

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00504 vom 30. Juni 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-06-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00504

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00504 du 30 juin 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00504 del 30 giugno 2008

Erwägungen

E. 1

1.1. Der 19__ geborene F. __ war seit dem 1. Mai 1997 als X. __ für die Immobilienfirma A. __ in ' __ ' tätig und bei der damaligen Union Suisse Compagnie Générale d'Assurances (heute: GENERALI Allgemeine Versicherungen) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 14. November 1997 um ' __ ' Uhr kollidierte er als Lenker eines Rollers nach einer Regelwidrigkeit mit einem Personenwagen und zog sich eine offene Unterschenkelfraktur sowie eine Hirnerschütterung zu (Urk. 15/1, 15/3 und 15/4). In der Folge wurde er bis zum 2. Dezember 1997 im Spital U. __ hospitalisiert (Urk. 15/4). Anschliessend hielt er sich bis zum 18. Dezember 1997 in der Klinik V. __ zur Rehabilitation, namentlich zur Wiedererlangung der Gehfähigkeit, auf (Urk. 15/2). Ab dem 26. Januar 1998 wurde ihm vom behandelnden Chirurgen, Dr. med. B. __, eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert (Urk. 15/6). Nach einem weiteren operativen Eingriff am 20. April 1998 hielt er sich vom 22. April bis 6. Mai 1998 nochmals in der Klinik V. __ auf (Urk. 15/7, 15/8 und 15/10). Anlässlich der darauffolgenden Kontrolluntersuchungen zeigte sich nur eine leichte Verbesserung der Situation (Urk. 15/11-13). Am 26. Januar 1999 wurde der Versicherte von Dr. med. C. __, Spezialarzt FMH für Chirurgie, konsiliarisch beurteilt (Urk. 15/15). Am 8. Februar 1999 fand nochmals ein operativer Eingriff statt (Urk. 15/14). Ab 1. Juni 1999 wurde dem Versicherten wieder eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 15/17), ab 1. März 2000 eine solche von 100 % (Urk. 15/19) attestiert. Am 19. Dezember 2001 fand eine operative Entfernung von Osteosynthesematerial statt, weshalb dem Versicherten vom 17. Dezember 2001 bis 20. Januar 2002 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (Urk. 15/20+21). Am 17. Juli 2003 äusserte sich Dr. B. __ abschliessend zum Verlauf und den verbleibenden Unfallfolgen (Urk. 15/22). Danach wurde am 9. November 2004 eine vertrauensärztliche Untersuchung durch Dr. med. D. __, Spezialarzt FMH orthopädische Chirurgie durchgeführt (Urk. 15/23). Gestützt darauf teilte der Unfallversicherer dem Versicherten am 20. Dezember 2004 mit, dass er keine Integritätsentschädigung erhalte, da der Integritätsschaden weniger als 5 % betrage; der Fall werde somit abgeschlossen (Urk. 15/24).

1.2. Am 5. Juni 2006 berichtete Dr. med. E. __ von einer reaktiven depressiven Entwicklung (Urk. 15/26). In der Folge ordnete der Unfallversicherer eine medizinische Abklärung an. Die Sachverständigen der Begutachtungsstelle W. __ untersuchten den Versicherten am 6. Dezember 2006 und erstatteten ihr Gutachten am 19. Januar 2007 (Urk. 15/27). Gestützt darauf verneinte der Unfallversicherer einen Kausalzusammenhang der geklagten aktuellen psychischen Probleme mit dem versicherten Unfallereignis und lehnte weitere Leistungsansprüche, namentlich die Ausrichtung einer Invalidenrente sowie einer

Integritätsentschädigung mit Verjährung vom 15. Februar 2007 ab (Urk. 15/28).

1.3.1. Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 22. März 2007 Einsprache (Urk. 15/31), welche er mit Eingabe vom 15. Juni 2007 ergänzend begründete (Urk. 15/32). Gleichzeitig liess er je einen Bericht der Medizinischen Poliklinik des Spitals X. vom 21. Mai 2007 (Urk. 15/33) sowie der Dr. med. G., FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 4. Juni 2007 (Urk. 15/34) auflegen. Am 5. Juli 2007 beantworteten die Gutachter die ihnen vom Unfallversicherer gestellten Ergänzungsfragen (Urk. 15/35). Mit Eingabe vom 17. September 2007 nahm der Versicherte dazu Stellung (Urk. 15/36). Mit Entscheid vom 10. Oktober 2007 wurde die Einsprache abgewiesen (Urk. 2).

E. 2

2.1.1. Gegen den Einspracheentscheid vom 10. Oktober 2007 führt der Versicherte mit Eingabe vom 12. November 2007 Beschwerde an das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich (Urk. 1). Da die Beschwerdeschrift nicht unterzeichnet war, wurde dem Beschwerdeführer mit Verjährung vom 16. November 2007 Frist angesetzt, um die Beschwerdeschrift eigenhändig unterzeichnet einzureichen (Urk. 6). Am 22. November 2007 wurde ein eigenhändig unterzeichnetes Exemplar der Beschwerdeschrift eingereicht (Urk. 7).

2.1.2. Mit seiner Beschwerde beantragt der Beschwerdeführer, es sei sowohl der natürliche als auch der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Unfallereignis und seinen psychischen Beschwerden sowie den neuropsychologischen Störungen zu bejahen; der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Sache sei an den Unfallversicherer zur Neubeurteilung der Versicherungsansprüche zurückzuweisen (Urk. 7 S. 18 f.).

2.2.1. Mit Beschwerdeantwort vom 12. Dezember 2007 beantragt der Unfallversicherer Abweisung der Beschwerde (Urk. 14). Mit Verjährung vom 4. Juni 2008 wurde das Doppel der Beschwerdeantwort dem Beschwerdeführer zugestellt und der Schriftenwechsel als geschlossen erklärt (Urk. 18).

