

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00079 vom 11. Februar 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-02-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2004.00079

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00079 du 11 février 2005

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00079 del 11 febbraio 2005

Erwägungen

E. 3

3.1 Am 23. Juli 1993 stiess eine fehlrangierte Lokomotive gegen einen Postwagen, auf dem sich der Beschwerdeführer befand. Dieser stürzte zu Boden, auf den Kopf und die linke Körperhälfte (Urk. 9/3 Ziff. 2) und zog sich eine offene zertrümmerte Orbitadachfraktur rechts, eine Rissquetschwunde frontal rechts, eine Fraktur der 5. Rippe medioclavicular rechts und eine Kontusion des rechten Knies zu (Urk. 9/3 Ziff. 5). Bei der Orbita handelt es sich um die Augenhöhle (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, S. 1215).

In der Zusammenfassung der Krankengeschichte vom 19. August 1993 der Klinik für Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsspitals Z. (nachstehend: Universitätsklinik) wurde ausgeführt, durch das Fehlrangieren einer anderen Lok sei der Beschwerdeführer aus zirka 2-3 Metern Höhe von einem Postwagen gestossen worden und habe mit dem Kopf und der rechten Körperhälfte auf dem Boden aufgeschlagen (Urk. 9/3 S. 1 oben).

Im Rahmen einer neurologischen Begutachtung berichtete der Beschwerdeführer am 8. Mai 1995, er sei auf einem rangierenden Güterwagen gestanden, als dieser auf eine Weiche gefahren sei, und sei von der Plattform - aus einem guten Meter Höhe - auf den Boden gefallen (Urk. 9/25 S. 1 lit. A).

Laut seiner am 23. August 1996 abgegebenen Schilderung stürzte der Beschwerdeführer aus zirka einem Meter Höhe auf den Boden. Dabei fiel er auf die rechte Stirn und anschliessend noch auf die linke Körperseite (Urk. 9/43 = Urk. 8/3, je S. 1 oben).

Laut seiner Darstellung in der Rehaklinik B. im Januar 1999 und in der Beschwerde vom 7. April 2004 stürzte er aus zwei bis drei Metern Höhe von einem Postwagen (Urk. 8/80 S. 9 unten, Urk. 1 S. 2 Ziff. I.1).

3.2 Im Zeugnis vom 19. August 1993 der Universitätsklinik, wo der Beschwerdeführer behandelt und insbesondere die Orbitadachfraktur am 24. Juli 1993 operativ versorgt wurde, wurde zum Allgemeinzustand ausgeführt: Keine Anhaltspunkte für eine Commotio cerebri, respektive Bewusstlosigkeit, Erbrechen oder Bewusstlosigkeit; adäquate Reaktion im Sinne einer Glasgow Coma Scale 15 (Urk. 9/3 Ziff. 3). Der genannte Skalenwert wird als leichtes Schädel-Hirntrauma interpretiert (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, S. 603).

Im Rahmen einer neurologischen Begutachtung berichtete der Beschwerdeführer am 8. Mai 1995, im Moment sei er kurz bewusstlos gewesen, hatte

aber keine Amnesie. Anschliessend hätte er aber Kopfweh, Schlägigkeit und Schwindel gehabt (Urk. 9/25 S. 1 lit. A).

3.3 Laut Zeugnis der Universitätsklinik vom 15. Dezember 1993, wo der Beschwerdeführer 3-4 wöchentlich behandelt wurde (Schmerzmedikation; vgl. Urk. 9/9 Ziff. 3a und 3c), fand vom 28. bis 29. Oktober sowie vom 22. November bis 6. Dezember 1993 ein Arbeitsversuch mit 50 % statt (Urk. 9/9 Ziff. 5) und es wurde eine volle Arbeitsfähigkeit ab 7. Dezember 1993 attestiert (Urk. 9/9 Ziff. 4a).

Aus augenärztlicher Sicht wurde im Mai 1994 der Behandlungsabschluss festgehalten und eine volle Arbeitsfähigkeit festgestellt (Urk. 9/14-15).

Im Zwischenbericht der Universitätsklinik vom 3. Juni 1994 wurde die seit 7. Dezember 1993 bestehende volle Arbeitsfähigkeit bestätigt und festgehalten, es beständen weiterhin Kopfschmerzen (tendenziell besser) und der ophthalmologische Befund sei unauffällig (Urk. 9/16 Ziff. 2 und 4a). Es könnte die Entnahme des Osteosynthesematerials evaluiert werden (Urk. 9/16 Ziff. 5).

Im Bericht der Universitätsklinik vom 15. Februar 1995 wurde ausgeführt, es beständen subjektiv weiterhin einseitige Kopfschmerzen und eine Lichtempfindlichkeit am rechten Auge. Die Behandlung sei am 9. Dezember 1994 abgeschlossen worden. Seit 7. Dezember 1993 bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/19 Ziff. 2, 3d und 4a).

3.4 Anlässlich einer kreisärztlichen Untersuchung am 20. März 1995 berichtete der Beschwerdeführer, er habe seit Anfang 1995 gelegentlich Schwindelanfälle und seit relativ kurzer Zeit auch Beschwerden im Rücken (Urk. 9/22 S. 1).

Laut Angaben seiner Vorgesetzten vom 22. November 1995 und 12. Juli 1996 erwähnte der Beschwerdeführer gelegentlich Kopfschmerzen, arbeitete jedoch ganz normal im Rangierdienst und machte alle Touren ohne Einschränkungen (Urk. 9/37, Urk. 9/40).

Am 8. Mai 1995 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. C.____, Spezialarzt FMH für Neurologie, untersucht, der am 15. Mai 1995 der Beschwerdegegnerin sein Gutachten erstattete (Urk. 9/25). Dr. C.____ führte aus, die Orbitadachfraktur umfasse gemäss durchgeführter Computertomographie genau die Stelle, wo der Nervus supraorbitalis liege, und dort befinde sich auch das Osteosynthesematerial. Der Nerv sei einer ständigen Reizung unterworfen, was zu den geklagten Kopfschmerzen und den festgestellten Sensibilitätsstörungen führe. Vermutlich infolge der Kopfschmerzen und der dadurch verursachten vegetativen Destabilisierung komme es zu orthostatischen Beschwerden (Tümmel beim Aufrichten, kurze vagovasale Synkopen); eine symptomatische, vom Hirn ausgehende Ursache, speziell eine posttraumatische Epilepsie, sei nicht festzustellen. Ebenso gebe es keinen Hinweis für einen Zustand nach schwerer Commotio oder gar einer kontusionellen Hirnverletzung. Hingegen finde sich als Nebenbefund eine Pansinusitis (Urk. 9/25 S. 3 Mitte).

