

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00042 vom 30. Januar 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-01-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2005.00042](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00042)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00042 du 30 janvier 2006

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00042 del 30 gennaio 2006

## Erwägungen

### E. 1

1.1 K. \_\_\_\_, geboren 1963, fuhr am 29. September 1997 in der Nacht um ca. 2 Uhr 45 mit seinem Personenwagen "Alfa Romeo" von Zürich herkommend auf der zweiten Überholspur der A1 in Richtung Winterthur. Beim Autobahnkilometer 313.500 auf dem Gebiet der Gemeinde Illnau-Effretikon geriet er auf den die entgegengesetzten Fahrbahnen trennenden Grünstreifen, verlor die Herrschaft über sein Fahrzeug, prallte gegen die rechte Randleitplanke und wurde anschliessend wieder auf die Fahrbahn zurückgeworfen, wo das Fahrzeug zum Stillstand kam. Der Versicherte stand im Zeitpunkt des Unfalles unter Kokaineinfluss, und die Blutalkoholkonzentration betrug 1,28 Gewichtspro mille. Eine nachfolgende Lenkerin, welche mit ca. 120 km/h fuhr, prallte trotz Vollbremsung in das stehende Fahrzeug des Versicherten (vgl. Urteil des Bezirksgerichts A. \_\_\_\_, vom 16. April 1998, Urk. 11/35/2).

K. \_\_\_\_ zog sich bei diesem Unfall eine Beckenfraktur vom lateralen Kompressionstyp mit Querfraktur im hinteren Acetabularpfeiler tangential ins Acetabulum auslaufend, Stäckfraktur der rechten Beckenschaufel und Luxation im Iliosakralgelenk (ISG), ausgedehntem Dcollement lumbal und gluteal rechts sowie mit triangelförmiger Weichteilwunde über der rechten dorsalen Beckenschaufel, Kontusionen des Colons und Traktionsschäden an der Leber zu. Es waren in der Folge mehrere Operationen nötig (Urk. 11/2). Mit Urteil des Bezirksgerichts A. \_\_\_\_, vom 16. April 1998 wurde K. \_\_\_\_ wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand, Verletzung der Verkehrsregeln und Widerhandlung gegen das Betäubungsmittelgesetz mit 3 Monaten Gefängnis und einer Busse von Fr. 800.-- bestraft, wobei der Vollzug der Freiheitsstrafe unter Ansetzung einer Probezeit von 4 Jahren aufgeschoben wurde (Urk. 11/35/2).

1.2 Da der Versicherte zum Zeitpunkt des Unfalles arbeitslos war, war er bei der Schweizerischen Unfallversicherung (SUVA) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Die SUVA erbrachte die gesetzlichen Leistungen und kürzte die Geldleistungen mit Verfügung vom 31. März 1999 um 30 %, da der Versicherte den Schaden bei der Ausübung eines Vergehens verursacht habe (Urk. 11/46). Auf Einsprache vom 26. November 1998 (Urk. 11/35) bzw. 3. Mai 1999 (Urk. 11/50) hin reduzierte die SUVA mit Entscheid vom 15. Juli 1999 die Kürzung auf 20 % (Urk. 11/65). Die dagegen erhobenen Rechtsmittel wurden abgewiesen, zuletzt mit Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) vom 20. Februar 2002 (Urk. 11/112/1).

1.3 Zur Beurteilung der verbleibenden Beeinträchtigungen holte die SUVA verschiedene Berichte der behandelnden Ärzte ein, veranlasste zwei Behandlungen in der Rehaklinik B. \_\_\_\_ (vom 20. April bis 3. Juni 1998 [Urk. 11/21] sowie vom 21. April bis 7.

Mai 1999 [Urk. 11/54]) und liess den Versicherten wiederholt kreisärztlich untersuchen (Urk. 11/13, Urk. 11/31 und Urk. 11/68). Mit Verfügung vom 24. März 2000 (Ur. 11/85) sprach die SUVA K.\_\_\_\_ basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von 20 % mit Wirkung ab 1. April 2000 eine Invalidenrente von monatlich Fr. 714.-- sowie basierend auf einer Integritätsseinbusse von 20 % eine Integritätsentschädigung von Fr. 15'552.-- zu.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dagegen liess der Versicherte am 17. April 2000 (Urk. 11/87) Einsprache erheben, worauf der SUVA weitere Berichte zuzugingen, so unter anderem das von der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, in Auftrag gegebene Gutachten der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) C.\_\_\_\_ vom 15. Februar 2001 (Urk. 11/103). Nachdem das Ärzteteam Unfallmedizin der SUVA fachspezifische Beurteilungen abgegeben hatte (Berichte aus der Zeitspanne von November 2001 bis September 2002, Urk. 11/110-111 und Urk. 11/115), wurde eine Begutachtung an der D.\_\_\_\_ veranlasst (Gutachten vom 30. September 2004, Urk. 11/134). Mit Entscheid vom 5. November 2004 (Urk. 2) wurde die Einsprache gegen die Verfügung vom 24. März 2000 (Ur. 11/85) abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hiergegen erhob K.\_\_\_\_ durch Rechtsanwalt Silvan Meier Rhein am 8. Februar 2005 Beschwerde mit den folgenden Anträgen (Urk. 1 S. 2):

"1. Es seien der Einspracheentscheid vom 5. November 2004 sowie die Verfügung vom 24. März 2000 aufzuheben.

## **E. 2**

Es sei dem Versicherten gestützt auf den Invaliditätsgrad von 75 % eine Invalidenrente auszurichten.

## **E. 3**

Es sei dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung von mehr als 20 % auszurichten, zu welcher Festsetzung die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückerzuweisen sei.

### **E. 3.3**

3.3.1 Ä Ä Die Ärzte der Rehaklinik B.\_\_\_\_, wo der Beschwerdeführer erstmals vom 20. April bis 3. Juni 1998 hospitalisiert war, diagnostizierten im Austrittsbericht vom 19. Juni 1998 in physikalisch-funktioneller Hinsicht ein ausgedehntes myofasciales Syndrom des rechten Beckenquartels (1) mit auffälliger Weichteilasymmetrie an der rechten Beckenschaufel, leichtem Duchenne-Hinken und diffuser Sensibilitätsstörung rechtsbetont an den Beinen (am ehesten im Sinne einer rückläufigen Polyneuropathie) (2) ohne nennenswerte Hüftbeteiligung (3) bei Status nach Polytrauma mit Beckenfraktur, Status nach Reposition und Verschraubung der rechten Beckenschaufel sowie Status nach sekundärem Infekt an der rechten Flanke und ausgedehntem Weichteildödem. Weiter diagnostizierten sie ein myofasciales Syndrom am Schultergürtel links (1) ohne Schulterfunktionsstörung (2) bei vorerwählter Diagnose und ungünstiger Statik mit Fehlhaltung/Fehlbelastung infolge Schonhinken rechts. Ferner wiesen die Ärzte auf einen Status nach Pankreaskopfkarcinom 1993 hin, welches komplett remittiert sei (Urk. 11/21 S. 1/2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Klinikärzte führten aus, unter Berücksichtigung der Fähigkeitsstörungen, der EFL-Basistests sowie des gezeigten Verlaufes mit noch erheblich niedriger Belastungstoleranz sei aktuell eine Rückkehr zur angestammten



durchaus zu radikaleren Symptomen kommen. Die Wunden seien gut verheilt, die Frakturen zeigten eine gute Konsolidation. Arthrosezeichen im rechten Hüftgelenk seien radiologisch und auch klinisch nicht gefunden worden, es bestehe lediglich eine geringgradige Funktionseinschränkung im rechten Hüftgelenk. Daneben zeige sich ein Muskeldefekt, wodurch es zu einer ungünstigen Statik mit Fehlhaltung komme, was zu einem Entlastungshinken führe. Die Abschwächung der Patellarsehnen- und Achillessehnenreflexe sei im Zusammenhang mit der Polyradikulo-Neuropathie zu sehen.