2.3.1. Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1.1. Das dem vorliegenden Verfahren zugrundeliegende Unfallgeschehen hat sich am 14. November 1997 ereignet, während der angefochtene Einspracheentscheid am 10. Oktober 2007 ergangen ist. Da in diesem Zeitraum verschiedene Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) geändert wurden und am 1. Januar 2003 das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft trat, ist darauf hinzuweisen, dass nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln grundsätzlich diejenigen materiellen Bestimmungen massgebend sind, die bei Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts galten (vgl. BGE 130 V 445 ff., 130 V 329 ff., 127 V 461 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b).

1.2.1. Die auf den 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Normen des ATSG und seiner Ausführungsverordnung brachten gegenüber dem bis 31. Dezember 2002 geltenden Recht keine wesentlichen Änderungen. Die im ATSG enthaltenen Definitionen der

Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 140 Erw. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 Erw. 3b).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

2.2.4 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen,

die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

2.2.5 Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Bundesgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas (BGE 117 V 382 f. Erw. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 Erw. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2; ferner BGE 134 V 127 Erw. 10.2

f.).

2.2.6. Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Bundesgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1; ferner BGE 134 V 127 Erw. 10.2 f.).

2.3. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

E. 3

3.1. Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, dass der Unfallversicherer nur dann Leistungen zu erbringen habe, wenn zwischen dem schädigenden Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang gegeben sei. Um entscheiden zu können, ob der Einsprecher Anspruch auf Leistungen habe, müsse beurteilt werden, ob zwischen dem Ereignis vom 14. November 1997 und dem heutigen Gesundheitszustand des Versicherten ein Kausalzusammenhang bestehe (Urk. 2 S. 10). Aufgrund der aktenkundigen medizinischen Berichte sei erstellt, dass die Unterschenkelfraktur seit Dezember 2004 konsolidiert sei und keiner weiteren Behandlung mehr bedürfe. Dies werde in der Einsprache nicht bestritten. Strittig sei lediglich, ob die aktuellen psychischen Probleme des Versicherten auf das versicherte Unfallereignis zurückzuführen seien (Urk. 2 S. 13). Gemäss der Rechtsprechung werde der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und einer Arbeitsunfähigkeit beim Vorliegen eines Schädelhirntraumas ohne nachweisbares organisches Funktionsdefizit grundsätzlich anerkannt, wenn ein typisches klinisches Beschwerdebild spätestens 72 Stunden nach dem Unfallereignis vorliege. Die Sachverständigen seien zum Schluss gekommen, dass im vorliegenden Fall zwischen den geklagten psychischen Problemen und dem Verkehrsunfall kein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe. Sie hätten dafür gehalten, dass das klinische Beschwerdebild nicht mit einem verzögerten posttraumatischen psychoorganischen Prozess erklärt werden könne; dies umso mehr, als kein schweres Schädelhirntrauma im Unfallzeitpunkt dokumentiert sei und die ersten Beschwerden erst sieben Jahre nach dem Unfallereignis beklagt worden seien. Die Validität der Tests, welche eine schwere Persönlichkeitsstörung gezeigt hätten, würden sodann durch den Umstand in Frage gestellt, dass ein Kontrolltest ergeben habe, dass der Versicherte seine Gedächtnisschwäche übertrieben darstelle. Aufgrund der Aussagen des Versicherten zu Fragen nach seinem Alkoholkonsum seien die Sachverständigen zum Schluss gekommen, die geklagten Störungen der kognitiven Funktionen könnten in Zusammenhang mit einer Alkoholabhängigkeit stehen. Dementsprechend hätten sie ein

gemischtes psychiatrisches Beschwerdebild diagnostiziert, welches vermutlich auf ein Suchtgeschehen zurückzuführen werden könnte, jedoch in keinem Kausalzusammenhang mit dem versicherten Ereignis stehe. Mit der Einsprache mache der Versicherte geltend, er konsumiere keinen Alkohol und stelle deswegen den Beweiswert des gesamten Gutachtens in Frage. Dieser Argumentation könne indes nicht gefolgt werden. Die Sachverständigen seien beauftragt gewesen, sich zur Frage zu äussern, ob der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den aktuell geklagten Beschwerden und dem Unfall von 1997 gegeben sei. Diese Frage sei von ihnen verneint worden, weil der Explorand innert zwei Jahren nach dem Unfallereignis keine Symptomatik gezeigt habe, welche vom erlittenen Schädelhirntrauma hätte hervorgebracht werden können. Aufgrund von Aussagen des Versicherten hätten die Sachverständigen die Vermutung geäussert, dass die geklagten Beschwerden vermutlich auf einen Alkoholabusus zurückzuführen seien. Diesbezüglich seien keine Blut- und Urinproben untersucht worden; die von den Experten geäusserte Ansicht beruhe allein auf den Aussagen des Einsprechers. Da die Sachverständigen indes lediglich die Frage der Unfallkausalität zu beantworten hatten und die Ursachen der geklagten Beschwerden nicht abklären mussten, könne ihnen kein entsprechender Vorwurf gemacht werden; weitere Ausführungen zur Frage eines allfälligen Alkoholabusus seien somit nicht notwendig (Urk. 2 S. 13 f.). Der Versicherte bestreite sodann den von den Sachverständigen erwähnten sozialen Rückzug. Diesbezüglich sei hervorzuheben, dass der behandelnde Psychiater exakt dieselben Feststellungen mache (Urk. 2 S. 14). Da das Gutachten der Begutachtungsstelle W. ___ den rechtsprechungsgemässen Anforderungen genüge, könne auf dessen Schlussfolgerungen abgestellt werden, namentlich auf diejenige, dass die heute geklagten psychischen Beschwerden nicht auf das versicherte Ereignis zurückzuführen werden könnten, da sie erst nach mehr als zwei Jahren - im Zusammenhang mit einer nochmaligen Stellungnahme zu den mit der Einsprache geltend gemachten Einwänden spricht die Beschwerdegegnerin sogar davon, dass sich der Versicherte erstmals sieben Jahre nach dem Schadenfall über psychische Beschwerden beklagt habe (Urk. 2 S. 18) - nach dem Unfall aufgetreten seien (Urk. 2 S. 15 f.). Schliesslich hielt die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid dafür, dass zwischen den aktuellen psychischen Beschwerden und dem versicherten Ereignis auch kein adäquater Kausalzusammenhang bestehe, da die von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien nicht erfüllt seien (Urk. 2 S. 16 ff.).