Therapeutisch riet Dr. C.____ zu einer kreislaufstabilisierenden Behandlung. Ausserdem sollte die Sinusitis behandelt sein. Sollte dies keine Besserung

bringen, so wäre die Frage nach der Entfernung des Osteosynthesematerials zu stellen (Urk. 9/25 S. 3 unten, S. 4 Ziff. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Ausnahme der Pansinusitis, die zwar mittelbar mit den Unfallfolgen zusammenhängen könnte, allenfalls aber auch ein krankhafter Nebenbefund sei, seien die Befunde und Beschwerden sicher unfallbedingt (Urk. 9/25 S. 4 Ziff. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer sei voll arbeitsfähig (Urk. 9/25 S. 4 Ziff. 5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Folge übernahm Dr. C.____ die Behandlung des Beschwerdeführers; in seinem Zwischenbericht vom 2. August 1995 nannte er als Diagnose ein posttraumatisches vasomotorisches Kopfweg (Urk. 9/30 Ziff. 1). Am 10. Oktober 1995 schloss er die Behandlung ab (Urk. 9/33).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 2. Oktober 1995 wurde der Beschwerdeführer erneut in der Sprechstunde der Universitätsklinik untersucht und es wurde ihm angeboten, das Osteosynthesematerial zu entfernen. Da eine vom Beschwerdeführer verlangte Garantie, dass damit seine Beschwerden gelindert würden, nicht habe abgegeben werden können, habe sich dieser gegen eine Operation ausgesprochen. Dies und der Umstand, dass der Beschwerdeführer bereits einen Sprechstundentermin im Juli verschoben habe (vgl. Urk. 9/35), spreche für einen eher geringen Leidensdruck, weshalb auf weitere Anreizungsversuche verzichtet worden sei (Urk. 9/31).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Bericht der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Universitätsospitals Z.____ vom 22. Juli 1996 (Urk. 9/41) wurde der Beschwerdeführer am 19. März 1996 untersucht, es wurden posttraumatische Spannungstyp-Kopfschmerzen diagnostiziert und eine medikamentöse Therapie eingeleitet. Zu einer im Mai vorgesehenen Kontrolle sei der Beschwerdeführer dann nicht erschienen (vgl. Urk. 9/29 unten), so dass sich die Wirksamkeit des Vorgehens nicht beurteilen lasse (Urk. 9/41 S. 2 oben).

3.5 Ä Ä Ä Ä Am 12. August 1996 erlitt der Beschwerdeführer einen weiteren Unfall: Bei einem Stossmanöver im Packwagen schlug er seinen Kopf an der Stirnwand stark an und verlor für kurze Zeit das Bewusstsein (Urk. 8/1 Ziff. 6). Gemäss telefonischer Auskunft von Dr. med. D.____, Allgemeine Medizin FMH, seit jedenfalls November 1995 Hausarzt des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 9/37 oben), erlitt der Beschwerdeführer an der gleichen Stelle wie 1993 eine Rissquetschwunde, die genäht werden musste, und die bereits vor dem Unfall vorhandenen Kopf- und Schwindelbeschwerden seien aktiviert worden (Urk. 8/4 Ä oben). Gemäss der Darstellung in einem im Mai 1997 erstatteten Gutachten schlug sich der Beschwerdeführer den Kopf an einem Eisenbahnwagen an, Ä war kurz benommen, fiel anscheinend auch zu Boden Ä (Urk. 8/31 S. 1 Mitte). Laut seinen Angaben in der Rehaklinik B.____ im 20. Januar 1999 schlug er mit der Stirn gegen ein Messgerät. Auch habe er sich an der linken Hand, an der Halswirbelsäule (HWS) und am Rücken verletzt (Urk. 8/80 S. 10 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine Computertomographie des Schädels am 29. August 1996 zeigte keinen Nachweis einer frischen ossären Läsion des Neurokraniums oder des Gesichtsschädels, eine verheilte osteosynthetisierte Orbitadachfraktur rechts lateral-kranial, eine polypoide Schleimhautschwellung in der Hauptnasenhöhle und in den Ethmoidalzellen wie auch im Sinus maxillaris rechts und im Sinus sphenoidialis links (Urk.

8/11 S. 1 oben).

3.6 Der Vorgesetzte des Beschwerdeführers teilte der Beschwerdegegnerin am 31. August 1996 mit, Dr. D. ___ habe diesen ab 9. September 1996 ohne Einschränkungen voll arbeitsfähig geschrieben und die Behandlung abgeschlossen (Urk. 8/7).

Dr. D. ___ nannte in seinem Zwischenbericht vom 17. September 1996 als Diagnosen einen Status nach Orbitadachfraktur rechts und Osteosynthese 1994 und einen Status nach Schädelkontusion rechts frontal am 12. August 1996 (Urk. 8/8 Ziff. 1). Er berichtete über einen persistierenden Drehschwindel, vor allem bei Lagewechsel, und Kopfschmerzen rechts frontal, veranlasste eine Abklärung bezüglich der chronischen Sinusitis und führte aus, wegen des Drehschwindels sei der Beschwerdeführer bis auf weiteres als Rangierarbeiter nicht arbeitsfähig (Urk. 8/8 Ziff. 2-3 und 5).

Dr. med. E. ___, FMH ORL, untersuchte den Beschwerdeführer erstmals am 18. September 1996 und hielt in seinem Zeugnis vom 10. Oktober 1996 fest, es bestehe eine chronische polypöse Sinusitis mit akutem Schub, die mit Antibiotika zu behandeln sei; es handle sich dabei nicht um eine Unfallfolge (Urk. 8/10 Ziff. 1, 4-5 und 7).

Seitens des bahnärztlichen Dienstes (BAD) wurde am 10. Oktober 1996 festgehalten, wegen der Schwindelbeschwerden und den entsprechenden Gefahren bestehe für den Rangierdienst eine Arbeitsunfähigkeit; für eine andere Arbeitstätigkeit könnte jedoch eine Arbeitsfähigkeit attestiert werden (Urk. 8/9).

Dr. med. F. ___, Spezialarzt Anästhesiologie FMH, untersuchte den Beschwerdeführer erstmals am 6. Januar 1997 und berichtete am 28. April 1997 dem Hausarzt Dr. D. ___ (Urk. 8/28). Der Beschwerdeführer verortete seine Schmerzen auf der von 1 bis 10 reichenden Skala im Bereich 5-10 und berichte, dass er die Schmerzen dauernd, ohne Unterbruch habe, nie keine Schmerzen habe und nie während 3 oder mehr Tagen schmerzfrei gewesen sei (Urk. 8/28 S. 2 Ziff. 7-11). Er trage meistens einen Halskragen und könne wegen Dunkelanzwärteln und den Schmerzen nicht mehr Autofahren (Urk. 8/28 S. 2 unten).

