

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00117 vom 21. März 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-03-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2005.00117](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00117)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00117 du 21 mars 2006

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00117 del 21 marzo 2006

## Erwägungen

### E. 1

1.1 S. \_\_\_\_, geboren 1962, arbeitete seit November 2000 als Verkaufsleiter bei der A. \_\_\_\_, AG in deren Zweigniederlassung B. \_\_\_\_, und war damit bei der ZÄrich Versicherungs-Gesellschaft gegen Unfälle versichert. Am 11. Januar 2001 erlitt er einen Verkehrsunfall: Während einer Fahrt mit dem Personenwagen durch einen Waldabschnitt sprang eine Katze auf die Strasse; beim Ausweichen kollidierte S. \_\_\_\_ mit einem Baum (Urk. 8/Z1). Die gleichentags erstbehandelnden Ärzte des Stadtsitals C. \_\_\_\_ diagnostizierten bei unauffälligen Röntgenbefunden (Urk. 8/ZM42) eine Thoraxkontusion, eine Commotio cerebri und ein Halswirbelsäulen(HWS)-Distorsionstrauma (Urk. 8/ZM1). Die ZÄrich Versicherungs-Gesellschaft trat auf den Schaden ein und gewährte Heilbehandlung sowie Taggeld. Das Arbeitsverhältnis bei der A. \_\_\_\_, AG wurde dem Versicherten per Ende April 2001 aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt (Urk. 8/Z22).

1.2 Dr. med. D. \_\_\_\_, Hausarzt des Versicherten, leitete in der Folge eine Physio- sowie eine Schmerztherapie ein (Bericht vom 11. April 2001, Urk. 8/ZM3) und verwies ihn an Dr. med. E. \_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, (Bericht vom 25. April 2001, Urk. 8/ZM8), welcher eine MR-Untersuchung der HWS veranlasste, die indessen - abgesehen von einer Chondrose C5/6 und einer wahrscheinlichen Streckhaltung der HWS - unauffällig blieb (Bericht vom 24. April 2001, Urk. 8/ZM4). Daneben begab sich S. \_\_\_\_ in eine Kraniosakraltherapie bei F. \_\_\_\_ (Bericht vom 15. Mai 2001, Urk. 8/ZM5).

Vom 13. September bis 11. Oktober 2001 war S. \_\_\_\_ in der Rehaklinik G. \_\_\_\_ hospitalisiert, wo die Diagnose eines Status' nach HWS-Distorsion und leichter traumatischer Hirnverletzung mit zervikozepalem Syndrom, vegetativer Dysregulation, neuropsychologischen Funktionsstörungen sowie einer Anpassungsstörung gestellt wurde (Bericht vom 16. Oktober 2001, Urk. 8/ZM15). Da S. \_\_\_\_ immer noch vollumfänglich arbeitsunfähig war, begab er sich zu Dr. med. H. \_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, in Behandlung (Bericht vom 6. November 2001, Urk. 8/ZM14), welcher ihn an Dr. med. I. \_\_\_\_, Psychiatrie & Psychotherapie FMH, verwies. Dieser verneinte die Diagnose einer Anpassungsstörung und empfahl eine neuropsychologische Abklärung (Bericht vom 28. Januar 2002, Urk. 8/ZM22), welche am R. \_\_\_\_ durchgeführt wurde und eine kognitive Minderleistung zu Tage brachte (Bericht vom 4. September 2002, Urk. 8/ZM27 S. 11).

In der Folge veranlasste die ZÄrich Versicherungs-Gesellschaft eine Expertise am J. \_\_\_\_, zu welchem Zweck der Versicherte dort vom 20. bis 24. Oktober 2003 stationär untersucht wurde. Die Experten konnten keine somatischen

Gesundheitsschäden feststellen und diagnostizierten in psychiatrischer Hinsicht im Wesentlichen eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (narzisstisch-histrionisch), welche im Vordergrund stehe (vgl. Gutachten vom 25. November 2003, Urk. 8/ZM43, S. 23/24). Hierzu nahm Dr. I. \_\_\_ am 27. Dezember 2003 Stellung, zweifelte die gutachterlichen Schlussfolgerungen an und empfahl eine erneute interdisziplinäre Abklärung (Urk. 8/Z164 S. 6/7).

