

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00183 vom 16. Dezember 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-12-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2009.00183](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00183)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00183 du 16 décembre 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00183 del 16 dicembre 2010

## Erwägungen

### E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin hob mit dem angefochtenen Entscheid die mit Verfügung vom 22. Februar 2007 (Urk. 14/281) zugesprochene Invalidenrente und die Integritätsentschädigung im Rahmen einer angeforderten reformatio in peius gemäss Art. 12 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) auf, was zur mit Schreiben vom 5. Februar 2007 angeforderten Leistungseinstellung per 31. März 2007 unter Vorbehalt der noch zugestandenen Heilbehandlungskosten im darin festgehaltenen Umfang (Urk. 14/271) führte. Dieses Vorgehen ist in formeller Hinsicht entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers, welcher darin ein rechtmässiges Verhalten erkennt (vgl. Urk. 1 S. 5), nicht zu beanstanden. Eine reformatio in peius ist im Verwaltungsverfahren grundsätzlich zugelassen, sofern - wie vorliegend - die Möglichkeit zum Einspracherückzug gemäss Art. 12 Abs. 2 ATSV gewährt wurde (BGE 131 V 414, 122 V 166).

2.2 Die Leistungseinstellung per 31. März 2007 wurde von der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ vom 3. November 2008 damit begründet, dass die umfassenden Untersuchungen keine objektivierbaren Unfallfolgen im Sinne struktureller Veränderungen zu Tage gebracht hätten, der Beschwerdeführer weder ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS) oder eine äquivalente Verletzung noch ein Schädelhirntrauma (SHT) erlitten hätte, welches die analoge Anwendung der Schleudertraumapraxis rechtfertigen würde. Entsprechend der Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ sei davon auszugehen, dass spätestens drei Monate nach dem Unfall vom 18. Juni 1999 respektive schon längst keine Unfallfolgen in organischer Hinsicht mehr gegeben seien. In Bezug auf die psychischen Beschwerden fehle es am adäquaten Kausalzusammenhang (Urk. 2).

Die Beschwerdeführer lässt dagegen zusammengefasst ausführen, dass das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ an diversen Mängeln leide, gehe dieser doch unter anderem entgegen der medizinischen Aktenlage zu Unrecht von keiner Bewusstlosigkeit und keiner Hirnschädigung aus. Die Adäquanz der Beschwerden zum Unfallereignis sei gestützt auf BGE 134 V 109 klar zu bejahen (Urk. 1).

### E. 3

3.1 Streitig und zu präzisieren ist, ob die über den 31. März 2007 hinaus geklagten Beschwerden (insbesondere Migräneanfälle, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen und Konzentrationsschwierigkeiten, vgl. Urk. 14/356 S. 17 f.) in einem rechtserheblichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 18. Juni 1999 stehen.

Dabei gilt es zunächst festzustellen, welche Verletzungen der Beschwerdeführer dabei erlitten hat und ob denselben ein organisch nachweisbares Substrat zu Grunde liegt.

### 3.2.1.1

Gemäss Austrittsbericht des Spitals Z.\_\_\_\_ vom 22. Juni 1999 hat der Beschwerdeführer beim Unfall vom 18. Juni 1999 eine Commotio cerebri, ein HWS-Distorsionstrauma mit Plexuszerrung rechts (Sensibilitätsstörungen C8/TH1) und eine BWS-/LWS-Distorsion erlitten (Urk. 14/6).

