

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00133 vom 29. Januar 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-01-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00133

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00133 du 29 janvier 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00133 del 29 gennaio 2009

Erwägungen

E. 2

2.1. Nach dem im Zeitpunkt der Rentenzusprechung geltend gemachten Art. 9 Abs. 1 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) gilt als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper. Wenn in der ab 1. Januar 2003 geltenden Legaldefinition von Art. 4 ATSG nun ausdrücklich festgehalten wird, dass diese Einwirkung eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat, so entspricht dies dem der obligatorischen Unfallversicherung bereits vor Inkrafttreten des ATSG zugrunde liegenden Kausalitätsprinzip, wonach die Leistungspflicht eines Unfallversicherers zunächst voraussetzt, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater 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 (BGE 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen). 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). Bei organisch nachweisbarer Behandlungsbedürftigkeit der Gesundheitsstörung deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche, Kausalität weitgehend mit der natürlichen und die Adäquanz hat gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung. Insbesondere bei psychogenen Störungen, den typischen Beschwerden nach einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS), einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung oder einem Schädelhirntrauma ist die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung hingegen zu präzisieren (BGE 128 V 172 Erw. 1c, 118 V 291 Erw. 2a mit Hinweisen).

2.2. Die einzelnen Umstände des Unfallgeschehens sind von der versicherten Person glaubhaft zu machen. Kommt sie dieser Forderung nicht nach, indem sie unvollständige, ungenaue oder widersprüchliche Angaben macht, die das Bestehen eines unfallmässigen Schadens als unglaubhaft erscheinen lassen, besteht keine Leistungspflicht des Unfallversicherers. Im Streitfall obliegt es dem Gericht zu beurteilen, ob die einzelnen Voraussetzungen des Unfallbegriffs erfüllt sind. Der

Die Wiedererwägung darf jedoch nicht zu einer voraussetzungslosen Überprüfung zugesprochener Leistungen führen. Es darf nur ein einziger Schluss - derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung - möglich sein (Urteil des Bundesgerichts vom 5. August 2008 i.S. K., 8C_572/2007, Erw. 1 u.a. mit Hinweisen auf BGE 126 V 399 Erw. 2b/bb S. 401, 125 V 383 Erw. 6a S. 393 oben; SVR 2005 ALV Nr. 8 S. 25, C 214/03, Erw. 3.1.1; vgl. auch Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. A. Bern 2003, S. 470 Rz 16; Kieser, ATSG-Kommentar, N 20 zu Art. 53).

Um eine zugesprochene Rente wiedererwägungsweise aufheben zu können, musste - nach damaliger Sach- und Rechtslage - erstellt sein, dass eine korrekte Invaliditätsbemessung hinsichtlich des Leistungsanspruchs zu einem anderen Ergebnis geführt hätte (Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008 in S. L., Erw. 3.2, vgl. Urteil 9C_575/2007 vom 18. Oktober 2007, Erw. 3.3 mit Hinweisen). Führen erst spätere Beweismittel zu dieser Erkenntnis, kommt einzig eine prozessuale Revision zum Tragen (Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2008 i.S. C., 8C_517/2007, Erw. 4.1).

2.5 Die prozessuale Revision richtet sich nach Art. 53 Abs. 1 ATSG. Danach müssen formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide in Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war.

Bei der erheblichen neuen Tatsache muss es sich um eine Tatsache handeln, die geeignet ist, die tatsächliche Grundlage der Verfügung dahingehend zu ändern, dass bei erneuter Entscheidung ein anderer Entscheid resultiert. Dass die Tatsache neu sein muss, bedeutet, dass das betreffende Sachverhaltselement im Zeitpunkt der Entscheidung nicht bekannt war. Nicht als neu wird eine Tatsache dann betrachtet, wenn das im Revisionsverfahren vorgebrachte Element lediglich eine neue Würdigung einer bereits bekannten Tatsache in sich schliesst (vgl. Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, Art. 53 Rz. 10 Abs. 2 und 3 mit Hinweisen, vgl. auch Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Auflage, Zürich 2003, S. 156).

Die Beweismittel haben entweder dem Beweis der neuen erheblichen Tatsachen zu dienen oder dem Beweis von Tatsachen, die zwar im früheren Verfahren bekannt, aber zum Nachteil der gesuchstellenden Person unbewiesen geblieben sind. Sollen bereits vorgebrachte Tatsachen mit neuen Mitteln bewiesen werden, hat diese nachzuweisen, dass sie dieses im früheren Verfahren nicht beibringen konnte (Rumo-Jungo, a.a.O., S. 424). Entgegen dem bei den Tatsachen in Art. 53 Abs. 1 ATSG verwendeten Begriff des Entdeckens wird bei den Beweismitteln vom Auffinden gesprochen. Damit wird die bisherige spezifisch sozialversicherungsrechtliche Betrachtungsweise aufgenommen, wonach auch Beweismittel zu einem Revisionsverfahren zu führen vermögen, die aus der Zeit nach dem Entscheid datieren; immerhin muss sich das Beweismittel aber auf eine Tatsache beziehen, die Grundlage des gefällten Entscheides bildet. Es kommt hinzu, dass der Gesetzgeber bewusst das Kriterium der Erheblichkeit beim Beweismittel nicht verwendet. Massgebendes Kriterium für die Anerkennung eines - neu aufgefundenen - Beweismittels als Revisionsgrund bildet einzig die Frage, ob es vor Entscheidung beigebracht werden konnte. Dabei ist davon auszugehen, dass es sich um ein neues, das heisst bisher nicht bekanntes Beweismittel

handeln muss (vgl. Kieser, a.a.O., Art. 53 Rz. 11 mit Hinweisen).

Es kann nur dasjenige Beweismittel angerufen werden, das trotz hinreichender Sorgfalt bisher nicht bekannt war beziehungsweise nicht in das Verfahren eingebracht werden konnte. Das Revisionsverfahren dient nicht dazu, eine Unterlassung nachzuholen, welche auf eine vermeidbare Nachlässigkeit zurückzuführen ist (Kieser, a.a.O., Art. 53 Rz. 12).

Der Rentenzusprechung vom 22. August 1994 liegt die auf den Gutachten der Neuropsychologin und Psychotherapeutin Dr. phil. A.____ sowie von Dr. med. B.____, Spezialarzt für Neurologie, beruhende Annahme zugrunde, dass trotz regelmässiger Therapie seit 1991 keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten und eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % gegeben sei. Zur Ermittlung des Invaliditätsgrades nahm die Winterthur unter Berücksichtigung der dem Versicherten verbliebenen Einsatzmöglichkeiten in der eigenen Tierarztpraxis einen Betätigungsvergleich vor.

Zuvor hatte die "Winterthur" nach Erhalt des Arztzeugnisses UVG von Dr. med. C.____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, vom 4. Juni 1991 betreffend den Unfall vom 23. März 1991 in Deutschland (Urk. 9/M2), nach Beizug des Berichts des Kreiskrankenhauses D.____ vom 25. Juli 1991 über die dortigen Untersuchungen vom 23. und 25. März 1991 (Urk. 9/M4), nach Einholung der detaillierten Unfallschilderung vom 8. August 1991 (Urk. 9/1) sowie gestützt auf die weiteren Berichte von Dr. C.____ vom 22. August und 19. November 1991, 8. Dezember 1992 (Urk. 9/M5, 9/M7, 9/M10) sowie die Berichte von Dr. A.____ vom 19. November 1991, 15. Mai und 8. Dezember 1992 (Urk. 9/M6, 9/M8, 9/M9) Heilungskosten und Taggeld vergütet (Urk. 9/15, 9/32).

Was sich aus diesen Akten zu dem von der Winterthur nun nachträglich in Frage gestellten Unfallhergang, zu den unmittelbar danach erhobenen medizinischen Befunden, zur Unfallkausalität und zur Arbeitsunfähigkeit des Versicherten ergibt, ist der nachfolgenden Zusammenfassung zu entnehmen.

