

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00062 vom 18. Juni 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-06-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00062

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00062 du 18 juin 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00062 del 18 giugno 2010

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin ging davon aus, gemäss gutachterlicher Feststellung leide der Beschwerdeführer an einer posttraumatischen Belastungsstörung. Ob diese in adäquatem Kausalzusammenhang mit den erlittenen Unfällen stehe, sei entsprechend der Praxis betreffend psychische Unfallfolgen (BGE 115 V 133) zu prüfen. Diese Prüfung führe, wie bereits im Rückweisungsurteil des hiesigen Gerichts dargelegt, zur Verneinung der Adäquanz (Urk. 2 S. 8 Ziff. 3b).

2.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, es lägen organische Unfallfolgen vor (Urk. 1 S. 10 ff. Ziff. 9), ein medizinischer Endzustand sei noch nicht erreicht (Urk. 1 S. 12 Ziff. 10) und die Adäquanz wäre gemäss BGE 117 V 359 (heute: 134 V 109) zu prüfen (Urk. 1. S. 13 ff. Ziff. 11).

E. 3

3.1 Am 23. Juli 1993 stiess eine fehlrangierte Lokomotive gegen einen Postwagen, auf dem sich der Beschwerdeführer befand. Dieser stürzte zu Boden, auf den Kopf und die linke Körperhälfte (Urk. 12/3 Ziff. 2) und zog sich eine offene zertrümmerte Orbitadachfraktur rechts, eine Rissquetschwunde frontal rechts, eine Fraktur der 5. Rippe medioclavicular rechts und eine Kontusion des rechten Knies zu (Urk. 12/3 Ziff. 5). Bei der Orbita handelt es sich um die Augenhöhle (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, S. 1215).

Der Unfall wurde im Rückweisungsurteil vom 11. Februar 2005 als Ereignis mittlerer Schwere eingestuft (Urk. 13/101 S. 18 f. Erw. 4.8).

3.2 Am 12. August 1996 befand sich der Beschwerdeführer im Innern eines Packwagens und schlug sich den Kopf an, als der Wagen einen Stoss erhielt. Dabei zog er sich eine Rissquetschwunde an der Stelle zu, an der er sich schon 1993 verletzt hatte. In der Folge beklagte der Beschwerdeführer nebst Kopfschmerzen einen persistierenden Drehschwindel. Wegen der mit dem Schwindel verbundenen Gefahren wurde er für die Tätigkeit im Z...dienst als arbeitsunfähig erachtet. Im Rahmen einer spezialärztlichen Abklärung im April 1997 beklagte der Beschwerdeführer intensivste und ununterbrochen anhaltende Kopfschmerzen und HWS-Beschwerden und führte unter anderem aus, er könne wegen der Schwindelanfälle nicht mehr Autofahren (Urk. 13/101 S. 15 Erw. 4.3).

Das Unfallereignis wurde im Rückweisungsurteil vom 11. Februar 2005 der mittleren Kategorie an der Grenze zu den leichten zugeordnet (Urk. 13/101 S. 18 f. Erw. 4.8).

3.3. Im Rückweisungsurteil vom 11. Februar 2005 wurde festgehalten, dass Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) nur vorübergehend aufgetreten waren; ferner wurden Rückenbeschwerden und eine Sinusitis als nicht unfallkausal beurteilt (Urk. 13/101 S. 17 f. Erw. 4.6).

3.4. Näher geprüft wurde im Rückweisungsurteil vom 11. Februar 2005 sodann, ob Kopfschmerzen, Schwindelbeschwerden, erstmals im Juli 1997 angegebene Durchschlafstörungen sowie eine beim Behandlungsabschluss im Dezember 1994 festgehaltene Lichtempfindlichkeit des rechten Auges, eine im Februar 1999 festgehaltene Foto- und Phonosensibilität und gestörtes Bewegungssehen in kausalem Zusammenhang mit den erlittenen Unfällen ständen. Dabei wurde festgehalten, dass diese gemäss übereinstimmenden ärztlichen Beurteilungen nicht organisch erklärbar seien, und sie wurden als psychische Unfallfolgen eingestuft (Urk. 13/101 S. 18 Erw. 4.7), deren Adäquanzprüfung zur Verneinung einer Unfallkausalität führte (Urk. 13/101 S. 18 ff. Erw. 4.8).