Was die Diagnose eines HWS-Distorsionstraumas anbelangt, ist der Beschwerdegegnerin darin zuzustimmen (Urk. 2 S. 2), dass ein Unfallmechanismus mit heftiger Beschleunigung oder verzerrter Scherbewegung der HWS, welche auf ein erlittenes Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung hindeuten würden, aufgrund des Unfallhergangs nicht vorliegt. Vielmehr ist - wie am 19. Juli 1999 von Dr. med. K.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Neurologie (Urk. 14/10), und der A.\_\_\_\_ am 3. Dezember 1999 diagnostiziert (Urk. 14/20 S. 2) - von einem axialen Stauchungstrauma auszugehen. Eine einfache Kontusion oder Distorsion der Wirbelsäule ohne strukturelle Läsionen vermag aber gemäss höchstgerichtlicher Rechtsprechung regelmässig nicht zu Beeinträchtigungen zu führen, welche über längere Zeit anhalten. Handelt es sich um einen Unfall ohne strukturelle Läsionen am Achsenskelett, ist die Chronifizierung der Beschwerden zunehmend auf andere (unfallfremde) Faktoren zurückzuführen. Zudem entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass selbst im Falle vorbestehender degenerativer, das heisst abnutzungsbedingter Erkrankungen - wovon vorliegend jedoch nicht auszugehen ist - eine traumatische Verschlimmerung in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr abgeschlossen ist und länger dauernde Beschwerden bei einer einfachen Kontusion oftmals auf eine psychische Anpassungsstörung oder Fehlentwicklung zurückgehen (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen A., U 354/04, vom 11. April 2005, Erw. 2.2 mit Hinweisen). Für ein Abweichen von dieser Rechtsprechung im vorliegenden Fall besteht weder in Bezug auf das Stauchungstrauma der HWS noch hinsichtlich der diagnostizierten BWS-/LWS-Distorsion Anlass. Auch lässt sich ein struktureller unfallbedingter Schaden gestützt auf die medizinische Aktenlage nicht eruieren:

Die Sensibilitätsstörungen im Bereich Th1/C8 (vgl. Urk. 14/6) beruhen gemäss Dr. med. U.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, auf einem Vorzustand (vgl. Telefonnotiz vom 8. August 2000, Urk. 14/43). Wie den Akten zu entnehmen ist, wurde der Beschwerdeführer wegen ausstrahlender Schmerzen unterhalb des rechten Schulterblattes und des Genicks zum dorsalen und radialen Vorderarm bis in die ersten drei Finger rechts von Dr. med. D.\_\_\_\_ im Mai 1998 neurologisch abgeklärt. Die Diagnose lautete damals auf einen Verdacht auf ein Thoracic-outlet-Syndrom (vgl. Urk. 14/318). Auf eine richtungsweisende Verschlechterung dieses Vorzustandes durch das Unfallereignis lassen die Akten nicht schliessen, bestand doch bei Spitalaustritt am 20. Juni 1999 lediglich noch eine Parästhesie am Dig. V rechts lateral (Urk. 14/6 S. 2).

Die gestützt auf Funktionsaufnahmen der HWS vom 28. November 2000 in der Gesundheitsversorgung des Zürcher Oberlandes (GZO) festgestellten Instabilitätszeichen auf Höhe C5/C6 (Urk. 14/60) wurden von Kreisarzt Dr. med. L.\_\_\_\_ am 18. Januar 2001 nachvollziehbar als noch in der Norm und nicht unfallkausal

Treppenphänomen beurteilt (Urk. 14/68). Dr. M.\_\_\_\_ bezeichnete die von ihm gestützt auf eine Funktions-CT vom 30. November 2001 festgestellten Hypomobilitäten auf Höhe C1 bis C7 als Ausdruck einer myofascialen Symptomatik (vgl. Urk. 14/114 S. 5 f., vgl. ausserdem neurologische Beurteilung von Dr. med. N.\_\_\_\_, Neurologe, Boston University School of Medicine, Versicherungsmedizin der SUVA, vom 6. Januar 2003, Urk. 14/141), was ebenfalls keine strukturelle Gesundheitsschädigung darstellt. Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass weder das Stauchungstrauma der HWS noch die Distorsionen im Bereich BWS und LWS organisch nachweisbare Unfallrestfolgen nach sich gezogen haben. Zu entsprechenden Schlussfolgerungen kam Dr. F.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 3. November 2008 (Urk. 4/356 S. 24 f.).

3.2.3.3 Strittig zwischen den Parteien ist insbesondere, ob der Beschwerdeführer durch den Schlag des Kotflügels auf seinen Kopf ein SHT erlitten hat und an den typischen Folgen dieser Verletzung leidet, was zur sinngemässen Anwendung der zum Schleudertrauma entwickelten Rechtsprechung bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs führen würde (vgl. Erw. 1.3.4), und ob diesbezüglich weitere Beweisabnahmen unter anderem auch zur Abklärung, ob eine strukturelle Hirnschädigung vorliegt, notwendig sind (vgl. Urk. 1 S. 4 ff., 2 S. 4 f.).

