

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00224 vom 30. November 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00224

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00224 du 30 novembre 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00224 del 30 novembre 2006

Erwägungen

E. 2

2.1. Eine weitere Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Unfall vom 6. November 1997 lehnte die SUVA im Wesentlichen unter Hinweis auf die Ergebnisse der neurologischen Untersuchung durch Dr. med. A. ___ vom 23. März 2004 und der neuropsychologischen Untersuchung durch lic. phil. B. ___ vom 8. Juli 2004 mit der Begründung ab, den noch geltend gemachten Kopfschmerzen und den neuropsychologisch festgestellten Auffälligkeiten fehle es an einem organischen Substrat im Sinne einer strukturellen Veränderung und die psychischen Beschwerden ständen in keinem adäquat kausalen Zusammenhang zum Sturz vom 6. November 1997 (vgl. Urk. 2 S. 4 ff.).

2.2. Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Standpunkt, er habe sich beim fraglichen Unfall eine Commotio cerebri zugezogen, deren Folgen noch nicht abgeheilt seien. Sein Gesundheitszustand habe sich seit dem Sturz nicht verbessert. Unfallbedingt leide er an Kopfschmerzen und Schmerzen im Zusammenhang mit dem vom Rheumatologen festgestellten Morbus DISH. Auch bei der von den Ärzten der Rehaklinik V. ___ diagnostizierten Fibromyalgie handle es sich um eine Unfallfolge. Die SUVA habe es unterlassen, seine rheumatologischen Beschwerden abzuklären. Für das neurologisch fassbare Beschwerdebild sei der Sturz von der Leiter zumindest teilweise ursächlich. Die psychiatrische Begutachtung habe schliesslich ergeben, dass bei seinem Krankheitserleben eindeutig der somatische Anteil im Vordergrund stehe (vgl. Urk. 1).

E. 3.1

3.1.1. Der medizinische Sachverhalt stellt sich wie folgt dar:

Nach am Unfalltag begab sich der Beschwerdeführer ins Kantonsspital W. ___. Die Ärzte der chirurgischen und orthopädischen Abteilung stellten folgende Diagnosen (vgl. Austrittsbericht vom 17. November 1997, Urk. 6/2 S. 1):

- Dislozierte, subcapitale Metacarpale V-Fraktur rechts
- RQW Schädelparietal rechts
- Multiple Kontusionen

Operativ wurde eine perkutane Spickung der Metacarpale V-Fraktur und eine Wundversorgung der RQW parietal rechts durchgeführt (vgl. Operationsbericht Kantonsspital W. ___, Chirurgische Abteilung, vom 6. November 1997, Urk. 6/3).

Nach dem Sturz sei der Patient möglicherweise während einiger Sekunden bewusstlos gewesen. Der Neurostatus sei bei Eintritt kursorisch unauffällig

gewesen. Die Überwachung während 24 Stunden habe keine neurologischen Auffälligkeiten gezeigt. Am 7. November 1997 habe der Beschwerdeführer in befriedigendem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (vgl. Urk. 6/2).

3.1.2. Dr. med. D. ____, Facharzt FMH für Innere Medizin, diagnostizierte am 18. Dezember 1997 chronische, therapieresistente Hinterkopf-Nacken-Schulderschmerzen nach Sturztrauma mit Rissquetschwunde am Kopf. Die Beschwerden im Kopf-Nacken-Bereich hätten sich in letzter Zeit noch akzentuiert. Eine intrakranielle Verletzung habe aufgrund eines CT (vgl. Urk. 6/5), welches wegen chronischer, zunehmender Kopfschmerzen, zunehmender Schwindelgefühle und eines sehr unsicheren Finger- und Nasenversuchs beziehungsweise Knie-Hackenversuchs rechts indiziert gewesen sei, ausgeschlossen werden können (vgl. Urk. 6/6).

3.1.3. Dr. med. Y. ____, Facharzt FMH für Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, stellte am 19. Dezember 1997 folgende Diagnosen (Urk. 6/7 S. 1):

- Panvertebrales, posttraumatisches (6.11.1997), stark weichteilbetontes Schmerzsyndrom mit
- Cervikocephalgie und Cervikoomarthralgie
- Thorakovertebrales Schmerzsyndrom mit ausgeprägten Rittelschmerzen über Th 4 und Th 5 und rechts paravertebralen Muskelverspannungen
- Funktionelles Defizit rechter Kleinfinger bei Status nach distaler Meta- carpale V-Fraktur und operativer Versorgung (6.11.97)

Die Röntgenbilder hätten keine Verletzung ossärer Strukturen am Achsenskelett ergeben. Die Veränderungen seien als Sturzfolge zu betrachten, allerdings sei eine gewisse Aggravierung unverkennbar. Sie entsprächen einem Morbus DISH (diffuse skeletale Hypertostose) und seien nicht degenerativer Genese (vgl. Urk. 6/7 S. 3 f.).

