urk. 10/A1 S. 3):

„P.____ sah, wie die Hundehalter, die inzwischen ebenfalls eingetroffen waren, auf dem Fussweg der Rauferei zusahen und nichts unternahm. Da half er seinem Hund, indem er dem angreifenden Schäferhund einen Fusstritt in die Seite verpasste. Kaum hatte er dies getan, kam der signalisierte unbekannte Mann die Botschaft hinunter. P.____ wand sich ihm“

zu und stand mit dem Rücken zur S.____. Da stiess ihm der Unbekannte die Hand vor die Brust, sodass P.____ sein Gleichgewicht verlor und rückwärts in den S.____lauf, auf die vorstehenden Flusstreue fiel.?

7.1.3?? Das EVG hat in BGE 115 V 401 Erw. 11b ein Unfallereignis, bei dem die versicherte Person eine Treppe hinunterstürzte und anschliessend mit der Stirn an der Kante einer Stufe anschlug und sich dabei eine kleine Rissquetschwunde zuzog, als mittelschweren Unfall bezeichnet. In BGE 123 V 141 Erw. 3d hat es einen schweren Sturz auf den Rücken (lourde chute sur le dos?) und in BGE 115 V 144 Erw. 11a-b ein Unfallereignis, bei dem die versicherte Person beim Hinuntersteigen von einer Brüstung ausrutschte und mit dem Rücken auf einem Betonstück am Boden aufschlug, als mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert. Im Urteil vom 12. Oktober 2000 in Sachen B, U 96/00, Erw. 2c, hat das EVG sodann ein Unfallereignis, bei dem die versicherte Person auf nassem Boden ausrutschte und auf den Rücken stürzte, als Unfall im mittleren Bereich, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen, bezeichnet.

7.1.4?? Auf Grund der augenfälligen Geschehensabläufe und der Verletzungen, die sich der Versicherte dabei zuzog, kann der Unfall vom 19. Juni 1993 weder als leicht noch als schwer qualifiziert werden. Insbesondere fehlen Hinweise auf ein schweres lebensbedrohendes Geschehen (vgl. RKUV 1995 Nr. U 215 S. 91). In Anbetracht der Tatsache, dass sich der Unfall in unebenem und rutschigem Gelände an einem Flussufer ereignete, und dass der Versicherte dabei nicht auf den glatten Boden, sondern auf vorstehende Steine fiel, sowie auf Grund der dabei erlittenen Verletzungen (Kontusion an Hinterkopf und rechter Hüfte, Prellung und Schürfung mit Bluterguss im Bereich der Brustwirbelsäule; Urk. 10/140a) kann, entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (Urk. 9 S. 13), das versicherte Unfallereignis nicht als einfacher Sturz aus dem Stand qualifiziert werden. Der versicherte Unfall ist vielmehr der Kategorie der mittelschweren Unfälle, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen, zuzuordnen. Zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist daher erforderlich, dass ein einzelnes der nach der Rechtsprechung massgebenden unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, oder dass die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffälliger Weise erfüllt sind (BGE 115 V 141 Erw. 6c/bb). Diese Kriterien sind bei psychischer Fehlverarbeitung von Unfällen nur zu berücksichtigen, soweit sie somatisch bedingt sind (BGE 115 V 140, RKUV 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b).

7.2???? Der Unfall vom 19. Juni 1993 hat sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen im Sinne der Rechtsprechung ereignet, noch war er von besonderer Eindringlichkeit. Auch hat der Versicherte keine Verletzungen von besonderer Schwere und insbesondere keine Verletzungen erlitten, die erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

7.3???? Nicht als erfüllt gelten kann sodann das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Denn es ist davon auszugehen, dass der Versicherte bis zum Eingriff vom 3. Juli 1997 auf Grund von somatischen Unfallfolgen lediglich in der Zeit vom 3. August 1993 bis 2. Januar 1994 (Urk. 10/M30), vom 9. Juli bis 27. August 1994 (Urk. 10/M18-19, Urk. 10/80/6, Urk. 10/M13) sowie erneut ab dem 20. Juni 1997 (Urk. 10/M41, Urk. 10/M39, Urk. 10/M59a) arbeitsunfähig war. Die nach dem 3. Juli 1997 bestehende Arbeitsunfähigkeit war jedoch - mit Ausnahme der auf somatischen Gründen beruhenden Arbeitsunfähigkeit im Anschluss an den operativen Eingriff vom 3. Juli 1997 - überwiegend auf psychische Ursachen zurückzuführen und ist folglich bei der Adäquanzbeurteilung nicht

zu berücksichtigen.