Vorweg festzuhalten ist, dass aufgrund der durchgeführten bildgebenden Verfahren kein organisch nachweisbares Substrat im Sinne einer cerebralen Verletzung nachgewiesen werden konnte (vgl. Röntgenbefund Spital Z.\_\_\_\_ vom 18. Juni 1999, Urk. 14/6 S. 2, cerebrales MRI Kantonsspital O.\_\_\_\_ vom 17. November 1999, Beilage zu Urk. 14/20, MRI Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, vom 30. Januar 2003, Urk. 14/150 S. 2). Die EEG-Befunde vom 21. Juli 1999 (Urk. 14/13 S. 1), 15. November 1999 (Urk. 14/20 S. 3), 16. Oktober 2000 (Urk. 14/50 S. 2), 20. Mai 2003 (Urk. 14/168), 3. Mai 2004 (Urk. 14/193 S. 15) und diejenigen des T.\_\_\_\_, erstellt vom 9. Juni bis 2. Juli 2004 (Urk. 14/205 S. 5), zeigten mit Ausnahme einer anfänglichen Funktionsstörung links temporal, welche gemäss Dr. K.\_\_\_\_ auf eine leichte Kontusion in dieser Region schliessen lasse (Urk. 14/13 S. 1 f.), allesamt Normalbefunde und liessen insbesondere keine Herdstörungen erkennen. Was die diversen neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse anbelangt, welche regelmässig zur Feststellung einer leichten neuropsychologischen Funktionsstörung führten und mehrheitlich als Folge der Schmerzsymptomatik interpretiert wurden (Urk. 14/20 S. 1, 14/67, 14/354 insbesondere S. 11), gilt es zu beachten, dass die Neuropsychologie nach derzeitigem Wissensstand nicht selbständig die Beurteilung der Genese der festgestellten Beschwerden vorzunehmen vermag (BGE 119 V 340 f. Erw. 3b). Ebenso wenig vermöchte dies eine aufgrund einer Fremdanamnese festgestellte Wesensveränderung (vgl. zum entsprechenden Antrag Urk. 1 S. 3).

Eine strukturell nachweisbare Schädigung des Gehirns liegt damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht vor. Für weiterführende Abklärungen hierzu - wie vom Beschwerdeführer beantragt (Urk. 1 insbesondere S. 4) - bieten die Akten keinen Anlass. Insbesondere sind derzeit auch keine neuen Untersuchungen ersichtlich, welche in wissenschaftlich anerkannter Weise den bislang nicht möglichen Nachweis von organischen Störungen im Bereich von HWS oder Schädel-Hirn gestatten (BGE 134 V 119 Erw. 7.2 mit Hinweisen).

Auch ohne das Vorliegen struktureller Schäden kann eine Comotio cerebri, welche medizinisch gesehen als leichtes Schädelhirntrauma bezeichnet wird (vgl.

Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, Berlin 2002 S. 310; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen R., U. 72/05, Erw. 3.2), ausnahmsweise zur Anwendung von BGE 117 V 369 respektive BGE 134 V 109 ff. führen, sofern die Diagnose insbesondere gestützt auf die Erstunterlagen verifizierbar ist (vgl. dazu BGE 134 V 123 Erw. 9.2) und das typische bunte Beschwerdebild als (natürlich-kausale) Folge der Hirnerschütterung im Anschluss an den Unfall eingetreten ist (oben zitiertes Urteil U72/05, Erw. 3.2).

Die Diagnose im Austrittsbericht des Spitals Z.\_\_\_\_ vom 22. Juni 1999 lautete auf eine Commotio cerebri. Eine Bewusstlosigkeit des Beschwerdeführers wurde ausdrücklich verneint, jedoch habe eine Amnesie gerade für den Unfall und für die kurze Zeit danach bestanden (Urk. 14/6). Der Befund lautete auf eine klare Bewusstseinslage bei einem GCS 15, welcher während der ganzen Hospitalisation bestanden habe. Ausser einer Druckdolenz am Schlädel parietal finden sich bis zum Spitalaustritt am 20. Juni 1999 keine weiteren für eine Commotio cerebri typischen Symptome wie Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen oder eine passagere posttraumatische Hirnleistungsschwäche (vgl. Pschyrembel, a.a.O, S. 310) in obigem Bericht.