3.5. Angesprochen wurde schliesslich im Rückweisungsurteil vom 11. Februar 2005 eine mögliche alternative Erklärung für die erhobenen Befunde und den stattgefundenen Verlauf, nämlich diejenige eines zweifachen Schädel-Hirn-Traumas, da, wenn und soweit sich die Folgen eines Schädel-Hirntraumas mit jenen eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule vergleichen lassen, die zum Schleudertrauma der Halswirbelsäule entwickelte Rechtsprechung betreffend Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs sinngemäss anzuwenden sei. Von einem einschlägigen Beschwerdebild sei auszugehen, wenn folgende Beschwerden ausgewiesen seien (BGE 117 V 382 f. Erw. 4b): Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Konzentrationsstörungen mit Verlangsamung und Fehlerhaftigkeit sowie erheblichen Lern- und Gedächtnisstörungen, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen beziehungsweise Lichtempfindlichkeit, Lärmempfindlichkeit, Reizbarkeit und Nervosität, Schlafstörungen, Angstzustände und Depression sowie Wesensveränderung (Urk. 13/101 S. 20 f. Erw. 5.2).

In BGE 117 V 369 (S. 378 Erw. 3d) wurde entscheidendes Gewicht auf den Umstand gelegt, dass das bei der versicherten Person festgestellte Ausfallmuster neuropsychologisch und neurologisch als typische Folge nach Schädel-Hirn-Trauma beurteilt worden sei (BGE 117 V 378 Erw. 3c; vgl. auch Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen R. vom 3. Dezember 2004, U 137/03), weshalb die Frage des Vorliegens und Dauer einer Bewusstlosigkeit keine bedeutende Rolle spielte (Urk. 13/101 S. 21 Erw. 5.3).

Dazu wurde im Rückweisungsurteil festgehalten, dass in den medizinischen Beurteilungen nirgends auf allfällige Konzentrationsstörungen oder andere neuropsychologischen Defizite hingewiesen worden war. Angesichts des möglicherweise entscheidenden Stellenwerts dieses Aspekts wurden weitere Abklärungen als angezeigt erachtet (Urk. 13/101 S. 21 f. Erw. 5.4).

3.6. Ob die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen den bestehenden Beschwerden und den Unfällen von 1993 und 1996 gemäss der Praxis zu den Folgen nach Schädel-Hirn-Trauma zu beurteilen sei, lasse sich aufgrund der Akten nicht zuverlässig beurteilen, weil nicht geklärt sei, ob das dafür ausschlaggebende Beschwerdebild gegeben sei. Beantworten lasse sich diese Frage erst, wenn neurologisch

und neuropsychologisch abgeklärt sei, ob beim Beschwerdeführer auch diejenigen Leistungsdefizite bestehen, die typischerweise - ohne dass sich eine strukturelle Läsion nachweisen liesse - nach Schädel-Hirn-Trauma auftreten (Urk. 13/101 S. 22 Erw. 5.5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Ä Am 29. Juni 2007 erstattete Dr. med. A.____, FMH Neurologie, Gutachtensstelle E. (E.____), ein Gutachten (Urk. 13/139/1-28), das unter Beizug von PD Dr. med. B.____ (Rheumatologie; Urk. 13/139/29-35), Dr. med. C.____ (Psychiatrie; Urk. 13/139/36-46) und Dr. phil. D.____ (Neuropsychologie, Urk. 13/139/47-52) erstellt wurde.

4.2 Ä Ä Ä Ä Im E.____-Gutachten wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 8 Ziff. 1.1):

- Unfall vom 23. Juli 1993: Sturz, Kopfkontusion rechts
 - Orbitadachfraktur rechts
 - Fraktur Os frontale rechts mit Eröffnung des Sinus frontalis
 - Commotio cerebri wahrscheinlich
 - Osteosynthese der Frakturen am 24. Juli 1993 mit belassenem Osteosynthesematerial
 - Läsion des Ramus lateralis des N. supraorbitalis rechts mit sensorischem Ausfall und neuropathischen Schmerzen
 - gemischte Kopfschmerzen, teils Verspannung, teils migräniform, teils neuropathisch, mit Lichtempfindlichkeit Auge rechts
 - Schwindel, vagovasale Synkopen (heute nicht mehr vorhanden)
 - Pansinusitis mit behinderter Nasenatmung (zeitlicher Zusammenhang)
 - Unfall vom 29. August 1996: Sturz, Kopfkontusion frontal rechts, Rückenkontusion
 - leichte Commotio cerebri
 - erhebliche Verstärkung der Kopfschmerzen
 - Lumbovertebralsyndrom, Cervical- und Cervicocephalsyndrom (Diskushernien L4/5 und C5/6 aus heutiger Sicht nicht überwiegend wahrscheinlich posttraumatisch)
 - posttraumatische Belastungsstörung (spätere Diagnose, aber auf 1993 zurückgeföhrt)
 - mittelgradige depressive Episode
 - eventuell durch beide Unfälle:
 - mittelschwere Störung der kognitiven Leistungsfähigkeit multikausaler Genese
 - motorische Hemiparese links beinbetont unklarer Genese, diskreter neurologischer Befund
- Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich wurden radiologische Diagnosen aufgelistet (S. 8 unten).