Am 4. Februar 1998 hielt Dr. Y. ____, fest, das panvertebrales, posttraumatische und stark weichteilbetonte Schmerzsyndrom habe sich gebessert. Es bestehe eine anhaltende Cephalaea und ein Schwindelgefühl unklarer Aetiologie. Betreffend die Restbeschwerden im Bereich des Rückens sei ein weiterer Trainingsaufbau wegen der geklagten Kopfschmerzen und der erhöhten Blutdruckwerte (welche schon 1996 gemessen worden seien) zur Zeit nicht möglich. Bezüglich des Rückens bestehe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit. Für den Patienten seien aber die Kopfschmerzen und ein episodisches, unbestimmtes Schwindelgefühl ganz in den Vordergrund gerückt (vgl. Urk. 6/10).

Am 25. Februar 1998 wurde der Beschwerdeführer von SUVA-Kreisarzt Dr. med. E. ____, untersucht. Dieser hielt in seinem Bericht fest, er habe keine somatischen Restfolgen des Unfalls feststellen können, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Bei Ablenkung des Beschwerdeführers habe sich eine Schmerzfreiheit des Kopfes gezeigt. Es liege ein nicht adäquates Verarbeitungsmuster des Unfalles vor. Die Wiederaufnahme der Arbeit sei daher angezeigt (vgl. Urk. 6/12).

3.1.5. Dr. D. ___ diagnostizierte am 5. März 1998 unklare Kopfschmerzen und Schwindelgefühle nach Sturztrauma. Der Arbeitsversuch vom 3. März 1998 sei aufgrund der Beschwerden gescheitert. Psychoreaktive Mechanismen als Ursache der Entwicklung der "geheimnisvollen Symptomatik" dürften nicht angenommen werden, bevor eine gründliche neurologische Untersuchung erfolgt sei (vgl. Urk. 6/16).

3.1.6. In ihrer Beurteilung vom 10. März 1998 gelangten die Ärzte des Kantonsspitals U. ___, Neurologische Abteilung, zum Schluss, dass sowohl die Kopfschmerzen als auch der ungerichtete Schwindel posttraumatischer Natur seien. Es gebe keine Anhaltspunkte für einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel und auch sonst keine Hinweise auf eine schwere traumatische Schädigung des Nervensystems. Die allgemeine Schreckhaftigkeit und die muskuläre Verspannung sprächen für eine zusätzliche psychische Überlagerung. Es dürfe mit einer langsamen Besserung gerechnet werden. Eine dauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe nicht; bei langsamer Steigerung des Arbeitseinsatzes könne von einer Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (vgl. Urk. 6/17 S. 2).

3.1.7. SUVA-Arzt Dr. med. F. ___, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie und Arbeitsmedizin, kam aufgrund seiner neurootologischen Untersuchung vom 9. Juni 1998 zum Schluss, dass die diffusen Schwindelbeschwerden nicht objektivierbar seien und möglicherweise in Zusammenhang mit der Hypertonie ständen. Aus neurootologischer Sicht bestehe grundsätzlich eine volle Arbeitsfähigkeit. Tätigkeiten mit erhöhter Absturzgefahr seien allerdings, solange subjektiv Schwindelbeschwerden beständen, nicht zumutbar (vgl. Urk. 6/22 S. 3).

3.1.8. Vom 18. Mai 1998 bis 1. Juli 1998 hielt der Beschwerdeführer sich stationär in der Rehaklinik V. ___ auf. Im Austrittsbericht vom 24. Juli 1998 (Urk. 6/26) stellten die Ärzte folgende Diagnosen:

Berufsunfall vom 06.11.1997: Sturz aus 3 m Höhe mit: - Commotio cerebri mit fraglicher Bewusstlosigkeit - Rissquetschwunde frontoparietal in der Mitte - Kontusion thorakolumbal links

- Dislozierter, subkapitaler Metacarpale-V-Fraktur rechts (perkutane Spickung) In der Folge: - Rezidivierend frontoparietale Kopfschmerzen und ungerichtete Schwindelattacken mit Zugtendenz nach links - posttraumatisches Panvertebralsyndrom im Sinne eines stark weichteilbetonten Schmerzsyndroms

Im Weiteren stellten sie folgende physikalisch-funktionellen Diagnosen:

1. Postcommotionelle Spannungskopfschmerzen frontoparietal mit Ausstrahlungen bis hinter beide Augen samt brennendem Gefühl im Kopf - ungerichteten Schwindelattacken und Zugtendenz nach

links - starker Wetterfühligkeit
Lichtempfindlichkeit und Verschwommensehen
episodischem Auftreten von Schwächegefühlen und Zittern
am Körper ohne neurologische Ausfälle
bei Status nach
Commotio cerebri mit fraglicher Bewusstlosigkeit
als Folge
eines Sturzes aus 3 m Höhe am 06.11.1997