3.2.2. Demgegenüber macht der Beschwerdeführer geltend, seine psychischen Beschwerden seien unmittelbar nach dem versicherten Unfallereignis aufgetreten, was aktenkundig sei. Dem Bericht der Klinik V. ___ vom 29. Januar 1998 über den Rehabilitationsaufenthalt vom 2. bis 18. Dezember 1997 könne entnommen werden, dass er durch das Unfallereignis psychisch aufgewühlt gewesen sei und deshalb psychologische Unterstützung erhalten habe. In der Folge habe er aus eigener Initiative versucht, seine berufliche Tätigkeit als X. ___ im Umfang von 50 % wieder aufzunehmen, da er mit den Krücken nur beschränkt mobil gewesen sei. Sein damaliger Arbeitgeber habe jedoch dafürgehalten, dass er aus psychischen Gründen nicht in der Lage sei, seine Aufgaben zu erfüllen, weshalb sein Anstellungsverhältnis per 31. Mai 1998 aufgelöst worden sei. Obwohl er eine erste Phase des Rekrutierungsverfahrens für einen Einsatz als Mitarbeiter der Institution Y. ___ bestanden habe, sei er in der zweiten Phase - nach dem Unfallereignis - aufgrund der psychologischen Testergebnisse zurückgewiesen worden. An den darauffolgenden Arbeitsstellen seien seine Defizite immer offensichtlicher

geworden; aus diesem Grund habe er im Jahr 2002 die Arztpraxis H. ___ aufgesucht. Die dort tätigen Ärzte hätten ein leichtes Cervicalsyndrom sowie eine auffallende Gedächtnisstörung diagnostiziert. Die vorgesehene neuropsychologische Abklärung habe indes aufgrund seines schlechten Gesundheitszustandes nicht durchgeführt werden können. Die Ärzte hätten in erster Linie sein Bein behandelt, um die Gehfähigkeit wieder zu erreichen; auch er selbst habe zunächst seine kognitiven Beschwerden zurückgestellt, und sich auf die körperliche Genesung konzentriert, was eine unabdingbare Voraussetzung für eine berufliche Wiedereingliederung gewesen sei. Am 17. Juli 2003 habe Dr. B. ___ bestätigt, dass seine Konzentrationsfähigkeit vermindert sei und am rechten Bein unfallbedingte Beeinträchtigungen in einem geschätzten Ausmass von 25 % verbleiben würden. Sodann habe er anlässlich der vertrauensärztlichen Untersuchung im November 2004 über seine psychischen Beschwerden wie seine Kopfschmerzen und Gedächtnisstörungen geklagt (Urk. 7 S. 2 f. und 9 f.). Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, dass das Gutachten der Begutachtungsstelle W. ___ nicht beweiskräftig sei, da die erhobene Anamnese nicht zutreffe. Statt auf objektiven medizinischen Fakten beruhe es auf einer negativen Einschätzung seiner Person durch die Experten. So würden die Experten darauf beharren, es sei bloss wahrscheinlich, dass er ein Schädelhirntrauma erlitten habe, obwohl aus sämtlichen Berichten, welche kurz nach dem Unfallereignis erstellt worden seien, hervorgehe, dass er ein Schädelhirntrauma mit Bewusstseinsverlust erlitten habe. Wenn die Experten zehn Jahre nach dem Unfallereignis dafür hielten, dass aus seinen Aussagen anlässlich der Untersuchung nicht hervorgehe, ob er tatsächlich einen Bewusstseinsverlust erlitten habe, sei dies vor dem Hintergrund der aktenkundigen Berichte blassgläubig. Weiter führt der Beschwerdeführer aus, die Experten hätten ein gemischtes psychiatrisches Beschwerdebild diagnostiziert und somit anerkannt, dass er an posttraumatischen und neuropsychologischen Beschwerden leide. Dies werde auch durch den Bericht des von Dr. med. G. ___, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, geleiteten Ambulatoriums Z. ___ vom 4. Juni 2007 und denjenigen der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Spitals X. ___ vom 8. November 2007 bestätigt. Die Experten würden jedoch zu Unrecht den natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis bestreiten, indem sie vorbrächten, die erwähnten Beschwerden seien möglicherweise auf einen Alkoholabusus zurückzuführen. Dabei würden die Experten behaupten, dass anamnestisch eine Alkoholabhängigkeit bestehe, dass er einmal alkoholbedingt in eine Bewusstlosigkeit gefallen sei und die Ergebnisse der neuropsychologischen Tests eine atypische Aetiologie der gezeigten Störungen nicht ausschliessen. Objektive Anhaltspunkte oder Beweise für diese Behauptungen hätten die Experten allerdings keine genannt. Er bestreite vehement, alkoholabhängig zu sein oder je wegen Alkoholkonsums bewusstlos geworden zu sein. Solches habe er anlässlich der Untersuchung auch nie gesagt. Er habe immer erklärt, er habe keine Probleme mit Alkohol, weil er nicht konsumiere. Er trinke keine alkoholischen Getränke im Ausgang und habe auch keine zu Hause. In der Folge habe er präzisiert, nur von Nikotin und allenfalls von Koffein abhängig zu sein. Mit der Einsprache habe er zahlreiche Atteste eingereicht, aus welchen ersichtlich werde, dass keine Alkoholabhängigkeit bestehe und die im Gutachten gezogenen Schlüsse unhaltbar seien. Sämtliche Ärzte, welche ihn seit dem Unfallereignis behandelten, könnten bestätigen, dass weder anamnestisch noch klinisch Anzeichen für einen chronischen Alkoholkonsum hätten gefunden werden können. Viele Personen aus seinem Bekanntenkreis, darunter ehemalige Partnerinnen,