Als verbleibende Unfallfolgen verwies Dr. M. auf eine Versteifung im ISG rechts und belastungsabhängige Flankenschmerzen rechts. Er erachtete den Beschwerdeführer als Industrieschweisser als nicht mehr vollumfänglich arbeitsfähig und verwies auf ungünstiges längeres Verharren in gleichbleibender Haltung, Heben von Lasten über 10 bis 15 kg sowie Arbeiten mit häufigen Rotationsbewegungen, in der Hocke und in den Knien. Er empfahl eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit und attestierte hierfür eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/61 S. 4).

In den Dossiers der Invalidenversicherung (Urk. 15/1-102 und 16/1-55) finden sich folgende Gutachten aus dem Jahr 1999:

3.6.1 Dr. med. N., Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte 28. September 1999 einen Status nach einem Pankreaskarzinom, einen Status nach Autounfall mit schweren körperlichen Verletzungen und möglicherweise einer Hirnverletzung mit Verdacht auf eine Wesensveränderung und POS sowie einen massiven Alkoholmissbrauch bei vermutlich mittlerweile entwickeltem chronischen Alkoholismus. Dr. N. berichtet vom Erstkontakt mit einem alkoholisierten Beschwerdeführer, bei der zweiten Konsultation (in nüchternem Zustand) sei das Verhalten sehr auffällig gewesen, uneinsichtig, enthemmt, distanzlos, lustig-lappisch und der Situation inadäquat. Eine ernste Analyse der psychosozialen Situation sei nicht möglich gewesen. Die Anzeichen für eine Wesensveränderung oder gar für ein POS (Psychoorganisches Syndrom) seien nicht von der Hand zu weisen (Urk. 15/36 S. 4).

3.6.2 Die Ärzte des H., Neurologische Klinik, erstellten am 29. November 1999 ein Gutachten zu Händen der Invalidenversicherung und führten aus, der Beschwerdeführer sei im Auto sitzend und am Strassenrand parkierend von einem anderen Auto mit hoher Geschwindigkeit angefahren worden. Der Beschwerdeführer selber erinnere sich an den Zusammenprall wie an einen Schlag und habe dann das Bewusstsein verloren. Möglicherweise habe er einen Schlag gegen den Hinterkopf erhalten. Die Dauer der Bewusstlosigkeit sei unklar, spätestens beim Eintreffen im H. sei der Beschwerdeführer wach und ansprechbar gewesen und habe beim Eintritt neurologisch unauffällige Befunde gezeigt. Der Zeitraum der posttraumatischen Amnesie sei durch mehrere Narkosen überlagert gewesen, sei daher unzuverlässig bestimmbar und habe anamnestisch (bis zum Zeitpunkt der vollständigen Reorientierung) mehrere Wochen gedauert (Urk. 16/20 S. 1/2).

Die Ärzte diagnostizierten ausgeprägte Konzentrationsdefizite, mittelschwere figurale Lern- und Gedächtnisdefizite sowie leichtgradige Einschränkungen der kognitiven Flexibilität und verwiesen differentialdiagnostisch auf die Zusatzfaktoren (1) eines chronifizierten Schmerzsyndroms, (2) eines geschlossenen Schädelhirntraumas mit Verdacht auf Contusio cerebri rechts temporal (weniger frontal) mit anamnestisch posttraumatischer Wesensveränderung sowie (3) einer chronischen

Alkoholkrankheit (Urk. 16/20 S. 6).

Die Arbeitsfähigkeit betrage unabhängig von den Schmerzen im Beruf als Schweisser aus neuropsychologischer Sicht nurmehr 70 %, welche Einschätzung auf medizinisch-theoretischen Überlegungen basiere. Erfahrungsgemäss würden die Wiederaufnahme und die Steigerung der Arbeitsfähigkeit bei bereits chronifizierter Schmerzsituation erst nach erfolgreicher, begleitender Behandlung realisierbar. Die Ärztefügten an, nach initial komplikationsreichem Verlauf der körperlichen Verletzungen sei im letzten Jahr eine Verlagerung von funktionell-rehabilitativen Aspekten hin zur psychischen Situation des Beschwerdeführer aktenkundig. Die anlässlich eines psychiatrischen Gutachtens festgestellten ausgeprägteren Verhaltensauffälligkeiten hätten während den Untersuchungen nicht besttigt werden können. Der Beschwerdeführer sei kooperativ gewesen, wenngleich nicht besonders leistungsorientiert (Urk. 16/20 S. 7/8).

3.7 Im Bericht vom 10. Juli 2000 erwähnte Dr. med. G. \_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher den Beschwerdeführer seit September 1998 betreut, einen Schlag auf den Kopf anlässlich des Unfalls mit einer Verwirrtheit sowie Amnesie (Urk. 11/93 S. 1). Er diagnostizierte einen Verdacht auf ein organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirntrauma, wobei es ihm schein, dass es sich um eine Wesensänderung mit den Symptomen der emotionalen Labilität, inadäquater Euphorie und Wechsel von Wutausbrüchen und starker Nervosität zu Apathie handle. Der Beschwerdeführer zeige auch starke Konzentrationsschwierigkeiten, sei vergesslich, schnell müde, schlaflos. Das Ganze sei von zeitweise sehr stark ausgeprägten depressiven und Angstsymptomen begleitet. Für Dr. G. \_\_\_\_, stehen diese Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit dem erlittenen Unfall (Urk. 11/93 S. 2).

3.8 Die Ärzte der MEDAS C. \_\_\_\_, hielten im Gutachten vom 15. Februar 2001 zu Händen der Invalidenversicherung fest (Urk. 11/103 S. 17/18), der Beschwerdeführer habe sich beim Unfall massive Verletzungen im Bereich des Beckens und der unteren Extremität rechts, dazu intraabdominelle Läsionen sowie offensichtlich ein erhebliches Schädel-Hirntrauma zugezogen. Bei der Beckenverletzung handle es sich um eine mehrfache Fraktur mit Luxation im Iliosakralgelenk und um eine ausgedehnte und tiefe Weichteilerstörung lumbal und gluteal rechts. Im H. \_\_\_\_, seien die Verletzungen des Colons übernäht worden, die Beckenfraktur sei mittel Osteosynthese behandelt worden, die Weichteile hätten mehrmals revidiert und unter anderem der nekrotische Musculus iliacus reseziert werden müssen, da sich in diesem Bereich ein Infekt entwickelt habe.

Die Gutachterfügten aus, der Beschwerdeführer habe sich von den Folgen des Unfalls nicht mehr erholen können. Die Verletzungen im Bereich des Bewegungsapparates hätten zu einem inzwischen chronifizierten Schmerzsyndrom geführt, welches durch die vorliegenden irreversiblen anatomischen Veränderungen durchaus erklärt werden könne. Zusätzlich habe sich im gesamten Krankheitsverlauf relativ spät herausgestellt, dass er unter signifikanten neuropsychologischen Defiziten leide. Als Ursache für dieses psychoorganische Syndrom sei in erster Linie ein erlittenes Schädel-Hirntrauma angenommen worden, welches sehr wahrscheinlich initial wegen des allgemein kritischen Zustandes bei der Schwere der übrigen Verletzungen nicht realisiert worden sei.

Im Rahmen der rheumatologischen Abklärung wurde ein chronisches myofasziales Schmerzsyndrom, vorwiegend im Becken-, Flanken- und Hüftbereich rechts festgestellt, welches sich entlang der Wirbelsäule und in den Schultergürtel rechts ausbreite. Dieses Schmerzsyndrom sei eine Unfallfolge und verursache eine volle Arbeitsunfähigkeit als Industrieschlosser und Schweißer. Eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht vollumfänglich zumutbar. Der Psychiater bestätigte das Vorliegen eines organischen Psychosyndroms mit hohem Krankheitswert, welches die Arbeitsfähigkeit generell um 75 % einschränke. Als wahrscheinliche Ursache wurde der Unfall bezeichnet.