Dr. F. ___ nannte als zusätzliche neue Diagnosen ein Schleudertrauma nach indirekter Verletzung der HWS und eine Läsion der Wurzel C2 rechts (Urk. 8/28 S. 3 Mitte). Er habe dem Beschwerdeführer als Therapievoranschlag eine Anästhesie der Kopfgelenke C0/1 und eventuell eine cervikale Epidurolyse unterbreitet, was dieser wegen dem vermeintlich damit verbundenen Risiko abgelehnt habe. Am Schluss der Konsultation habe sich der Beschwerdeführer danach erkundigt, wie hoch die Rente sein werde (Urk. 8/28 S. 3 unten; vgl. Urk. 8/22 Mitte).

Telefonisch hatte Dr. F. ___ am 3. April 1997 ausgeführt, gegen den Einsatz des Beschwerdeführers in der Wagenreinigung in stillstehenden Wagen sei nichts einzuwenden (Urk. 8/22 oben).

3.7 Im Bericht über die Untersuchung vom 6. Mai 1997 führte Kreisarzt Dr. med. G. ___, FMH für Chirurgie, aus, die von Dr. F. ___ postulierte neue Diagnose eines Schleudertraumas nach indirekter HWS-Verletzung könne aufgrund der Unfallanamnese vom 12. August 1996 nicht gestützt werden (Urk. 8/29 S. 3 Mitte). Objektiv könne er keine Befunde feststellen, welche eine Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen könnten, insbesondere keine Unsicherheiten beim Gehen oder Stehen mit offenen oder geschlossenen Augen, keine positiven Positionsversuche, keine motorischen Störungen

und keine Hinweise für orthostatische Schwindel (Urk. 8/28 S. 4 oben). Angezeigt sei eine nochmalige neurologische Kontrolluntersuchung; bis zum Vorliegen dieses Befundes werde die bestehende Arbeitsunfähigkeit belassen, obwohl eine Arbeitsfähigkeit im Reinigungsdienst zumutbar wäre (Urk. 8/28 S. 4 Mitte).

Am 27. Mai 1997 untersuchte Dr. C., der bereits 1995 ein Gutachten erstattet hatte, den Beschwerdeführer (Urk. 8/31). Er diagnostizierte ein posttraumatisches Spannungskopfwere und führte aus, am 12. August 1996 habe sich der Beschwerdeführer den Kopf noch einmal angeschlagen, wobei er kurz benommen gewesen und anscheinend auch zu Boden gefallen sei. Seither habe es einen Knick in der Befindlichkeit gegeben: Vom ersten Unfall habe er sich recht passabel gut erholt und die Arbeit wieder aufgenommen. Seit dem letzten Kopftrauma leide er an anhaltenden heftigen Schmerzen rechts frontal, die über den ganzen Kopf bis rechts occipital zögen, und nehme täglich Schmerzmittel. Oft habe er auch Schwindel bei geschlossenen Augen mit Unsicherheitsgefühl, jedoch keine Übelkeit. Seit dem 24. April 1997 arbeite er nicht mehr (Urk. 8/31 S. 1).

Dr. C. kam zum Schluss, heute ständen sich subjektive Beschwerden und objektive Befunde diametral gegenüber. Die subjektiven Beschwerden (posttraumatische Spannungskopfschmerzen oder posttraumatische Kopfschmerzen mit psychogener Übelagerung) seien ganz erheblich. Objektiv finde sich kein invalidisierender Befund. Somatisch beständen, wahrscheinlich reaktiv, Irritationen im Bereich der Kopfgelenke, welche überdies für Drehbewegungen endständig blockiert seien, aber sonst kein weiterer pathologischer neurologischer Befund. Von den Beschwerden und von diesem Befund her könne sich eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit oder gar Invalidisierung nicht begründen lassen (Urk. 8/31 S. 3 Mitte).

Gestützt auf den Bericht von Dr. C. und die Mitteilung, dass aus Betriebssicht ein Einsatz in der Hauptreinigung möglich sei (Urk. 8/32), forderte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer am 2. Juni 1997 auf, die Arbeit am Mittwoch, 4. Juni 1997, wieder voll aufzunehmen (Urk. 8/33).

Am 25. Juni 1997 teilte der Hausarzt Dr. D. dem bahnärztlichen Dienst mit, der Beschwerdeführer habe sich mehrmals wenige Tage nach Arbeitsbeginn bei ihm gemeldet und über Kopfschmerzen geklagt, die innert Stunden nach Arbeitsbeginn stark zugenommen hätten. Er denke auch, dass es sich um eine funktionelle Übelagerung der posttraumatischen Spannungskopfschmerzen handle, und bat um eine definitive Stellungnahme bezüglich Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/35).

Am 23. Juli 1997 berichtete Kreisarzt Dr. G. über seine Untersuchung: Der Beschwerdeführer arbeite seit 18. Juli 1997 in der Wagenreinigung und habe Schlafstörungen und Kopfschmerzen. Er arbeite jeweils von 04.00 bis 12.00 Uhr; wegen seiner Schwindel habe er bisweilen Angst, frühmorgens mit seinem Auto zu fahren (Urk. 8/40 S. 2 Ziff. 2).

Dr. G. führte aus, die vom Beschwerdeführer geklagten Dauerbeschwerden (Drehschwindel, Kopfschmerzen, Schlafstörungen) hätten durch dreimalige neurologische Spezialuntersuchungen inklusive Bildgebung nicht objektiviert werden können (Urk. 8/40 S. 3 unten). Das aktuelle Beschwerdebild scheine überlagert durch eine gedrückte Stimmung des Beschwerdeführers, der seine Schmerzangaben in einem Ausmass akzentuiere, das mit dem klinisch feststellbaren Befund kaum korreliere

(Urk. 8/40 S. 4 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach einer weiteren Röntgenkontrolle des Schädels (vgl. Urk. 8/41) hielt Dr. G.____ fest, es könnten keine objektiven Befunde festgestellt werden, welche eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen würden. Zu diskutieren wäre die Entfernung des Osteosynthesematerials, wovon aktuell allerdings abzuraten sei, weil damit möglicherweise ein erneuter Kristallisationspunkt für subjektive postoperative Beschwerden geschaffen würde (Urk. 8/40 S. 4 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es bleibe bei der aktuellen vollen Arbeitsfähigkeit in der Wagenreinigung. Die Schwindelproblematik wäre gegebenenfalls dem Strassenverkehrsamt zu melden. Die von Dr. C.____ vorgeschlagene antidepressive Medikation erscheine ihm sinnvoll (Urk. 8/40 S. 5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Juli 1997 konsultierte der Beschwerdeführer offenbar einen weiteren Arzt (Dr. H.____), welcher eine Arbeitsunfähigkeit attestierte (vgl. Urk. 8/42-43), von dem keine Berichte aktenkundig sind. Am 29. Juli 1997 suchte er wieder Dr. D.____ auf (Urk. 8/45).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Verfügung vom 7. August 1997 teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, sie halte an der Beurteilung des Kreisarztes fest und könne für die von den behandelnden Ärzten attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht aufkommen (Urk. 8/47).