können sodann bestätigen, dass er - ausser bei besonderen gesellschaftlichen Anlässen wie Neujahrsfeiern in vernachlässigbaren Mengen - keine alkoholischen Getränke konsumiere. Da das Gutachten somit auf unzutreffenden Annahmen beruhe, müsse ihm jeglicher Beweiswert abgesprochen werden (Urk. 7 S. 10-15). Wenn seine psychischen und neuropsychologischen Störungen indes nicht auf Alkoholkonsum zurückzuführen werden könnten, verbleibe als einzige mögliche Ursache das am 14. November 1997 erlittene Schädelhirntrauma. Dies sei sowohl die Auffassung der behandelnden Psychiaterin als auch diejenige der Personen, welche ihn an der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Spitals X. konsiliarisch untersuchten. Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen seinen psychischen Beschwerden und dem versicherten Unfallereignis sei somit gegeben (Urk. 7 S. 15-17). Schliesslich macht der Beschwerdeführer geltend, dass auch die Adäquanz des Kausalzusammenhangs gegeben sei. Auch wenn die Beschwerdegegnerin dies zu bestreiten scheine, handle sich um einen mittelschweren Unfall. Damit müssten für die Bejahung eines adäquaten Kausalzusammenhangs nicht sämtliche Kriterien erfüllt sein. Erfüllt seien die Kriterien der besonders langen Behandlungsdauer der physischen Beschwerden, da sich diese erst im Jahre 2003 stabilisiert hätten und gewisse Beschwerden bis heute andauerten. Auch seine psychischen Beschwerden und kognitiven Störungen würden andauern und sich vermutlich gar verschlimmern. Die nach dem erlittenen Schädelhirntrauma aufgetretenen Beschwerden würden seine Arbeitsfähigkeit massiv beeinträchtigen. Er leide sodann weiterhin unter starken Schmerzen und habe sich zahlreichen operativen Eingriffen unterziehen müssen. Die auf die körperlichen Beeinträchtigungen zurückgehenden Arbeitsunfähigkeitsperioden würden die Bedeutung der erlittenen Beeinträchtigungen deutlich zeigen. Unter diesen Umständen könne die Adäquanz des Kausalzusammenhangs nicht verneint werden (Urk. 7 S. 17 f.).

E. 4

4.1. Streitig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere Leistungen verneinte, da der natürliche und adäquate Kausalzusammenhang zwischen den geklagten psychischen Beschwerden und dem versicherten Ereignis nicht gegeben sei.

E. 4.2

4.2.1. Dem Bericht des erstbehandelnden Arztes, Dr. med. B., Leitender Arzt an der Chirurgischen Poliklinik des Spitals U., vom 2. Februar 1998 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer am 14. November 1997 eine offene Fraktur am rechten Bein sowie ein Schädelhirntrauma mit Bewusstseinsverlust erlitten hat und vom 14. November bis 2. Dezember 1997 hospitalisiert gewesen ist (Urk. 15/4).

4.2.2. Im Bericht der Klinik V. vom 29. Januar 1998 über den (ersten) Rehabilitationsaufenthalt vom 2. bis 18. Dezember 1997 wurden folgende Diagnosen aufgeführt: Status nach Osteosynthese einer offenen Fraktur Stadium II des rechten Schienbeins, Status nach Schliessung der Wunde am rechten Schienbein mittels Hauttransplantation am 14. November 1997, Status nach Hauttransplantation geringen Umfangs am rechten Schienbein vorne am 24. November 1997, chronischer Tabakkonsum. Weiter wurde ausgeführt, dass der Patient von einer intensiven Physiotherapie zur Wiedererlangung seiner Gehfähigkeit profitiert habe und nun mit einer aktuellen Belastbarkeit von ungefähr 5 Kilogramm mobil sei, so dass er ohne Probleme nach Hause

zurückkehren könne. Was die Komplikationen im Zusammenhang mit der Hautverpflanzung bei der offenen Fraktur betreffe, sei die Gefäßbildung beim transplantierten Hautstück ohne Zeichen einer Entzündung erfolgt. Die Fäden seien am vorgesehenen Datum entfernt worden. Der Patient sei durch den Unfall psychisch aufgewühlt gewesen und habe aus diesem Grund Unterstützung durch eine Fachperson erhalten. Zur Linderung der Schmerzen im rechten Bein erhalte der Patient noch Brufen und Tramal. Auch die Physiotherapie müsse zu Hause weitergeführt werden (Urk. 15/2).

4.2.3.4.1 Am 23. März 1998 berichtete Dr. B.____, dass die Konsolidation des Schienbeins noch nicht erreicht sei. Eine operative Entfernung von Osteosynthesematerial sei am 20. April 1998 vorgesehen. Am 26. Januar 1998 sei die Arbeit im Umfang von 50 % wiederaufgenommen worden (Urk. 15/6).

4.2.4.4.1 Im Bericht der Klinik V.____ vom 14. Mai 1998 über den Rehabilitationsaufenthalt nach dem operativen Eingriff vom 20. April 1998 vom 22. April bis 6. Mai 1998 wurden folgende Diagnosen erwähnt: Status nach Entfernung dreier Osteosynthese-Schrauben aus dem rechten Schienbein, Status nach offener Fraktur Stadium II des rechten Beines, chronischer Tabakkonsum. Zum Verlauf des Aufenthalts wurde ausgeführt, dass die Entfernung der Fäden am 1. Mai 1998 problemlos gewesen sei. Der Patient habe von einer Physiotherapie zur Wiedererlangung der Gehfähigkeit profitiert; ab dem 27. April 1998 habe er sein Bein wieder voll belasten können. Dies habe eine gute Verbesserung der Muskelkraft zur Folge gehabt. Trotz voller Belastbarkeit benötige der Patient wegen der eingeschränkten Beweglichkeit des rechten Knöchels noch immer zwei Stütze. Eine Routinekontrolle der Blutwerte habe keine Anomalie gezeigt (Urk. 15/8).