1.3.1 Mit Verfügung vom 7. Mai 2004 (Urk. 8/Z167) stellte die Zürich Versicherungs-Gesellschaft die Gewährung von Taggeld per 31. Dezember 2003 sowie der Heilungskosten per 31. Mai 2004 ein und verneinte einen weiteren Leistungsanspruch mangels Kausalität. Hiergegen wurde am 11. Mai 2004 (Urk. 8/Z168) Einsprache erhoben. Am 9. Dezember 2004 (Urk. 8/ZM46) erstattete PD Dr. L. \_\_\_, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, seinen Bericht zu Schäden der Zürich Versicherungs-Gesellschaft (Anfrage vom 15. Juli 2004, Urk. 8/Z176). Er bezeichnete die Diagnose der Ärzte des J. \_\_\_ als falsch, diagnostizierte ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma bzw. eine sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung auf Grund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns und erachtete den adäquaten Kausalzusammenhang der bestehenden Störungen zum Unfallereignis als gegeben (Urk. 8/ZM46 S. 31-33).

1.3.2 Mit Entscheid vom 17. März 2005 (Urk. 2) wies die Zürich Versicherungs-Gesellschaft die Einsprache vom 11. Mai 2004 (Urk. 8/Z168) ab.

### E. 1.3

1.3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.3.2 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien nennt das Eidgenössische Versicherungsgericht hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;

- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- Dauerbeschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Anders als bei den Kriterien, die das Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und der in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

1.4.4.4 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 prüfen 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.).

## E. 2

2.1.4.4 Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 31. Dezember 2003 (Taggeld) beziehungsweise per 31. Mai 2004 (Heilungskosten) eingestellt hat. Dies ist dann zu bejahen, wenn zwischen dem Unfall vom 11. Januar 2001 und den ab 1. Januar beziehungsweise 1. Juni 2004 noch vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen kein adäquater Kausalzusammenhang (mehr) bestand.

2.2.4.4 Die am Unfalltag erstbehandelnden Ärzte des Stadtsitals C. \_\_\_ berichteten am 12. Januar 2001 (Urk. 8/ZM1), der Beschwerdeführer sei nach dem Unfall selber aus

dem Fahrzeug gestiegen; es sei keine Bewusstlosigkeit gemeldet worden, weder von Passanten noch von der Sanität. Bei der Untersuchung fanden sich Prellmarken über dem Sternum und am Becken bei frei beweglicher HWS. Druckdolenzen fanden sich über dem Xiphoid sowie über der Crista Iliaca mit diskreten Prellmarken. Aus den Röntgenbildern ergaben sich keine Hinweise für eine ossäre Läsion, hingegen für eine Streckhaltung der HWS. Die Ärzte diagnostizierten eine Thoraxkontusion, eine Commotio cerebri sowie ein HWS-Distorsionstrauma.

2.3 Die Ärzte Der Neurologe Dr. E.\_\_\_\_, an welchen der Beschwerdeführer vom Hausarzt Dr. D.\_\_\_\_ überwiesen worden war, veranlasste eine MR-Untersuchung der HWS, welche am 24. April 2001 (Urk. 8/ZM4) eine Chondrose C5/6 sowie eine wahrscheinliche Streckstellung der HWS, indessen keine Fraktur und keinen pathologischen Befund an der Wurzel C6 ergab. Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierte am 25. April 2001 (Urk. 8/ZM8) ein zervikales sowie zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts bei Status nach Verkehrsunfall, Kopfschmerzen und Schwindel-Beschwerden multifaktorieller Genese sowie ein vermutlich allergisches Asthma bronchiale. Die geklagten Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden deutete er im Rahmen von funktionellen Kopfschmerzen. Für die vorgebrachten Schlafstörungen, Vergesslichkeit, Konzentrationschwierigkeiten und die verminderte Leistungsfähigkeit fand er keine Hinweise für eine bioelektrische Genese.

2.4 Die Ärzte der Rehaklinik G.\_\_\_\_ berichteten am 16. Oktober 2001 über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 13. September bis 11. Oktober 2001 und diagnostizierten einen Status nach HWS-Distorsion und leichter traumatischer Hirnverletzung (amnestische Lücke) mit konsekutiv zervikozepalem Syndrom, vegetativer Dysregulation, neuropsychologischen Funktionsstörungen sowie einer Anpassungsstörung (Urk. 8/ZM15 S. 1).