Wie bereits Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, Versicherungsmedizin der SUVA, am 25. Oktober 2005 feststellte, ist aufgrund der Anfangsbefunde und der nicht eindeutigen Anamnese die Diagnose einer Commotio cerebri in Zweifel zu ziehen (Urk. 14/232). Dr. P.\_\_\_\_ führte zutreffend aus, dass die echtzeitlichen Angaben vom Beschwerdeführer bereits in den folgenden Wochen deutlich modifiziert wurden (vgl. Urk. 14/232 S. 1). So erwähnte er am 13. Juli 1999 gegenüber Dr. K.\_\_\_\_ noch keine Bewusstlosigkeit, erklärte aber, dass er während der Hospitalisation bereits unter Schwindel gelitten habe (vgl. Urk. 14/10), was im Bericht des Spitals Z.\_\_\_\_ keinerlei Niederschlag gefunden hat (Urk. 14/6). Anlässlich des psychosomatischen Konsiliums in der A.\_\_\_\_ vom 22. November 1999 führte der Beschwerdeführer erstmals aus, er sei nach dem Unfall zirka 10 Minuten bewusstlos gewesen (Urk. 14/19 S. 2). Am 23. Dezember 1999 sodann erklärte er gar, dass er nicht nur nach dem Unfall, sondern bei der Einlieferung ins Spital Z.\_\_\_\_ noch einmal bewusst geworden sei (Urk. 14/21 S. 1 unten, 2 oben). Gegenüber Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, erwähnte sich die Fallhöhe des Oldtimers gemäss Angaben des Beschwerdeführers von den anfänglichen 15 cm (Urk. 14/10 S. 1, 14/21 S. 1) auf nunmehr 25 cm (Urk. 14/50). Anlässlich der Erstkonsultation bei Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, am 27. November 2001 sprach er sodann von einer schätzungsweise mehr als 10minütigen Bewusstlosigkeit und von einem bereits im Spital Z.\_\_\_\_ geklagten Rauschen im rechten Ohr (Urk. 14/114 S. 2 f.), welches ebenso wenig Niederschlag im Spitalbericht gefunden hat (Urk. 6/14), wie die gegenüber Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, erwähnte, angeblich direkt nach Unfall aufgetretene eingeschränkte HWS-Beweglichkeit mit starker Reklinationseinschränkung (Urk. 14/129), wurde eine Beweglichkeitseinschränkung doch gegenteils ausdrücklich verneint (Urk. 14/6, ebenso Dr. K.\_\_\_\_ am 19. Juli 1999, Urk. 14/10 S. 2). Am 20. Mai 2003 steigerte sich die angebliche Bewusstlosigkeit gemäss dem Beschwerdeführer gar auf 20 Minuten (vgl. Urk. 14/168).

Angesichts dieser offensichtlichen Übertreibungen in den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers und dem nahezu blanden Anfangsbefund hinsichtlich einer Commotio-cerebri-Symptomatik sowie der Tatsache, dass im Spital weder eine Kontusionsmarke noch ein Hämatom festgestellt wurden (Urk. 14/6), wird die Diagnose einer Commotio cerebri und damit auch eines leichten Schädelhirntraumas - wie von Dr. P.\_\_\_\_ und insbesondere von Dr. F.\_\_\_\_ (Urk. 14/356 S. 24 ff.) vertreten - deutlich in Zweifel gezogen. Praxisgemäss stellen die Gerichte im Bereich des Sozialversicherungsrechts in der Regel auf die Aussagen der ersten Stunde ab, denen in beweisrechtlicher Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 47 Erw. 1a, 115 V 143 Erw. 8c mit Hinweis). Gestützt auf diese Beweisregel ist ausgehend vom Bericht des Spitals Z.\_\_\_\_ vom 22. Juni 1999 (Urk. 14/6) wie auch demjenigen von Dr. K.\_\_\_\_ 19. Juli 1999 (Urk. 14/10) eine Bewusstlosigkeit nach dem Unfall und klarerweise auch eine solche bei Einlieferung ins Spital Z.\_\_\_\_ auszuschliessen. Anlass für ergänzende Beweiserhebungen hinsichtlich einer allfälligen Bewusstlosigkeit (vgl. Urk. 1 S. 5) sind bei dieser Aktenlage obsolet, zeichnen doch die nachträglichen Übertreibungen des Beschwerdeführers ein allzu deutliches Bild.