E. 4

4.1 Gemäss Bericht des Kreiskrankenhauses D.____ vom 25. Juli 1991 war der Versicherte dort am 23. März 1991 mit der klinischen Fragestellung Hypoglykämie, differentialdiagnostisch Diätmangelattacke radiologisch abgeklärt worden. Der Herz-, Lungen- und Gefässbefund erwies sich als altersentsprechend und unauffällig. Im Bereich des knöchernen Beckens waren die Verhältnisse ebenfalls regulär. Auch das Schädelskelett war unauffällig und ohne Fraktur nachweis (Urk. 8/M4 S. 1). Des weiteren wird im Bericht festgehalten, dass der Patient am 25. März 1991 wegen allgemeiner Abgeschlagenheit, aber ohne aktuellen Auslöser erneut zu einer Untersuchung gekommen sei und über eine unklare Bewusstlosigkeit über mehrere Stunden in der Vorgeschichte berichtet habe, nachdem er kurz zuvor einen Zusammenstoss mit seinen beiden Rottweiler-Hunden gehabt habe. Die computertomographischen Befunde des Schädels und des Gehirns seien indes unauffällig gewesen (Urk. 9/M4 S. 2 f.).

4.2 Die neurologische Abklärung vom 22. Mai 1991 durch Dr. B.____ ergab laut dessen Bericht des gleichen Tages (Urk. 9/M1) einen Herdbefund frontal rechts etwas mehr als links. Dem Bericht ist des weiteren zu entnehmen:

"Der Patient erlitt im März 1991 eine amnestische Episode, möglicherweise wurde er von seinen grossen Hunden zu Boden gerissen und hat den Kopf angeschlagen. "

Seither klagt der Patient über eine eindeutige Leistungsabnahme, er verwechselt Dinge, die Angestellten sprechen ihn diesbezüglich an, die Patienten sind weggeblieben, der Umsatz ist eindeutig gesunken. "

Es handelt sich um eine frontale Symptomatik mit Leistungsabnahme, Gedächtnisschwäche, etc. Die Ursache bleibt offen, die Symptomatik ist aufgetreten nach dem Bewusstseinsverlust vom März, möglicherweise handelte es sich damals um eine Schädelprellung, so dass auch postcontusionelle Veränderungen möglich sind. Eine Hypoglykämie als Ursache, wie in Deutschland vermutet, scheint mir ausserst unwahrscheinlich. Differentialdiagnostisch denke ich entweder an eine Blutung, an postcontusionelle Veränderungen oder an eine frontale Neoplasie, im EEG findet sich ein entsprechender Herdbefund und die linke Sehnervenpapille ist unscharf begrenzt und etwas prominent. Mit dieser Fragestellung habe ich ein MRI veranlasst. "

Die Magnetresonanztomographie des Gehirnschädels ergab dann laut Dr. B.'s Bericht vom 27. Mai 1991 (Urk. 9/M3) eine fünf bis zehn Millimeter grosse Veränderung in der weissen Substanz links frontal. Der Neurologe bezeichnete diesen Substanzdefekt aufgrund der Vorgeschichte als sehr wahrscheinliche posttraumatische Veränderung, welche die Beschwerden des Patienten erkläre, wobei Dr. B. mit einer Regredienz rechnete.

4.3 Hausarzt Dr. C., der den Beschwerdeführer seit dem 25. März 1991 behandelte, diagnostizierte im Arztzeugnis vom 4. Juni 1991 eine Commotio cerebri, notierte zum Befund unter anderem, der Patient sei auffallend geschwätzig und klage über Konzentrationsschwächen, wobei eine Amnesie für gut eineinhalb Tage nachzuweisen sei. Zum Unfallhergang hielt er fest (Urk. 9/M2):

■ Sturz in Deutschland am 23.03.1991 über die Treppe, dabei mit dem Kopf aufgeschlagen. Später bewusstlos zusammengebrochen. Hospitalisation im Kreiskrankenhaus D., wo die Folgegeschichte als akute Hypoglykämie ausgegeben wird. ■

4.4 Der Anwalt des Versicherten schilderte am 8. August 1991 das Unfallereignis vom 23. März 1991 dahingehend, dass dieser damals im Hotel O. in D. logiert habe und morgens um 8 oder 9 Uhr zusammen mit einem Berufskollegen und zwei Rottweiler-Hunden der Donau entlang zirka eine Stunde lang joggen gegangen sei. Dann habe er sich von seinem Kollegen verabschiedet und sei ins Hotel zurückgegangen, um sich umzuziehen. Im Treppenhaus hätten ihn die beiden Hunde die Treppe hinuntergerissen, wobei auch der Teppich irgendwie unter seinen Füssen weggerutscht sei. Er sei auf der Treppe zu Fall gekommen und irgendwie hinuntergestürzt. An die Einzelheiten vermöge er sich überhaupt nicht zu erinnern. Er sei dann - ohne sich selber daran zu erinnern - wieder aufgestanden und habe sich an den Frühstückstisch gesetzt. Dort habe er das Gedeck heruntergerissen, doch habe er diesbezüglich keine Erinnerung. Er wisse dies nur aus der Schilderung der Serviererin und der Ehefrau, die sich - so vermute er - bereits im Frühstücksraum befunden habe. Er habe einen benommenen Eindruck gemacht, ohne dass er sich daran erinnere. Auch sei seine Hose am linken Knie blutverschmiert gewesen. Er sei dann im Frühstücksraum zusammengebrochen und auf der Tragbahre hinausgetragen worden. Auch daran erinnere er sich nicht (Urk. 9/1 S. 1 f.).

4.5. Im Bericht von Dr. C. ___ vom 22. August 1991 finden sich folgende Angaben (Urk. 9/M5):

Am 23.03.1991 auf der Treppe bei den Rottweilern angesprungen worden und dabei umgestossen. In der Folge unklares Schädeltrauma mit Amnesie für Unfallereignis. Der Patient greift in der Folge beim Frühstück daneben und wird wegen Persönlichkeitsveränderungen und Thoraxschmerzen im Kreiskrankenhaus D. ___ hospitalisiert. Das damals angefertigte CT ergab keine Anhaltspunkte für eine Veränderung. Patient wird vorerst unter dem Verdacht einer Hypoglycämie nach Hause entlassen.

4.6. Dr. A. ___ vermerkte im Gutachten vom 19. November 1991 über die neuropsychologische Untersuchung, der Versicherte habe am 23. März 1991 einen Sturz von der Treppe mit unklarem Schädeltrauma mit Amnesie für das Unfallereignis erlitten. Laut Angaben des Patienten sei er etwa 8 bis 10 Stunden komatös gewesen. Nach der Entlassung aus dem Kreisspital D. ___ habe er sich zu seinem Hausarzt, Dr. C. ___ begeben. Nach 14 Tagen habe er wieder versucht zu arbeiten, habe aber einen schweren Rückfall mit Erbrechen und Kopfschmerzen erlitten und sei an Dr. B. ___ weiter verwiesen worden, der als Folge des erlittenen Schädelhirntraumas eine frontale Symptomatik mit Substanzdefekt von 5-10 mm in der weissen Substanz links frontal festgestellt habe. Wegen starker Kopfschmerzen und auffälliger Persönlichkeitsveränderung mit Gedächtnisstörungen, Konzentrationsstörungen und starken Gefühlschwankungen sei er nicht mehr in der Lage zu arbeiten oder den für seine Habilitation erforderlichen Vortrag zu halten, nachdem er die Habilitationsschrift bereits im Februar 1990 fertiggestellt habe. Auch müsse er sich in seiner Kleintierklinik, deren Leitung er teilweise seiner Frau und seinen Mitarbeitern übergeben habe, zuweilen verleugnen lassen. Er habe nach dem Unfall bei Arbeiten, die er unbedingt habe verrichten wollen, viele zum Teil gravierende Fehler begangen, die nun seine Mitarbeiter ausbilden müssten. Er selber sei nicht mehr in der Lage, kompetente Arbeiten selbst auszuführen. Laut Dr. A. ___ entsprachen die bei einer vollständigen psychometrischen Testbatterie ermittelten Befunde einer mittelschweren bi-frontalen Hirnfunktionsstörung mit Schwerpunkt im Bereich rechts-frontaler Strukturen. Dabei konstatierte sie ein deutlich verlangsamtes Arbeitstempo und hielt unter anderem fest, dass die Beantwortung allgemeiner Verständnisfragen deutlich reduziert, die Lernleistung nicht gleich beziehungsweise verringert und die Gedächtnisleistung stark reduziert sei, allgemeine Wissensfragen würden etwas ungenügend beantwortet, konzentriertes Arbeiten sei nur etwa 30 bis 40 Minuten lang möglich. Wegen heftiger Kopfschmerzen und Fehlens jeglicher Konzentrationsleistungen habe die Untersuchung auf insgesamt vier Sitzungen verteilt werden müssen (Urk. 9/M6 S. 2 ff.). Die Neuropsychologin bemasse die theoretische Arbeitsfähigkeit mit maximal 25 %, erachtete diese aber im Rahmen der eigenen Tierklinik als nicht realisierbar und aufgrund der deutlichen posttraumatischen Wesensveränderung auch als praktisch nicht durchführbar, da die Belastbarkeit stark schwanke und einen adäquaten Kundenkontakt oder das Durchführen einer schwierigen Operation verunmöglichliche (Urk. 9/M6 S. 1 f.).