3.9 Dr. med. O.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, ging in seinem Bericht vom 14. Juni 2001 von einer Commotio cerebri des Beschwerdeführers beim Unfall aus, sei er doch bewusstlos gewesen und habe er an retro- und anterograder Amnesie gelitten (Urk. 11/104 S. 1). Dr. O.\_\_\_\_ diagnostizierte ein postcommotionelles multisensorisches Vertigosyndrom und hielt fest, anhand des 'Unfallmechanismus' mit multiplen Körperverletzungen sowie anhand der unmittelbar nach der kurzen Bewusstlosigkeit aufgetretenen zeitlich-räumlichen Desorientierung mit retro- und anterograder Amnesie sowie komplexer Symptomatik müsse man hier mit grosser Wahrscheinlichkeit von einer Commotio cerebri ausgehen. Auch die erst 3½ Jahre nach dem Unfall erhobenen audio-neuro-otologischen und aequilibrimetrischen Befunde seien mit einem postcommotionellen Syndrom vereinbar und sprächen aus neuro-anatomischer Sicht für multiple Mikroläsionen im Bereich des Pontomesencephalons. Dr. O.\_\_\_\_ schloss auf das Vorliegen einer posttraumatischen Hirnstammläsion und hielt fest, die chronisch verlaufende neuro-otologische Symptomatik mit persistierenden Schwindel- und Gleichgewichtsbeschwerden, begleitet von visueller Symptomatik, könne im Rahmen eines posttraumatisch/postcommotionellen Vertigosyndroms erklärt werden (Urk. 11/104 S. 6).

### E. 3.10.1

In der Folge liess die Beschwerdegegnerin die vorliegenden ärztlichen Einschätzungen durch ihre Unfallmediziner analysieren und entsprechend Bericht erstatten. Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie und Arbeitsmedizin, führte am 19. November 2001 (Urk. 11/110) aus, anlässlich der neurootologischen Untersuchung sei ein postcommotionelles multisensorisches Vertigosyndrom diagnostiziert worden, wobei die Beurteilung der Kausalität fragwürdig erscheine. Namentlich schiene in den Akten betreffend das Vorliegen eines Schädel-Hirntraumas wenig vorhanden zu sein. Weiter habe der Beschwerdeführer auch ein polyradikulares Krankheitsbild entwickelt, auf welches nicht eingegangen werde.

Am 7. Januar 2002 (Urk. 11/111) ergänzte Dr. P.\_\_\_\_, ein eigentliches schweres Schädelhirntrauma habe mit grösster Wahrscheinlichkeit nicht stattgefunden, sodass die Verursachung der erhobenen neurootologischen Befunde durch den Unfall als zumindest nicht wahrscheinlich bezeichnet werden müsse. Hinzu komme, dass vorliegend eine sonstige, unfallfremde, neurologische Pathologie dokumentiert und bekannt sei, und dass die Verursachung dieser diffusen zentralen Symptomatologie durch dieses Leiden viel wahrscheinlicher erscheinen müsse.

### E. 3.10.2

Der SUVA-Neurologe Dr. med. Q.\_\_\_\_ verwies am 11. Dezember 2001 (Urk. 11/110a) auf das in den Vorberichten diagnostizierte organische Psychosyndrom und fÄ¼hrte aus, dass der KohÄ¼renz in den Berichten von Dr. O.\_\_\_\_, Dr. G.\_\_\_\_ und im Gutachten der MEDAS nur ein ungenÄ¼gendes Gewicht beigemessen worden sei. Die untersuchenden Ä¼rzte hÄ¼tten sich die Frage stellen mÄ¼ssen, ob beim BeschwerdefÄ¼hrer als Teil der Notfalluntersuchung RÄ¼ntgenuntersuchungen des SchÄ¼dels und ein Computertomogramm des Gehirns durchgefÄ¼hrt worden seien. Zu bemerken sei, dass ein MRI vom 25. September 2001 keine Hinweise auf eine SchÄ¼digung des Gehirns aufgewiesen habe (vgl. Urk. 11/108). Nach dem Unfall sei kein Computertomogramm des Gehirns durchgefÄ¼hrt worden, da dafÄ¼r keine klinischen Befunde vorgelegen hÄ¼tten (normaler Glasgow Coma Score, unauffÄ¼lliger neurologischer Status). Dr. Q.\_\_\_\_ erachtete das Vorliegen eines SchÄ¼del-Hirntraumas als unwahrscheinlich und befand es als notwendig, als Ursache der neurootologischen und psychiatrischen Befunde andere Mechanismen als ein SchÄ¼delhirntrauma zu finden.

### **E. 3.10.3**

In psychiatrischer Hinsicht nahm am 3. September 2002 (Urk. 11/115 S. 3) Dr. med. R.\_\_\_\_, FachÄ¼rztin FMH fÄ¼r Psychiatrie und Psychotherapie, Stellung zu den aufliegenden medizinischen Akten, namentlich zur Diagnose eines organischen Psychosyndroms durch Dr. G.\_\_\_\_ sowie Dr. med. S.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH fÄ¼r Psychiatrie (im Rahmen der MEDAS-Begutachtung). Sie fÄ¼hrte aus, die entsprechende Diagnosestellung setzte den objektiven Nachweis einer zerebralen Krankheit, SchÄ¼digung oder FunktionsstÄ¼rung voraus. Weiter gelte das Kriterium, dass kein ausreichender oder Ä¼berzeugender Beleg fÄ¼r eine andere Verursachung der PersÄ¼nlichkeits- und VerhaltensstÄ¼rung vorliege, die die Einordnung unter die PersÄ¼nlichkeits- und VerhaltensstÄ¼rungen rechtfertigen wÄ¼rde. Aus der Anamnese gehe indes hervor, dass der BeschwerdefÄ¼hrer bereits vor dem Unfall Delikte begangen habe, weswegen er strafrechtlich verurteilt worden sei. Zum Zeitpunkt des Unfallereignisses sei der BeschwerdefÄ¼hrer sodann alkoholisiert gewesen, und auch ein Kokainkonsum sei aktenkundig. Diese aus der Vorgeschichte dokumentierten Fakten und das spÄ¼ter anÄ¼sslich der psychiatrischen Untersuchungen festgestellte Verhalten des BeschwerdefÄ¼hrers liessen differentialdiagnostisch eine PersÄ¼nlichkeitsstÄ¼rung weit wahrscheinlicher erscheinen als das Vorliegen eines organischen Psychosyndroms. Dr. R.\_\_\_\_ empfahl zur korrekten Diagnosestellung und zur Beurteilung der EinsatzfÄ¼higkeit des BeschwerdefÄ¼hrers eine ergÄ¼nzende psychiatrische Begutachtung.

### **E. 3.11.1**

Am 30. September 2004 erstattete med. pract. E.\_\_\_\_, leitender Arzt der D.\_\_\_\_, das von der Beschwerdegegnerin nach Absprache mit dem BeschwerdefÄ¼hrer in Auftrag gegebene Gutachten.

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ AnÄ¼sslich der Untersuchungen vom 29. Mai und 15. Juni 2004 klagte der BeschwerdefÄ¼hrer in persÄ¼nlicher Hinsicht Ä¼ber die Trennung von seiner Frau samt Tochter, welche keinen Kontakt mehr aufrechterhalten wÄ¼rden, er mÄ¼sse nur noch bezahlen (Urk. 11/134 S. 6).