Dieser Schlussfolgerung ist bei der Würdigung der medizinischen Aktenlage Rechnung zu tragen, da viele der beteiligten Ärzte und Institutionen ihre Beurteilungen auf die Annahme stützten, dass eine Bewusstlosigkeit vorgelegen habe und eine Schädeltraumasymptomatik kurze Zeit, wenn nicht gar unmittelbar nach dem Unfall eingetreten sei. Weder die eine noch die andere Annahme lässt sich gestützt auf die Akten bestätigen. So ging die A.\_\_\_\_, welche erstmals die Diagnose einer milden traumatischen Hirnverletzung stellte, von einer möglichen Bewusstlosigkeit aus (Urk. 14/20 S. 1 und 7). Dr. Q.\_\_\_\_ wie auch Dr. M.\_\_\_\_ legten ihren Beurteilungen eine zehnminütige Bewusstlosigkeit zu Grunde (Urk. 14/50), letzterer ausserdem Hör- und Schwindelbeschwerden, welche bereits im Spital Z.\_\_\_\_ aufgetreten sein sollen (Urk. 14/114).

Der Umstand, dass sich Dr. P.\_\_\_\_ letztlich doch dafür aussprach, dass wahrscheinlich eine Commotio cerebri stattgefunden habe (Urk. 14/232 S. 2), basiert auf der Berücksichtigung der neurootologischen Befunde. Dabei ist aber zu beachten, dass insbesondere die Schlussfolgerungen von Dr. R.\_\_\_\_ vom 21. Juni 2002, welcher unter anderem auf eine erlittene Commotio labyrinthi gradis laevis schloss und die vom Beschwerdeführer geklagten Schwindel- und Gleichgewichtsstörungen im Rahmen eines postcommotionellen beziehungsweise cervico-encephalen Syndroms bei unter anderem milder traumatischer Hirnverletzung erklärte (vgl. insbesondere Urk. 14/129 S. 7 ff.), ganz wesentlich auf der vom Beschwerdeführer deutlich bezeichneten Anamnese (Urk. 14/129 S. 1 f.) beruhten und dadurch an Beweiskraft verlieren. Dasselbe gilt für die Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ vom 3. Mai 2004, welcher von zwei Phasen von Bewusstlosigkeiten und davon, dass das 2,5 Tonnen schwere Auto auf den Beschwerdeführer "gefallen" sei, ausging (Urk. 14/193 insbesondere S. 16).

Das T.\_\_\_\_, welches den Beschwerdeführer vom 9. Juni bis 13. Juli 2004 aufgrund seit November 1999 geklagter "Anfälle" mit rechtsbetontem Kribbeln und Verkrampfungen der Hände bis zum Kopf mit Bewusstseinsverlusten und Zungenbissen auf eine allfällige Epilepsie abklärte, stellte, obwohl es anamnestisch die

Bewusstlosigkeiten notierte, jedoch unter dem Hinweis, dass es keine Zeugen dafür gebe (Urk. 14/205 S. 2), neben den Diagnosen psychogener nicht-Epileptischer Anfälle (ICD-10 F44.5) und einer Somatisierungsstörung (ICD 10 F45.0) bezeichnenderweise lediglich diejenige eines Zustandes nach Kopfprellung und axialem Stauchungstrauma der HWS (Urk. 14/205 S. 1).

Im Lichte all dessen erweist sich die Beurteilung von Dr. F. \_\_\_ vom 3. November 2008 hinsichtlich der Verneinung eines SHT (Urk. 14/356) entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers als nachvollziehbar begründet und in sich widerspruchsfrei. Dr. F. \_\_\_ setzte sich in einlässlicher Weise mit den Vorakten sowie den einzelnen Beschwerdekplexen auseinander und kam letztlich zum zutreffenden Schluss, dass die Diagnose der Commotio cerebri respektive der sodann erstmals von der A. \_\_\_ diagnostizierten milden traumatischen Hirnverletzung unter Berücksichtigung der echtzeitlichen Dokumente nicht gerechtfertigt ist (Urk. 14/356 S. 23 ff.).