Laut Bericht von Dr. A. ___ vom 15. Mai 1992 standen das Konzentrations- und Aufnahmevermögen, die Merkfähigkeit und das Gedächtnis sowie die stark erhöhte Ermüdbarkeit mit Müdigkeit und Kopfschmerzen sowie die depressive Verstimmung im Vordergrund der damaligen therapeutischen Bemühungen.

Der Zustand habe sich etwas verbessert, indem nun nach den Entspannungsübungen zusammenhängende, logische Gespräche von 30 bis 60 Minuten möglich seien. Kognitive Testaufgaben könnten aber nur während etwa 20 bis 30 Minuten ausgeführt werden. Bezüglich der Wesensveränderung sei die Kritikfähigkeit leicht verbessert, die Selbsteinschätzung sei adäquat, die Perseverationen seien weniger geworden und die depressive Verstimmung sei etwas weniger ausgeprägt. Der Beschwerdeführer arbeite wieder etwa eine bis eineinhalb Stunden am Vormittag und eine zusätzliche Stunde am Nachmittag, wobei er sich einfachere Fälle aussuche, damit ihm keine Fehler mehr passierten könnten, wie dies vorher leider oft der Fall gewesen sei. Seine Frau und zwei neuangestellte Tierärzte kümmerten sich um den Rest der Patienten (Urk. 9/M8).

Am 1. Dezember 1992 berichtete Dr. A. ____, aufgrund der anfänglich schwer depressiven Verstimmung und der oft sehr starken Schmerzen habe kein eigentliches Hirnleistungstraining durchgeführt werden können. Auf ein zwei bis dreimal pro Monat stattfindendes Entspannungstraining habe der Beschwerdeführer gut angesprochen; er sei etwas gelassener geworden und sei weniger depressiv und verwirrt. Ein konzentriertes Arbeiten während mehr als etwa 20 Minuten sei indes nicht möglich gewesen und der Beschwerdeführer sei wegen starker Schmerzen und stärkerer Müdigkeit kaum mehr in der Lage gewesen, nach Hause zu fahren. Während die Leistungsstörungen im grossen und ganzen unverändert seien, habe sich die Wesensveränderung leicht verbessert; er sei heute einsichtiger bezüglich seiner kognitiven Defizite und die psychische Verfassung sei zeitweise deutlich stabiler. Ob mit der Entspannungstherapie auf Dauer eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit bewirkt werden könne, sei fraglich, zumal die Lokalisation der Hirnschädigung bezüglich einer Wiedereingliederung nicht allzu vielversprechend sei (Urk. 9/M9 S. 2). Der Beschwerdeführer habe sich heute grösstenteils aus seiner tierärztlichen Praxis, die anderweitig vermietet worden sei, zurückgezogen. Obwohl er immer wieder verzweifelt versuche, in der Praxis gewisse einfacheren Tätigkeiten zu übernehmen, sei er innert kürzester Zeit überfordert, und es passierten ihm Fehler, die ohne die tatkräftige Mithilfe seiner Angestellten unangenehme Folgen hätten (Urk. 9/M9).

Am 29. März 1994 berichtete Dr. A. ____, schliesslich, im Laufe der neuropsychologischen Therapie habe sich die Situation und die psychische Verfassung des Beschwerdeführers nun etwas normalisiert. Die Verlaufskontrolle vom Januar 1994 habe leichte Verbesserungen im Bereich des verbalen und figuralen Neugebächtnisses, der Merkfähigkeit und des Lernvermögens wie auch des Konzentrationsvermögens und der Umstellfähigkeit ergeben. Ermüdbarkeit und kognitive Minderleistungen im Bereich des Umstell- und Strukturungsvermögens, der Handlungsplanung der sprachlichen und visuell-räumlichen Merkfähigkeit seien aber immer noch deutlich erhöht. Auch bestehe noch eine erhöhte psychische Labilität mit depressiver Verstimmung. Die Befunde deuteten aus neuropsychologischer Sicht immer noch auf eine mittelschwere Hirnfunktionsstörung mit nach wie vor deutlicher Wesensveränderung hin. Erschwerend scheine ein zeitweiliger Medikamentenabusus hinzuzukommen. Die theoretische Arbeitsfähigkeit als Tierarzt und Chef der eigenen Tierklinik bemass Dr. A. ____, mit 20 bis maximal 30 %. Sie hielt dazu fest, dass der Beschwerdeführer nun seit längerem in seiner Klinik jeweils eine Stunde am Vormittag und, wenn möglich, noch eine weitere Stunde am Nachmittag arbeite. Er übernehme nur noch leichtere Arbeiten

und fÄ¼hre beispielsweise selbst keine Operationen mehr durch. Nach einer Stunde konzentrierter Arbeit benÄ¶tigte er eine lÄ¶ngere Pause, und je nach Befinden relativ viele Schmerzmittel. Oft weile er fÄ¼r einige Wochen in Ungarn, um sich zu erholen. Die Arbeitsleistung sei stark vom jeweiligen kÄ¶rperlichen und psychischen Befinden abhÄ¶ngig und dadurch sehr inkonstant, weshalb er nicht regelmÄ¶ssig in der Klinik eingesetzt werden kÄ¶nne. Ohne Mithilfe der angestellten TierÄ¶rzte und der Ehefrau, welche die Klinik heute praktisch alleine leite, wÄ¶re ein WeiterfÄ¼hren der Tierklinik nicht denkbar. Eine Steigerung der ArbeitsfÄ¶higkeit in absehbarer Zeit sei nicht realistisch. Doch mÄ¶chte der BeschwerdefÄ¼hrer dennoch versuchen, wenigstens drei Wochen im Monat in bescheidenem Rahmen zu arbeiten, wobei er dann wieder mindestens eine Woche Erholung im Ausland benÄ¶tigte (Urk. 9/M11).

4.7ÄÄÄÄ Im neurologischen Gutachten vom 24. Juni 1994 fasste Dr. B.____ die Angaben zum Unfallhergang in der Krankengeschichte wie folgt zusammen (Urk. 9/M13 S. 1 f):

Sturz am 23.03.1991 (nach Angaben des Patienten 24.03.1991), wurde bewusstlos unten an der Treppe gefunden, erinnert sich an nichts, er war ferienhalber in einem Hotel, vermutlich wurde er von seinen grossen Rottweiler Hunden umgestÄ¼rzt. Zwei Wochen lang hat er diffus gesprochen. In der Folge PersÄ¶nlichkeitsverÄ¶nderungen, greift beim FrÄ¼hstÄ¼ck z.B. daneben. Im Spital D.____ normales CT, Entlassung nach Hause.