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ In Bezug auf sein Befinden fÄ¼hrte er aus, auch heute habe der BeschwerdefÄ¼hrer Schmerzen in der HÄ¼fte, welche sich durch Aufmerksamkeit und BewegungsÄ¼bungen positiv beeinflussen liessen. ZusÄ¼tzlich habe er massive

Kopfschmerzen, was ihn reizbar mache, er könne auch nichts mehr speichern im Kopf. Er ertrage die Gegenwart anderer Menschen kaum noch und ziehe sich zurück (Urk. 11/134 S. 7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Arbeitsfähigkeit machte der Beschwerdeführer geltend, 100 % invalid zu sein unter dem Hinweis, dass er viel Zeit zur eigenen Behandlung investieren müsse, er stehende oder körperlich schwere Arbeit nicht mehr machen und sich nicht mehr konzentrieren könne (Urk. 11/134 S. 8).

### E. 3.11.2

Bei der Befragung fiel med. pract. E.\_\_\_\_ keine Störung der hirnorganischen Leistungsfähigkeit auf, hingegen eine fehlende Modulation. Auch über Probleme (Trennung und Scheidung, Unfall, heutige Beschwerden) habe der Beschwerdeführer ganz unbeschwert berichtet. Er habe zwar über ständig vorhandene heftige Nacken- und Kopfschmerzen geklagt, doch aus seinem ganzen Verhalten habe nichts auf ein aktuelles Schmerzerleben hingedeutet (Urk. 11/134 S. 9/10).

### E. 3.11.3

Der Gutachter hielt in seiner Beurteilung fest, aus der psychiatrischen Untersuchung und den Akten ergebe sich beim Beschwerdeführer kein Hinweis auf eine hirnorganische Schädigung/Störung, sei doch keine Kopfverletzung dokumentiert, was bei der unfallchirurgischen Untersuchung zu erwarten gewesen wäre. In der Folgezeit habe der Beschwerdeführer nicht über Kopfschmerzsymptome oder eine Leistungsschwäche geklagt, auch sei nichts über psychisch auffälliges Verhalten berichtet worden. Es sei unwahrscheinlich, dass es zahlreiche untersuchende Ärzte unterlassen hätten, Beschwerden im Bereiche des Kopfes oder psychische Auffälligkeiten zu dokumentieren. Eine depressive Erkrankung liege nicht vor. Auch gebe es keine Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung, auf eine Somatisierungsstörung oder eine somatoforme Schmerzstörung (Urk. 11/134 S. 10/11).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Med. pract. E.\_\_\_\_ diagnostizierte eine narzisstische Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 F60.8) und verwies auf die Beschreibungen des Beschwerdeführers, wonach er auf sein eigenes Wert gelegt habe und ihm sportliche Aktivitäten und ein muskulärer Körperbau sehr wichtig gewesen seien. Die Anerkennung durch andere habe bei ihm eine grosse Rolle gespielt. Auch jetzt wirke er in hohem Masse ich-bezogen, habe ein sehr hohes Anspruchsdenken und reagiere auf Kritik ausserordentlich empfindlich. Gerade bei Menschen mit narzisstischer Persönlichkeitsstruktur könne es nach einem Unfall zu emotionalen Problemen, zu einer schweren Beeinträchtigung des Selbstbildes und zu einer Störung des Selbstwertgefühls kommen, was sich nicht selten in Symptomen von Resignation und/oder Depression äussere, aber auch in Form einer reizbar-streitsüchtigen Grundhaltung zu Tage treten könne (Urk. 11/134 S. 11-13).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Gutachter führte weiter aus, der Beschwerdeführer habe sich darauf festgelegt, dass er vollständig invalid sei und ihm jetzt eine volle Unfallrente zustehe. Diese Grundhaltung entspringe seiner narzisstischen Persönlichkeitsstruktur. Jede andere Sichtweise der Dinge weise er empört von sich. Er erwarte dadurch eine Wiedergutmachung für den erlittenen Unfall, wobei jedoch seine heutige Symptompräsentation nicht in sich schlüssig sei (Widerspruch zwischen Befinden und Befund) und seine Angaben zum Symptomverlauf der Dokumentation in den Akten

widerspreche. Durch den Unfall sei es nicht zu einer krankhaften Dekompensation der Persönlichkeit gekommen, der Beschwerdeführer sei in seiner Persönlichkeit zwar in manchen Aspekten auffällig, aber nicht so tiefgreifend, dass es ihm unmöglich wäre, sich aus der Rolle des chronisch Invaliden zu lösen (Urk. 11/134 S. 13/14).

#### **E. 3.11.4**

Med. pract. E. \_\_\_ mass den beschriebenen Symptomen der narzisstischen Persönlichkeit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu, habe doch diese schon vor dem Unfall bestanden und sei er damals voll arbeitsfähig gewesen. Eine krankhafte Verschlechterung der Persönlichkeit könne nicht festgestellt werden, lediglich eine Änderung der Thematik (Urk. 11/134 S. 14).

#### **E. 3.11.5**

Zu der Einschätzung von Dr. S. \_\_\_ im Rahmen der MEDAS-Begutachtung führte med. pract. E. \_\_\_ aus, es fehle ein psychischer Befund, es würden die Beschwerden des Beschwerdeführers genannt und diese nicht dem Befinden und dem Befund gegenübergestellt. Es sei nicht nachvollziehbar, wie Dr. S. \_\_\_ zu der Diagnose eines organischen Psychosyndroms komme, ohne differentialdiagnostische Überlegungen angestellt zu haben (Urk. 11/134 S. 15/16).

Zu den Angaben von Dr. G. \_\_\_ brachte med. pract. E. \_\_\_ vor, es werde zwar eine Persönlichkeitsstörung erwähnt, aber nicht in Betracht gezogen, dass auffällige Persönlichkeitszüge auch vor dem Unfall vorgelegen haben könnten. In der diagnostischen Schlussfolgerung "Verdacht auf organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirntrauma nach Autounfall im Jahre 1997" schliesse sich Dr. G. \_\_\_ ganz dem Kausalitätsverständnis des Beschwerdeführers an, ohne dass er eigene, darüber hinaus gehende Überlegungen anstelle (Urk. 11/134 S. 16).

#### **E. 3.12.1**

Replicando reichte der Beschwerdeführer zwei weitere ärztliche Beurteilungen ein.

Im Bericht vom 18. Mai 2005 (Urk. 22/2) führte Dr. G. \_\_\_ zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers aus, dieser leide an verschiedenen psychischen Beschwerden. Er sei affektiv sehr labil, zeitweise enthemmt und euphorisch, zeitweise gereizt, depressiv und niedergeschlagen. Es beständen Anhaltspunkte für ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma, gleichzeitig auch für eine posttraumatische Belastungsstörung. Er kritisierte nach Einsichtnahme in das Gutachten des med. pract. E. \_\_\_ dessen zu geringe Berücksichtigung der wichtigsten Beschwerden und empfahl eine neue Beurteilung.

#### **E. 3.12.2**

Dr. med. F. \_\_\_, Psychiatrie & Psychotherapie FMH, berichtete am 11. September 2005 zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers und führte aus, dieser habe ohne Zeichen der Übertreibung und ohne begleitende inadäquate Affekte erzählt, bei kohärentem Gedankengang ohne Hinweise für wahnhaftes oder halluzinatorisches Erleben. Die Grundstimmung sei gedämpft gewesen, jedoch modulationsfähig (Urk. 22/1 S. 5).

Dr. F. \_\_\_ machte geltend, der Unfallablauf sei geeignet gewesen, zu einer milden traumatischen Hirnverletzung zu führen. Dazu komme, dass nach dem

Unfall regrediente neurologische Symptome aufgetreten seien, die zumindest differentialdiagnostisch mit diesem in Zusammenhang gebracht worden seien. Weiter seien neuropsychologische Symptome festgestellt worden, die im Zusammenhang mit einer Gewalteinwirkung auf den Schädel diskutiert worden seien. Die Schwindelbeschwerden seien als posttraumatisch/postcontusionell charakterisiert worden; ferner sei eine Wesensveränderung beschrieben worden (Urk. 22/1 S. 7).