3.8 Ä Ä Ä Ä Am 27. Oktober 1997 erfolgte eine Untersuchung durch Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. J.____ (Urk. 8/53 = Urk 9/50). Der Beschwerdeführer berichtete, er sei in Behandlung bei Dr. med. K.____, Spezialärztin FMH für Ohren-, Nasen-, Halskrankheiten, und bei Dr. L.____ (Chiropraktor). Nach dessen Therapie sei er seitens der HWS völlig beschwerdefrei. Hingegen habe er jetzt tiefsitzende Rückenschmerzen (Urk. 8/53 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. J.____ führte aus, beim Unfall von 1993 habe sich der Beschwerdeführer ein Schädeltrauma mit Orbitadachfraktur und offener Verletzung des Sinus frontalis zugezogen. Von daher verbleibe eine Irritation des Supraorbitalis rechts. Eine Hirnbeteiligung habe ausgeschlossen werden können, hingegen habe sich ein Spannungskopfweg als Zeichen einer gestörten Schmerzverarbeitung gefunden. Beim zweiten Unfall 1996 habe sich der Beschwerdeführer den Kopf an der Stirnwand angeschlagen und sei offensichtlich für kurze Zeit bewusstlos gewesen. Dieser Unfall habe zu einem zervikalen Syndrom geführt, das auf chiropraktische Behandlung vollständig verschwunden sei. Jetzt bestehe noch ein lumbospondylogenes rechtsseitiges Syndrom und eine Behinderung der Nasenatmung (Urk. 8/53 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die jetzige Arbeitsunfähigkeit gehe auf die Behinderung der Nasenatmung zurück. Diesbezüglich sei ein Zusammenhang mit dem Unfall von 1993, allenfalls 1996, wenig wahrscheinlich, wobei dazu noch ein Bericht von Dr. K.____ eingeholt werde. Bis dahin gelte der Beschwerdeführer für den Beruf als Wagenreiniger bezüglich Unfallfolgen als voll arbeitsfähig (Urk. 8/53 S. 3 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. K.____ berichtete am 8. Dezember 1997 über die am 2. September 1997 aufgenommene Behandlung (Urk. 8/57). Der Beschwerdeführer leide aktuell unter einer Polyposis nasi beidseits mit stark eingeschränkter Nasenatmung und Sekretabflussstörung (Urk. 8/57). Aufgrund der Beschwerdefreiheit bezüglich Nase und

Kopfschmerzen vor dem Unfall und dem Status nach Nebenohrenverletzung mit operativem Vorgehen im Bereich des Sinus frontalis könnte man einen Zusammenhang mit dem Unfall von 1993 annehmen (Urk. 8/57 S. 2 oben).

Am 25. Juni 1998 erstatteten die Ärzte der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, Universitätsspital Z., ein Gutachten (Urk. 8/70). Sie diagnostizierten einen Status nach Schädeldel-Hirntrauma 1993 und 1996 und eine chronisch-hyperplastische Rhinosinusitis (Polyposis nasi) bei hyperreaktiver Rhinopathie (Urk. 8/70 S. 3 Ziff. 1). Die Sinusitis polyposis sei nicht auf die Unfälle von 1993 und 1996 zurückzuführen und begründe keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/70 S. 3 Ziff. 2-3). Die hemikraniellen bis okzipitalen Kopfschmerzen hätten mit größter Wahrscheinlichkeit keinen Zusammenhang mit der Polyposis nasi, weshalb eine entsprechende Operation die Kopfschmerzen nicht zu bessern vermöchte (Urk. 8/70 S. 3 unten).

Am 28. August 1998 fertigte Dr. med. M., Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie und Arbeitsmedizin, Abteilung Arbeitsmedizin der Beschwerdegegnerin, aus, aufgrund der getätigten Abklärungen, insbesondere dem Gutachten vom 25. Juni 1998, stehe fest, dass aktuell im ORL-Bereich keine Unfallfolgen beständen und auch, dass die heute bestehenden Beschwerden von der Nase beziehungsweise Nasennebenhöhlen her keine Unfallfolgen darstellten (Urk. 8/71).

Am 19. Oktober 1998 erhob Kreisarzt Dr. G. nur marginale Unterschiede zu früheren Untersuchungen sowie zusätzlich Hinweise auf eine Diskopathie, vermutlich auf dem Niveau L4/L5, die er als unfallfremd wertete (Urk. 8/72 S. 4), und veranlasste eine zusätzliche stationäre Abklärung und Rehabilitation (Urk. 8/72 S. 5).

Vom 20. Januar bis 17. Februar 1999 weilte der Beschwerdeführer in der Rehaklinik B. Im Austrittsbericht vom 18. Februar 1999 (Urk. 8/80) wurden die folgenden funktionellen Diagnosen und Probleme genannt (Urk. 8/80 S. 1 unten):

1. Chronische Zervikozephalgien

- Posttraumatische Belastungsstörung

2. Vertigo

Als weitere Diagnosen wurden genannt (Urk. 8/80 S. 2 oben):

- Chronische hyperplastische Rhinosinusitis

- Verdacht auf Diskopathie L4/L5, Verdacht auf Fazettenüberlastungen, chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, radikuläre Residuen S1

- Unklare Schmerzen, Sensibilitätsstörung Dig. III und IV linke Hand

Zur Beurteilung wurde ausgeführt, 5 ½ Jahre nach Zuziehung einer offenen Orbitadachtrammerfraktur rechts mit Retraumatisierung im August 1996 beständen subjektiv weiterhin ausgeprägte, von der Stirn in den Nacken und weiter bis in den linken Arm ausstrahlende, therapieresistente Schmerzen. Ein organisches Korrelat könne nicht gefunden werden, auch eine neurologische Untersuchung ergebe nur eine diskrete Beeinträchtigung des vestibulären Systems und ein gestörtes Bewegungssehen horizontal wie vertikal. Neu habe die Diagnose einer posttraumatischen

Belastungsst rzung gestellt werden können, welche durch den Unfall 1993 initiiert und durch die Retraumatisierung 1996 zur vollen Ausprägung gebracht worden sei (Urk. 8/80 S. 3 unten).