4.3 Ä Ä Ä Ä Eine klassische Situation einer HWS-Distorsion (craniocervicale Beschleunigung) habe bei beiden Unfällen nicht stattgefunden, jedoch seien die Beschwerden zum Teil ähnlich wie bei HWS-Distorsion. Es könne heute die Genese der anlässlich der Begutachtung erstmals festgestellten cervicalen Diskushernie C5/6 nicht

mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal bestimmt werden. Die neuropathischen Schmerzen des rechten N. supraorbitalis gehörten nicht zum atypischen Bild und seien eine direkte Verletzungsfolge (S. 9 Ziff. 2.1).

4.4 Es liege - aufgrund der Commotio cerebri - eine milde traumatische Hirnverletzung vor (S. 9 Ziff. 2.2).

Es seien im Rahmen der Begutachtung neue, bisher nicht beschriebene Befunde erhoben worden (Diskushernie C5/6 links und leichtes motorisches Hemisyndrom links); angesichts des langen Zeitabstands zu den Unfällen könne keine Stellungnahme zur Kausalität gemacht werden. Die Diskushernie L4/5 sei degenerativ bedingt, die Panmucopolyposis der Nasennebenhöhlen (NNH) sei seit dem ersten Unfall bekannt, gemäss früherer gutachterlicher Beurteilung aber nicht unfallkausal (S. 9 Ziff. 3.1).

Die psychiatrischen Diagnosen seien selbstredend nicht organischer Genese, die übrigen Befunde laut Diagnosen seien organisch; die neuropsychologische Störung sei multifaktoriell bedingt (S. 10 Ziff. 3.2).

Die Frage, ob die Gesundheitsstörungen im Zusammenhang mit dem typischen Beschwerdebild nach HWS-Distorsionstrauma gegenüber allfälligen vorhandenen ausgeprägten psychischen Beschwerden ganz in den Hintergrund treten würden, müsse seit der depressiven Entwicklung und der posttraumatischen Belastungsstörung mit Ja beantwortet werden; dabei sei - weil kein klassisches Beschleunigungstrauma stattgefunden habe - ein ähnliches aber nicht typisches Beschwerdebild diagnostiziert worden (S. 10 Ziff. 6).

Eine weitere medizinische Behandlung sei notwendig, namentlich eine medikamentöse Behandlung der neuropathischen und der Kopfschmerzen sowie der psychischen Störung (S. 11 Ziff. 7.1).

Ohne Behandlung bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Nach erfolgreicher Behandlung könne voraussichtlich in angepasster Tätigkeit von 50 % Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (S. 11 Ziff. 8.1). Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine erhebliche Einschränkung für jegliche Tätigkeit (S. 11 Ziff. 8.2).

In der neurologischen Beurteilung wurde ausgeführt, als Residuen des Sturzes von 1993 beständen eine sensomotorische Parese des N. supraorbitalis mit neuropathischen gemischten chronischen Kopfschmerzen (S. 19 unten). In Teilgutachten seien neuropsychologische Defizite und eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert worden (S. 20 oben).

In der neuropsychologischen Beurteilung wurde ausgeführt, aus den Untersuchungsbefunden gingen neuropsychologische Funktionsstörungen hervor. Diese seien aber von ausgeprägter schmerzbedingter und psychoreaktiver Leistungseinschränkung überlagert (S. 21 unten). Die neuropsychologischen Funktionsstörungen seien als Folge kombinierter gegenseitig interagierender Faktoren zu verstehen. Es seien dies sehr wahrscheinlich Folgen einer leichten traumatischen Hirnverletzung (Konzentration, geteilte Aufmerksamkeit, verschwommen Sehens-Funktionsstörung, Vernachlässigung linkes Arbeitsfeld), wie sie häufig gesehen würden, sowie Auswirkungen der immerwährenden Kopfschmerzen und psychoreaktiven Einschränkungen mit kognitiven Einengungen. Hinzu kämen

wahrscheinlich minimal verstärkend altersbedingte Sehveränderungen. Die erhobenen Befunde wiesen auf eine mittelschwere Störung der kognitiven Leistungsfähigkeit multikausaler Genese hin (S. 22 Mitte).