Die geltend gemachten chronischen Schmerzen, Schwindel sowie die neuropsychologischen Funktionsstörungen stellten unspezifische Symptome dar, in ihrer Kombination würden sie aber häufig als den typischen Beschwerdekomples nach milder traumatischer Hirnverletzung oder Halswirbelsäulen(HWS)-Distorsion entsprechend angesehen, deren Vorliegen wahrscheinlich sei. Dass die Diagnose nicht bereits in einem früheren Verlauf gestellt worden sei, sei nicht erstaunlich, hätten doch initial die schweren, augenfälligen Verletzungen, die unklaren neurologischen Symptome und danach die Mobilisationsbemühungen im Vordergrund gestanden (Urk. 22/1 S. 7).

Dr. F.\_\_\_\_ diagnostizierte eine anhaltende Persönlichkeitsänderung (ICD-10: F62) und fügte an, es könne nicht mit Sicherheit unterschieden werden, inwieweit eine hirorganische Komponente vorliege oder die Änderung aufgrund der ständigen Auseinandersetzung einer prätraumatisch narzisstisch strukturierten Persönlichkeit hauptsächlich wirksam gewesen sei. Mit grösster Wahrscheinlichkeit liege eine psychoreaktive Störung aufgrund des Unfalles vor. Er empfahl eine interdisziplinäre Abklärung (Urk. 22/1 S. 9/10).

#### E. 4

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin."

Nachdem die SUVA am 1. Juni 2005 (Urk. 10) um Abweisung der Beschwerde ersucht hatte, zog das Gericht mit Verfügung vom 3. Juni 2005 (Urk. 12) die Akten der Eidgenössischen Invalidenversicherung bei (Urk. 15/1-102 und Urk. 15/1-55). Mit Replik vom 14. November 2005 hielt der Versicherte an seinem Rechtsbegehren fest und beantragte überdies, "es sei das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 30. September 2004 aus dem Recht zu weisen und aus den Akten zu entfernen" (Urk. 21 S. 2). Er reichte ferner zwei neue ärztliche Berichte ein (von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 11. September 2005, Urk. 22/1, und von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2005, Urk. 22/2). Nachdem die SUVA in ihrer Duplik vom 7. Dezember 2005 (Urk. 26) ebenfalls an ihren Anträgen festgehalten hatte, wurde der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 12. Dezember 2005 (Urk. 27) als geschlossen erklärt.

Am 25. Mai 1998 hatte sich K.\_\_\_\_ bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet (Urk. 15/55), welche ebenfalls verschiedene ärztliche Berichte einholte. Mit Verfügung vom 5. September 2000 (Urk. 16/9) sprach die IV-Stelle Zürich K.\_\_\_\_ gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 59 % mit Wirkung ab 1. September 1998 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zu. Im Rahmen des hiergegen eingeleiteten Beschwerdeverfahrens (Urk. 15/7) liess die IV-Stelle das erwähnte Gutachten der MEDAS C.\_\_\_\_ vom 15. Februar 2001 (Urk. 11/103) erstellen und hob nach dessen Eingang die halbe Rente mit Verfügung vom 4. Mai 2001 (Urk. 16/6) gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 75 % wiedererwägungsweise auf eine ganze an.

4. Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien und die Akten wird, sofern für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Am 1. Januar 2003 sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) und die Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 11. September 2002 (ATSV) in Kraft getreten und haben in einzelnen Sozialversicherungsgesetzen und -verordnungen zu Revisionen geführt. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Da sich der hier zu beurteilende Sachverhalt vor dem 1. Januar 2003 verwirklicht hat, gelangen die materiellen Vorschriften des ATSG und der ATSV sowie die gestützt darauf erlassenen Gesetzes- und Ordnungsrevisionen im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Ordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie im Zeitpunkt des Beginns der Rentenausrichtung im Jahr 2000 in Kraft gewesen sind.

2.

2.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG in der bis 30. Juni 2001 gültigen Fassung). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.2 Laut 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).

2.3 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen

Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

2.4 Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat wiederholt festgestellt, dass der Invaliditätsbegriff für die Sozialversicherungszweige der Unfall-, Invaliden-, Militär- und obligatorischen Berufsvorsorgeversicherung grundsätzlich der gleiche ist (BGE 119 V 470 Erw. 2b, 116 V 249 Erw. 1b mit Hinweisen). Aus der Einheitlichkeit des Invaliditätsbegriffs folgt, dass die Schätzung der Invalidität, auch wenn sie für jeden Versicherungszweig grundsätzlich selbständig vorzunehmen ist,

mit Bezug auf denselben Gesundheitsschaden praxisgemäss denselben Invaliditätsgrad zu ergeben hat (BGE 126 V 291 f. Erw. 2a mit Hinweisen). Da der Unfallversicherer bei der Invaliditätsbemessung indessen regelmässig weder die unfallfremden invalidisierenden Faktoren noch die zum Aufgabenbereich der Invalidenversicherung gehörenden bevorstehenden oder laufenden beruflichen Eingliederungsbestrebungen berücksichtigt, kommt dem von ihm festgelegten Invaliditätsgrad kein Vorrang zu (BGE 119 V 471 Erw. 3; RKUV 1995 Nr. U 220 S. 108 in fine).

Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts sind hinsichtlich der Invaliditätsbemessung Abweichungen indessen nicht zum vornherein ausgeschlossen (vgl. BGE 119 V 471 Erw. 2b mit Hinweisen). Nicht als massgeblich zu betrachten ist die Invaliditätsschätzung des einen Sozialversicherungsträgers etwa dann, wenn ihr ein Rechtsfehler oder eine nicht vertretbare Ermessensausübung zu Grunde liegt. Ohne Auswirkungen hat der von einem Unfallversicherer angenommene Invaliditätsgrad auch zu bleiben, wenn dieser bloss auf einem Vergleich beruht (BGE 126 V 292 Erw. 2b, 112 V 175 f. Erw. 2a; RKUV 2000 Nr. U 402 S. 391; AHI 2003 S. 108 Erw. 2a).

2.5 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben

worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

3.

3.1 Die notfallmässig behandelnden Ärzte des H. \_\_\_\_, Departement Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, diagnostizierten im Austrittsbericht vom 23. Oktober 1997 (Urk. 11/4) über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 29. September 1997 bis 24. Oktober 1997 ein grosses Décollement an der rechten Flanke, eine Milz-, Leber- und Nierenkontusion rechts, eine Iliosakral-Sprengung rechts sowie eine supraacetabuläre Beckenfraktur rechts. Sie berichteten über die explorative Laparotomie mit Serosnächten am Kolon, Débridement Flanke rechts und Osteosynthese des rechten Beckens, verschiedene 2nd Looks sowie eine Relaparotomie. Bezüglich der erhobenen Befunde schilderten sie eine kardio-pulmonale Kompensation, eine neurologische Unauffälligkeit sowie eine beidseitige Unauffälligkeit der unteren Extremitäten bezüglich Zirkulation, Motorik und Sensibilität.

3.2 Anschliessend an den Spitalaufenthalt war der Beschwerdeführer bis zum 12. November 1997 in der I. \_\_\_\_ hospitalisiert. Die Ärzte besttigten am 4. Dezember 1997 (Urk. 11/5) die am H. \_\_\_\_ gestellte Diagnose und berichteten über eine gute Mobilisation des Beschwerdeführers. Periphere Sensibilitätsstörungen an allen Extremitäten sowie perioral wurden gestzt auf eine neurologische Untersuchung auf eine hereditär sensomotorische Polyneuropathie zurückgeführt, differentialdiagnostisch auf eine posttraumatische Hirnstammläsion mit latent aufgetretener Symptomatik, die spontan regredient und bei klinisch fehlenden Zeichen für eine Läsion der langen Bahnen eher unwahrscheinlich sei.