Die Ärzte beschrieben einen geklagten persistierenden zervikozepalen Symptomenkomplex mit vegetativen Begleiterscheinungen und neuropsychologischen Funktionsstörungen. Im Rahmen der physiotherapeutischen Bemühungen habe die Schmerzsituation nur geringgradig beeinflusst werden können, in der Ergotherapie habe sich die Gedächtnisleistung leicht steigern lassen. In der neuropsychologischen Untersuchung habe sich eine leichte bis mittelschwere Funktionsstörung gezeigt, deren Ausprägung nur im Rahmen der Anpassungsstörung erklärbar sei. Im Rahmen der psychologischen Betreuung sei ein leistungsorientierter, auf die Schmerzen fixierter Beschwerdeführer mit multiplen psychosozialen Belastungsfaktoren und ungenügenden Bewältigungsressourcen aufgefallen. Es wurde weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert und der schrittweise berufliche Wiedereinstieg empfohlen (Urk. 8/ZM15 S. 5/6).

2.5 Der Psychiater Dr. I.\_\_\_\_, an welchen der Beschwerdeführer von seinem Hausarzt Dr. H.\_\_\_\_ überwiesen worden war, berichtete am 28. Januar 2002 (Urk. 8/ZM22) von einem in der Folge des erlittenen Unfalles entwickelten chronischen Schmerzsyndroms im Bereich des Kopfes und des Nackens, Sehbeschwerden, Tinnitus, Schwindel, Lärmempfindlichkeit, Wortfindungsstörungen und Konzentrationsproblemen mit verstärkter Reizbarkeit und vegetativen Beschwerden. Er verneinte das Vorliegen einer Anpassungsstörung und führte aus, die Adaption des Beschwerdeführers an seine Unfallfolgen scheinere derzeit keinen symptomverstärkenden Charakter zu haben, weswegen die psychoreaktive Dimension

unauffällig sei. Weiter empfahl Dr. I. \_\_\_ eine neuropsychologische Abklärung.

2.6.2. Diese Untersuchungen erfolgten am 10. und 25. Juli sowie am 7. August 2002 bei Dr. phil. M. \_\_\_, welche am 4. September 2002 zu Händen des Hausarztes berichtete. Sie führte aus, die Befunde deuteten aus neuropsychologischer Sicht auf eine mittelschwere (bis schwere) kognitive Funktionsstörung im Bereich rechts frontaler und tiefer Hirnstrukturen hin. Hinzu kämen eine deutlich verminderte Belastbarkeit, eine schnelle Ermüd- und Erschöpfbarkeit sowie eine interferierende Schmerzproblematik. Im Vordergrund ständen eine ausgeprägte allgemeine Verlangsamung mit deutlichen Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefiziten sowie eine zusätzlich massive Reduktion fast aller kognitiver Leistungen, wobei sich einzig im Bereich rechts-frontaler Strukturen eine eindeutig fokale Funktionsstörung manifestiere und in allen anderen Bereichen teilweise widersprüchliche Testergebnisse auffielen (Urk. 8/ZM27 S. 9/10).

Im Vergleich zur neuropsychologischen Erstuntersuchung in der Rehaklinik G. \_\_\_ vom Oktober 2001 zeichne sich heute eine deutliche Verschlechterung der kognitiven Leistungen des Beschwerdeführers ab. Die heute teilweise massiv verschlechterten Leistungen liessen sich einerseits mit der auffallenden deutlichen Verlangsamung sowie der noch immer stark verminderten Belastbarkeit des Beschwerdeführers erklären. Andererseits spiele sicher auch die persistierende Schmerzproblematik, welche im Sinne eines permanenten internen Störreizes ablenkend und dadurch zusätzlich leistungsmindernd wirken könne, eine grosse Rolle (Urk. 8/M27 S. 10).

#### **E. 2.7.1**

Anlässlich der Untersuchung am J. \_\_\_ vom 20. bis 24. Oktober 2003 (Gutachten vom 25. November 2003) klagte der Beschwerdeführer über einen seit dem Unfall bestehenden Kopfdruck, beim Vorbeugen verspüre er einen heftig stechenden Schmerz im Hinterkopf. Die Nachtruhe sei wegen der Schmerzen ebenfalls beeinträchtigt, er erwache deswegen häufig. Seit dem Unfall sei er gegenüber früher deutlich empfindlicher auf helles Licht und auf Lärm. Unregelmässig verspüre er seither rechtsbetont auch ein pfeifendes Ohrgeräusch. Er fühle sich chronisch müde, habe Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren, sei dann nach 45 bis 60 Minuten nicht mehr aufnahmefähig, ausserdem habe er Wortfindungsstörungen. Im übrigen verspüre er gelegentlich ziehende Schmerzen vom Nacken gegen die rechte Schulter, manchmal damit verbunden auch ein Kribbeln im rechten Unterarm, ausserdem habe er gelegentlich etwas Beschwerden im Kreuz (Urk. 8/ZM43 S. 9).