2. Ausgedehntes fibromyalgisches
Zustandsbild mit
den Hauptregionen: Nacken-Schultergürtel rechtsbetont, gesamt
samt Rücken und Beckengürtel linksbetont
schwerer Panniculose im Bereich des zervikothorakalen und
thorakolumbalen Überganges
Beteiligung sämtlicher Weichteilstrukturen
sporadisch auftretenden belastungs- und bewegungsabhängigen, krampfartigen Schmerzen des
zervikothorakalen Überganges, ausgehend vom Mastoid rechts samt Ausstrahlungen in die
parascapuläre Region rechts
muskulär eingeschränkter
HWS-Rotation nach rechts
Irritation aller Facettengelenke, rechts mehr als links
schmerzhaften
Ansatzentzündungen über den Processus spinosi entlang der gesamten
Halswirbelsäule
ausgeprägten Ansatzentzündungen entlang der Linea nuchae, links
mehr als rechts, gegen medial
zunehmend, samt
Ausstrahlungen ins
Hinterhaupt
stark irritiertem Rippenknorpelchen rechts
zusätzlich eingeschränkter Schulterbeweglichkeit, rechts mehr
als links, vor allem in Anteversion und

Abduktion eingeschränkter LWS-Beweglichkeit, in Richtung Kyphose mehr als in Lordose
schmerzhafte Tendinose des Ligamentum iliolumbale links
Myosen und Anstatttendinosen der linken Gesäßshäfte und des Beckenkammes
mäßig bis starken Verkürzungen des M. rectus femoris, des M. iliopsoas und der Adduktoren
fraglich positivem Mennell-Test links
ohne neurologische Ausfälle
Shift in der Frontalebene
bei Status nach Kontusion thorakolumbal links im Rahmen des Unfalls falls vom 06.11.97
mäßig bis stark gekipptem Becken, hochgezogener Hyperlordose und ausgeprägter thorakaler Kyphose direkt übergehend in eine ausgeprägte kurze zervikothorakale Kyphose
starker Schulterprotraktion von 6 cm, links mehr als rechts, und zusätzlicher Kopfprotraktion von 4 cm
Haltungsinsuffizienz von 7 cm
3. Status nach perkutaner Spickung einer dislozierten, subkapitalen Meta-carpale-V-Fraktur rechts am 06.11.97 mit leichter Druckdolenz über dem MP-Gelenk
mäßigem Streckdefizit im DIP- und PIP-Gelenk und mäßiger Flexionseinschränkung im MP-Gelenk
Wetterfähigkeit
Hyposensibilität Dig. V rechts volarseits
ohne
Entzündungszeichen
Rotationsfehlstellung

ersichtlich. Es gebe Zeichen für eine leichtgradige Sinusitis maxillaris beidseits und möglicherweise ethmoidalis rechts, welche allenfalls für die Kopfschmerzen beziehungsweise die klinische Symptomatik verantwortlich seien (vgl. Bericht Kantonsspital W. ____, Urk. 6/34).

E. 3.1.13

Dr. med. G. ____, Leitender Arzt Neurologische Abteilung, Kantonsspital U. ____, diagnostizierte am 16. November 1998 einen Status nach Commotio cerebri und postcommotionelle Kopfschmerzen. Letztere seien infolge der Schädelverletzung aufgetreten. Die Schwere des Traumas korreliere keineswegs mit der Intensität der geklagten Beschwerden. Die Tatsache, dass keine pathologischen Befunde erhoben werden konnten, sei für derartige Kopfschmerzen geradezu charakteristisch. Allerdings liege eine gewisse Symptomausweitung vor. Die im CT festgestellten geringfügigen Besonderheiten betreffend die Nasennebenhöhlen stünden sicher nicht im Zusammenhang mit den Kopfschmerzen. Aufgrund von CT und klinischen Befunden könne eine schwere traumatische Schädigung ausgeschlossen werden. Eine bleibende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sei nicht anzunehmen. Bei geeigneter Arbeit sollte eine Wiederintegration in den Arbeitsprozess möglich sein (vgl. Urk. 6/36).

E. 3.1.14

In seiner Beurteilung vom 13. Januar 1999 hielt Kreisarzt Dr. X. ____, da sämtliche spezialärztlichen Untersuchungen keine organischen Unfallfolgen mehr ergeben hätten, könne nur eine psychische Störung oder Beeinträchtigung Ursache der weiterhin geklagten Beschwerden sein (vgl. Urk. 6/39).

E. 3.2

3.2.1.1 Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Beschwerdeführer am 26. Mai, 10. Juni und 1. Juli 2003 von Dr. med. H. ____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht. In ihrem Gutachten (Anhang zu Urk. 6/76) stellte sie die Diagnose einer chronifizierten somatoformen Schmerzstörung mit zunehmender Invalidisierung und sekundär depressiver Störung (ICD 10 F 45.4, F 32.0, vgl. Anhang zu Urk. 6/76 S. 6). Sie hielt im Wesentlichen fest, beim Krankheitserleben des Beschwerdeführers stehe eindeutig der somatische Anteil im Vordergrund. Aus dem Schock, den er beim Unfall erlitten habe, und den dadurch verursachten Symptomen (Schwindelanfälle, Unsicherheit beim Einsetzen der Motorik) komme er nicht heraus. Nach der langdauernden, erfolglosen Therapie und der Verzögerung der Heilung habe sich ein Gefühl der Machtlosigkeit entwickelt. Der Leidensdruck sei - entsprechend dem subjektiven Ausmass der Beeinträchtigung - gross (vgl. Anhang zu Urk. 6/76 S. 5 f.).