         Infolge der therapieresistenten Schmerzen sei der Beschwerdeführer stark in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Es bestehe eine ausgeprägte Foto- und Phonosensibilit t. Infolge der posttraumatischen Belastungsst rzung bestehe vorderhand keine verwertbare Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/80 S. 3 f.).

         Ferner wurde im Bericht darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer im Gegensatz zum subjektiven Leidensdruck trotz Reduktion der analgetischen Medikation von der Reserveschmerzmedikation keinen Gebrauch gemacht habe (Urk. 8/80 S. 3 Mitte) und dass der Beschwerdeführer beim Austritt im Gespräch den Kopf deutlich über den aktiv gezeigten Bewegungsausschl gen gedreht habe und die passive Untersuchung der HWS aktive muskuläre Gegenwehr mit Schmerzangaben ergeben habe (Urk. 8/80 S. 11 unten). 

         Im Rahmen des psychosomatischen Konsiliums wies Dr. med. N.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt, auf das zeitlich verschobene Wiedererleben beider Unfallereignisse im Traum hin und auf die traumatisierende Wirkung der nicht unbeträchtlichen Zeitspanne, während derer der Beschwerdeführer beim ersten Unfall panisch zu bremsen versuchte und sich in Erwartung des bevorstehenden Stosses mit dem Arm gegen die Verschalung des Eisenbahnwagens stützte (Urk. 8/79 S. 2 unten). Die Verletzung im Gesicht an einem Messgerät, die gemäss den Angaben des Beschwerdeführers in der Anamnese des Austrittsberichts beim zweiten Unfall erfolgte (vgl. Urk. 8/80 S. 10 oben), bezog Dr. N.____ auf den ersten Unfall (Urk. 8/79 S. 3 oben). Der Moment vor dem Zusammenstoss habe den Beschwerdeführer traumatisiert. Offenbar sei er imstande gewesen, weiter zu arbeiten und habe die Sache unter Kontrolle behalten, was aber wegen des durchschnittlich höheren Angstniveaus die Kopfschmerzen ungew nstig beeinflusst habe. Das zweite, doch ähnliche Trauma habe die Situation dann zum Dekompensieren gebracht. Eine einschlägige Retraumatisierung gelte gemäss klinischer Erfahrung schon als zureichender Auslöser einer posttraumatischen Belastungsst rzung, auch wenn die zweite Unfallsituation im Vergleich zur ersten objektiv als leichter erscheinen möge (Urk. 8/79 S. 3 oben).

E. 4

4.1     Zu den Umständen des Unfalls vom 23. Juli 1993 liegen teilweise divergierende Angaben vor:

         Der Beschwerdeführer berichtete, dass er von einem Eisenbahnwagen auf den Erdboden gefallen sei und dass er sich auf dessen Plattform befunden habe. Die Höhe des Sturzes gab er teilweise mit zirka einem Meter, teilweise mit 2-3 Metern an. Um eine Sturzhöhe von 2-3 Metern zu erreichen, hätte er vom Dach des Wagens, nicht der Plattform, herunterst rzen müssen. Dafür gibt es keinerlei Anhaltspunkte, so dass es sich bei dieser zweiten Angabe offensichtlich um eine Übertreibung handelt.

         Zum Unfallhergang enthalten die Akten unterschiedliche Angaben des Beschwerdeführers. In den 1993 festgehaltenen Schilderungen war die Rede von einer fehlrangierten Lokomotive, die gegen den Eisenbahnwagen gestossen sei, auf dem sich der Beschwerdeführer befunden habe. Im Rahmen der 1995 vorgenommenen Begutachtung

schilderte der Beschwerdeführer hingegen, der Güterwagen, auf dem er sich befunden habe, sei über eine Weiche gefahren, worauf er gestürzt sei. Im Rahmen des psychosomatischen Konsiliums von 1999 schliesslich schilderte der Beschwerdeführer, er habe während einer nicht unbeträchtlichen Zeitspanne zu bremsen versucht und sich in Erwartung des bevorstehenden Zusammenstosses mit dem Arm gegen die Verschalung des Wagens gestemmt.

Gemäss der 1993 festgehaltenen Schilderung rammte eine Lokomotive den (wohl stillstehenden) Eisenbahnwagen, und der Beschwerdeführer wurde durch den Stoss von der Plattform weggeschleudert. Gemäss der späteren Schilderung befand sich der Eisenbahnwagen in Bewegung, rollte auf eine sich am falschen Ort stehende Lokomotive zu und stiess mit dieser zusammen.

Die Schilderung von 1993 erscheint als durchaus möglicher Ablauf, indem eine Lokomotive versehentlich auf ein falsches Gleis geriet und einen dort stehenden Eisenbahnwagen rammte, weil der Lokführer nicht mehr rechtzeitig bremsen konnte. Auch die spätere Schilderung erscheint als möglich. Güterwagen rollen normalerweise das leicht geneigte Gleis hinunter und werden am Bestimmungsort zum Stillstand gebracht; in dieser Variante rollte der Wagen mit dem Beschwerdeführer auf eine Lokomotive zu und stiess mit dieser zusammen, entweder weil er über eine falsch gestellte Weiche fuhr oder die Lokomotive am falschen Ort stand.

Für die Richtigkeit der Schilderung von 1993 spricht, dass es sich dabei vergleichsweise um Aussagen der ersten Stunde handelt, denen praxisgemäss in beweisrechtlicher Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 47 Erw. 1a, 115 V 143 Erw. 8c mit Hinweis). Ebenfalls für diese Version spricht, dass sie mehrmals ohne nennenswerte Unterschiede festgehalten wurde.

Die späteren Schilderungen sind in verschiedener Hinsicht fragwürdig. Dass der Beschwerdeführer, wie 1995 geschildert, von einem über eine Weiche fahrenden Wagen geschleudert worden wäre, widerspricht seinen früheren und späteren Angaben über einen erfolgten Zusammenstoss. Zudem wurden auch keine dementsprechenden Befunde, insbesondere etwa Schürfwunden, erhoben.

1999 berichtete der Beschwerdeführer schliesslich vom panikartigen und vergeblichen Versuch, den auf die Lokomotive zu rollenden Wagen noch zu bremsen. Bei dieser Schilderung ist die Zuordnung von rollendem und stehendem Fahrzeug im Vergleich zur ursprünglichen Schilderung vertauscht. Dabei fällt weiter auf, dass der Beschwerdeführer offenbar nicht in Erwägung zog, vom sich immerhin verlangsamenden Wagen abzuspringen, um der bevorstehenden Kollision zu entgehen. Dies erstaunt, weil der Verlauf als solcher - abgesehen von der Kollision - dem üblichen Rangiervorgang des sich Annäherns an ein stehendes Fahrzeug entspricht, bei dem mitunter eine Kollision drohen kann, und davon auszugehen ist, dass die Rangierarbeiter instruiert sind, sich mit einem Absprung in (relative) Sicherheit zu bringen.