#### **E. 4.1**

4.1.1 Wie in Erw. 2.3 ausgeführt, ist der Invaliditätsbegriff für alle Sozialversicherungszweige grundsätzlich gleich. Es stellt sich demzufolge die Frage, ob im vorliegenden Fall, nachdem der Beschwerdeführer eine auf einem Invaliditätsgrad von 75 % basierende Invalidenrente der Eidgenössischen Invalidenversicherung zugesprochen erhalten hat, in der Unfallversicherung ebenfalls von einem Invaliditätsgrad von 75 % auszugehen ist.

4.1.2 In diesem Zusammenhang hat das Eidgenössische Versicherungsgericht in seinem (zur BGE-Publikation vorgesehenen) Urteil vom 2. September 2005 (I 55/05 und U 26/05) in Erw. 2.2.1 Folgendes ausgeführt: In BGE 126 V 288 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht die Tragweite der Bindungswirkung rechtskräftiger Invaliditätsschätzungen der Invalidenversicherung oder der Unfallversicherung für den jeweils anderen Sozialversicherungsbereich umschrieben. Diese Rechtsprechung hat auch nach Inkraft-Treten des ATSG weiterhin Gültigkeit (Urteil K. vom 28. Dezember 2004 [I 725/03] Erw. 1.3 und 1.4; vgl. auch in BGE 131 V 120 nicht publizierte Erw. 2.1.2 des Urteils V. vom 22. April 2005 [I 439/03]). In BGE 126

V 293 f. Erw. 2d hat das Gericht Bezug nehmend auf Art. 129 Abs. 1 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, in Kraft gestanden bis 31. Dezember 2002) auch entschieden, dass ein Sozialversicherungsträger sich die Verfügung oder den Einspracheentscheid des andern grundsätzlich entgegenhalten lassen muss, wenn ihm der Verwaltungsakt ordnungsgemäss eröffnet worden ist und er von seinem Beschwerderecht nicht Gebrauch gemacht hat.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In AHI 2004 S. 181 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht BGE 126 V 288 in zweifacher Hinsicht präzisiert. Es hat festgestellt, dass die Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung gegenüber dem Unfallversicherer mangels rechtserheblichen "Berührtseins" im Sinne von Art. 129 Abs. 1 UVV keinerlei Bindungswirkung entfaltet, auch nicht im Sinne einer Richtigkeitsvermutung (Erw. 4.3 und 4.4). Im Weiteren hat es erkannt, dass das Gesetz (Art. 75 Abs. 1 und Art. 76 Abs. 1 lit. e der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] sowie Art. 104 UVG und Art. 129 UVV) dem Unfallversicherer kein Beschwerderecht gegen Verfügungen von IV-Stellen in Bezug auf Rentenanspruch und Invaliditätsgrad einräumt, weshalb er sich diese Verwaltungsakte auch nicht entgegenhalten lassen muss (Erw. 5.2; bestätigt in den Urteilen G. vom 18. Januar 2005 [I 293/04] Erw. 1.3, B. vom 2. November 2004 [I 95/02] Erw. 3 und M. vom 17. August 2004 [I 106/03] Erw. 4).■

4.1.3Ä Ä Daraus folgt ohne weiteres, dass vorliegend keine Bindung an die von der IV-Stelle vorgenommene Bemessung des Invaliditätsgrads besteht. Dieser ist folglich frei zu prüfen.

4.2Ä Ä Ä Ä Aus den ärztlichen Berichten geht hervor, dass die beim Unfall zugezogenen offenkundigen Verletzungen (Dollement rechte Flanke, Milz-, Leber- und Nierenkontusion rechts, Iliosakral-Sprengung rechts, Beckenfraktur rechts) bis Mitte 1999 grösstenteils abheilten. Am 22. Juni 1999 verwies Kreisarzt Dr. M. auf die bildgebend bestätigte Konsolidierung der Frakturen am Becken ohne Lockerungszeichen des Osteosynthesematerials im ISG bei kleinem subfovealem Osteophyten, im übrigen jedoch regelrechter Darstellung der Hüftgelenke beidseits und der umgebenden Weichteile. Er nannte als bleibende Unfallfolgen eine Versteifung im ISG sowie belastungsabhängige Flankenschmerzen rechts und befand den Beschwerdeführer in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne ungewöhnliches längeres Verharren in gleichbleibender Haltung, ohne Heben von Lasten über 10 bis 15 kg sowie ohne Arbeiten mit häufigen Rotationsbewegungen, in der Hocke und in den Knien als vollumfänglich arbeitsfähig (Urk. 11/61 S. 3/4). In diesen Sinn gingen auch die Spezialisten der MEDAS-C. am 15. Februar 2001 davon aus, dass aus rheumatologischer Sicht eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit vorliege (Urk. 11/103 S. 18).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit steht fest, dass der Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig ist, was denn auch nicht bestritten wurde.

#### **E. 4.3**

4.3.1Ä Ä Der Beschwerdeführer brachte im Gegenteil vor, entsprechend der Einschätzung im MEDAS-Gutachten sei das Vorliegen von psychischen Unfallfolgen zu bejahen und demgemäss der von der Invalidenversicherung berechnete Invaliditätsgrad von 75 % zu bestätigen (Urk. 1 S. 12).

4.3.2. Eine psychische Behandlung trat der Beschwerdeführer am 4. September 1998 bei Dr. G. an, welcher am 10. Juli 2000 einen Verdacht auf ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma diagnostizierte sowie auf eine vermutete Wesensveränderung hinwies. Er war sodann der erste Arzt, der von einem Schlag auf den Kopf anlässlich des Unfalls mit Verwirrtheit und Amnesie sprach (Urk. 11/93).

Die Durchsicht der medizinischen Akten ergibt indes, dass nach der notfallmässigen Einlieferung ins H. keine Kopfverletzung thematisiert und der neurologische Status als unauffällig bezeichnet wurde (Urk. 11/4). Eine Läsion des Gehirns wurde erstmals am 4. Dezember 1997 von den Ärzten der Klinik I. im Zusammenhang mit peripheren Sensibilitätsstörungen an allen Extremitäten diskutiert, wobei eine hereditär sensomotorische Polyneuropathie als wahrscheinlicher angesehen wurde unter dem Hinweis, dass offenbar kein Bewusstseinsverlust oder ein Schädel-Hirntrauma vorgelegen habe und der Beschwerdeführer erst seit einer der letzten Operationen an Kribbelgefässen leide (Urk. 11/5 S. 1 und S. 4).

Med. pract. E. führte zur Einschätzung von Dr. G. in nachvollziehbarer Weise aus, dass eine kritische Auseinandersetzung mit anderen Krankheitsursachen gänzlich fehle (Urk. 11/134 S. 16). Namentlich fehlt ein Abriss der kriminellen Vergangenheit des Beschwerdeführers, der tatsächlichen Umstände des Unfalls sowie einer Darlegung der nunmehr entstandenen Ehekrise. In diesem Sinne mangelt es der Einschätzung von Dr. G. im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung namentlich an einer Auseinandersetzung mit den Vorakten, insbesondere der fehlenden Dokumentation einer Kopfverletzung.

Es fällt weiter auf, dass Dr. G. als behandelnder Arzt von einem falschen Ablauf der Geschehnisse am Unfalltag ausging. So schilderte er, der Beschwerdeführer sei auf dem Pannestreifen, wo er wegen Problemen mit seinem Auto gestanden sei, von einer Autofahrerin angefahren worden, die ihn im dichten Nebel nicht gesehen habe (Urk. 11/93 S. 1). Aus dem Urteil des Bezirksgerichts A. vom 16. April 1998 (Urk. 11/35/2) geht indes ein ganz anderer Ablauf der Geschehnisse hervor (vgl. Ziff. 1.1 des Sachverhalts hiervor). Dr. G. erwähnte sodann mit keinem Wort die Vergangenheit des Beschwerdeführers als Drogenkonsument und als Krimineller. Angesichts dieser Umstände und der in wesentlichen Punkten falschen Informationen, mit welchen Dr. G. offenbar bedient wurde, mangelt es seiner Einschätzung auch aus diesem Grund an Überzeugungskraft.