4.2.5.4.1 Am 28. Oktober 1998 berichtete Dr. B.____ von einer langsamen Verbesserung; eine Konsolidation der Fraktur sei indes noch nicht erreicht (Urk. 15/11). Auch im Bericht vom 2. Dezember 1998 sprach Dr. B.____ lediglich von einer langsamen Verbesserung (Urk. 15/13).

4.2.6.4.1 In seinem Bericht vom 15. Februar 1999 über die vertrauensärztliche Untersuchung vom 26. Januar 1999 führte Dr. C.____ aus, dass sich der Versicherte über einen permanenten Schmerz auf der Höhe des Bruches am rechten Bein beklage. Diese Schmerzen würden gut auf Analgetika ansprechen; wenn der Versicherte mehr als eine Stunde pro Tag gehe, exazerbieren die Schmerzen jedoch und lästen ein Hinken sowie auch Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule aus. Der Vertrauensarzt hielt nach seiner Untersuchung fest, dass der Allgemeinzustand des 32-jährigen Patienten hervorragend sei. Im November 1997 sei er Opfer einer offenen Fraktur des Schienbeins geworden. Während die Hauttransplantation ein ansprechendes Resultat ergeben habe, habe sich im Bereich der Schienbeinknochen eine Pseudarthrose entwickelt, welche nun einen weiteren operativen Eingriff erfordere. Was die Arbeitsfähigkeit des Versicherten betreffe, habe dieser seine Arbeit am 26. Januar 1998 im Umfang von 50 % wiederaufgenommen. Dabei habe er nur die mit seiner Funktion als Z.____ verbundenen Arbeiten ausführen und auf diejenigen in der Funktion eines Immobilienverwalters verzichten wollen. Da sein Arbeitgeber damit nicht einverstanden gewesen sei, habe der Versicherte die Arbeitsstelle per 31. Mai 1998 verloren. Aufgrund des aktuellen Zustandes sei indes davon auszugehen, dass der Versicherte als X.____ zu 100 % arbeitsfähig sei. Dies bedeute, dass er in der Lage sei, eine Tätigkeit auszuüben. Andererseits sei eine Tätigkeit, welche mit Ortswechseln verbunden sei, wie dies beispielsweise bei

Wohnungsbesichtigungen der Fall sei, während der vergangenen Monate nicht realisierbar gewesen. Nach dem für den 8. Februar 1999 geplanten operativen Eingriff werde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für drei bis vier Monate bestehen (Urk. 15/15).

4.2.7. Am 7. Juni 1999 berichtete Dr. B.____, dass er den Versicherten am 8. Februar 1999 wegen einer Pseudarthrose des Schienbeins erneut operiert habe. Die Folgen dieser Intervention seien gering gewesen und es sei eine rasche Besserung erfolgt. Anlässlich der letzten Konsultation vom 6. Mai 1999 habe er eine gute lokale Vernarbung sowie eine fortschreitende Konsolidierung des Knochens feststellen können. Der Patient beklage sich noch über Schmerzen am Fuss. Ab 1. Juni 1999 bestehe wieder eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 15/17).

Am 29. Oktober 1999 führte Dr. B.____ aus, dass sich der Zustand seines Patienten und die Funktionsfähigkeit des rechten Beines langsam verbessere. Der Versicherte beklage sich noch über belastungsabhängige Schmerzen sowie über nächtliche Schmerzen, welche ihn oft aufwachen liessen. Im übrigen zeige sich eine Steifigkeit des rechten Vorfusses als Folge der Fraktur. Falls sich die Situation im selben Rhythmus wie bis anhin verbessere, werde eine Wiederaufnahme der Berufstätigkeit zu 100 % im nächsten Januar angestrebt (Urk. 15/18).

Am 11. Februar 2000 berichtete Dr. B.____, dass die Symptome am rechten Bein langsam besserten. Der Patient beklage sich noch über diffuse Schmerzen auf der Höhe der Fraktur und in den sich dort befindenden Muskelsträngen. Er erwähne sodann eine Versteifung des Fusses, entsprechend einem "short foot syndrome". Deswegen habe er eine physiotherapeutische Behandlung verschrieben. Der Gesundheitszustand sei noch nicht stabilisiert. Der bleibende Schaden könne erst im nächsten Jahr, nach der Entfernung des Osteosynthesematerials bestimmt werden. Der Versicherte werde seine Arbeit am 1. März 2000 wiederaufnehmen (Urk. 15/19).

Am 10. Dezember 2001 sprach Dr. B.____ von einem günstigen Verlauf. Er führte sodann aus, dass die Entfernung des Osteosynthesematerials bevorstehe; die Dauer der Behandlung betrage voraussichtlich zwei bis drei Monate (Urk. 15/20). In der Folge attestierte Dr. B.____ eine vom 17. Dezember 2001 bis 20. Januar 2002 dauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 15/21).

4.2.8. Im Bericht vom 17. Juli 2003 führte Dr. B.____ aus, dass die offene Fraktur am rechten Bein nun konsolidiert sei, obwohl noch Folgen beständen, namentlich eine Muskelhernie sowie Schmerzen. Festzustellen seien sodann ein Hinken und eingeschränkte Funktionen des Knies und des Knöchels. Die natürliche Kausalität zwischen diesen Beeinträchtigungen und dem versicherten Unfallereignis sei zu bejahen. Eine Verbesserung des Zustandes könne nicht mehr erreicht werden. Da es sich um eine teilweise Funktionsunfähigkeit einer unteren Extremität handle, schätze er den Integritätsschaden auf 25 %. Zur Frage nach der Arbeitsfähigkeit führte Dr. B.____ schliesslich aus, dass Ortswechsel für den Patienten schwieriger seien und dass seine Konzentrationsfähigkeit vermindert zu sein scheine (Urk. 15/22).