7.4???? Des Gleichen ist vorliegend das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung nicht erfüllt. Denn die nach dem 3. Juli 1997 durchgeführte ärztliche Behandlung diente überwiegend der Behandlung des psychischen Leidens des Versicherten und ist deswegen nicht zu berücksichtigen.

7.5???? Von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die körperlichen Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, oder einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen kann nicht gesprochen werden.

7.6???? Auch wenn das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen zu bejahen wäre, was angesichts der offenkundigen psychischen Überlagerung zumindest als fraglich erscheint, wäre es nicht in besonders ausgeprägter Form vorhanden. Somit liegen die gemäss Rechtsprechung bei einem mittleren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen notwendigen objektiven Kriterien weder gehuft vor, noch ist eines davon besonders ausgeprägt (BGE 115 V 140 Erw. 6c). Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den nach dem 3. Juli 1997 weiterbestehenden überwiegend psychischen Beschwerden des Versicherten und dem versicherten Unfallereignis vom 19. Juni 1993 ist daher zu verneinen.

8.?????

8.1???? Da es somit am adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den nach dem 3. Juli 1997 überwiegend psychischen Beschwerden und dem versicherten Unfall fehlt, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 9. April 1999 und im Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2001 einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente verneinte.

8.2 Hingegen hat der Versicherte Anspruch auf Heilbehandlung und Taggeldleistungen bis 3. Juli 1997, sowie einen Anspruch auf Übernahme der Kosten für den operativen Eingriff vom 3. Juli 1997 und für die mit diesem Eingriff verbundene postoperative Hospitalisation und Nachbehandlung sowie für Taggeldleistungen für in der Folge dieses Eingriffes entstandene Arbeitsunfähigkeit. Diesbezüglich geht aus den Akten hervor, dass der Versicherte wegen des Eingriffs vom 3. Juli 1997 in der in der Schulthess Klinik vom 24. Juni bis 14. Juli 1997 sowie in der Klinik in Zurzach vom 14. bis 28. Juli 1997 hospitalisiert war (Urk. 10/M43) und anschliessend in der Schulthess Klinik nachbehandelt wurde (Urk. 10/M42). Aus dem Bericht von PD Dr. I.____ vom 3. September 1997 geht sodann hervor, dass aus somatischen Gründen eine postoperative Arbeitsunfähigkeit höchstens bis Ende September 1997 bestand (Urk. 10/M42).

8.3???? Streitig ist sodann die Frage, ob der Versicherte beziehungsweise seine Rechtsnachfolgerin Anspruch auf eine Integritätsentschädigung hat.

8.3.1?? Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).? Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens

mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3.

8.3.2?? Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich laut Art. 25 Abs. 1 UVG nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Die Integritätsentschädigung der Unfallversicherung unterscheidet sich daher von der privatrechtlichen Genugtuung, mit welcher der immaterielle Nachteil individuell unter Würdigung der besonderen Umstände bemessen wird. Es lassen sich im Gegensatz zur Bemessung der Genugtuungssumme im Zivilrecht (vgl. BGE 112 II 133 Erw. 2) ähnliche Unfallfolgen miteinander vergleichen und auf medizinischer Grundlage allgemein gültige Regeln zur Bemessung des Integritätsschadens aufstellen; spezielle Behinderungen der Betroffenen durch den Integritätsschaden bleiben dabei unberücksichtigt. Die Bemessung des Integritätsschadens hängt somit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalles ab; auch geht es bei ihr nicht um die Schätzung erlittener Unbill, sondern um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 Erw. 1, 113 V 221 Erw. 4b mit Hinweisen; RKUV 2001 Nr. U 445 S. 555 ff.).

8.3.3?? Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzlich anerkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 32 Erw. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 Prozent nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 Prozent des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

8.3.4?? Die Medizinische Abteilung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) hat in Weiterentwicklung der bundesrechtlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den Regelfall gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 Erw. 1c, 116 V 157 Erw. 3a).