Schliesslich bleibt festzuhalten, dass in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Als behandelnder Arzt steht Dr. G. in einem Auftragsverhältnis mit dem Beschwerdeführer und fällt in die genannte Kategorie.

4.3.3. Dr. N. bestätigte wohl am 28. September 1999 die Einschätzung von Dr. G. (Urk. 15/36), konnte aber wegen des Verhaltens des Beschwerdeführers gar keine Analyse der psychosozialen Situation vollziehen, weshalb sein Schluss auf ein vermutetes psychoorganische Syndrom (Urk. 11/36) eine einlässliche Begründung vermissen lässt.

4.3.4. Dr. O.\_\_\_\_ schloss am 14. Juni 2001 auf das Vorliegen einer posttraumatischen Hirnstammläsion, ging indessen von einer bislang nirgends dokumentierten Commotio cerebri sowie einer retro- und anterograden Amnesie aus (Urk. 11/104). Diese Angaben, auf welche Dr. O.\_\_\_\_ seine Diagnose stützte, wurden ungeprüft vom Beschwerdeführer übernommen und entsprechend unkritisch gewürdigt. Dr. O.\_\_\_\_ nahm namentlich nicht zur anderslautenden Befunderhebung der erstbehandelnden Ärzte des H.\_\_\_\_ Stellung.

4.3.5. Auch die MEDAS-Ärzte diagnostizierten ein organisches Psychosyndrom, welches sie auf ein erlittenes Schädel-Hirntrauma zurückführten. Erstmals findet sich eine mögliche Auseinandersetzung mit der Diskrepanz zu den Erhebungen der erstbehandelnden Ärzten in dem Sinne, dass wegen des allgemein kritischen Zustandes bei der Schwere der übrigen Verletzungen das Schädel-Hirntrauma nicht realisiert worden sei (Urk. 11/103 S. 17/18). Der psychiatrische Konsiliararzt Dr. S.\_\_\_\_ schloss aus dem Ergebnis des Meggendorfer-Bildtests sowie unter Verweis auf die Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ auf seine Diagnose eines organischen Psychosyndroms (Beilage zu Urk. 11/103).

Mit med. pract. E.\_\_\_\_ sind diese Ausführungen indessen in dem Sinne zu relativieren, dass dem psychiatrischen Konsiliarbericht in der Tat eine Befundschilderung - mit Ausnahme der Ergebnisse des Meggendorfer-Bildtests - nicht zu entnehmen ist (Urk. 11/134 S. 15/16). Im Gegenteil finden sich lediglich eine Wiederholung der vom Beschwerdeführer vorgetragene Klagen sowie aktenkundig falsche Annahmen: Dass der Beschwerdeführer nie nennenswert Alkohol getrunken habe, erscheint angesichts der aktenkundigen Umstände des Unfalls als unkorrekt. Den Kokainkonsum des Beschwerdeführers nahm Dr. S.\_\_\_\_ sodann gar nicht zur Kenntnis. Abgesehen von der unvollständigen Anamneseerhebung fällt zudem auf, dass differentialdiagnostische Überlegungen gänzlich fehlen.

Schliesslich kann angesichts des geschilderten Tagesablaufes des Beschwerdeführers nicht nachvollzogen werden, aus welchem Grund der Beschwerdeführer im Ausmass von 75 % arbeitsunfähig sein soll.

4.3.6. Dr. F.\_\_\_\_ befand den Unfall ebenfalls als geeignet, zu einer milden traumatischen Hirnverletzung zu führen, und verwies auf die nach dem Unfall aufgetretenen neurologischen Symptome (Urk. 22/1). Keine Ausführungen finden sich aber dazu, dass diese wohl differentialdiagnostisch mit einer traumatischen Hirnverletzung in Zusammenhang gebracht, indessen eine hereditäre sensomotorische Polyneuropathie als wahrscheinlicher erachtet wurde (Urk. 11/5). Dr. F.\_\_\_\_ war sodann entgangen, dass am 25. September 2001 ein MRI des Schädels durchgeführt worden war, wobei sich kein Hinweis auf intra-cerebrale Läsionen ergab (Urk. 11/108). Auch wenn er der Meinung ist, dass fehlende bildgebende Beweise nicht gegen eine Hirnverletzung sprechen, so ist dies gleichwohl ein Indiz, zu welchem sich eine vertiefte Auseinandersetzung gerechtfertigt hätte. Ebenfalls unerwähnt blieb der Kokainkonsum des Beschwerdeführers.

Neben diesen nicht unerheblichen Mängeln in der Anamneseerhebung ist weiter festzuhalten, dass die von Dr. F.\_\_\_\_ postulierte HWS-Distorsion in den medizinischen Vorakten keine Bestätigung findet. Denn es fehlen Angaben darüber, dass der Beschwerdeführer innert der von der medizinischen Lehrmeinung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs mit dem Unfall vorausgesetzten Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall über

Nackenbeschwerden geklagt hat (RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29 Erw. 5e und Nr. U 391 S. 308 Erw. 2b; vgl. auch Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschmerzen in der schweizerischen sozialen Unfallversicherung, Bern 1990, S. 53).

Dr. F. \_\_\_ bestätigte schliesslich das Vorhandensein der von med. pract. E. \_\_\_ als im Vordergrund stehend beurteilten narzisstischen Persönlichkeitszüge und kam mit einer anhaltenden Persönlichkeitsänderung zu einer neuen Diagnose, ohne die übrigen Belastungsfaktoren (Eheprobleme, Suchtverhalten, kriminelle Aktivität) in seine Beurteilung einfließen zu lassen.

4.3.7 Demgegenüber entspricht das Gutachten des med. pract. E. \_\_\_ vom 30. September 2004 (Urk. 11/134) in jeder Hinsicht den Beweisanforderungen an eine Expertise.

So beruht es auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, wurde der Beschwerdeführer doch zwei Mal aufgeboten und wurden die entsprechenden Befunde umfassend erhoben.

Der Gutachter berücksichtigte weiter die geklagten Beschwerden und setzte sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinander. Die gegenteilige Ansicht von Dr. G. \_\_\_ (Urk. 22/2) ist aktenwidrig. Im Gutachten finden sich detailliert die geklagten Beschwerden (namentlich Schmerzen in der Hüfte sowie Nacken- und Kopfschmerzen). Med. pract. E. \_\_\_ nahm auch die Probleme betreffend Scheidung und der unbefriedigenden Situation, dass sich der Beschwerdeführer bloss noch als "Zahler" für seine Tochter und die Mutter sieht, zur Kenntnis. Dies hatten die übrigen psychiatrischen Fachärzte allesamt nicht bemerkt. Auch das Verhalten des Beschwerdeführers während der Explorationen fand Eingang in die Beurteilung.

Das Gutachten wurde in Kenntnis der sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben. Med. pract. E. \_\_\_ lagen die vollständigen Akten vor, und er nahm insbesondere Kenntnis von den Angaben der erstkonsultierten Ärzte und liess diese in seine Würdigung einfließen. Weiter nahm er detailliert Stellung zu den abweichenden Meinungen der MEDAS-Ärzte sowie von Dr. G. \_\_\_ und begründete seine Ansichten.

Das Gutachten leuchtet sodann in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Med. pract. E. \_\_\_ nahm - im Gegensatz zu den übrigen Psychiatern - auch auf die Verhältnisse vor dem Unfall Bezug und wertete diese unter Hinweis auf die medizinische Aktenlage in somatischer Hinsicht. Er legte sodann in verständlicher Weise dar, dass ein Unfall beim Vorliegen einer narzisstischen Persönlichkeit die beim Beschwerdeführer eingetretene Wirkung zeigen kann und zeigte die Zusammenhänge der psychischen Reaktionen im Gesamtbild der somatischen Aktenlage auf. Ferner legte er nachvollziehbar dar, dass kein Hinweis auf eine hirnorganische Schädigung des Beschwerdeführers vorliegt.