Der Beschwerdeführer sehe nur in der Therapie der somatischen Beschwerden einen Sinn; für eine psychiatrische Behandlung fehle ihm daher die Motivation. Das Ausmass der depressiven Verstimmung (gedrückte Stimmung, Interessensverlust, Konzentrationsstörung, Antriebsverminderung), welche mit der somatoformen Schmerzstörung einher gehe, sei klinisch als leicht zu beurteilen. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in seiner Tätigkeit als Bauarbeiter höchstens zu 20 % arbeitsfähig. Die Ausübung einer behinderungsangepassten Erwerbstätigkeit (beispielsweise Wäschetransport innerhalb eines Altersheims oder Spitals) sei erst nach einer psychiatrisch-pharmakologischen Behandlung möglich, wobei ein Einstiegspensum von 30 % bis 35 % realistisch erscheine. Als ehemaliger

Buchhändler künnte sich der Beschwerdeführer auch um einen Einführungskurs im Computerbereich und danach um eine Büroarbeit bemühen (vgl. Anhang zu Urk. 6/76 S. 6).

3.2.2.2 Am 23. Dezember 2003 teilte Dr. D. ___ der SUVA mit, der Beschwerdeführer müsse im Zusammenhang mit dem Unfall im Jahr 1997 erneut medizinisch beurteilt werden (vgl. Urk. 6/54).

Dr. med. A. ___, Facharzt FMH für Neurologie, diagnostizierte am 23. März 2004 multikausale Kopfschmerzen, teils vom Spannungstyp im Zusammenhang mit einer posttraumatischen Hirnleistungsschwäche, teils vaskulär im Rahmen einer Hypertonie. Der Beschwerdeführer sei adipös (BMI von 32) und leide unter einer Fibromyalgie. Aufgrund seiner Schilderungen sei davon auszugehen, dass er beim Unfall vom 6. November 1997 auch eine Hirnerschütterung beziehungsweise eine minime traumatische Hirnschädigung und eine Contusio labyrinthi links erlitten habe, in deren Folge noch während längerer Zeit haltungsabhängige Drehschwindelbeschwerden mit einer Falltendenz nach links aufgetreten seien. Auch der immer noch geklagte gelegentliche Tinnitus sei höchstwahrscheinlich hierauf zurückzuführen. Ansonsten habe sich der Beschwerdeführer gut erholt. Nach den CT's sei es zu keinen substantziellen Hirnverletzungen gekommen. Normalerweise klingen nach einer Hirnerschütterung auftretende Kopfschmerzen irgendwann wieder ab. Dies sei aber beim Beschwerdeführer nicht geschehen. Dieser habe einen erheblichen Medikamentenabusus entwickelt. Es sei gut denkbar, dass es sich um ein multifaktorielles Kopfweg mit unfallbedingtem Teilfaktor handle. Eine Ursache sei dabei der Unfall mit der darauf folgenden chronischen Medikamenteneinnahme einerseits, eine weitere Ursache könne die Hypertonie sein, und als dritte - wichtige - Ursache sei eine neuropsychologische Hirnleistungsstörung mit reaktiver Tendenz zu vermehrtem Kopfweg vom Spannungstyp, worauf die vom Patienten berichtete Vergesslichkeit hinweise, zu sehen. Diesbezüglich sei eine neuropsychologische Testuntersuchung angezeigt. Eine somatoforme Schmerzstörung wäre noch zu diskutieren (vgl. Urk. 6/58).

3.2.3.3 Am 5. Juli 2004 führte lic. phil. B. ___, Psychologin FSP, eine neuropsychologische Testuntersuchung durch. In ihrem Bericht vom 8. Juli 2004 (Urk. 6/68) hielt sie fest, die Befunde wiesen auf leicht ausgeprägte Hirnfunktionsstörungen hin. Unter Einbezug von Schulbildung, Karriere, soziokulturellen Bildungsunterschieden und Einschränkungen in der deutschen Sprache werde die subjektiv geklagte Vergesslichkeit objektiviert durch die Defizite in den komplexeren Aufnahme-, Verarbeitungs- und Gedächtnisprozessen und in der Lern- und Konzentrationsfähigkeit. Diese Defizite hätten nebst der deutlich erhöhten Ermüdbarkeit und den vielen, auch belastungsabhängig auftretenden, somatischen Beschwerden wesentlichen Einfluss auf die gesamte kognitive Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Entsprechend sei er zur Zeit nicht in der Lage, einer Aufgabenstellung über längere Zeit konzentriert nachzugehen. Da ihm unter den aktuellen Rahmenbedingungen die Lebens- und Alltagsbewältigung nach eigenen Angaben jedoch zufriedenstellend gelinge, seien aus neuropsychologischer Sicht keine weiteren Massnahmen indiziert (vgl. Urk. 6/68 S. 2 f.).

E. 4

4.1 Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei

Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Nach Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt.

Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände im Sinne von Art. 17 ATSG dar (BGE 118 V 297 Erw. 2d, vgl. Kieser, Kommentar ATSG, Zürich 2003, N 10 zu Art. 53 ATSG). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 296 Erw. 2c mit Hinweisen). Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 Erw. 2c mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 f. Erw. 2).