ÄÄÄÄÄÄÄÄÄÄ Dr. B.____ beurteilte die aktuellen neurologischen Befunde weitgehend als unauffÄ¶llig. Das EEG hatte indes leichte unspezifische AllgemeinverÄ¶nderungen vorwiegend frontal ergeben, die Hirnstammpotentiale lagen zwar noch im Normbereich, doch erwiesen sich frÄ¼he Komponenten als auffÄ¶llig, und die Magnetresonanztomographie hatte eine einer residuellen VerÄ¶nderung entsprechende Signalvermehrung ergeben, wobei zwischen einer vaskulÄ¶ren und traumatischen LÄ¶sion nicht differenziert werden konnte. Dr. B.____ fÄ¼hrte den heutigen Befund mit Ä¼berwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Treppensturz zurÄ¼ck und bemass die ArbeitsfÄ¶higkeit mit 50 % (Urk. 9/M12, 9/M13 S. Ä4Ä f., S. 7). Dazu fÄ¼hrte er aus (Urk. 9/13 S. 5 Ä f.):

Der Versicherte erlitt im MÄ¶rz 1991 eine Contusio cerebri, diese Diagnose ist gesichert durch die lÄ¶ngerdauernde Bewusstlosigkeit, durch die nachfolgende Verwirrtheit und auch durch die neuro-psychologisch nachgewiesenen frontalen VerÄ¶nderungen und auch durch die magnetresonanztomographisch objektivierbare residuelle VerÄ¶nderung. FÄ¼r eine vaskulÄ¶re Affektion besteht kein Anhalt, in Zusammenhang mit der Vorgeschichte muss somit diese links-frontale LÄ¶sion als posttraumatischer Natur interpretiert werden.

Der Versicherte hat zweifellos eine sogenannte Fassade, auf den ersten Blick wirkt er kerngesund, sportlich und kooperativ. WÄ¶hrend der Befragung und Untersuchung wird klar, dass hier ein schweres Defizit besteht. Dieses Defizit wurde neuropsychologisch objektiviert.

Andererseits ist eine sehr starke WesensverÄ¶nderung auffÄ¶llig. Der Versicherte ist eindeutig schwer depressiv verÄ¶ndert und bezeichnet sich auch in dieser Richtung. Er macht auch Andeutungen, dass er sich besser fÄ¼hlt, jeweils fort von zu Hause und fern der Kleintierklinik. Irgendwie hat man den Eindruck einer Midlife-crisis, wobei allerdings die objektivierbaren Befunde und der Unfall ein fassbares Substrat dafÄ¼r liefern. Es ist hier in der Tat sehr schwierig, auseinanderzuhalten was vorbestehend und was

unfallbedingt ist.

Obwohl gewisse Diskrepanzen bestehen, wie z.B. die aktive sportliche Tätigkeit, immerhin auch Nummer 10 in der Weltrangliste ist gut, es ist kaum verständlich, dass jemand mit dieser enormen sportlichen Leistung nicht in der Lage ist, eine Kleintierklinik zu führen, man vermutet hier in der Tat andere Faktoren.

In dubio pro aegroto müssen hier diese Schwierigkeiten auf das zur Diskussion stehende Unfallereignis zurückgeführt werden, in Übereinstimmung mit Frau Dr. A.____ bezeichne ich die Höhe des Integritätsschadens auf 60 %. Als weitere Massnahme schlage ich, ebenfalls in Übereinstimmung mit der Neuropsychologin, eine psychiatrische Betreuung vor. Auf die im Bericht erwähnte Medikamentenproblematik kann ich nicht eingehen, diesbezüglich erhielt ich vom Versicherten keinerlei Angaben.

E. 5

5.1. Demnach haben die mit der Behandlung und Abklärung betrauten Fachpersonen objektivierbare und die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Befunde erhoben und diese als mit einem traumatischen Geschehen vereinbar erklärt. Dabei war sich vor allem Dr. B.____ gewisser Diskrepanzen durchaus bewusst. Zudem hatte er von Anfang an auch andere Ursachen als ein Schädelhirntrauma in Betracht gezogen. Dass er die links-frontale Läsion schlussendlich trotzdem als posttraumatisch qualifizierte, gründet im Wesentlichen auf der einen Treppensturz und Bewusstlosigkeit aufweisenden Vorgeschichte.

5.2. Bezüglich der für die medizinische Beurteilung somit ausschlaggebenden Vorgeschichte, von der auch Dr. A.____ und Dr. C.____ ausgehen, weist die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hin, dass dazu einzig die Angaben des Beschwerdeführers vorhanden und weder der Unfallhergang noch die direkten Folgen durch Zeugenaussagen erhärtet worden waren. Hinzu kommt, dass sich der Beschwerdeführer selber, wie sich aus der Unfallschilderung vom 23. März 1991 ergibt, nicht direkt an den Unfall erinnerte, sondern für die Zeit direkt nach dem Sturz Bewusstseins- oder Gedächtnisstörungen geltend machte und seine Schilderung der Vorfälle vom 21. März 1991 weitgehend auf Vermutungen beruhen.

Dies bedeutet aber nicht, dass die Annahmen der beurteilenden Fachpersonen und der "Winterthur" zum Hergang und den direkten Folgen des Unfalls und somit die Rentenzusprechung als solche offenkundig unrichtig sind. Die Beschwerdegegnerin hätte nämlich den Unfalltatbestand nicht allein schon aufgrund der von ihr nun angeführten Tatsache, dass im Bericht des Krankenhauses D.____ kein Unfallereignis oder zumindest kein Aufschlagen des Kopfes mit nachfolgender Bewusstlosigkeit erwähnt wurde (Urk. 8 S. 3, Urk. 37 S. 2), verneinen dürfen, sondern wäre aufgrund der Untersuchungsmaxime zu weiteren Abklärungen, namentlich der Befragung des Beschwerdeführers persönlich sowie der im Frästüchtersraum anwesend gewesenen Personen, verpflichtet gewesen. Dass sie darauf verzichtete und die Leistungsvoraussetzungen als erfüllt betrachtete, war indes durchaus vertretbar. Denn die Angaben zum Unfallhergang waren durchaus konsistent; ist ihnen doch gemeinsam, dass es auf der Treppe mit den Rottweilerhunden zu einem Vorfall gekommen war und das daran anschliessende Verhalten des Versicherten im Frästüchtersraum zu seiner Einlieferung ins Kreisspital D.____ geführt hatte. Wenn die erstbehandelnden Ärzte eine Bewusstlosigkeit auch nicht erwähnt hatten, so belegt immerhin die in ihrem Bericht vom

25. Juli 1991 (Urk. 9/M4 S. 1) festgehaltene Differentialdiagnose Dämmerattacke, mithin komplex-partieller epileptischer Anfall (vgl. Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage), dass bereits am Tag des Vorfalls selber hinsichtlich des Bewusstseins Auffälligkeiten zu verzeichnen gewesen waren. Dass der Beschwerdeführer damals und bei der zwei Tage später erfolgten Konsultation den Vorfall mit den Hunden nicht erwähnte, wie die Beschwerdegegnerin des weiteren geltend macht (Urk. 8 S. 3), kann sich mit den allgemeinen Ausführungen erklären, von denen er bei der zweiten Untersuchung im Kreisspital D.____ berichtet hatte.