Die von ORL-ärztlicher Seite als Unfallfolge diagnostizierte Commotio labyrinthi bezeichnete Dr. F. \_\_\_ letztlich als spekulativ, da echtzeitlich ebenfalls keine entsprechenden Beschwerden dokumentiert seien (Urk. 14/35 S. 26). Dr. med. S. \_\_\_, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie und Arbeitsmedizin, der Abteilung Arbeitsmedizin der SUVA, erkannte bei seiner Untersuchung vom 14. Dezember 1999, anlässlich welcher der Beschwerdeführer über einen diffusen Schwindel in starkem Zusammenhang mit migräniformen Beschwerden klagte, keine wesentliche Hörstörung und sehr gut erhaltene Gleichgewichtsfunktionen. Dr. S. \_\_\_ stellte einzig eine leichte, jedoch bereits weitgehend kompensierte Unterfunktion des rechten peripheren Vestibularisorgans, welche mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Folge des erlittenen Kopftraumas im Sinne einer Commotio labyrinthi darstelle, fest. Jedoch seien die zentralen Kompensationsvorgänge bereits weitgehend abgeschlossen und eine wesentliche Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems bestehe nicht mehr (Urk. 14/33). Die Hausärztin Dr. med. V. \_\_\_ erwähnte in ihrem Zwischenbericht vom 6. Mai 2000 keine Schwindelbeschwerden (Urk. 14/34); der Beschwerdeführer erklärte anlässlich eines Telefonats vom 22. Mai 2000 mit der Beschwerdegegnerin, dass er lediglich hin und wieder etwas Schwindel verspüre (Urk. 14/35). Die anlässlich einer weiteren Untersuchung vom 24. Januar 2001 festgestellte Befundzunahme beurteilte Dr. S. \_\_\_ als aussergewöhnlich und stellte die Möglichkeit einer vom Unfall unabhängigen Erkrankung in den Raum (Urk. 14/104 insbesondere S. 4).

Angesichts dieser Aktenlage ist Dr. F. \_\_\_ in dem Sinne zuzustimmen, dass selbst wenn der Beschwerdeführer beim Unfall vom 18. Juni 1999 trotz nicht erstellter Commotio cerebri eine Commotio labyrinthi erlitten haben sollte, was angesichts der diesbezüglich blanden Anfangsbefunde (Urk. 14/6) tatsächlich zweifelhaft ist, aufgrund der im Dezember 1999 bereits festgestellten nahezu gänzlichen Kompensation mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass auch in diesem Zusammenhang keine unfallbedingte somatische Unfallfolge dauerhafter Natur vorliegt.

Zusammenfassend ist der Beschwerdegegnerin darin zuzustimmen, dass es an einem unfallkausalen fassbaren organischen Substrat mangelt und aufgrund des Unfallhergangs und der Anfangsbefunde weder eine schleudertraumatische Verletzung noch eine milde traumatische Hirnverletzung als Verletzungsfolge als erstellt zu betrachten sind. Auch wenn die vom Beschwerdeführer

geklagten Beschwerden (Kopf- und Nackenschmerzen, Konzentrationsstörungen, Schwindel und Tinnitus) mit dem typisch bunten Beschwerdebild nach einer solchen Verletzung korrespondieren, sind sie mangels entsprechender Verletzungen nicht als natürlich kausale organische Unfallfolge zu betrachten. Es bleibt zu prüfen, ob psychische Krankheitsbilder für den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verantwortlich sind und ob dieselben in einem kausalen Zusammenhang zum Unfall stehen.

3.3 Was den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers anbelangt, finden sich in den Akten schon bald nach dem Unfallgeschehen psychopathologische Diagnosen:

So führte das psychosomatische Konsilium vom 8. November 1999 in der A. zur Diagnose einer hypochondrisch gefärbten Unfallverarbeitung mit Somatisierungstendenz im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23) und einer narzisstischen, paranoiden Persönlichkeitsstörung mit Neigung zu abnormer Erlebnisverarbeitung und Pseudologia phantastica. Die zuständigen Fachpersonen erachteten eine straffe Führung des Patienten als besonders angezeigt, um bei erheblichem sekundärem Krankheitsgewinn nicht eine Chronifizierung zu begünstigen (Urk. 14/19 S. 1 und 4). Dr. med. B., Spezialarzt FMH für Innere Medizin, diagnostizierte in seinem ärztlichen Zwischenbericht vom 13. Juli 2000 neben einem Status nach Commotio cerebri und HWS-Stauchung eine Depression und Migräne und bezeichnete die Depression mit Suizidgedanken zur Zeit als im Vordergrund stehend (Urk. 14/41). Das C., wo der Beschwerdeführer ab 29. Juni 2000 in ambulanter und medikamentöser Behandlung stand, stellte am 7. Februar 2001 die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD 10 F.32.1) und einer Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen Zügen (ICD-10 F.60.3). Im Rahmen der Persönlichkeitsstörung hätten schon vor dem Unfall gewisse Stimmungsschwankungen bestanden und es seien auch schon in früheren Jahren Phasen mit Suizidalität aufgetreten. Die Persönlichkeitsstörung habe den Beschwerdeführer für eine psychische Dekompensation vulnerabler gemacht (Urk. 14/75). Das T. schloss am 30. August 2004 auf das Vorliegen psychogener nicht-Epileptischer Anfälle (ICD-10 F44.5) im Rahmen einer Somatisierungsstörung nach ICD-10 F45.0 (Urk. 14/205). Der ab 3. Juni 2005 behandelnde Psychiater Dr. med. U. stellte am 27. September 2005 die Diagnose einer chronifizierten, depressiven Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F 34.1) und einer Somatisierungsstörung, wiederum nach ICD-10 F45.0 (Urk. 14/226). Bestätigt wurde dies im Wesentlichen wiederum durch den Bericht des C. vom 17. Februar 2006 (Urk. 14/244) und denjenigen von Dr. U. vom 21. Februar 2006 (Urk. 14/248). Letztlich stellte auch Dr. G. am 13. Oktober 2008 im Rahmen seiner psychiatrischen Teilbegutachtung eine Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) sowie akzentuierte narzisstische und histrionische Persönlichkeitszüge (ICD-10 F61.1) mit Tendenz zu hypochondrischer Unfallverarbeitung, psychogene Anfallsleiden (ICD-10 F44.5) und eine kongenitale Lese- und Rechtschreibstörung (ICD-10 F81.0) fest.

Auch wenn Dr. G. zum Zeitpunkt seiner Untersuchung keine depressive Symptomatik mehr erkennen konnte und er eine Somatisierungsstörung als nicht mehr erfüllt betrachtete (Urk. 14/355 insbesondere S. 8), rechtfertigt sich gestützt auf die im Wesentlichen übereinstimmenden Diagnosen dennoch der Schluss, dass der Beschwerdeführer schon kurz nach dem Unfall psychisch dekompenzierte, und sich in der Folge neben einer Persönlichkeitsstörung eine Somatisierungsstörung mit

hypochondrisch gefärbter Unfallverarbeitung und psychogenen Anfällen sowie depressiven Phasen einstellte.

Die Frage, ob und inwieweit diese psychischen Krankheitsbilder in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 18. Juni 1999 stehen und inwiefern ein psychischer Vorzustand mitspielte, kann offen bleiben, da es - wie im Folgenden dargelegt - an der Adäquanz der psychischen Beschwerden zum Unfallereignis fehlt.

#### 4. Die Beschwerdegegnerin

4.1 Die Beurteilung derselben richtet sich nach BGE 115 V 133 ff. Dabei ist zuerst auf die Schwere des Unfallereignisses abzustellen. Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallerlebnis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

Die Beschwerdegegnerin ordnete den Unfall vom 18. Juni 1999 aufgrund des Geschehensablaufs sowie der bundesgerichtlichen Rechtsprechung höchstens einem Unfall im mittleren Bereich an der Grenze zu den leichten zu (Urk. 13 S. 13). Der Beschwerdeführer liess diese Qualifikation zu Recht unbestritten (vgl. ferner Referenzurteile die Zusammenstellung in Rumo-Jungo, Rechtsprechung zum UVG, 3. Auflage, Zürich 2003, S. 55 ff., insbesondere den auf S. 62 zitierten, lediglich als mittelschwer taxierten Unfall, bei welchem acht schwere Schalungselemente auf einen Bauhandlanger stürzten, welcher erst nach sechs Minuten mit Hilfe eines Krans befreit werden konnte).

Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs wäre somit zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wäre oder die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffälliger Weise gegeben wären (vgl. obige Erw. 1.3.4). Bei der Prüfung der einzelnen Kriterien sind dabei nur die organisch bedingten Beschwerden zu berücksichtigen, während die psychisch begründeten Anteile ausgeklammert bleiben (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen M. vom 27. November 2007, U 554/06, Erw. 5.3).