4.2.1.1 Wenn der Beschwerdeführer auch erst ab dem 1. Januar 2004 die erneute Ausrichtung von Leistungen durch die SUVA im Zusammenhang mit dem fraglichen Unfall beantragte (vgl. Urk. 1 S. 1), so geht aus den medizinischen Akten (vgl. Bericht Dr. A. vom 23. März 2004, Urk. 6/58 S. 1 f. und S. 5; Bericht lic. phil. B. vom 8. Juli 2004, Urk. 6/68 S. 1 f.; Gutachten Dr. H. vom 4. August 2003, Anhang zu Urk. 6/76 S. 4 ff.) und seinen eigenen Schilderungen (vgl. Urk. 6/55, Urk. 6/70, Urk. 6/76, Urk. 1) klar hervor, dass er nicht erst wieder ab dem Jahr 2004 über unfallbedingte Beschwerden klagte, sondern seit seinem Sturz - und damit über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung der SUVA per 17. Januar 1999 (vgl. Urk. 6/40) hinaus - in ständiger ärztlicher Behandlung stand und aufgrund des Andauerns der gesundheitlichen Beeinträchtigung auch nach Leistungseinstellung nie mehr einer Arbeit nachging. Da die Gesundheitsstörung im Zeitpunkt der Leistungseinstellung durch die SUVA somit noch bestanden hatte und weder geltend gemacht wurde noch Anhaltspunkte dafür vorhanden sind, dass vor der erneuten Meldung unfallbedingter Beschwerden bei der SUVA zwischenzeitlich eine entscheidende Besserung eingetreten sei, liegt kein Rückfall vor.

E. 4.3

4.3.1.1 Betreffend die somatische Gesundheitsstörung liegen - aufgrund der Tatsache, dass die andauernden Beschwerden (Kopfschmerzen, Schwindel, Schmerzen im Bereich von Nacken und Kreuz, Unsicherheiten beim Gehen, Stehen und Sitzen; vgl. Berichte von Dr. A., Urk. 6/58 S. 1 f., und von lic. phil. B., Urk. 6/68 S. 1, Gutachten Dr. H., Anhang zu Urk. 7/76 S. 4) im Wesentlichen identisch sind mit denjenigen, die bereits im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch geklagt worden waren - auch keine Spätfolgen vor.

4.3.2.1 Was die psychischen Beschwerden anbetrifft, diagnostizierte Dr. H. erstmals am 4. August 2003 eine chronifizierte somatoforme Schmerzstörung mit zunehmender Invalidisierung und sekundär depressiver Störung nach ICD 10 F 45.4, F32.0; vgl. Anhang zu Urk. 6/76 S. 6), welche sie auf den Unfall vom 6. November 1997 zurückführte. Ob die psychische Störung bereits vor Leistungseinstellung der SUVA

oder erst in der Zeit danach auftraten, geht aus dem Gutachten nicht klar hervor. Allerdings war den Ärzten schon relativ kurz nach dem Unfall eine organische Erklärung für die geklagten Beschwerden oder zumindest deren geltend gemachtes Ausmass nicht mehr ersichtlich. Auch wiesen sowohl Dr. Y. ___ als auch SUVA-Arzt Dr. E. ___ bereits in ihren Berichten vom 19. Dezember 1997 (Urk. 6/7) beziehungsweise vom 25. Februar 1998 (Urk. 6/12) auf eine Aggravierung respektive eine nicht adäquate Verarbeitung des Unfalls hin. Dr. D. ___ zog in seinem Bericht vom 5. März 1998 psychoreaktive Mechanismen als Ursache der "geheimnisvollen Symptomatik" in Betracht (vgl. Urk. 6/16), und die Ärzte des Kantonsspitals U. ___ sprachen in ihrem Bericht vom 10. März 1998 - auf den der Beschwerdeführer selber ausdrücklich verwies (vgl. Urk. 1 S. 2) - von einer psychischen Überlagerung der körperlichen Beschwerden (vgl. Urk. 6/17 S. 2). Dr. G. ___ erwähnte in seinem Bericht vom 16. November 1998 eine Symptomausweitung und wies darauf hin, dass Intensität der Beschwerden und Schwere des Traumas nicht übereinstimmen (vgl. Urk. 6/36). Von einer psychischen Ursache der somatischen Beschwerden ging - mangels organischer Befunde - am 13. Januar 1999 auch SUVA-Arzt Dr. X. ___ aus. Zwar schlossen die Ärzte der Rehaklinik V. ___ im Austrittsbericht vom 24. Juni 1998 eine psychische Überlagerung der körperlichen Beschwerden aus (vgl. Urk. 6/25 S. 3), immerhin weist die von ihnen diagnostizierte Fibromyalgie aber zahlreiche mit der somatoformen Schmerzstörungen gemeinsame Aspekte auf (vgl. BGE 132 V 65 S. 66). Aufgrund der zitierten Arztberichte ist demnach davon auszugehen, dass die somatoforme Schmerzstörung bereits vor Erlass der Verfügung vom 14. Januar 1999 (Urk. 6/40), mit welcher die SUVA ihre weitere Leistungspflicht - unter anderem mit dem Hinweis auf die fehlende Adäquanz allfälliger psychischer Störungen - verneinte, auftrat.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Betreffend die depressive Verstimmung ist dagegen aus dem Gutachten von Dr. H. ___ zu schliessen, dass diese erst nach erfolgter Leistungseinstellung der SUVA auftrat, nämlich nachdem die Schmerzen den Beschwerdeführer im Laufe der Zeit zermürbt hatten (vgl. Anhang zu Urk. 6/76 S. 5). Eine Depression wurde denn auch vor der Begutachtung von keinem der weiteren Ärzten auch nur in Betracht gezogen. Bezüglich dieser psychischen Störung ist demnach von Spätfolgen des Unfalls auszugehen. Allerdings handelt es sich gemäss Dr. H. ___ lediglich um eine leichte depressive Verstimmung; weder stand der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Begutachtung deswegen in psychiatrischer Behandlung, noch wollte er sich zu einem späteren Zeitpunkt einer solchen unterziehen (vgl. Anhang zu Urk. 6/76 S. 6). Sodann ist die im Gutachten aus psychiatrischer Sicht attestierte 80%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Anhang zu Urk. 6/76 S. 6) nicht im Zusammenhang mit der depressiven Verstimmung, sondern vielmehr mit der somatoformen Schmerzstörung zu sehen, die - wie dargelegt - nicht unter den Tatbestand der Spätfolgen fällt. Eine Leistungspflicht der SUVA fällt im Zusammenhang mit der leichten depressiven Verstimmung daher ausser Betracht, weshalb der Einspracheentscheid vom 31. März 2006 (Urk. 2) diesbezüglich nicht zu beanstanden ist.