5.3. Die dem ursprünglichen Rentenentscheid zugrunde liegenden tatsächlichen Annahmen können somit keineswegs als zweifellos unrichtig bezeichnet werden. Wenn der Unfallhergang als solcher auch nicht direkt belegt war, so bildeten die nachträglich aufgetretenen und objektivierbaren gesundheitlichen Störungen, welche die Ärzte als mit einer traumatischen Hirnverletzung vereinbar bezeichneten, doch gewichtige Indizien für einen tatsächlich erlittenen Unfall. Dies umso mehr, als Dr. med. E.____, Neurologe FMH und Leitender Arzt der Klinik F.____, in seinem Gutachten vom 29. Juli 1996 zuhanden der G.____ Lebens-Versicherungs-Gesellschaft die diesbezüglichen medizinischen Beurteilungen nachträglich bestätigte und zur Genese der Hirnläsion erklärte (Urk. 9/M18 S. 8):

Die Hypothese, dass Herr X.____ gar keine traumatische Hirnläsion erlitten habe, entspricht einer Möglichkeit, ist aber für den Begutachter und seine Mitarbeiter deutlich weniger wahrscheinlich. Die unklaren Angaben direkt nach dem Unfall und die fehlende Erinnerung an das Unfallgeschehen und die Zeit danach sind relativ typisch für eine traumatische Hirnläsion. Das sekundäre Auftreten von möglichen Synkopen und einem Sturz (am Frühstückstisch im Hotel nach Treppensturz) sind nach derartigen Verletzungen nicht so selten. Die im Kreisspital D.____ geklagten linksseitigen Schmerzen im Schulter- und Thoraxbereich sind typisch für einen Sturz auf die entsprechende Seite. Eine grenzwertige Hypoglykämie hat nach einer vorangehenden sportlichen Tätigkeit (Jogging vor dem Sturz, anschliessend wahrscheinlich höchstens kleines Morgenessen) keine diagnostische Bedeutung. Der fehlende Nachweis von Läsionen im CT des Kopfes am dritten Tag wird häufig in traumatischen Hirnläsions-Fällen beobachtet, bei denen später im Verlauf bildgebende Verfahren Läsionen zeigen.

Differenzialdiagnostisch könnte als Ursache der frontalen Hirnläsion (im MRI nachgewiesen) ein Hirninfarkt an dieser Lokalisation in Betracht gezogen werden. Dies ist jedoch sehr unwahrscheinlich aus verschiedenen Gründen: Erstens wies und weist Herr X.____ keine vaskulären entsprechenden Risikofaktoren auf (wie Übergewicht, vermindert sportliche Tätigkeit, Fettstoffwechselstörung, Nikotinabusus). Zweitens wären frontale vaskuläre Läsionen an dieser Lokalisation viel unwahrscheinlicher als an einer anderen Stelle. Drittens ist das Auftreten eines vaskulären Insults im Alter von erst 47 Jahren generell doch recht selten.

Die berufliche Auswirkung der vorliegenden, nach obiger Ausführung grosser Wahrscheinlichkeit posttraumatischen Hirnfunktionsstörung auf die differenzierte berufliche Tätigkeit des Versicherten ist und bleibt erheblich: mehr als eine 20-30 %ige Tätigkeit ist und bleibt läsionsbedingt nicht möglich.

5.4. Der ursprüngliche Rentenentscheid und die ihm zugrunde liegenden medizinischen Beurteilungen sowie die Würdigung der damaligen Aktenlage halten

somit einer kritischen Überprüfung durchaus stand. Folglich kann der Entscheid auch nicht als zweifellos unrichtig bezeichnet und kann die vorliegend zu beurteilende Rentenaufhebung unter dem Gesichtspunkt der Wiedererwägung nicht geschätzt werden.

E. 6

6.1 Als Revisionsgrund führt die Beschwerdegegnerin in erster Linie die im Rahmen des Strafverfahrens eingeholten Gutachten von Dr. med. H. ____, Leitender Arzt des Forensisch-Psychiatrischen Dienstes der Psychiatrischen Klinik I. ____, vom 26. Februar 1996 und 20. Mai 1998 an, deren Ergebnisse in der Ergänzung vom 18. Juni 2002 erläutert wurden (Urk. 9/M23-25, Urk. 37 S. 5). Dr. H. ____ setzte sich namentlich im ersten Gutachten zwar kritisch mit den vorangegangenen medizinischen Beurteilungen auseinander und betonte, dass die Zuordnung der bei den neuropsychologischen Untersuchungen zutage getretenen Beeinträchtigungen der Hirnfunktionen zum Unfall von 1991 nicht sicher belegt beziehungsweise aufgrund seiner eigenen Abklärungen nicht bestätigt worden sei, zumal fremdanamnestic Angaben zu den geltend gemachten Verhaltensauffälligkeiten und Persönlichkeitsveränderungen sowie zum Unfallhergang in den Akten keinen Eingang gefunden hätten und eine psychopathologische Befunderhebung mit einer sich an den klinisch-diagnostischen Leitlinien einer deskriptiven Klassifikation orientierenden Diagnose unterblieben sei. Auch weist er darauf hin, dass die Ärzte durchwegs auf eine gewisse Diskrepanz zwischen dem klinischen Eindruck und dem Ausmass der vorgebrachten und neuropsychologisch erhobenen Beeinträchtigungen hindeuteten und die Zuordnung des Beschwerdebildes zum Unfallgeschehen nicht zwingend gewesen sei (Urk. 9/M23 S. 2 ff., 39 ff., 48 ff., 64). Trotz dieser Einwände hielt Dr. H. ____ abschliessend fest, unter Zugrundelegung aller ärztlichen und neuropsychologischen Unterlagen, der grundsätzlichen Anerkennung der in den Voruntersuchungen gemachten Feststellungen und der aktuellen Untersuchungsergebnisse liessen sich unter kritischer Würdigung der diskrepanten Befunde die Kriterien eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma eher als erfüllt betrachten als diejenigen einer organischen Persönlichkeitsstörung, deren Voraussetzungen höchstens knapp gegeben seien. Seiner aufgrund eigener Untersuchung gewonnenen Überzeugung nach spielten psychische Faktoren in der Ausprägung des Beschwerdebildes eine bedeutsamere Rolle als organische. Unter Annahme einer tatsächlichen Beeinträchtigung der Hirnfunktionen könne man von deren psychogenen Fehlverarbeitung sprechen (Urk. 9/M23 S. 53, 61 f.). Im Gutachten vom 20. Mai 1998 erklärte Dr. H. ____ erneut, die aktuelle Befunderhebung lasse unter Berücksichtigung der im Rahmen des Vorgutachtens zur Verfügung stehenden ärztlichen Unterlagen die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma (ICD-10 F 07.2) beziehungsweise, knapp, diejenige einer organischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F.07.0) zu (Urk. 9/M24 S. 56, 57, 72). Dementsprechend erläuterte er gegenüber der "Winterthur" am 18. Juni 2002, in seinen Gutachten festgestellt zu haben, dass zumindest ein Teil der subjektiven Angaben mit der Diagnose einer organischen psychischen Störung vereinbar wäre und sich die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma beziehungsweise, knapp, diejenige einer organischen Persönlichkeitsstörung unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden ärztlichen Unterlagen vertreten lasse. Auch habe er erklärt, die Berechtigung der Diagnose einer organischen Persönlichkeitsstörung sei nicht sicher ausschliessbar (Urk. 9/M25 S. 5).

Dr. H. ___s diagnostische Überlegungen gründen im Wesentlichen darauf, dass die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Symptome keineswegs allein auf eine Hirnschädigung und deren unmittelbaren Auswirkungen zurückzuführen seien. Vielmehr hätten die Störungen auch einen psychogenen Anteil, der die Widersprüche zwischen den methodisch unterschiedlichen Befunderhebungen, der neuropsychologischen und der klinischen, zu erklären vermöchte (Urk. 9/M23 S. 54, 59, 60). Die Aetiologie der geklagten Symptome stelle sich nicht hinreichend als unmittelbar organisch dar. Vielmehr trete deutlich die Bedeutung psychischer Faktoren hinzu. Symptome wie Kopfschmerzen, Erschöpftheit, Störungen der Konzentration und des geistigen Leistungsvermögens sowie des Gedächtnisses, des Schlafes und verminderte Leistungsfähigkeit bei Stress und emotionalen Reizen liessen sich einem organischen Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma zwanglos zuordnen. Auch Depressivität und Angst als Folge eines verminderten Selbstwertgefühls und der Furcht vor bleibender hirnorganischer Beeinträchtigung liessen sich unter dieser Diagnose subsumieren (Urk. 9/24 S. 57).