Die Schlussfolgerungen des Gutachters sind in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann. Namentlich wurde schlüssig dargelegt, dass der vorliegenden psychischen Störung kein Krankheitswert zukommt und damit die Ausübung einer angepassten Arbeitstätigkeit ohne weiteres vollumfänglich zumutbar ist, zumal die körperlichen Unfallfolgen recht gut abgeheilt waren.

Dem mit Replik gestellten Antrag, das Gutachten von med. pract. E.\_\_\_\_ "aus dem Recht zu weisen und aus den Akten zu entfernen" (Urk. 21 S. 5) ist nicht statt zu geben. Einerseits erklärte der Beschwerdeführer sein Einverständnis mit der Begutachtung durch med. pract. E.\_\_\_\_ (Urk. 11/128) und enthält dessen Expertise keine unsachlichen Äusserungen, und andererseits ist der Antrag unbegründet geblieben. Weiter finden sich in den Akten keine Hinweise auf die in der Beschwerde behauptete unbefriedigende Verstärkung anlässlich der Begutachtung (Urk. 1 S. 12). Im Gegenteil führte der vom Beschwerdeführer im Laufe des vorliegenden Verfahrens beigezogene Psychiater Dr. F.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 11. September 2005 aus, die Untersuchung sei "ohne Probleme auf Deutsch durchführbar" gewesen (Urk. 22/1 S. 5 unten). Schliesslich kann der Expertise keine negative Grundhaltung des Gutachters gegenüber dem Beschwerdeführer (Urk. 1 S. 12) entnommen werden. Es ist denn auch Aufgabe eines Gutachters, sämtliche Aspekte in seine Beurteilung einfließen zu lassen, insbesondere auch jene, die sich negativ auf einen Leistungsanspruch der versicherten Person auswirken können. Inwiefern damit eine negative Grundhaltung einher gehen soll, ist nicht nachvollziehbar.

4.3.8 Die Ausführungen von med. pract. E.\_\_\_\_ werden gestützt durch die Beurteilungen der Versicherungsärzte der Beschwerdegegnerin, aufgrund welcher die externe Begutachtung angeordnet worden war, da diesen Zweifel am Bestehen eines Schädel-Hirntraumas trotz Fehlens von organischen Anhaltspunkten gekommen waren. So verwies Dr. P.\_\_\_\_ auf die unfallfremde neurologische Pathologie (Urk. 11/111). Dr. Q.\_\_\_\_ legte das Schwergewicht seiner Beurteilung auf die Befunde der erstbehandelnden Ärzte, welche keine klinischen Anhaltspunkte für ein solches Trauma gefunden hatten (Urk. 11/110a). Dr. R.\_\_\_\_ führte sodann in schlüssiger Weise aus, dass die Diagnose eines organischen Psychosyndroms den Nachweis einer zerebralen Krankheit, Schädeligung oder Funktionsstörung voraussetze, was vorliegend nicht der Fall sei. Ferner verwies sie auf die auffällige Vergangenheit des Beschwerdeführers, was den Psychiatern - mit Ausnahme von med. pract. E.\_\_\_\_ - entgangen war (Urk. 11/115).

4.3.9 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich keine hinreichenden Anhaltspunkte für das Vorliegen eines durch den Unfall verursachten Schädel-Hirntraumas finden lassen. Im Gegenteil ergeben die medizinischen Akten ein anderes Bild. Namentlich stellten die erstbehandelnden Ärzte des H.\_\_\_\_ keine Kopfverletzungen fest, dokumentierten normale Testresultate, und auch ein im Jahr 2001 gefertigtes MRI war unauffällig. Die Diskussion des Schädel-Hirntraumas kam erst durch die (differentialdiagnostisch) in diesem Zusammenhang diskutierten Sensibilitätsstörungen auf, welche in der Folge jedoch abklagen. Angesichts dieser aktenkundigen Umstände ist das Vorliegen eines Schädel-Hirntraumas unwahrscheinlich, weshalb die auf dieser Hypothese erstellten Berichte nicht schlüssig sind. Abzustellen ist auf das in jeder Hinsicht überzeugende Gutachten von med. pract. E.\_\_\_\_.

Bei der vorliegend eindeutigen Aktenlage kann von weiteren Beweisvorkehren ohne weiteres abgesehen werden.

4.4 Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer kein Schädel-Hirntrauma erlitten hat, dass seinen psychischen Störungen kein Krankheitswert zukommt und diese ohnehin nicht mit dem Unfall im Zusammenhang stehen und dass beim Beschwerdeführer eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit vorliegt.

5. Nicht bestritten ist der von der Beschwerdegegnerin durchgeführte Einkommensvergleich (Urk. 11/85 S. 2), welcher aus Sicht des Beschwerdeführers auch nicht zu beanstanden ist. Ausgehend vom im Zeitpunkt des Unfalls (1997) arbeitslosenversicherungsrechtlich versicherten Verdienst von Fr. 59'748.-- (Fr. 4'979.-- x 12, Urk. 15/54) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 0,8 %, 0,2 % und 1,3 % (Lohnentwicklung 2000, hrsg. Bundesamt für Statistik, S. 31 Tabelle T1.93 Ziff. 15-37, Verarbeitendes Gewerbe/Industrie, 1998-2000) ergibt sich ein Valideneinkommen von Fr. 61'130.95 im massgeblichen Jahr 2000 (Rentenbeginn 1. April 2000).

Laut der Tabelle TA1 der Lohnstrukturerhebung (LSE) 2000 belief sich der Zentralwert für einfache und repetitive Tätigkeiten im privaten Sektor bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden auf Fr. 4'437.--, was bei Annahme einer betrieblichen durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2000 von 41,8 Stunden (Die Volkswirtschaft 11-2005 S. 86 Tabelle B 9.2) ein Gehalt von monatlich Fr. 4'636.65 oder (x 12) von Fr. 55'639.80 pro Jahr ergibt. Bei einem Abzug vom Tabellenlohn von 10 % aufgrund der nurmehr bloss noch vorhandenen Arbeitsfähigkeit in einer leichteren Tätigkeit ergibt sich ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 50'075.80 oder eine Einschränkung in der Erwerbsfähigkeit von 18 %.

Demgemäss kann die Zusprache einer Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 20 % nicht beanstandet werden.

6. Schliesslich besteht keine Veranlassung, von der zugesprochenen Integritätsentschädigung von 20 % abzuweichen. Dr. med. T. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, Unfallmediziner der Beschwerdegegnerin, führte am 9. Juli 1999 hierzu aus (Urk. 11/62), für die Restbeschwerden nach komplexer Verletzung im Bereich der rechten Flanke gebe es keinen Listenwert. Die Schätzung von 20 % lasse sich aber den Analogie-Positionen einer massigen Coxarthrose oder Hüftprothese (Tabelle 5), eines ISG-Syndroms +++ oder einer Diskushernie ++ (Tabelle 7) bzw. einer Tibias-Lähmung (Tabelle 2) begründen. In diesem Wert sei auch der kosmetische Aspekt der Narbe in der rechten Flanke berücksichtigt. Angesichts der nicht wesentlichen Einschränkungen von Wirbelsäulen- und Hüftbeweglichkeit lasse sich egalitär kein höherer Wert rechtfertigen.

Die von Dr. O. \_\_\_\_, am 14. Juni 2001 (Urk. 11/104 S. 10) vorgenommene Schätzung des Integritätsschadens von 25 bis 30 % basierend auf der Tabelle 14 stützt sich unter anderem auf die Angaben von Dr. G. \_\_\_\_, (Urk. 11/104 S. 8), auf welche - wie aufgezeigt - nicht abgestellt werden kann.

Damit ist die Höhe der Integritätsentschädigung von 20 % ebenfalls nicht zu beanstanden.

7. Gestützt auf diese Erwägungen erweist sich die Beschwerde in jeder Hinsicht als unbegründet, was zu deren Abweisung führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