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Gemäss Art. 53 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) 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.

Art. 53 Abs. 1 ATSG verwendet den Begriff des Entdeckens und betont damit, dass es sich um Tatsachen handeln muss, die im Zeitpunkt der Entscheidung bereits vorlagen, indessen noch nicht bekannt waren. Als erheblich und neu gelten Tatsachen, die zur Zeit der Erstbeurteilung bereits vorlagen, indessen noch nicht bekannt waren und die zudem geeignet sind, die tatsächlichen Grundlagen der Verfügung so zu ändern, dass bei neuer Entscheidungsfindung ein anderer Entscheid resultiert. 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, Kommentar ATSG, N 10 zu Art. 53 ATSG mit weiteren Hinweisen). Die Voraussetzungen für eine prozessuale Revision sind nicht erfüllt, wenn man in einer ärztlichen Beurteilung von Tatsachen, die zur Zeit der Verfügung bekannt waren, verschiedene Schlussfolgerungen ableitet (BGE 110 V 291, 127 V 358).

Zu einem Revisionsverfahren vermögen namentlich Beweismittel zu führen, die aus der Zeit nach dem Entscheid datieren, sich aber auf eine Tatsache beziehen, die Grundlage des gefällten Entscheides bildet. Massgebendes Kriterium für die Anerkennung eines - neu aufgefundenen - Beweismittels als Revisionsgrund bildet einzig die Frage, ob es vor Entscheidung beigebracht werden konnte. Mit dem Begriff des Auffindens wird klargestellt, dass es sich um ein bisher nicht bekanntes Beweismittel handeln muss. Eine Berücksichtigung ist ausgeschlossen, wenn das Beweismittel bereits früher hätte beigebracht werden können. Es kann somit 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 (vgl. Kieser, a.a.O. N 11-12 zu Art. 53 ATSG).

Das Verfahren der prozessualen Revision unterliegt - wie das übrige sozialversicherungsrechtliche Verfahren - dem durch die Mitwirkungspflichten der Parteien eingeschränkten Untersuchungsgrundsatz. Verlangt ein Rechtssuchender ausdrücklich oder sinngemäss die prozessuale Revision einer rechtskräftigen Verfügung, ohne konkrete Revisionsgründe (insbesondere neue Tatsachen oder Beweismittel) auch nur zu behaupten, ist die Verwaltung befugt, auf das Revisionsgesuch nicht einzutreten. Werden jedoch konkrete Revisionsgründe geltend gemacht, hat die Verwaltung zu prüfen, ob diese mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Verneint sie dies, hat sie das Revisionsgesuch abzuweisen (Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3. Auflage, Zürich, 2003, S. 355 mit Hinweisen).

5.2 Ein Revisionsgrund wurde vom Beschwerdeführer nie explizit geltend gemacht. Eine prozessuale Revision käme vorliegend dann in Frage, wenn die psychiatrische Begutachtung durch Dr. H. ___ vom 25. Mai, 10. Juni und 1. Juli 2003 (Anhang zu Urk. 6/76), die neurologische Untersuchung durch Dr. A. ___ vom 17. März 2004 (Urk. 6/58) oder die neuropsychologische Untersuchung durch lic. phil. B. ___ vom 5. Juli 2004 (Urk. 6/68) neue Erkenntnisse gebracht hätten, welche, wären sie bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom 14. Januar 1999 (Urk. 6/40) bekannt gewesen, zu einem anderen Entscheid hätten geführt.