2.7.2. Der Orthopäde des J. \_\_\_, Dr. N. \_\_\_, interpretierte die aufliegenden bildgebenden Untersuchungsergebnisse (HWS, Becken, MRI der HWS und Computertomographie des Neurokraniums) als unauffällig, abgesehen von den durch die Vorärzte beschriebenen diskreten Befunden. Er diagnostizierte ein zervikozephalales Schmerzsyndrom bei Status nach HWS-Distorsionstrauma und führte aus, im orthopädischen Fachbereich fänden sich ausser einem minimalen Hartspann parazervikal und der Angabe einer erheblichen Druckschmerzhaftigkeit über den Dornfortsätzen der HWS und dem kranialen Drittel der Brustwirbelsäule (BWS) keine objektivierbaren Befunde, welche das massive Beschwerdebild erklären würden (Urk. 8/ZM43 S. 11/12).

2.7.3.3. In neurologischer Hinsicht konnte Dr. O. \_\_\_ keine Ausfälle feststellen, auch fand er keine Hinweis für eine intermittierende radikuläre Reizung in C5/6 (Urk. 8/ZM43 S. 13).

2.7.4. Der Psychiater des J. \_\_\_, Dr. P. \_\_\_, stellte beim Beschwerdeführer auf psychopathologischer Ebene eine psychogen bedingte kognitive Einschränkung fest, die mit praktischer Sicherheit nicht organischer Natur sei. Der Beschwerdeführer gebe zwar Wortfindungsstörungen an, auch Störungen seines Gedächtnisses, wobei ihm dann nach längerem Studieren immer wieder alles in den Sinn komme. Er zeige hingegen im Gespräch keinerlei Einschränkungen der Orientierung oder des Denkens, was mit einer organischen Einschränkung des vom Beschwerdeführer angegebenen Ausmasses assoziiert wäre. Es zeigten sich auch keine Vereinfachung und Verarmung der psychischen Vorgänge und keine für Psychoorganiker typische Konfabulationstendenz, die ihre Hirnleistungsschwäche zu verdecken und überbrücken versuchen, ganz im Gegensatz zum Beschwerdeführer, der sein Leiden histrionisch dokumentiere. Es finde sich auch keine für psychoorganische Schädigungen charakteristische Veränderung der Affektivität. Das angestrebte Suchen nach Alltagswörtern bei gleichzeitig objektiv gutem Alltagsgedächtnis sei atypisch. Offen bleibe die Frage, inwiefern diese kognitive Beeinträchtigung Teil eines zumindest vorbewussten, wenn nicht bewussten demonstrativen Verhaltens oder eines unbewussten histrionischen Verhaltens sei.

Als zweiten Symptomenkomplex fand Dr. P. \_\_\_ ein deutlich histrionisches Verhalten mit einem sehr grossen Wunsch nach Akzeptanz, Verständnis, Zuwendung, Beachtung und Bedeutung mit einem histrionischen Verhalten, mit Untermalen der Berichterstattung mit Gestik und Mimik, mit einer grossen Eloquenz und damit verbunden auch einer Weitschweifigkeit.

Dr. P. \_\_\_ diagnostizierte eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (narzisstisch-histrionisch) sowie eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (Urk. 8/ZM43 S. 17/18).

2.7.5. Der Neuropsychologe des J. \_\_\_, lic. phil. Q. \_\_\_, schilderte in einigen Bereichen extrem schwache Testresultate, die in ihrem Ausprägungsgrad sicher nicht in einen direkten Zusammenhang zum Unfall gestellt werden könnten. Ebenfalls liessen die ausschweifende Art des Beschwerdeführers und die extreme Symptomfixierung eine eingehendere neuropsychologische Untersuchung nicht zu (Urk. 8/ZM43 S. 21).