Von allen Schilderungen, welche der Beschwerdeführer über den Unfallhergang gegeben hat, erscheint diejenige von 1993 als die überwiegend wahrscheinliche, während gegenüber den späteren Schilderungen erhebliche Vorbehalte angebracht sind.

Das der 1999 dem untersuchten Psychiater geschilderte Vorgang auf dem wohl häufigsten Arbeitsablauf des sich bremsenderweise Annaherns aufbaute, lässt es als denkbar erscheinen, dass der Beschwerdeführer rund sechs Jahre nach dem Unfall effektiv nicht mehr den wirklich 1993 erlittenen Unfallhergang schilderte, sondern Angstvorstellungen, die sich ausgehend vom üblichen Arbeitsablauf entwickelt und auch in - durchaus vorhandenen - entsprechenden Alpträumen festgesetzt hatten.

4.2 Im Anschluss an den Unfall von 1993 war der Beschwerdeführer rund vier Monate arbeitsunfähig. Danach wurde ihm - seit Dezember 1993 - wieder eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert und er war laut Auskunft seiner Vorgesetzten auch ohne Einschränkungen im Rangierdienst tätig.

Aus ärztlicher Sicht wurde in dieser Zeit, bei attestierter voller Arbeitsfähigkeit, über geklagte Kopfschmerzen berichtet, die einmal als sich bessernd, dann wieder als anhaltend beschrieben wurden, und es wurde aus augenärztlicher Sicht im Mai 1994 der Behandlungsabschluss festgehalten.

Seitens der Universitätsklinik wurde die Behandlung im Dezember 1994 abgeschlossen. Anfang 1995 klagte der Beschwerdeführer sodann zusätzlich über Schwindelbeschwerden und über Rückenbeschwerden. Im Jahr 1995 durchgeführte neurologische Abklärungen ergaben, dass - bei voller Arbeitsfähigkeit - möglicherweise die Reizung eines Nervs durch das Osteosynthesematerial die Kopfschmerzen bewirkte und diese wiederum infolge einer vegetativen Destabilisierung die Schwindelbeschwerden, und dass keine kontusionelle Hirnverletzung oder posttraumatische Epilepsie vorlag, hingegen als Nebenfund eine Pansinusitis. Auf einen eher geringen Leidensdruck wies hin, dass der Beschwerdeführer die in Erwägung gezogene Entfernung des Osteosynthesematerials ablehnte und eine im März 1996 begonnene medikamentöse Behandlung der Kopfschmerzen nicht weiterführte.

4.3 Beim Unfall vom 12. August 1996 befand sich der Beschwerdeführer im Innern eines Packwagens und schlug sich den Kopf an, als der Wagen einen Stoss erhielt. Dabei zog er sich eine Rissquetschwunde an der Stelle zu, an der er sich schon 1993 verletzt hatte. In der Folge beklagte der Beschwerdeführer nebst Kopfschmerzen einen persistierenden Drehschwindel. Wegen der mit dem Schwindel verbundenen Gefahren wurde er für die Tätigkeit im Rangierdienst als arbeitsunfähig erachtet. Im Rahmen einer spezialärztlichen Abklärung im April 1997 beklagte der Beschwerdeführer intensivste und ununterbrochen anhaltende Kopfschmerzen und HWS-Beschwerden und führte unter anderem aus, er könne wegen der Schwindelanfälle nicht mehr Auto fahren. Gegenüber den ihm unterbreiteten Therapievorschlägen verhielt er sich allerdings ablehnend.

4.4 Dr. C. ____, der den Beschwerdeführer 1995 neurologisch begutachtet hatte, kam im Mai 1997 zum Schluss, subjektive Beschwerden und objektive Befunde ständen sich nunmehr diametral gegenüber und es handle sich um posttraumatische Kopfschmerzen mit psychogener Überlagerung, die keine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen liessen. Alle in dieser Zeit mit dem Beschwerdeführer befassten Spezialärzte kamen zum Schluss, dass für die in Aussicht genommene Tätigkeit in der Wagenreinigung eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe, was ihm die Beschwerdegegnerin im Juni und verfügungsmässig im August 1997 mitteilte. Der Beschwerdeführer seinerseits konsultierte mehrfach seinen Hausarzt und einen weiteren

Allgemeinpraktiker und machte geltend, die Kopfschmerzen wÄ¼rden jeweils innert Stunden nach Arbeitsbeginn stark zunehmen, worauf der Hausarzt, ebenfalls von einer funktionellen Ä¼berlagerung ausgehend, den Kreisarzt um die Festlegung der ArbeitsfÄ¼higkeit ersuchte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Oktober 1997 berichtete der BeschwerdefÄ¼hrer, die geklagten HWS-Beschwerden seien nach chiropraktischer Behandlung verschwunden, hingegen leide er (wieder neu) unter RÄ¼ckenbeschwerden. Von Seiten des Kreisarztes wurde an einer vollen ArbeitsfÄ¼higkeit in der Wagenreinigung festgehalten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ein Jahr spÄ¼ter erhob der Kreisarzt nebst neuen Hinweisen auf eine tieflumbal geschÄ¼digte WirbelsÄ¼ule weitgehend unverÄ¼nderte Befunde. Nach der von ihm veranlassten stationÄ¼ren Rehabilitation und AbklÄ¼rung wurden chronische Zervikozephalgien (posttraumatischer BelastungsstÄ¼rung) und Schwindel (Vertigo) diagnostiziert und festgehalten, infolge der posttraumatischen BelastungsstÄ¼rung bestehe vorderhand keine verwertbare ArbeitsfÄ¼higkeit.