Im psychiatrischen Gutachten von Dr. H. ___ vom 4. August 2003 wurde dem Beschwerdeführer eine chronifizierte somatoforme Schmerzstörung mit zunehmender Invalidisierung und sekundär depressiver Störung (ICD 10 F 45.4, F 32.0) bescheinigt (vgl. Anhang zu Urk. 6/76 S. 6). Wie bereits dargelegt handelt es sich bei der depressiven Störung um eine erst nach Erlass der Einstellungsverfügung der SUVA entwickelte Symptomatik; als Revisionsgrund fällt sie daher ausser Betracht. Die somatoforme Schmerzstörung lag dagegen, wie ebenfalls aufgezeigt, schon vor der Leistungseinstellung der SUVA vor. Wenn sie auch zuvor nie explizit diagnostiziert wurde, so stand aufgrund der medizinischen Akten doch fest, dass psychische Beschwerden vorhanden waren. So verneinte die SUVA denn auch in ihrer Verfügung vom 14. Januar 1999 (Urk. 6/40), welche der Beschwerdeführer bereits damals mittels Einsprache hätte anfechten können, die Adäquanz allfälliger psychischer Störungen. Erhebliche neue Erkenntnisse, welche eine Revision rechtfertigten, brachte das Gutachten von Dr. Bogascy demnach nicht.

Auch der Neurologe Dr. A. ___ gelangte in seinem Bericht vom 23. März 2004 (Urk. 6/58) zu keinen neuen Einsichten, welche einen Revisionsgrund darstellen würden. So hielt er im Wesentlichen fest, dass nebst dem Unfall noch weitere Faktoren, nämlich die chronische Medikamenteneinnahme und die Hypertonie sowie möglicherweise eine neuropsychologische Hirnleistungsstörung, auf welche die geklagte Vergesslichkeit hinweise, ursächlich für die Kopfschmerzen seien (vgl. Urk. 6/58 S. 5). Die betreffend Hirnleistungsstörung in der Folge von Psychologin lic. phil. B. ___ am 5. Juli 2004 durchgeführte Testuntersuchung ergab Hinweise auf eine leicht ausgeprägte Hirnfunktionsstörung. Allerdings hielt sie die daraus resultierende Einschränkung für derart geringfügig, dass sie aus neuropsychologischer Sicht keine Massnahmen indiziert sah (vgl. Urk. 7/68 S. 2 f.). Zwar wurde in den Arztberichten, die vor Leistungseinstellung der SUVA ergangen waren, eine Hirnfunktionsstörung nie explizit festgestellt. Doch stellten sowohl die Ärzte des Kantonsspitals T. ___ am 10. März 1998 (Urk. 6/17) beziehungsweise am 16. November 1998 (Urk. 6/36) als auch diejenigen der Rehaklinik V. ___ am 24. Juli 1998 (Urk. 6/26) die Diagnose einer Commotio cerebri, welche eine derartige Störung durchaus beinhalten kann. Insofern brachte auch die neuropsychologische Testuntersuchung keine erheblichen neuen Resultate. Demnach gibt keine der seit der Verfügung der SUVA vom 14. Januar 1999 (Urk. 6/40) erfolgten Untersuchungen Anlass zu einer prozessualen Revision.

E. 6

6.1 Gemäss einem allgemeinen Grundsatz des Sozialversicherungsrechts, der in Art. 53 Abs. 2 und 3 ATSG nun ausdrücklich festgehalten wird, kann die Verwaltung eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, in Wiedererwägung ziehen, wenn sie zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 127 V 469 Erw. 2c mit Hinweisen).

6.2 Indem die SUVA, nachdem ihr rund fünf Jahre nach ihrer Leistungseinstellung nochmals Beschwerden im Zusammenhang mit dem Unfall vom 6. November 1997 gemeldet worden waren, erneut prüfte, ob sie diesbezüglich leistungspflichtig sei, trat sie auf ein - wenn auch nicht ausdrücklich so bezeichnetes - Wiedererwägungsgesuch ein. Entsprechend ist vorliegend zu prüfen, ob ein Wiedererwägungsgrund gegeben ist.

Â Â Â Â Â Â Â Â Aus den medizinischen Akten ergeben sich keine Hinweise darauf, dass die Verfassung der SUVA vom 14. Januar 1999 (Urk. 6/40) zweifellos unrichtig gewesen wäre. Was die Einstellung der Leistungen betreffend Heilbehandlungskosten angeht, hielt bereits Dr. Y.____, der den Beschwerdeführer physiotherapeutisch behandelt hatte, in seinem Bericht vom 9. September 1998 (Urk. 6/29) fest, dass weitere Therapien dem Patienten nicht mehr helfen würden. Dr. G.____ hielt am 16. November 1998 eine Physiotherapie für wenig aussichtsreich; weitere Therapien zog er gar nicht in Betracht (vgl. Urk. 6/36 S. 2). Schliesslich hielt auch SUVA-Kreisarzt Dr. X.____ in seiner Beurteilung vom 13. Januar 1999 (Urk. 6/39) den Behandlungsabschluss für angezeigt. Arztberichte, welche Hinweise darauf gäben, dass von einer weiteren Heilbehandlung noch eine Besserung hätte erwartet werden können, sind keine vorhanden. Auch hat der Beschwerdeführer nicht geltend gemacht, er habe sich nach der Leistungseinstellung durch die SUVA noch weiteren Behandlungen unterzogen.