Die J. \_\_\_-Ärzte fassten zusammen, es habe somatisch lediglich ein diskreter Muskelhartspann im Bereich der Nackenmuskulatur festgestellt werden können. Dies sei ein Symptom, das auch bei der Durchschnittsbevölkerung - ohne Unfall - relativ häufig vorkomme und die ausgeprägten Schmerzen und Bewegungseinschränkungen des Beschwerdeführers somatisch nicht erklären könne. Im Vordergrund stehe eine psychogene Fehlverarbeitung des Unfalls mit einer Fixierung sowohl auf somatische Symptome wie auch auf Symptome von Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, für die keine organische Ursache gefunden werden könne. Im Sinne einer psychischen Fehlverarbeitung sei der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Auslöser dieser Entwicklung (Urk. 8/ZM43 S. 24).

Die Gutachter führten weiter aus, als unfallfremde und überwiegend wahrscheinlich vorbestehende Ursache sei die kombinierte Persönlichkeit des Beschwerdeführers zu nennen. Rein somatisch gesehen habe der Unfall nur zu einer

vorübergehenden und massigen gesundheitlichen Beeinträchtigung geführt. Überwiegend wahrscheinlich sei, dass eine HWS-Distorsion im weitesten Sinne stattgefunden habe, es handle sich aber um kein klassisches Schleudertrauma, sondern um eine Frontalkollision. Weiter gebe der Beschwerdeführer eine kurze amnestische Lücke an, gleichzeitig sei aber dokumentiert, dass nie eine eigentliche Bewusstlosigkeit bestanden und demnach eine Commotio cerebri nur möglicherweise stattgefunden habe. Im Vergleich zu ähnlichen Unfällen mit ähnlichen Verletzungen könne medizinisch davon ausgegangen werden, dass die rein somatisch bedingten Unfallfolgen spätestens nach drei Monaten abgeklungen seien. Ab diesem Zeitpunkt müsse mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die psychogenen Faktoren für den weiteren Unterhalt der Symptomatik verantwortlich seien (Urk. 8/ZM43 S. 25).

2.8. Am 27. Dezember 2003 (Urk. 8/Z164) nahm Dr. I. zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers Stellung zum J.-Gutachten vom 25. November 2003 (Urk. 8/ZM43). Er verneinte die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit der Begründung, weder in G. (Oktober 2001) noch bei der eigenen Untersuchung (Dezember 2001 bis Januar 2002) noch im R. (September 2002) sei der Beschwerdeführer in dieser Hinsicht auffällig gewesen. Es fehle damit die geforderte Stabilität der Störung. Weiter fänden sich vor dem Unfall weder Hinweise persönl. Leidens noch eine gestörte soziale Funktions- und Leistungsfähigkeit. Ein auffälliges Verhalten und pathologisch zu beurteilende Wesenszüge könnten in der Biographie nicht zurückverfolgt werden (Urk. 8/Z164 S. 4).

Zur kognitiven Problematik führte Dr. I. aus, diese sei vom Beschwerdeführer durchgängig geklagt worden. Auffällig an den jeweiligen Testresultaten seien die Schwere der Funktionsstörung und die Zunahme der Schwere der Störung mit jeder weiteren Untersuchung. Die Argumentation des Psychiaters des J., der mit Hinweis auf die erhaltene Orientierung, das unbeeinträchtigte Altgedächtnis und das Fehlen von Konfabulationstendenzen auf eine reine Psychogenese schliesse, greife zu kurz, da grundsätzlich bei einem Status nach HWS-Distorsionstrauma mit nachfolgend protrahiertem Verlauf meistens kognitive Störungen in leichtem bis mittelschwerem Ausmass geklagt würden bei erhaltener Orientierung, intaktem Altgedächtnis und fehlenden Konfabulationstendenzen (Urk. 8/Z164 S. 6).