4.5 Ä Ä Ä Ä Im vorstehend skizzierten Verlauf sind verschiedene gesundheitliche BeeintrÄ¼chtigungen ersichtlich, deren Entwicklung und AusprÄ¼gung sich folgendermassen gestaltete:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Seit dem ersten Unfall von 1993 beklagte der BeschwerdefÄ¼hrer Kopfschmerzen, welche den untersuchenden Ä¼rzten allerdings, abgesehen von den ersten vier Monaten bis Dezember 1993, nie Veranlassung gaben, eine ArbeitsunfÄ¼higkeit zu attestieren. Verschiedentlich wurde - angesichts der ZurÄ¼ckhaltung des BeschwerdefÄ¼hrers gegenÄ¼ber therapeutischen Versuchen - der Leidensdruck als eher gering eingeschÄ¼tzt. GegenÄ¼ber Dr. F. ___ berichtete der BeschwerdefÄ¼hrer 1997 Ä¼ber heftigste und zu keinem Zeitpunkt unterbrochene Schmerzen, wÄ¼hrend er gegenÄ¼ber dem Hausarzt Kopfschmerzen geltend machte, die jeweils wenige Stunden nach Arbeitsbeginn - mithin belastungsabhÄ¼ngig - stark zunÄ¼hmen. Im Mai 1997 kamen Dr. C. ___ und anschliessend weitere Untersucher und auch der Hausarzt zum Schluss, die objektiven Befunde kÄ¼nnten die subjektiven Beschwerden nicht erklÄ¼ren und es liege eine psychogene Ä¼berlagerung vor. Im Rahmen des psychosomatischen Konsiliums wurden die Kopfschmerzen ebenfalls in Zusammenhang mit einem psychischen Leiden (posttraumatische BelastungsstÄ¼rung) interpretiert und die attestierte ArbeitsunfÄ¼higkeit auf das psychische Leiden zurÄ¼ckgefÄ¼hrt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Behandlungsabschluss seitens der UniversitÄ¼tsklinik beklagte der BeschwerdefÄ¼hrer erstmals Anfang 1995 Schwindelbeschwerden. Nach dem erneuten Unfall vom August 1996 beklagte der BeschwerdefÄ¼hrer ebenfalls Schwindelbeschwerden, weswegen aus SicherheitsgrÄ¼nden von einer Weiterarbeit im Rangierdienst abgesehen wurde. GegenÄ¼ber Dr. F. ___ erklÄ¼rte der BeschwerdefÄ¼hrer 1997, er kÄ¼nne wegen den DunkelanfÄ¼llen nicht mehr Auto fahren, gegenÄ¼ber dem Kreisarzt erklÄ¼rte er, wegen der Schwindel habe er bisweilen Angst, Auto zu fahren. Im Austrittsbericht der Rehaklinik B. ___ vom Februar 1999 wurde Vertigo als eine der gestellten Diagnosen genannt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 1997 berichtete der BeschwerdefÄ¼hrer sodann Ä¼ber HWS-Beschwerden. DiesbezÄ¼glich war er gemÄ¼ss seinen Angaben vom Oktober 1997 nach chiropraktischer Behandlung wieder beschwerdefrei.

jedoch eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert wurde. Diese Arbeitsfähigkeit verwertete der Beschwerdeführer wegen der nunmehr als psychisch verursacht zu verstehenden Beschwerden nicht mehr.

4.8 Vorbehaltlich einer alternativen Erklärung (siehe nachstehend Erw. 5) ist zu prüfen, ob diese psychisch bedingten Einschränkungen nach Massgabe der einschlägigen Praxis (vgl. Urk. 2 S. 4) in adäquatem Kausalzusammenhang mit den erlittenen Unfällen stehen.

Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 91).

Tritt im Anschluss an zwei oder mehrere Unfälle eine psychische Fehlentwicklung ein, ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs insbesondere dann, wenn diese Unfälle verschiedene Körperteile betreffen und zu völlig unterschiedlichen Verletzungen führen, grundsätzlich für jeden Unfall gesondert gemäss der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 138 ff. Erw. 6) zu beurteilen (RKUV 1996 Nr. U 248 S. 177 Erw. 4b)

Vorliegend haben zwei Unfälle stattgefunden, bei denen der Kopf an der gleichen Stelle auf eine ähnliche Weise verletzt wurde. Im Hinblick auf die möglicherweise ausgelöste psychische Fehlentwicklung sind deshalb beide Unfälle zu wärdigen.

Was den Hergang des Unfalls vom Juli 1993 anbelangt, ist aus den dargelegten Gründen auf die ursprünglichen Angaben des Beschwerdeführers abzustellen und nicht auf spätere, erheblich dramatischere (vorstehend Erw. 4.1): Der Beschwerdeführer befand sich auf der Plattform eines Eisenbahnwagens, auf welchen eine fehlrangierte Lokomotive aufprallte, wodurch der Beschwerdeführer aus einer Höhe von gut einem Meter (nicht 2-3 Meter) zu Boden stürzte und sich eine Orbitadachfraktur, eine Rissquetschwunde an der Stirne und eine Rippenfraktur zuzog.

Vom objektiven Geschehen her kann der Unfall weder als nachgerade schwer noch als ausgesprochen leicht gewertet werden; er gehört zur mittleren Kategorie. Innerhalb der mittleren Unfallereignisse ist der Unfall weder im Grenzbereich zu den schweren (vgl. RKUV 2003 Nr. U 481 Erw. 3.3.2 S. 204 f., 1999 Nr. U 330 Erw. 4b/aa S. 122 ff.) noch zu den leichten Fällen einzuordnen.

Der Unfall von 1996 erscheint gegenüber demjenigen von 1993 als leichter: Der Beschwerdeführer stürzte nicht aus erhöhter Position auf den Erdboden, sondern aus dem Stand, und er zog sich lediglich eine Rissquetschwunde und keine Frakturen zu. Dieser Unfall ist der mittleren Kategorie an der Grenze zu den leichten zuzuordnen.

Ausgehend vom als überwiegend wahrscheinlich erachteten Geschehensablauf kann der Unfall von 1993 nicht als besonders dramatisch oder mit besonderen Begleitumständen versehen beurteilt werden. Eine ausgesprochene Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen ist zu verneinen, ebenso eine ungewöhnlich lange Behandlungsdauer. Ob körperliche Dauerschmerzen anzunehmen sind, erscheint fraglich: Wohl beklagte der Beschwerdeführer bei den gelegentlichen

Ärztlichen Untersuchungen Kopfschmerzen; am Arbeitsplatz wurden jedoch kaum solche Klagen registriert. Anzeichen für eine ärztliche Fehlbehandlung oder einen schwierigen, komplikationsreichen Heilungsverlauf sind nicht ersichtlich. Der Beschwerdeführer war vier Monate nach dem Unfall wieder voll arbeitsfähig, so dass auch dieses Kriterium nicht erfüllt ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Unfall von 1996 beklagte der Beschwerdeführer wiederum Kopfschmerzen und zusätzlich Schwindelbeschwerden. Die Schwindelbeschwerden können nicht als körperliche Dauerschmerzen gewertet werden. Die Kopfschmerzen sind - ob belastungsabhängig oder nicht (vgl. vorstehend Erw. 4.5) - zwar als Dauerschmerzen zu werten; sie sind jedoch gemäss übereinstimmender ärztlicher Beurteilung gerade Ausdruck der psychischen Überlagerung und eignen sich deshalb nicht zur Bejahung des entsprechenden Kriteriums. Analoges gilt für die Arbeitsunfähigkeit. Aus Sicht der 1997 Stellung nehmenden Ärzte bestand ab Juni 1997 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit; aus Sicht des 1999 Stellung nehmenden Psychiaters bestand zwar eine Arbeitsunfähigkeit, jedoch ausdrücklich aus psychischen Gründen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammengefasst ergibt sich somit, dass der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den anhaltenden psychischen Beschwerden und dem Unfall von 1996, allenfalls in Kombination mit dem Unfall von 1993, zu verneinen ist.