E. 5

5.1 Im Rückweisungsurteil wurde dargelegt, welche Beschwerden als nicht unfallkausal zu beurteilen sind, und dass für weitere - einzeln genannte - Beschwerden ein organisches Substrat fehlt, womit deren Unfallkausalität entsprechend der Praxis zu psychischen Unfallfolgen geäußert und verneint wurde.

Als noch nicht ausreichend untersucht wurde die alternative Erklärung erachtet, wonach die noch vorhandenen Beschwerden auf erlittene Schädel-Hirn-Traumata zurückzuführen sein könnten, womit die Adäquanz anhand der entsprechend einschlägigen Rechtsprechung zu prüfen wäre.

Dieser Aspekt war im Rahmen der Rückweisung gutachterlich näher abzuklären.

5.2 In der neuropsychologischen Abklärung wurden die entsprechenden Defizite zwar als sehr wahrscheinliche Folge einer leichten traumatischen Hirnverletzung bezeichnet. Gleichzeitig wurde aber auch darauf hingewiesen, sie seien von einer ausgeprägten schmerzbedingten und psychoreaktiven Leistungseinschränkung überlagert und sie wurden als multikausaler Genese bezeichnet.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es die Neuropsychologie praxisgemäß nicht vermag, selbständig die Beurteilung der Unfallkausalität vorzunehmen (BGE 119 V 340 f. Erw. 2b/bb). Deshalb ist von ausschlaggebender Bedeutung, wie sich der Neurologe zu diesem Punkt geäußert hat.

Der Neurologe (und Hauptgutachter) beschränkte sich darauf zu erwähnen, im entsprechenden Teilgutachten seien neuropsychologische Defizite diagnostiziert worden, die er an anderer Stelle als multifaktoriell bedingt bezeichnete.

Dies ist keine und vor allem keine affirmative Beantwortung der Kausalitätsfrage. Angesichts des zentralen Stellenwerts dieser Frage - was dem nach erfolgter Auseinandersetzung mit den ihm vorliegenden Vorakten sich äussernden Gutachter bewusst sein musste - fällt dies besonders ins Gewicht. Es lässt keinen anderen Schluss zu als denjenigen, dass auch der federführende Neurologe zwischen den neuropsychologischen Defiziten und einem allfällig erlittenen Schädel-Hirn-Trauma keinen Kausalzusammenhang postuliert hat.

5.3 Dies wird bestätigt durch die klare Beantwortung der Frage, ob allfällige (möglicherweise) somatische Unfallfolgen gegenüber ausgeprägten psychischen Beschwerden ganz in den Hintergrund getreten seien: Sie wurde im Gutachten bejaht, wobei korrekterweise darauf hingewiesen wurde, dass mangels stattgefundener HWS-Verletzung nicht ein sogenannt typisches Beschwerdebild (nach erlittener HWS-Verletzung), sondern lediglich ein ähnliches Beschwerdebild gegenüber den psychischen Beschwerden ganz in den Hintergrund getreten sei.

Dass die Gutachter, auf welche vom Beschwerdeführer in allen anderen Belangen zustimmend Bezug genommen wurde, ausgerechnet diese Frage nicht

verstanden haben sollten (Urk. 1 S. 15 Ziff. 11.4), vermag nicht zu überzeugen. Dass die Frage nicht im Sinne des Beschwerdeführers beantwortet wurde, bedeutet nicht auch, dass sie nicht verstanden worden wäre.

5.4 Dies ist letztlich der entscheidende Punkt: Aufgrund der medizinischen Aktenlage und insbesondere der Schlussfolgerungen im E.-Gutachten steht eine psychische Störung zweifellos im Vordergrund. Die Adäquanzfrage ist deshalb, auch wenn eine milde traumatische Hirnverletzung stattgefunden haben sollte, nicht nach der in BGE 134 V 109 modifizierten Praxis zur Kausalitätsprüfung bei Unfall mit HWS-Verletzung oder Schädel-Hirntrauma ohne organisch objektiv ausgewiesene Beschwerden zu beurteilen, sondern nach Massgabe der in BGE 115 V 133 festgelegten Kriterien (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2009, 8C_810/2008, Erw. 3).