## E. 2.9

2.9.1. Auf Ersuchen der Beschwerdegegnerin vom 15. Juli 2004 (Urk. 8/Z176) reichte PD Dr. L. am 9. Dezember 2004 seinen Bericht ein, wobei er auf eine veranlasste neuropsychologische Untersuchung durch lic. phil. T. verwies. Dieser hielt fest, dass beim Beschwerdeführer neuropsychologische Defizite hätten objektiviert werden können. Schwerpunkt seien dabei Aufmerksamkeitsstörungen (reduzierte Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Störung der selektiven und geteilten Aufmerksamkeit, Beeinträchtigung der Arbeitsspeicherprozesse und der Daueraufmerksamkeit). Als Korrelate fänden sich auch noch Beeinträchtigungen in den Bereichen Lernen und Gedächtnis sowie in den exekutiven Funktionen. Die kognitiven Beeinträchtigungen seien als Korrelate von Hirnfunktionsstörungen zu betrachten. Vermutlich bestehe ein Zusammenhang zu dem Ereignis und den Folgen des Unfalls. Ein solch konsistentes Störungsbild sei als Korrelat einer angenommenen zugrunde liegenden Persönlichkeitsstörung unwahrscheinlich (Urk. 8/ZM46 S. 26/27).





auffällige Vergangenheit, ging aber grundsätzlich vom Vorliegen einer organischen Hirnschädigung aus (Urk. 8/MZ46 S. 31/32). Eine solche ist auf Grund der Aktenlage indes keineswegs erstellt. Thematisiert wurde eine organische Hirnschädigung erstmals von den Ärzten der Rehaklinik G. \_\_\_\_, welche bloss aufgrund einer subjektiv geschilderten amnestischen Lücke zu ihrer Einschätzung kamen (Urk. 8/ZM15 S. 1). Diese ist indessen in den echtzeitlichen Dokumenten nicht bestätigt. So führten die erstbehandelnden Ärzte aus, der Beschwerdeführer sei nach dem Unfall selber aus dem Fahrzeug gestiegen und es sei keine Bewusstlosigkeit gemeldet worden (Urk. 8/ZM1). Weiter beschrieb der Beschwerdeführer den Unfallhergang stets detailliert (Urk. 8/ZA3).

4.4.3.4 Die unterschiedliche Beurteilung der Ärzte gründet weiter auf einer abweichenden Deutung der neuropsychologischen Ergebnisse. Während die Ärzte des J. \_\_\_\_ derart schlechte Resultate erhoben, dass sie einen Zusammenhang zum Unfall als nicht möglich erachteten, sprach PD Dr. L. \_\_\_\_ implizit von einem konsistenten Bild (Urk. 8/ZM46 S. 30), obwohl auch die Fachleute des R. \_\_\_\_ - ausser im Bereich rechts-frontaler Strukturen mit einer eindeutig manifestierten fokalen Funktionsprüfung - in sämtlichen anderen Bereichen widersprüchliche Testresultate schilderten (Urk. 8/ZM27 S. 10). Insofern überzeugt es nicht, wenn PD Dr. L. \_\_\_\_ diesen Umstand einfach damit abtut, daraus sei bloss zu schliessen, dass bestimmte Aspekte sich rein neuropsychologisch nicht zwanglos erklären liessen, im Gesamten aber von einer konsistenten Symptomatik auszugehen sei (Urk. 8/ZM46 S. 31).

#### **E. 4.4.4**

Zusammenfassend ist grundsätzlich vom Beweiswert des den praxisgemässen Kriterien der Rechtsprechung genügenden Gutachtens des J. \_\_\_\_ vom 25. November 2003 (Urk. 8/ZM43) auszugehen, welches für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht (allgemeine, orthopädische, neurologische, psychiatrische, neuropsychologische), die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, wobei die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten nachvollziehbar begründet sind und auch nicht auszuräumende Unsicherheiten (Frage nach differentialdiagnostischen Gründen für die kognitiven Beeinträchtigungen, Urk. 8/ZM43 S. 18) aufzeigt.

Die abweichende Meinung von PD Dr. L. \_\_\_\_, wonach keine psychische Krankheit besteht, ist dagegen nicht nachvollziehbar. Die nicht erklärten inkonsistenten neuropsychologischen Testergebnisse fallen hierbei ebenso ins Gewicht wie das Zugeständnis an den Beschwerdeführer, im Rahmen der Untersuchungen Bestätigungswünsche (Urk. 8/ZM46 S. 28) und damit implizit übertriebene Beschwerden zu äussern. Sodann ist nicht einzusehen, weshalb das Gutachten in wesentlichen Teilen "grundfalsch" sein sollte und die Untauglichkeit als Entscheidungsbasis (mangels Auseinandersetzung mit den Ausführungen von Dr. I. \_\_\_\_) dem Sachbearbeiter hätte klar sein sollen (Urk. 8/ZM46 S. 32/33). Denn eine detaillierte Auseinandersetzung mit der Meinung Dr. I. \_\_\_\_s durfte unterbleiben, nachdem dieser in seinem Bericht vom 28. Januar 2002 (Urk. 8/ZM22) bloss die geklagten Beschwerden unkritisch vorgetragen und ohne Begründung eine Anpassungsstärkung verneint hatte. Mit der ultimativen Forderung, dem Beschwerdeführer die ihm "zustehenden" Versicherungsleistungen auszurichten, und mit der Bejahung des adäquaten