6.2 Wenn Dr. H. ___ das Vorhandensein von Gehirnfunktionsstörungen und deren Zuordnung zum Ereignis vom 23. März 1991 in Frage stellt und betont, es sei nicht sicher belegbar, ob die vom Versicherten angegebenen, nicht objektivierbaren Erinnerungsdefizite bei Annahme ihrer hirnorganischen Verursachung tatsächlich auf die für das Jahr 1991 geschilderte Unfallverletzung zurückzuführen sei (Urk. 9/M23 S. 48 ff., 62, 64 f.), so ist daran zu erinnern, dass bereits Dr. B. ___ diesbezügliche Zweifel geäussert hatte. Dass Dr. H. ___ dann aber - anders als Dr. B. ___ - den psychischen Aspekten einen grösseren Stellenwert beimass als den organischen und der Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma gegenüber derjenigen einer organischen Persönlichkeitsstörung den Vorzug gab, stellt lediglich eine neue Würdigung des bereits bei der Rentenzusprechung bekannt gewesenen Sachverhalts dar, nicht aber ein neues Element tatsächlicher Natur, das die Entscheidungsgrundlagen als objektiv mangelhaft erscheinen lässt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2008 i.S. C., 8C_738/2007, Erw. 7.2 mit Hinweisen). Der von der Beschwerdegegnerin erwähnte Umstand, dass Dr. H. ___ keine aktuellen gesundheitlichen Störungen objektivieren und keine Anhaltspunkte für eine reduzierte Arbeitsfähigkeit finden konnte (Urk. 8 S. 4, Urk. 37 S. 4), bezieht sich, soweit dies aus seinen Gutachten überhaupt hervorgeht, in erster Linie auf den Zeitpunkt seiner Untersuchungen und lässt hinsichtlich des dem Rentenentscheid zugrunde liegenden Sachverhalts keine Schlüsse zu.

Aus den Gutachten Dr. H. ___s ergeben sich somit keinerlei neue Tatsachen; insbesondere die erstmals von ihm differentialdiagnostisch in Betracht gezogene Diagnose einer artifiziellen Störung, das heisst ein absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen körperlicher oder psychischer Symptome oder Behinderungen, musste er mangels erkennbarer Zweckgerichtetheit des Verhaltens des Beschwerdeführers verwerfen. Auch enthielt sich Dr. H. ___ ausdrücklich einer Stellungnahme zur Glaubwürdigkeit der Aussagen des Beschwerdeführers in der Strafuntersuchung (Urk. 9/M23 S. 48, 60 f., Urk. 9/M32 S. 5).

6.3 Zum Argument der Beschwerdegegnerin, aufgrund der Erkenntnisse im Strafverfahren könne nicht mehr von der Glaubwürdigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen werden und dem betroffenen Rentenentscheid sei damit die Basis entzogen

worden (Urk. 37 S. 3 f.), ist festzuhalten, dass das Geschworenengericht in seinem Urteil vom 16. Dezember 1999 und 3. Februar 2000 an der allgemeinen Glaubwürdigkeit des Angeklagten zwar erhebliche Vorbehalte anbrachte, dessen Sachverhaltsdarstellung als blosser Schutzbehauptung qualifizierte und zum Schluss kam, es ergäben sich angesichts der Fülle der belastenden Indizien keine vernünftigen Zweifel daran, dass der Beschwerdeführer seine Ehefrau Ende April 1996 umgebracht habe (Urk. 9U S. 65, 518 ff.). Immerhin gestand es dem Beschwerdeführer aber unter anderem aufgrund der in Dr. H. ___s Gutachten angeführten Diagnose eines organischen Psychosyndroms eine leicht verminderte Zurechnungsfähigkeit im Sinne des damals gültig gewesenen Art. 11 des Strafgesetzbuches (StGB) zu (Urk. 9U S. 594 ff.).

Im übrigen können aus dem Strafurteil keine direkten Schlüsse auf die Glaubwürdigkeit des Beschwerdeführers hinsichtlich des vorliegend massgebenden Ereignisses vom März 1991 und der danach bestehenden Gesundheitsstörungen gezogen werden. Deren Infragestellung durch das Geschworenengericht stellt denn auch keine neue Tatsache, sondern eine revisionsrechtlich nicht relevante neue Bewertung des schon beim Rentenentscheid bekannten Sachverhalts dar.

6.4 Dies gilt auch für die übrigen ärztlichen Beurteilungen, welche die Beschwerdegegnerin nachträglich beigezogen hat, nämlich das verkehrsmedizinische Gutachten von Dr. med. J. ___, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin und Oberarzt am Institut K. ___, vom 3. Juli 1997 (Urk. 9/M26) und das Gutachten von Prof. Dr. med. L. ___, FMH für Radiologie, vom Neuroradiologischen Institut der Klinik M. ___, vom 5. April 2004 (Urk. 9/M30), das offenbar auf Anregung des Radiologen Dr. med. N. ___ vom Spital O. ___, wo der Beschwerdeführer aufgrund einer akuten Symptomatik vom 8. bis 10. März 2004 hospitalisiert war, veranlasst worden ist (Urk. 9/M27-29).

So wird im verkehrsmedizinischen Gutachten (Urk. 9/M26) in erster Linie auf die Diskrepanzen zwischen den aktuellen Untersuchungsbefunden und den eigenen Angaben des Beschwerdeführers einerseits und den früheren Untersuchungsbefunden andererseits hingewiesen. Neue Tatsachen, welche die ursprünglichen Annahmen entkräften, werden indes nicht angeführt.

Auch beim Gutachten von Prof. Dr. L. ___ (Urk. 9/M30) handelt es sich erklärtermassen um ein Aktengutachten, mithin um die Würdigung der bereits vorhandenen medizinischen Akten, insbesondere der seit dem Unfall erhobenen MR-Befunde. Dementsprechend ist revisionsrechtlich nicht von Bedeutung, dass Prof. L. ___ bezüglich der bereits in den ursprünglichen MR-Befunden zutage getretenen links-frontalen Läsion - anders als Dr. B. ___ und Dr. E. ___ - eine traumatische Ursache als nicht besonders wahrscheinlich bezeichnet, zumal er einräumt, dass eine solche - beispielsweise eine Shearing Injury - nicht sicher ausgeschlossen werden könne.

6.5 Bei den im Zusammenhang mit der Strafuntersuchung vorgenommenen medizinischen Abklärungen haben sich somit keine revisionsrechtlich relevanten neuen Tatsachen ergeben. Folglich kann der angefochtene Entscheid auch unter dem Gesichtspunkt der prozessualen Revision nicht geschätzt werden. Zu prüfen bleibt, ob die im Zusammenhang mit dem Strafverfahren und daran anschliessend erstellten medizinischen Beurteilungen darüber Aufschluss geben, ob und inwieweit die ursprünglichen Gesundheitsstörungen im Zeitpunkt der verurteilten Rentenaufhebung

noch vorhanden waren und die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers noch beeinträchtigten.