Diese Adäquanzprüfung ist bereits im Rückweisungsurteil vom 11. Februar 2005 erfolgt und es besteht keine Veranlassung, sie erneut darzulegen.

Es bleibt lediglich festzuhalten, dass mangels Adäquanz kein rechtsgenäglicher Kausalzusammenhang zwischen noch bestehenden Beschwerden und den erlittenen Unfällen besteht.

5.5 Die weiteren Vorbringen in der Beschwerde sind nicht geeignet, daran etwas zu ändern.

Vorweg ist zur behaupteten Gehirnsverletzung (Urk. 1 S. 6 f. Ziff. 7) darauf hinzuweisen, dass der Anspruch auf rechtliches Gehör nicht impliziert, die Beschwerdegegnerin habe sich läckenlos mit jedem einzelnen der zahlreichen Vorbringen des Beschwerdeführers ebenso ausführlich auseinanderzusetzen. Sie muss ihren Entscheid in den wesentlichen Punkten so nachvollziehbar begründen, dass eine sachgerechte Anfechtung möglich ist. Dies hat sie getan, denn der Beschwerdeführer war augenscheinlich in der Lage, sich dazu ausführlich zu äussern.

Die - unzutreffende - Behauptung, es sei von einer Beweislastumkehr auszugehen (Urk. 1 S. 8 Ziff. 8), verkennt den Unterschied zwischen der Situation, in welcher der Unfallversicherer das Erreichen des Status quo ante vel sine behauptet (und dafür den Nachweis erbringen muss) und der vorliegenden, in welcher die - vom Ansprecher zu belegende - Unfallkausalität noch bestehender Beschwerden strittig ist.

Eine allfällige Unfallkausalität einer Läsion des N. supraorbitalis (Urk. 1 S. 8 f. Ziff. 8.3) wurde im E.-Gutachten zwar postuliert, aber nicht weiter begründet. Setzt man voraus, dass der neurologische Gutachter mit den Vorakten vertraut war, so ist das Fehlen jeglicher Begründung ein empfindlicher Mangel, wurde doch in keiner der früheren Beurteilungen ein solche Hypothese auch nur in Erwägung gezogen und auch kein entsprechender Befund erhoben. Dass eine Auseinandersetzung damit im E.-Gutachten gänzlich unterblieben ist, lässt es in diesem Punkt als nicht nachvollziehbar erscheinen.

Die Ausführungen des Beschwerdeführers zur erst im Rahmen der E.-Begutachtung genannten Hemiparese und zur Diskushernie C5/6 sodann (Urk. 1 S. 10 Ziff. 8.5-6) gehen an der Sache vorbei, wurde doch im E.-Gutachten ausdrücklich festgehalten, dass sich dazu keine Kausalitätsaussage (also insbesondere keine bejahende) machen lasse. Es mag sich dabei um organische Befunde handeln; unfallkausal sind sie nicht.

Dementsprechend verfehlt ist der Vorwurf des Beschwerdeführers, auf die Überlegungen zu den organischen Befunden sei die Beschwerdegegnerin nicht eingetreten, weil sie das E.____-Gutachten nicht detailliert gewürdigt habe (Urk. 1 S. 10 f. Ziff. 9). Die Beschwerdegegnerin hat das Gutachten sehr wohl - wenn auch nicht durchwegs im Sinne des Beschwerdeführers - gewürdigt. Ebensowenig trifft zu, dass das Rückweisungsurteil vom 11. Februar 2005 im Lichte des E.____-Gutachtens revisionsbedürftig sein sollte (Urk. 1 S. 11).

Was schliesslich den angeblich noch nicht erreichten medizinischen Endzustand anbelangt (Ur. 1 S. 12 f. Ziff. 10), ist auf die zutreffende Erläuterung der Beschwerdegegnerin zu verweisen, dass die entsprechende Äusserung im E.____-Gutachten klarerweise Beschwerden betrifft, die nicht in rechtsgleichem Kausalzusammenhang mit dem Unfall stehen (Urk. 11 S. 10 Ziff. 15.13).

Somit bleibt zusammenfassend festzuhalten, dass die im strittigen Zeitpunkt noch bestehenden Beschwerden mangels Adäquanz nicht in rechtsgleichem Zusammenhang mit den erlittenen Unfällen standen.

Dementsprechend ist der angefochtene Entscheid nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde, die sich als in allen Punkten unbegründet erweist, abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

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

- Rechtsanwältin Susanne Friedauer
- Rechtsanwältin Barbara Klett
- Bundesamt für Gesundheit

4. 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.