4.2.9. Am 9. November 2004 wurde der Versicherte zum Zwecke der Erstellung eines Kurzgutachtens von Dr. D.____ vertrauensärztlich untersucht. Ihm gegenüber schilderte der Beschwerdeführer, er sei sehr froh, dass sein Bein nicht amputiert, sondern wiederhergestellt worden sei. Andererseits hätten die körperlichen Schäden zu

psychischen Schwierigkeiten gefÃ¼hrt, welche ihn in seiner ErwerbsfÃ¼higkeit stark behindern wÃ¼rden. Auf der somatischen Ebene seien starke Cervicalgien aufgetreten, die eine unverzÃ¼gliche Behandlung mit Infiltrationen erfordert hÃ¤tten. Dr. D.____ fÃ¼hrte in seinem Bericht vom 19. November 2004 weiter aus, der Explorand beklage, nicht rennen zu kÃ¶nnen und manchmal wegen der Schmerzen aufzuwachen. Er beklage intermittierende Schmerzen im Bein, welche zwar ertrÃ¤glich, auf die Dauer gleichwohl mÃ¼hsam seien. Sodann klage er Ã¼ber cervicale Schmerzen und GedÃ¤chtnisstÃ¶rungen (Urk. 15/23 S. 2 f.). Aufgrund der von ihm erhobenen Befunde (vgl. Urk. 15/23 S. 5 f.) kam er zum Schluss, dass die Fraktur konsolidiert sei, die Hauttransplantationen erfolgreich gewesen seien und ausser Schmerzen keine schwere FunktionseinschrÃ¤nkung vorliege; entsprechend liege der IntegritÃ¤tsschaden unter der EntschÃ¤digungsgrenze von 5 %. Weiter hielt Dr. D.____ dafÃ¼r, es sei nicht wahrscheinlich, dass die ebenfalls feststellbare Skoliose der WirbelsÃ¤ule auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren sei, da die WirbelsÃ¤ule betreffende Klagen zwischen 1997 und 2004 weder der Anamnese noch dem Dossier hÃ¤tten entnommen werden kÃ¶nnen. Das beschwerdefreie Intervall sei somit zu lange (Urk. 15/23 S. 7).

E. 4.2.10

Dr. med. I.____, Facharzt fÃ¼r OrthopÃ¤dische Chirurgie FMH, diagnostizierte am 28. Februar 2005 einen Status nach mehrfach operierter Unterschenkelfraktur, einen Status nach Commotio cerebri sowie eine KoordinationsstÃ¶rung respektive eine sensomotorische StÃ¶rung. Er fÃ¼hrte weiter aus, dass eine BeinlÃ¤ngendifferenz mit konsekutivem Beckenschiefstand und eine Skoliosierung der WirbelsÃ¤ule als Restfolgen bestehen wÃ¼rden. Er empfehle das Tragen einer Talonette von 7-8 mm links sowie Physiotherapie. Eine ArbeitsunfÃ¼higkeit bestehe nicht (Urk. 15/25).

E. 4.2.11

Dr. E.____ berichtete am 5. Juni 2006 von einer reaktiven depressiven Entwicklung nach dem Unfallereignis. Er fÃ¼hrte aus, dass sich der Patient seit dem Unfallereignis in seiner psychischen Verfassung sehr schlecht fÃ¼hle. Die Prognose sei ungÃ¼nstig, da sich der Patient auf die Folgebeschwerden fixiert habe (Urk. 15/26).

E. 4.2.12

Die begutachtenden Ãrzte der Begutachtungsstelle W.____ hielten in ihrer Beurteilung fest, die somatische Untersuchung habe eine gute Beweglichkeit des Nackens ohne Schmerzprovokation und ohne ParÃ¤sthesien ergeben. Die Untersuchung der WirbelsÃ¤ule habe keine AuffÃ¤lligkeiten gezeigt, Anhaltspunkte fÃ¼r ein Lumbovertebralsyndrom oder radikulÃ¤re Irritationen hÃ¤tten nicht gefunden werden kÃ¶nnen. Die verschiedenen Gangarten seien korrekt ausgefÃ¼hrt worden, Zehen- und Fersengang seien sogar mÃ¶glich. Spontanes Gehen scheine keine Schmerzen auszulÃ¶sen. Die Untersuchung des SchÃ¤dels, der oberen ExtremitÃ¤ten und des Rumpfs habe keine Anomalien gezeigt. An den unteren ExtremitÃ¤ten hÃ¤tten eine Muskelhernie und eine vernarbte Stelle am Knie und Schienbein rechts gefunden werden kÃ¶nnen. Die Muskelkraft sei erhalten geblieben. Ausser einer kleinen schmerzhaften Zone im Bereich der vernarbten Stelle bestÃ¼nden keine SensibilitÃ¤tsstÃ¶rungen. Aus neurologischer Sicht (ohne BerÃ¼cksichtigung der Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchungen) bestehe keine wesentliche EinschrÃ¤nkung fÃ¼r die berufliche TÃ¤tigkeit eines X.____ wie auch fÃ¼r sÃ¤mtliche vergleichbaren TÃ¤tigkeiten, bei denen keine wesentlichen

Strecken zu Fuss zurÃ¼ckgelegt werden mÃ¼ssten. Eine weitere Behandlung sei aus somatischer Sicht nicht mehr nÃ¶tig. Aufgrund des aktuellen Zustands sei nicht ersichtlich, inwiefern ein IntegritÃ¤tsschaden aus neurologischer Sicht ausgewiesen sein sollte (Urk. 15/27 S. 20 f.).

Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Zu den geklagten psychischen Beschwerden fÃ¼hrten die Gutachter aus, dass der Versicherte aufgrund der Anamnese ein AlkoholabhÃ¤ngigkeitssyndrom zeige, welches er beschÃ¶nige. Das gezeigte klinische Beschwerdebild kÃ¶nne nicht mit einem spÃ¤ten posttraumatischen psychoorganischen Prozess in Verbindung gebracht werden; dies umso mehr, als kein schweres SchÃ¤delhirntrauma im Unfallzeitpunkt beschrieben worden sei. Auf der andern Seite bestehe sicher eine PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung des Borderline Typs mit zwanghaften ZÃ¼gen, was mit der psychotropen Wirkung von Alkohol kompensiert werden kÃ¶nne; dies kÃ¶nne jedoch das Abgleiten in eine Randgruppe nicht verhindern, was eines der ersten Anzeichen fÃ¼r diesen PersÃ¶nlichkeitstypus sei. Das Beschwerdebild stehe in Zusammenhang mit unfallfremden Faktoren. Auf der neuropsychologischen Ebene zeige der Versicherte Verhaltensweisen, welche Zweifel an der ValiditÃ¤t der Testergebnisse erweckten und eine schwere PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung anzeigen wÃ¼rden. Auch wenn angenommen wÃ¼rde, dass kognitive StÃ¶rungen auf Gehirnverletzungen zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden kÃ¶nnten, kÃ¶nne deren Ausmass aufgrund der gezeigten Verhaltensweisen nicht sicher bestimmt werden. Zudem deute das Profil der gezeigten mÃ¶glichen Beschwerden eher auf eine generelle BeschÃ¤digung der kognitiven Funktionen hin als auf spezifische BeeintrÃ¤chtigungen, wie man sie nach einem leichten SchÃ¤delhirntrauma normalerweise finde. In diesem Zusammenhang mÃ¼sse darauf hingewiesen werden, dass in den ersten zwei Jahren nach dem Unfallereignis in den ihnen zur VerfÃ¼gung gestellten Akten kein Hinweis auf kognitive Beschwerden zu finden sei. Die generelle BeeintrÃ¤chtigung der kognitiven Funktionen mÃ¼sse deshalb in Verbindung mit der AlkoholabhÃ¤ngigkeit des Exploranden gebracht werden und stehe in keinem Zusammenhang mit dem anÃ¤sslich des Unfallereignisses von 1997 erlittenen SchÃ¤delhirntrauma (Urk. 15/27 S. 21 f.).

E. 4.2.13

Die an der Medizinischen Poliklinik des Spitals X. tÃ¤tigen Ãrzte fÃ¼hrten in ihrem Bericht vom 21. Mai 2007 aus, dass der BeschwerdefÃ¼hrer bei ihnen vorstellig geworden sei, weil in einem Versicherungsgutachten die nachgewiesenen kognitiven Defizite als am ehesten aethylicher Genese angesehen worden seien. In der klinischen Untersuchung hÃ¤tten sich keine fÃ¼r einen chronischen Alkoholabusus typischen Stigmata finden lassen. Die laborchemischen Untersuchungen seien ebenfalls unauffÃ¤llig gewesen. ErwÃ¤hnenswert sei, dass nebst einem negativen Alkoholspiegel auch das CDT negativ ausgefallen sei. In der Sonographie des Abdomens hÃ¤tten sich ebenfalls keine Hinweise fÃ¼r eine chronische Pankreatitis respektive fÃ¼r eine aethyliche LeberschÃ¤digung finden lassen. WÃ¤hrend der aktuellen Untersuchungsperiode hÃ¤tten sowohl klinisch, laborchemisch wie auch sonographisch keine Hinweise auf SpÃ¤tfolgen eines chronischen Alkoholkonsums bestanden. Ãber einen potentiellen frÃ¼heren Alkoholabusus kÃ¶nnten keine Angaben gemacht werden (Urk. 15/33).

E. 4.2.14

Im Bericht vom 4. Juni 2007 fÃ¼hrte Dr. G. aus, dass der BeschwerdefÃ¼hrer ab Mai 2000 beruflich in ZÃ¼rich tÃ¤tig gewesen sei. Von Mai bis August 2000 sei er als

Marketing Manager bei der Firma J.____, vom 1. November 2000 bis zum 31. Dezember 2001 als Immobilienberater bei der Firma K.____ und vom 1. Dezember 2002 bis zum 28. Februar 2005 als Portfoliomanager bei der Firma L.____ tätig gewesen. An sämtlichen drei Arbeitsstellen sei ihm die Kündigung nahegelegt worden, da sich jeweils gezeigt habe, dass er den Anforderungen nicht gewachsen gewesen sei. Er habe sich nicht in das jeweilige Team integrieren können und sei im Umgang mit Kollegen massiv überfordert gewesen. Die ausgeprägte Vergesslichkeit habe er mit zeitlichem Einsatz zu kompensieren versucht, was jedoch nur während einer gewissen Zeit gelungen sei. Die Leistungsdefizite seien ihm auch im Privatleben zunehmend bewusst geworden. So habe er häufig wichtige Unterlagen verlegt, habe Termine nicht einhalten können, was sich auch negativ auf sein soziales Umfeld ausgewirkt habe. Der Patient berichte, unter seiner Vergesslichkeit sehr zu leiden. Er könne einem Gesprächsverlauf nur mit Mühe folgen, habe am Folgetag das Gespräch dann vollständig vergessen. Im Gespräch verliere er den roten Faden, werde dann ausschweifend, wisse in der Folge nicht mehr, worum es inhaltlich gegangen sei. Bewerbungsgespräche seien sehr frustrierend verlaufen, er habe Unterlagen vergessen und finde selbst wichtigste Dokumente nicht mehr. In der letzten Zeit habe er auch zunehmend Probleme mit Rechtschreibung und Grammatik bemerkt. Seine sozialen Kontakte an seinem Wohnort habe er verloren, er leide sehr unter Existenzängsten. Zum psychopathologischen Befund wird im Bericht ausgeführt, dass es sich um einen wachen, gepflegten Patienten handle, welcher sich zu allen Qualitäten ausreichend orientiert zeige. Die Auffassung sei nicht eingeschränkt, Konzentration und Merkfähigkeit dagegen deutlich eingeschränkt. Keine Hinweise auf formale oder inhaltliche Denkstörungen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Affektiv erscheine der Versicherte bedrückt, im Gespräch jedoch schwingungsfähig. Der Patient gebe Existenzängste an, ausserdem deutliche Ein- und Durchschlafstörungen. Kein Hinweis auf eine Zwangsstörung. Von Suizidalität könne er sich glaubhaft distanzieren. Es lägen weder Suchterkrankungen noch Substanzmissbrauch vor. Bei den festgestellten Störungen handle es sich um eine organische Persönlichkeitsstörung nach Schädelhirntrauma (ICD-10: F07.0); das Unfallereignis vom 14. November 1997 sei mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit die Ursache für die gesundheitliche Beeinträchtigung. Die Arbeitsunfähigkeit als X.____ betrage sicher über 75 % (Urk. 15/34).