7.1.1.1.1.1.1

7.1.1.1.1.1.1 Dr. H. ___ konnte bei seinen gerichtspsychiatrischen Abklärungen beim Beschwerdeführer keine Ermüdungszeichen feststellen, die über das hinausgingen, was ein stundenlanges, fast ununterbrochenes Untersuchungsgespräch erwarten liess (Urk. 9/M23, S. 14, 52, 54). Im Gutachten vom 20. Mai 1998 betonte der Gerichtspsychiater, dass die geltend gemachte andauernde Reduktion der Fähigkeit, zielgerichtete Aktivitäten über längere Zeiträume durchzuhalten, bei seiner Untersuchung nicht deutlich geworden sei und auch nicht für die längerfristige Lebensplanung gelte. Das intellektuelle Leistungsvermögen erwies sich in den psychiatrischen Untersuchungen jedenfalls als gut; eine Beeinträchtigung desselben ergab sich auch nicht aus den Dr. H. ___ zur Verfügung stehenden schriftlichen Äusserungen des Exploranden. Selbst bei dem mit einer gerichtspsychiatrischen Abklärung verbundenem Stress wurde die Belastungsfähigkeit als recht gut bezeichnet, Affektinkontinenz und Affektlabilität fehlten, ebenso Störungen des Bewusstseins, der Orientierung, Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit und des Gedächtnisses, der Sprachproduktion, des formalen Denkens. Die Art der vom Beschwerdeführer angegebenen Gedächtnisstörungen beziehungsweise die Art der Wechselhaftigkeit einmal erinnertes, dann wieder nicht mehr erinnertes Erfahrungen sei - so Dr. H. ___ - mit dem Bild einer organisch bedingten Beeinträchtigung der Gedächtnisleistungen, wie sie beim Organischen Psychosyndrom vorkomme, nicht vereinbar. Die gelegentlich geltend gemachte, seit dem Unfall völlig fehlende oder schwer beeinträchtigte Erinnerungsfähigkeit sei mit den intellektuellen und lebenspraktischen Leistungen des Beschwerdeführers keinesfalls vereinbar, zumal es auch aus jüngster Zeit Detailerinnerungen gebe. Perseverationen zeigten sich ebenso wenig wie Anhaltspunkte für Zwangssymptome, wahnhaftes Erleben, Sinnestäuschungen, kognitive Störungen in Form überdauernden Misstrauens oder paranoiden Denkens oder exzessiver Beschäftigung mit einem einzigen Thema - dies obwohl der Beschwerdeführer sich bei der ersten gerichtspsychiatrischen Abklärung aufgrund der Unfallfolgen nach wie vor als krank bezeichnet hatte (Urk. 9/M23 S. 14, 36 ff., 39 f., 41, 44 f., 52 ff., 55 f., 63 f., Urk. 9/M24 S. 46 ff.). Einzig bei der Untersuchung vom 13. März 1998 war die Affektivität beeinträchtigt, und Dr. Kieswetter konstatierte Antriebsarmut und sozialen Rückzug, was der Beschwerdeführer nachträglich mit dem gelegentlichen Auftreten derartiger Zustände erklärte (Urk. 9/M24 S. 52).

1.1.1.1.1.1.1 Im Gutachten vom 20. Mai 1998 hielt Dr. H. ___ fest, dass Klagen über Störungen der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses anlässlich der aktuellen Untersuchung einen sehr viel geringeren Raum einnehmen, als dies im Winter 1996/97 der Fall gewesen sei. Unter Bezugnahme auf die im Vorgutachten dargestellten Untersuchungsergebnisse und die dort aufgezeigte Diskrepanz zwischen damaligem Befund, subjektiven Angaben und früheren ärztlichen und psychologischen Beobachtungen habe der Beschwerdeführer wiederholt erklärt, dass er bei der Untersuchung vom Dezember 1996 ebenso wie heute und letztlich auch in der Zeit von 1992 bis Januar 1996 verhältnismässig gesund gewesen sei, weil er die für ihn notwendigen Medikamente erhalten habe. Trotz verschlechterter Leistungsfähigkeit nach dem Unfall seien Leistungsmöglichkeiten grundsätzlich gegeben gewesen, insbesondere

ein enormes Ausmass an ihm zur Verfüngung stehender Selbstbeherrschung. Die in der Klinik F.____ erhobenen ungnstigen Untersuchungsbefunde seien nicht zuletzt auf die Unterbindung seines Medikamentenkonsums zurckzufhren gewesen, so dass sich ein Zustand eingestellt habe, der demjenigen kurz nach dem Unfall geglichen habe (Urk. 9/M24 S. 48, 51 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch bei der Verkehrsmedizinischen Begutachtung durch Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin und Oberarzt am Institut K.____, vom 3. Juli 1997 bezweifelte der Beschwerdeführer die in der Klinik F.____ erfolgte medizinische Beurteilung und diejenige der anderen Ärzte. Er machte geltend, man habe ihn immer dann beurteilt, wenn es ihm relativ schlecht gegangen sei. Das Ausmass seiner Hirnleistungsstörungen sei nicht erheblich, er sei einfach aus seinem Verantwortungsgefhl heraus nicht in der Lage, längere Zeit als Tierarzt zu arbeiten, da dies für seine Patienten schwerwiegende Nachteile haben könnte. Die permanenten linksseitigen, in der Stirnregion gelegenen Kopfschmerzen könne er an sich sehr gut ertragen. Migräneanfälle mit Kopfschmerzen und Erbrechen traten nur nach grosser psychischer Belastung auf. Bei Dr. J.____s Untersuchung wirkte der Beschwerdeführer denn auch sehr intelligent und wohlberlegt, das Gedächtnis war gut und das längere, intensive Gespräch flüssig. Es ergaben sich kaum auffällige Befunde, namentlich keine Anzeichen von Tremor, chronischem Alkoholkonsum oder Depressivität, keine Gedankensprünge oder Wortfindungsstörungen (Urk. 9/M26).

7.2 Ä Ä Ä Diese Feststellungen belegen, dass die ursprünglich geltend gemachten und durch neuropsychologische Abklärungen erhärteten organisch bedingten Hirnfunktionsstörungen - wie deutlich verlangsamtes Arbeitstempo, unregelmässige beziehungsweise verringerte Lernleistung, stark reduzierte Gedächtnisleistung, eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit (vgl. Urk. 9/M6 S. 2 ff.) - spätestens bei der gericht psychiatrischen und verkehrsmedizinischen Begutachtung im Rahmen der klinischen Untersuchungen nicht mehr verifizierbar waren, weshalb Dr. H.____ erklärte, die Auffassung des Beschwerdeführers, es gehe ihm aktuell wieder so schlecht wie im Frühjahr 1991, sich unter Berücksichtigung des damals Berichteten und heute Gefundenen sachlich nicht nachvollziehen lasse (vgl. Urk. 9/M23 S. 54, Urk. 9/M25 S. 7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es kann denn auch nicht darüber hinweggegangen werden, dass die nach wie vor geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit von 50 % mit den vom Beschwerdeführer geschilderten Aktivitäten vor Beginn der Strafuntersuchung nur schwer zu vereinbaren sind. So äusserte er etwa gegenüber Dr. J.____, dass er im Spitzensport, den er seit vielen Jahren betreibe, zeitweise immer noch voll leistungsfähig sei und täglich eine Stunde jogge. In den letzten sechs Wochen sei er mit seinem Auto zur Betreuung kranker Tiere sowie im Zusammenhang mit modernem Fankampf in der ganzen Schweiz herumgefahren und habe 5000 km zurückgelegt (Urk. 9/M26). Auch gegenüber dem Gerichtspsychiater erklärte der Beschwerdeführer, den Unfall sehr gut verarbeitet zu haben und mit den Folgen leben zu können. Es sei ihm und seiner Frau gelungen, die psychoorganischen Veränderungen geheim zu halten, indem er sich Dritten nur dann gezeigt habe, wenn er unter Medikamenten gestanden sei. Dies habe fünf Jahre lang wunderbar funktioniert. Die hervorragende Wirksamkeit der in eigener Regie erprobten Medikation habe darin gelegen, dass seine nach dem Unfall aufgetretenen, früher unbekanntes Kopfschmerzen erträglich geworden seien, das früher unbekanntes Erbrechen gemildert und seine Angstzustände sehr reduziert worden seien.

Die vor dem Unfall begonnenen Aufsätze und Artikel habe er aufgrund der verminderten intellektuellen Leistungsfähigkeit nicht mehr weiter bearbeiten können. Diese seien dann ebenso wie sein Habilitationsvortrag, den er dann schliesslich in Budapest habe halten können, von seiner Frau fertig geschrieben worden. Ein oder zwei Jahre nach dem Unfall sei es zu Stunden und Tagen geistiger Hochleistungen gekommen, denen dann aber depressive Zustände gefolgt seien. Wenn es ihm gut gegangen sei, habe er mehr gearbeitet, sich auch um seine Forschungsprojekte auf dem Gebiet der reproduktiven Biotechnik der Schweine in Q.____ gekümmert, wo er sich oft aufgehalten und seit Mitte der 80er Jahre bis zu seiner Verhaftung mit Hilfe seiner Frau eine Professur für Schweinereproduktion angestrebt habe, wobei er die von ihm ein wenig abhängigen zehn bis zwanzig Schweinegroszüchter in der Schweiz weiterhin hätte betreuen wollen. Trotz der in der Klinik F.____ festgestellten schwerwiegenden hirngeweblichen Beeinträchtigung habe er gehofft, die wenigen mit einer Professur verbundenen Vorlesungen bewältigen zu können (Urk. 9M/23 S. 27 ff., Urk. 9/M24 S. 11, 16).