Â Â Â Â Â Â Â Â In Bezug auf die Einstellung der Taggeldleistungen stützte sich die SUVA in ihrer Entscheid vom 14. Januar 1999 (Urk. 6/40) im Wesentlichen auf die Ergebnisse der Untersuchungen des Kreisarztes Dr. X.____ vom 13. Januar 1999 (Urk. 6/39) beziehungsweise des Neurologen Dr. G.____ vom 16. November 1998 (Urk. 6/36). Beide Ärzte gelangten zum Schluss, dass wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe. Kreisarzt Dr. X.____ hatte dem Beschwerdeführer bereits am 9. Oktober 1998 - aus orthopädisch-traumatologischer und ORL-fachärztlicher Sicht - eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (vgl. Urk. 6/32 S. 3). Die Ärzte der Rehaklinik V.____ waren am 24. Juli 1998 zum Schluss gelangt, dass der Beschwerdeführer - vorab mittels therapeutischen Arbeitsversuchs in der angestammten Tätigkeit - wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert werden könne (vgl. Urk. 6/26 S. 7). Zwar beurteilte Dr. D.____ am 5. Oktober 1998 die Prognose betreffend Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit als schlecht (vgl. Urk. 6/31), allerdings lagen die Gründe für diese Einschätzung weniger in objektiven medizinischen Erkenntnissen als in der Tatsache, dass gemäss dem genannten Arzt in Bezug auf den Patienten eine "allgemeine Ratlosigkeit" bestand beziehungsweise dessen geklagtes Beschwerdebild nur "schwer nachvollziehbar" war. Die Einschätzung der SUVA, dass der Beschwerdeführer ab dem 18. Januar 1999 unfallbedingt wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen sei, steht daher im Wesentlichen im Einklang mit oder zumindest nicht im Widerspruch zu den medizinischen Berichten; von einer zweifellos unrichtigen Verfassung vom 14. Januar 1999 (Urk. 6/40), welche die SUVA wiedererwägungsweise hätte berichtigen müssen, kann daher auch in Bezug auf die Einstellung der Taggelder keine Rede sein.

Â Â Â Â Â Â Â Â Betreffend die Verneinung der Adäquanz allfälliger psychischer Beschwerden in der Verfassung vom 14. Januar 1999 (Urk. 6/40) ist sodann festzuhalten, dass der Beschwerdeführer sich seit seinem Unfall nie einer Psychotherapie unterzogen hat und ihm diesbezüglich bis zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung der SUVA nie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden war. Insofern erbrachte sich die Adäquanzprüfung ohnehin; ein Wiedererwägungsgrund ist auch diesbezüglich zu verneinen.

Â Â Â Â Â Â Â Â Schliesslich rechtfertigt sich eine Wiedererwägung auch betreffend die vom Beschwerdeführer gerägte ungenügende Abklärung der Diagnosen DISH und Fibromyalgie (vgl. Urk. 1 S. 1) nicht. Einen Morbus DISH diagnostizierte als einziger Arzt Dr. Y.____ (vgl. Bericht vom 19. Dezember 1997, Urk. 6/7). Weder hielt er selbst in der

Folge an dieser Diagnose fest (vgl. Berichte vom 9. Februar 1998, Urk. 6/10, und vom 9. September 1998, Urk. 6/29), noch wurde sie je von einem der zahlreichen weiteren Ärzte, welche den Beschwerdeführer im Laufe der Jahre seit dem Unfall untersuchten, erwähnt. Insbesondere stellten die Ärzte der Rehaklinik V. ____, welche die geklagten Beschwerden äusserst umfassend abgeklärt hatten (vgl. Austrittsbericht vom 24. Juli 1998, Urk. 6/26), keinen Morbus DISH fest. Was die Fibromyalgie betrifft, ist, soweit diese überhaupt unfallbedingt ist, aufgrund der medizinischen Akten davon auszugehen, dass sie von den Ärzten weder für behandlungsbedürftig noch als die Arbeitsfähigkeit einschränkend gehalten wurde.

7. Zusammenfassend ergibt sich, dass die SUVA weder unter dem Gesichtspunkt des Rückfalls noch unter demjenigen der Spätfolgen für die Folgen des Sturzes vom 6. November 1997 zur erneuten Ausrichtung von Leistungen verpflichtet werden kann. Auch liegen weder Revisions- noch Wiedererwägungsgründe vor, welche ein Rückkommen auf den Einspracheentscheid vom 31. März 2006 (Urk. 2) erforderten.

Das Gericht erkennt:

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

- Dr. Roland E. Pedernana
- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf
- Bundesamt für Gesundheit
- VISANA

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die 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.