E. 4.2.15

Im Bericht der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Spitals X.____ vom 8. November 2007 über die Neuropsychologische Untersuchung vom 5. November 2007 wurde ausgeführt, dass die Untersuchung ein Verhaltenssyndrom mit Misstrauen, Verunsicherung, Schwierigkeiten im Planen mit leicht zwanghaften Zügen ergeben habe. Kognitiv bestehe eine Konzentrationsschwäche, eine leichtgradige Gedächtnisminderung und im Vordergrund eine Störung der kognitiven Flexibilität. Dieser Befund sei ätiologisch und lokalisatorisch unspezifisch, könne jedoch mit Spätfolgen des erlittenen Traumas mit Comotio cerebri vereinbart werden, sei aber zusätzlich funktionell überlagert im Sinne einer posttraumatischen psychischen Fehlentwicklung (Urk. 3/28).

E. 4.3

4.3.1.1 Wie der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde zu Recht geltend macht, lässt sich nicht erstellen, dass er jemals unter einer Alkoholabhängigkeit gelitten hat. In den umfangreichen, bis ins Jahr 1997 zurückreichenden medizinischen Akten, darunter

Berichte von längerdauernden Hospitalisationen, finden sich keine Anhaltspunkte für einen Alkoholabusus. Auch die Ärzte der Medizinischen Poliklinik des Spitals X.____ konnten keine Hinweise auf Spätfolgen eines chronischen Alkoholkonsums finden. Vor diesem Hintergrund erscheinen auch die vom Beschwerdeführer eingereichten Schreiben von früheren Partnerinnen und Bekannten, wonach er nur zu besonderen Anlässen alkoholische Getränke in geringen Mengen konsumiere (Urk. 3/15, 3/17, 3/19-22, 3/24+25), glaubhaft. Entsprechend ist seine Kritik am Gutachten der Begutachtungsstelle W.____ vom 19. Januar 2007 insoweit berechtigt. Es kann daher festgehalten werden, dass die festgestellten kognitiven Beeinträchtigungen nicht auf einen Alkoholmissbrauch zurückgeführt werden können.

Der Beschwerdeführer geht allerdings fehl, wenn er annimmt, dass mit dem Ausschluss einer aethylichen Genese seine kognitiven Beschwerden ohne weiteres auf das am 14. November 1997 erlittene Schädelhirntrauma zurückgeführt werden könnten. Zwar trifft zu, dass im Bericht der Klinik V.____ über den Rehabilitationsaufenthalt vom 2. bis 18. Dezember 1997 erwähnt worden war, dass der Beschwerdeführer durch den Unfall psychisch aufgewühlt gewesen sei und aus diesem Grund Unterstützung durch eine Fachperson erhalten habe (Urk. 15/2). Eine krankheitswertige psychische Störung wurde allerdings nicht diagnostiziert. Auch dem Bericht über den zweiten Rehabilitationsaufenthalt in der selben Klinik können keine Anhaltspunkte für Beschwerden entnommen werden, welche auf das erlittene Schädelhirntrauma zurückgeführt werden könnten. Dasselbe gilt für die Berichte des behandelnden Chirurgen: Dieser erwähnt erstmals im Jahr 2003, dass die Konzentrationsfähigkeit des Versicherten vermindert zu sein scheine (Urk. 15/22). Wie die Experten zu Recht festhalten, kann nach einer derart langen Latenzzeit zwischen dem Unfallereignis und dem Auftreten von typischen Beschwerden nicht mehr mit hinreichender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Der Einwand des Beschwerdeführers, sein damaliger Arbeitgeber habe ihn im Jahr 1998 entlassen, weil er dafür gehalten habe, er sei aus psychischen Gründen nicht mehr in der Lage, seine Aufgaben zu erfüllen, ist nicht belegt und medizinisch nicht ausgewiesen; aus dem vom Beschwerdeführer zum Beweis angerufenen Bericht von Dr. med. M.____, Facharzt FMH Allgemeine Medizin, vom 16. Dezember 1998 ergibt sich jedenfalls nichts dergleichen (vgl. Urk. 3/2). Auch aus der erfolglosen Bewerbung bei der Institution Y.____ kann nicht der Schluss gezogen werden, dass der Beschwerdeführer bereits im Jahr 1998 an einer krankheitswertigen unfallbedingten psychischen Störung gelitten hätte. Aus der Bestätigung dieser Institution (Urk. 3/12) geht nur hervor, dass der Beschwerdeführer nach Absolvierung der zweiten Bewerbungsphase mit einem Sprachtest, einem längeren Bewerbungsgespräch sowie zwei Rollenspielen abgelehnt worden sei; dass der Beschwerdeführer aufgrund einer festgestellten psychischen Störung keine Anstellung erhalten hätte, wurde nicht erwähnt. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer im Juli 2002 notfallmässig die Arztpraxis H.____ zur Behandlung einer Rissquetschwunde am Kopf aufgesucht und sich über Kopfschmerzen beklagt hatte; der behandelnde Notfallarzt versorgte diese mit Steristrip und diagnostizierte eine leichte Commotio cerebri sowie einen muskulären Hartspann (Urk. 3/11). Entsprechend ist nicht ersichtlich, inwiefern zwischen den im Jahr 2002 geklagten Beschwerden und dem versicherten Unfallereignis vom 14. November 1997 ein Kausalzusammenhang bestehen sollte.

3. Es wird keine Prozessentschädigung zugesprochen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- F. _____

- GENERALI Allgemeine Versicherungen

- 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.