Laut den im Strafverfahren dazu befragten Zeugen, war der Beschwerdeführer abgesehen von Ferienvertretungen normalerweise tatsächlich nur etwa zu 20 % in seiner Kleintierklinik präsent (Urk. 9U S. 130 Erw. 4.5.1). Ob ihm ein weitergehender Einsatz in der Praxis wegen der ursprünglich angenommenen Hirnfunktionsstörungen nicht möglich gewesen wäre, ist angesichts seiner wissenschaftlichen, auf eine akademische Laufbahn ausgerichteten Aktivitäten, die mindestens so anspruchsvoll gewesen sein mussten wie die praktische tierärztliche Tätigkeit, jedoch fraglich, zumal sich die Unterstützung seiner Ehefrau nach den im Strafverfahren gewonnenen Erkenntnissen im Wesentlichen auf Tipparbeit nach Diktat und gelegentliche Hilfsdienste bei der Betreuung der Schweinezüchter in der Schweiz beschränkt hatte (Urk. 9U S. 144 ff. Erw. 6.1.2, 6.2.2).

7.3 Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin kann daraus nicht eindeutig auf das Fehlen jeglicher unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden. Denn im Strafverfahren berichtete der Beschwerdeführer nach wie vor von einer weitgehenden Arbeitsunfähigkeit als Folge der Hirnverletzung, von massiven Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, von heftigen Kopfschmerzen und mehrmaligem Erbrechen pro Tag und davon, dass es ihm nur möglich sei, eine Stunde beziehungsweise zweimal eine Stunde pro Tag sehr intensiv und hoch konzentriert zu arbeiten (vgl. Urk. 9/M24 S. 47, Urk. 9/M26 S. 1). Auch im vorliegenden Verfahren führte er seit dem Jahr 2000 an einzelnen Tagen aufgetretene epileptiforme Anfälle, Erbrechen-Anfälle, teilweise mit Blut, Amnesien und Bewusstlosigkeit an (Urk. 3/3 S. 8 ff.). Aus diesen und anderen Gründen bescheinigte der für die Strafanstalt Y.____ zuständige Gefängnisarzt, Dr. med. P.____, FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, dem Beschwerdeführer im Bericht vom 21. Juni 2004 (Urk. 9/M31) für die Zeit vom 16. April bis 15. beziehungsweise 25. August 2000 eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit. Für das Jahr 2001 bestand nach Dr. P.____s Angaben hauptsächlich wegen Migräne-Kopfschmerzen an sieben und im Jahr 2002 - abgesehen von einer 15 Tage dauernden Hospitalisation - an 51 Tagen eine Arbeitsunfähigkeit. Ob die Anfälle und Kopfwehattacken - entsprechend den Vorbringen in der Beschwerde (Urk. 3/3 S. 2, 9) - nach der Verlegung des Beschwerdeführers nach Z.____ im Jahr 2003 infolge der ihm dort zugewiesenen anspruchsvolleren Arbeit auf dem Gebiet der Tierzucht zu einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit führten, blieb bis jetzt ungeklärt. Doch belegen

bereits die von Dr. P.____ bescheinigten Zeiten von Arbeitsunfähigkeit Einschränkungen in einem die Erwerbsfähigkeit durchaus immer noch beeinflussenden Ausmass. Es besteht daher weiterer Abklärungsbedarf zur Frage, ob und inwieweit und aus welchen Gründen die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bis zu seiner Haftentlassung und danach in der wiederaufgenommenen selbständigen Tätigkeit als Tierarzt (Urk. 28/9) aus medizinischer Sicht noch beeinträchtigt ist und wie sich eine allfällige Einschränkung in finanzieller Hinsicht unter Berücksichtigung der zumutbaren Schadenminderungspflicht im Vergleich zu seinen nunmehrigen Verdienstmöglichkeiten als Gesunder auswirkt.

7.4. Alltags stellt sich vorab die Frage, ob den die Arbeitsfähigkeit allenfalls immer noch beeinträchtigenden Anfallen überhaupt noch ein organisches Substrat zugrunde liegt oder ob das nunmehrige Beschwerdebild zumindest noch einem Schädelhirntrauma zugeordnet werden kann, lassen die aktuellen medizinischen Beurteilungen dazu doch unterschiedliche Schlüsse zu. Während der Psychiater Dr. H.____ eine "organische psychische Störung am ehesten im Sinne eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma" diagnostizierte (Urk. 9/M24 S. 72), aber auch die Auffassung vertrat, es handle sich um eine psychogene Fehlverarbeitung der Unfallfolgen, indem psychische Faktoren in der Ausprägung des Beschwerdebildes eine bedeutsamere Rolle spielten als organische (Urk. 9/M23 S. 61 f.), erachtete Prof. Dr. L.____ eine traumatische Ursache der neuroradiologischen Befunde als nicht besonders wahrscheinlich (Urk. 9/M30 S. 4 f.).

Selbst wenn die Organizität der geklagten Beschwerden zu verneinen wäre beziehungsweise allenfalls vorhandene hirnorganische Befunde unabhängig von einem traumatischen Geschehen bestehen würden, würde sich in Anbetracht der diesbezüglichen Rechtsprechung gemäss BGE 117 V 359 ff. u. 369 ff. die Frage stellen, ob und inwieweit das für ein Schädelhirntrauma typische Beschwerdebild überhaupt noch vorhanden ist oder allenfalls von einer im Vordergrund stehenden psychischen Störung bestimmt wird, die für eine Adäquanzprüfung nach den in BGE 115 V 133 ff. festgelegten Kriterien sprechen würde (vgl. BGE 123 V 99 Erw. 2a mit Hinweisen sowie RKUV 2005 Nr. U 548 S. 228 ff.). Auf eine umfassende Abklärung, insbesondere auch neurologischer und neuropsychologischer Art, kann daher bezüglich der Frage, ob sich der Gesundheitszustand verbessert beziehungsweise die Arbeitsunfähigkeit verringert habe, nicht verzichtet werden. Dabei ist nicht auszuschliessen, dass sich bei einer genauen und umfassenden medizinischen Beurteilung wenn nicht ein Rentenrevisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG, so doch allenfalls revisionsrechtlich relevante neue Tatsachen ergeben können, die eine Neubeurteilung sämtlicher sich stellender Rechtsfragen zulassen würden und welche die Beschwerdegegnerin nach wie vor von Amtes wegen zu berücksichtigen hätte, zumal ihr angesichts der bei der Rentenzusprechung gegebenen Aktenlage kaum vorgeworfen werden könnte, den Sachverhalt damals ungenügend abgeklärt zu haben.

In diesem Sinne ist der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Sache zwecks umfassender medizinischer und allenfalls erwerblicher Abklärung und neuem Entscheid betreffend Rentenrevision an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

8. Bei diesem Verfahrensausgang hat der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese ist unter

Berücksichtigung des beträchtlichen Aufwandes, der mit dem umfangreichen Strafurteil und den ausführlichen gerichtspsychiatrischen Gutachten verbunden war und in der Honorarnote vom 8. Januar 2007 (Urk. 40) mit 39,8 Stunden veranschlagt wurde, der Barauslagen von 358.20, der Mehrwertsteuer von 7,6 % sowie dem gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 200.-- mit Fr. 8'950.-- zu bemessen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 31. Januar 2005 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab dem 1. Mai 1997 neu verfähre.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, RA Dr. Kieser, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 8'950.-- zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Kaspar Saner
- Rechtsanwalt Adelrich Friedli
- Bundesamt für Gesundheit

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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