Kausalzusammenhangs (Urk. 8/ZM46 S. 33) überschritt PD Dr. L. \_\_\_ sodann seine Kompetenz als Arzt, zumal es sich bei der anspruchsvoraussetzenden Adäquanzfrage um eine rechtliche und nicht eine medizinische Problematik handelt, zu deren Beantwortung PD Dr. L. \_\_\_ nicht qualifiziert ist, was schon die Nichterwähnung der praxisgemässen Kriterien bei der Adäquanzprüfung zeigt.

Schliesslich ist zu beachten, dass bereits Dr. E. \_\_\_ am 24. April 2001 (Urk. 8/ZM4) einen funktionellen Aspekt der Beschwerden beschrieb und die Ärzte der Rehaklinik G. \_\_\_ am 16. Oktober 2001 (Urk. 8/ZM15) mit einer Anpassungsstellung eine psychische Auffälligkeit darlegten.

4.5 Nach dem Gesagten steht fest, dass beim Beschwerdeführer - bei Fehlen von organisch nachweisbaren Körperschädigungen - schon kurz nach dem Unfall eine psychische Komponente aufgetreten ist, welche gegenüber dem klassischen Beschwerdebild keineswegs im Hintergrund stand. Denn der Beschwerdeführer klagte nach dem Unfall nur über vereinzelte der einschlägigen Störungen, und es fand sich erst nach den Untersuchungen bei Dr. I. \_\_\_ ein klassisches Beschwerdebild (Bericht vom 28. Januar 2002, Urk. 8/ZM22). In diesem Sinne ist davon auszugehen, dass im Nachgang an den Unfall die psychische Komponente durchaus in den Vordergrund trat und deshalb die in BGE 115 V 133 begründete Rechtsprechung betreffend Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung zur Anwendung gelangt, wonach nach der Ursache der geklagten Beschwerden (psychisch/organisch) zu unterscheiden ist.

#### **E. 4.6.1**

Unbestritten ist, dass höchstens von einem dem mittleren Bereich zuzuordnenden Unfall auszugehen ist (Urk. 2 S. 5 und Urk. 1 S. 6). Der Unfallanalytiker der Beschwerdegegnerin schloss in seiner Beurteilung auf eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung von 20 bis 25 km/h (Urk. 8/ZA9), worauf abzustellen ist. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag nicht zu überzeugen. Dass keine detaillierte Untersuchung des Unfallfahrzeuges und des betroffenen Baumes stattfand (Urk. 1 S. 4), tut der Glaubhaftigkeit der gutachterlichen Ausführungen keinen Abbruch, da die aktenkundigen Fotoaufnahmen (Urk. 8/ZA6/1-4) die Beschädigungen des Autos hinreichend dokumentieren und der getroffene Baum nach wie vor an seinem Ort stand. Ferner ist zu berücksichtigen, dass es sich um eine Frontalkollision handelt und nicht um einen bräsklen Auffahrunfall.

Damit ist mit der Beschwerdegegnerin von einem mittleren Unfall mit Tendenz gegen leicht auszugehen, zumal der Beschwerdeführer keine namhaften somatischen Verletzungen davontrug (vgl. auch die in SZS 45/2001 S. 431 ff. genannte Rechtsprechung). Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs wäre daher praxisgemäss zu bejahen, wenn mehrere der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien erfüllt wären oder ein einzelnes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise gegeben wäre (BGE 115 V 141 Erw. 6b/bb).

4.6.2 Der Unfall war weder von besonders dramatischen Umständen begleitet oder besonderes eindrücklich, noch erlitt der Beschwerdeführer schwere Verletzungen, welche eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung (aus somatischen Gründen) nötig machten. Der Beschwerdeführer klagte wohl über Dauerbeschwerden, doch standen diese nicht im Zusammenhang mit einem organischen



zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende 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.