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Zu prüfen ist allerdings eine mögliche alternative Erklärung für die erhobenen Befunde und den stattgefundenen Verlauf, nämlich diejenige eines zweifachen Schädel-Hirn-Traumas.

5.2 Ä Ä Ä Ä Wenn und soweit sich die Folgen eines Schädel-Hirntraumas mit jenen eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule vergleichen lassen, rechtfertigt es sich, die zum Schleudertrauma der Halswirbelsäule entwickelte Rechtsprechung betreffend Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs (BGE 117 V 366 Erw. 6 mit Hinweisen) sinngemäss anzuwenden. Von einem einschlägigen Beschwerdebild ist auszugehen, wenn folgende Beschwerden ausgewiesen sind: Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Konzentrationsstörungen mit Verlangsamung und Fehlerhaftigkeit sowie erheblichen Lern- und Gedächtnisstörungen, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen beziehungsweise Lichtempfindlichkeit, Lärmempfindlichkeit, Reizbarkeit und Nervosität, Schlafstörungen, Angstzustände und Depression sowie Wesensveränderung (BGE 117 V 382 f. Erw. 4b).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Begründet wird dieses analoge Vorgehen damit, dass im einen wie im anderen Fall aus dem Fehlen von nachweisbaren organischen Ursachen noch nicht folgt, dass keine solchen beständen, weil beim sogenannten Schleudertrauma der Natur der Sache nach ein direkter wissenschaftlicher Beweis im Einzelfall (noch) nicht geführt werden kann (BGE 117 V 380 Erw. 3g) beziehungsweise weil beim Schädel-Hirn-Trauma Mikroläsionen, die apparativ nicht nachweisbar sind, eindeutige Hirnleistungsstörungen verursachen können (BGE 117 V 378 f. Erw. 3d).

5.3 Ä Ä Ä Ä Im soeben erwähnten Leitfall (BGE 117 V 369) erlitt die versicherte Person eine Schädelfraktur und es war fraglich, ob ein Bewusstseinsverlust und damit eine Contusio und nicht lediglich eine Commotio cerebri stattgefunden hatte. Beklagt wurden unter anderem Schwindelbeschwerden, Lärmempfindlichkeit, Visusstörungen, Schlafstörungen, Angstzustände und starke Kopfschmerzen, die als posttraumatische

Kopfschmerzen bei psychischer Fehlentwicklung beurteilt worden waren.

Die versicherte Person litt aber auch an ausgeprägten Konzentrationsstörungen und war nach Aussage des Arbeitgebers nach dem Unfall nicht mehr der gleiche Mensch. Eine neuropsychologische Untersuchung hatte zudem eine schwere bifronto-temporale Funktionsstörung ergeben, die als typisches neuropsychologisches Ausfallmuster nach Schädelhirntrauma interpretiert wurde (BGE 117 V 375 Erw. 2b).

Im Leitfall wurde entscheidendes Gewicht auf den Umstand gelegt, dass das bei der versicherten Person festgestellte Ausfallmuster neuropsychologisch und neurologisch als typische Folge nach Schädel-Hirn-Trauma beurteilt worden sei (BGE 117 V 378 Erw. 3c; vgl. auch Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen R. vom 3. Dezember 2004, U 137/03), weshalb die Frage des Vorliegens und Dauer einer Bewusstlosigkeit keine bedeutende Rolle spielte (BGE 117 V 378 Erw. 3d).

Ein Teil des im Leitfall als massgeblich bezeichneten Beschwerdebildes kann auch beim Beschwerdeführer namhaft gemacht werden. Es betrifft dies die Kopfschmerzen, die Schwindelbeschwerden, die Visusstörungen und die Lärmempfindlichkeit sowie gelegentlich erwähnte Schlafstörungen und die 1999 festgestellten Angstzustände.

Andererseits fällt auf, dass in den medizinischen Beurteilungen nirgends auf allfällige Konzentrationsstörungen oder andere neuropsychologischen Defizite hingewiesen wurde. Eine mögliche Erklärung dafür wäre wohl, dass die untersuchenden Ärzte keine entsprechenden Anhaltspunkte gefunden und deshalb diesen Aspekt als sozusagen selbsterklärend stillschweigend übergegangen haben. Angesichts des möglicherweise entscheidenden Stellenwerts dieser Frage genügt eine solche Annahme jedoch vorliegend nicht. Sollte eine entsprechende Abklärung unterblieben sein, weil gemäss der Feststellung des Neurologen Dr. C. im Mai 1995 bildgebend keine strukturelle Hirnverletzung erkennbar war, so würde dies vorliegend auch nicht genügen, weil die spezielle Schädel-Hirn-Trauma-Praxis gerade den bildgebend nicht nachweisbaren Verletzungen Rechnung tragen will (vgl. vorstehend Erw. 5.2).

Ob die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen den bestehenden Beschwerden und den Unfällen von 1993 und 1996 gemäss der Praxis zu den Folgen nach Schädel-Hirn-Trauma zu beurteilen ist, lässt sich aufgrund der Akten nicht zuverlässig beurteilen, weil nicht geklärt ist, ob beim Beschwerdeführer dasjenige Beschwerdebild gegeben ist, das für die Anwendung der erwähnten Praxis den Ausschlag gibt. Beantworten lässt sich diese Frage erst, wenn neurologisch und neuropsychologisch abgeklärt ist, ob beim Beschwerdeführer auch diejenigen Leistungsdefizite bestehen, die typischerweise - ohne dass sich eine strukturelle Läsion nachweisen liesse - nach Schädel-Hirn-Trauma auftreten.

Die Sache ist deshalb, in Gutheissung der Beschwerde, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die erwähnte neurologische und neuropsychologische Beurteilung vornehme und gegebenenfalls in Anwendung der Praxis zu den Folgen nach Schädel-Hirn-Trauma erneut über ihre Leistungspflicht befinde.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfolgung als vollständiges Obsiegen

(vgl. ZAK 1987 S. 268 f. Erw. 5 mit Hinweisen), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. In Anwendung der praxisgemässen Kriterien und beim Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist diese auf Fr. 3'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 12. Januar 2004 aufgehoben und die Sache an die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt zurückgewiesen, damit sie, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfähre.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Susanne Friedauer

- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf

- Bundesamt für Gesundheit

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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