4.2 Die Beschwerdegegnerin stellte sich zu Recht auf den Standpunkt (Urk. 13 S. 13), dass sich der Unfall vom 18. Juni 1999 weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet hat, noch ist das Geschehen als besonders eindrücklich zu qualifizieren. Der Beschwerdeführer, welcher nach dem Geschehen noch in der Lage war, selber mit dem Auto zu fahren (vgl. neben vielen die Anamnese in Urk. 14/10 S. 1), liess dies denn auch unbestritten (Urk. 1 S. 6).

Ferner kann weder von einer schweren noch von einer im Hinblick auf die in Frage stehende Adäquanzbeurteilung besonders gearteten Verletzung gesprochen werden. Für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die körperlichen Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, bestehen keine Anhaltspunkte. Die vom Beschwerdeführer geklagte Zustandsverschlimmerung nach der Untersuchung durch Dr. F. (vgl. Urk. 14/345-347), für deren Behandlungskosten die Beschwerdegegnerin ohne Präjudiz (Urk. 14/348) aufkam, trat zu einem Zeitpunkt ein, in welchem das

Krankheitsbild bereits gänzlich psychisch bedingt war.

Des Weiteren kann insofern nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung gesprochen werden, als diese in immer stärkerem Masse durch die psychischen Beschwerden bestimmt wurde. Mangels Vorliegens sowohl einer schleudertraumatischen Verletzung als auch eines Schädelhirntraumas ist davon auszugehen, dass das Krankheitsbild bereits wenige Monate nach dem Unfall ganz wesentlich und bald vollständig von der psychischen Problematik dominiert wurde und der chronisch fluktuierende Verlauf zirka seit dem Aufenthalt in der A. \_\_\_ vom 13. Oktober bis 24. November 1999, im Wesentlichen durch die Somatisierungsstörung mit diversesten körperlichen Symptomen und die diese begleitende Persönlichkeitsstörung sowie die erstmals am 13. Juli 2000 erwähnte depressive Problematik (vgl. Urk. 14/41) geprägt war. Entsprechend ist das für die Adäquanzbeurteilung massgebende Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der somatisch erforderlichen ärztlichen Behandlung ebenso wenig erfüllt wie dasjenige der erheblichen körperlichen Dauerschmerzen; Letztere mögen zwar vorhanden sein, sind aber beim Beschwerdeführer gerade psychisch bedingt und müssen deshalb im Rahmen der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs weitgehend unberücksichtigt bleiben.

Dasselbe gilt im Hinblick auf Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit, respektive der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen (BGE 134 V 129 f. Erw. 10.2.7). Auch dieses Kriterium kann nicht als erfüllt gelten, ist doch davon auszugehen, dass die Arbeitsunfähigkeit bald nach dem Unfall nahezu ausschliesslich auf unfallfremde Gründe zurückzuführen war.

Demnach ist keines der von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien erfüllt und es bleibt festzuhalten, dass mangels Adäquanz kein rechtsgenügender Kausalzusammenhang zwischen dem am 18. Juni 1999 erlittenen Unfall und den noch bestehenden Beeinträchtigungen besteht. Dementsprechend entfällt eine weitere Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin und die Leistungseinstellung per 31. März 2007 ist nicht zu beanstanden. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Der unentgeltliche Rechtsbeistand des Beschwerdeführers hat mit Honorarnote vom 26. November 2010 einen Aufwand von 13,4 Stunden und Barauslagen von Fr. 108.80 geltend gemacht (Urk. 22/1). Beim praxisgemässen Ansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich 7,6 % Mehrwertsteuer) ist er somit mit Fr. 3'000.75 (Honorar zuzüglich Barauslagen inklusive Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

- Die Beschwerde wird abgewiesen.
- Das Verfahren ist kostenlos.
- Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Ronald Pedernana, St. Gallen, wird mit Fr. 3'000.75 (inkl. Barauslagen und MWSt.) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.
- Zustellung gegen Empfangsschein an:  
- Rechtsanwalt Dr. Ronald Pedernana

- Rechtsanwältin Barbara Klett

- Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- Gerichtskasse

5. Gegen diese Entscheidung 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.