8.4???? Gemäss der Beurteilung durch Prof. Dr. K. ___ hatte der Versicherte durch die Spondylodesierung der mittleren Brustwirbelsäule eine Integritätseinbusse von 10 % erlitten (Urk. 10/M62 S. 10). Dem kann gefolgt werden. Denn nach den in der Tabelle 7

(Integritätsschaden bei Wirbelsäulenerkrankungen) enthaltenen Richtlinien der medizinischen Abteilung der SUVA entspricht die Fraktur der Wirbelsäule, unter Einschluss einer Spondylodese, bei geringen körperlichen Dauerschmerzen und einer Funktionseinschränkung von 10 Grad einem Integritätsschaden von 5 % bis 10 %.

E. 9

Zusammenfassend steht fest, dass der Versicherte auch nach dem 2. Juni 1995, längstens jedoch bis Ende September 1997, Anspruch auf Taggeldleistungen und Heilbehandlung sowie auf eine einer Integritätseinbusse von 10 % entsprechende Integritätsentschädigung hat. Insofern ist die gegen den Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2001 erhobene Beschwerde gutzuheissen.

10.????

10.1 Insofern die Beschwerdeführerin beantragt, es sei ihr ab 17. Mai 1999 eine Hinterlassenenrente auszurichten, ist sie damit im vorliegenden Verfahren nicht zu hören. Denn im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung - Stellung genommen hat. Insofern bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 125 V 414 Erw. 1a, 119 Ib 36 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

10.2??? In der Verfügung vom 9. April 1999 (Urk. 10/157) hat die Beschwerdegegnerin nicht über die angebotenen Hinterlassenenleistungen befunden. Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2001 hingegen hat die Beschwerdegegnerin zum Suizid von +P.____ insofern Stellung genommen, als sie einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 19. Juni 1993 und der Selbsttötung verneinte und dann unter Punkt 2.10 "zusammenfassend" festhielt, dass der ehemalige Versicherte "nicht im Sinne von UVV Art. 48 gänzlich unfähig war, vernunftgemäss zu handeln".

Aus diesen unterschiedlichen Verlautbarungen der Beschwerdegegnerin ist der Schluss zu ziehen, dass sie - mangels sichtbarer Auseinandersetzung mit den relevanten Fragen, zum Beispiel der Versicherteneigenschaft im Zeitpunkt des Todes - betreffend allfälliger Hinterlassenenleistungen nicht verfährt hat. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zu überweisen, damit sie den Anspruch auf Hinterlassenenleistungen prüfe und darüber verführe.

11.???? Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht haben die Parteien auf Antrag nach Massgabe ihres Obsiegens Anspruch auf den vom Gericht festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. Dieser wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach dem Schwierigkeitsgrad des Prozesses bemessen.

Die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichten der teilweise obsiegenden Beschwerdeführerin eine um die Hälfte reduzierte Prozessentschädigung zu bezahlen, welche unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'100.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen ist.

Das Gericht erkennt:

1.????????? Soweit darauf einzutreten ist, wird die Beschwerde teilweise gutgeheissen, und es wird der angefochtene Einspracheentscheid der Winterthur Schweizerische Versicherungs-Gesellschaft vom 4. Dezember 2001 insofern aufgehoben, als der Anspruch auf eine Integrit?tsentsch?digung und auf weitere Leistungen bis Ende September 1997 verneint wurden.

Es wird festgestellt, dass die Beschwerdef?hrerin Anspruch hat auf eine Integrit?tsentsch?digung auf Grund einer Integrit?tseinbusse von 10 % und auf Heilbehandlung und Taggelder bis Ende September 1997.

2.????????? Die Sache wird nach Eintritt der Rechtskraft an die Beschwerdegegnerin ?berwiesen, damit diese den Anspruch der Beschwerdef?hrerin auf Witwenrente ?berpr?fe und dar?ber verf?ge.

3.????????? Das Verfahren ist kostenlos.

4.????????? Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdef?hrerin eine reduzierte Prozessentsch?digung von Fr. 2'100.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu bezahlen.

5. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Bruno H?fliger
- Rechtsanwalt Reto Zanotelli
- Bundesamt f?r Sozialversicherung

6.????????? Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgen?ssischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgen?ssischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begr?ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdef?hrenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugeh?rige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdef?hrende Person sie in H?nden hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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