

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00125 vom 10. August 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-08-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00125

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00125 du 10 août 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00125 del 10 agosto 2011

Erwägungen

E. 3

3.1 Nachdem ihm seinen Angaben zufolge in Serbien von einem unbekanntem Täter am 27. April 2005 Schlag auf das linke Auge und die linke Schädelseite versetzt worden waren (Urk. 10/1) und sich der Beschwerdeführer in einem Belgrader Krankenhaus hatte behandeln lassen (Urk. 10/4.6-4.10), wurde er von seinem Hausarzt Dr. Y. ___ aufgrund erstmals aufgetretener Kopfschmerzen und Wesensveränderung an das Spital Z. ___ überwiesen. Dessen Ärzte diagnostizierten ein chronisches subdurales Hämatom frontoparietal links (Urk. 10/4.4), welches am 24. Juni 2005 mittels Bohrlochtrepanation operativ saniert wurde (Urk. 10/6). Die ebenfalls festgestellte Sinusarrhythmie mit Bradykardie erwies sich ohne pathologische Bedeutung (Urk. 10/4.4). Nach komplikationslosem postoperativem Verlauf und deutlich regredientem Schädel-CT-Befund wurde der Beschwerdeführer am 1. Juli 2005 nach Hause entlassen (Urk. 10/4.4). Das am 9. November 2005 angefertigte Kontroll-CT des Schädels visualisierte mit Ausnahme der zwei Bohrlöcher links ein normales, altersentsprechendes Cerebrum ohne pathologisches Enhancement (Urk. 10/16.2).

3.2 Dennoch klagte der Beschwerdeführer weiterhin über pochende Kopfschmerzen und (neu) über starke Nackenschmerzen (Bericht von Dr. Y. ___ vom 15. November 2005, Urk. 10/16.1). SUVA-Kreisarzt Dr. med. K. ___, Orthopädische Chirurgie FMH, hielt in seinem Bericht vom 3. Februar 2006 (Urk. 10/20.1) fest, der Beschwerdeführer habe etwas verlangsamt, nicht aber unbedingt pathologisch gewirkt, was allenfalls auch seiner Art entsprechen könne. Aufgrund des geklagten Schwindels und gelegentlichen Schwarzwerdens vor den Augen sei, soweit nicht schon erfolgt, eine neurologische Abklärung angezeigt (Urk. 10/20.2). Eine solche wurde bereits am 11. Oktober 2005 am Spital Z. ___ durchgeführt (Urk. 10/23.2-23.3) und zeigte aus neurologischer Sicht keine Pathologie. Hingegen bezeichneten die Ärzte den Beschwerdeführer als vermehrt leidend und niedergestimmt wirkend sowie gedanklich auf die Kopfschmerzen, welche eine Ausweitung und Verstärkung erfahren hätten, eingengt. Sie nannten den Verdacht einer sekundären depressiven Entwicklung und hielten mangels erhobener Konzentrationsstörungen eine neuropsychologische Untersuchung nicht für angezeigt (Urk. 10/23.3).

3.3 Die anfangs ausgeprägten Gesichtsfeldausfälle im linken Auge (Bericht von Dr. med. L. ___, Augenarzt FMH & F.E.B.O., vom 28. Oktober 2005, Urk. 10/27.2-27.7) zeigten sich, wie auch die Konvergenzschwäche, regredient und waren am 14. März 2006 am rechten Auge nicht mehr feststellbar (Urk. 10/31.3).

3.4. Dr. med. M.____, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie und Arbeitsmedizin, schloss aufgrund der neurootologischen Untersuchung des Beschwerdeführers vom 11. Juli 2006 (Bericht vom 12. Juli 2006, Urk. 10/39) eine wesentliche Störung des Gleichgewichtssinnes aus. Er erklärte, Tätigkeiten, welche hohe Ansprüche an das Gleichgewichtssystem stellen, seien nicht mehr zumutbar, während sich im übrigen bezüglich der Arbeitsfähigkeit keine relevanten Einschränkungen feststellen lassen würden. Ebenso ergäben sich keine weitergehenden diagnostischen oder therapeutischen Konsequenzen, ausser dass eine positiv motivierte körperliche Aktivität sich auch bezüglich der aktuellen Schwindelbeschwerden nur günstig auswirken könne (Urk. 10/39.4).

3.5. Die vom 21. Juni bis zum 26. Juli 2006 in der Rehaklinik A.____ (Bericht vom 7. August 2008, Urk. 10/46, sowie Neuropsychologischer Bericht vom 22. Juni 2006, Urk. 10/44, und Bericht über das Psychosomatische Konsilium vom 27. Juni 2006, Urk. 10/45) durchgeführte stationäre Rehabilitation vermochte zu keiner Verbesserung zu führen. Die vom Beschwerdeführer präsentierte erhebliche posttraumatische Leistungsstörung zeigte sich ohne morphologisches Korrelat, und die kognitiven Einschränkungen - den Angaben der Ärzte zufolge unfallbedingt medizinisch nicht erklärbar - waren aufgrund eingeschränkter Kooperation nicht quantifizierbar. Ebenso liess sich das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen mit den geringen objektivierbaren pathologischen Befunden aus somatisch-organischer Sicht nicht erklären. Jegliche Aktivität wurde vom Beschwerdeführer abgewiesen, und in der Gruppe zeigte er ein leicht aggressives Verhalten. Der Beschwerdeführer besuchte die Therapien unregelmässig, fehlte oft (Urk. 10/46.3) und war für rehabilitative Massnahmen nicht motiviert. Die Experten zeigten sich insgesamt davon überzeugt, dass die direkt somatisch-organisch bedingten Unfallfolgen nunmehr im Hintergrund der präsentierten Symptomatik ständen. Dennoch kamen sie zum Schluss, die bisherige Tätigkeit als angelernter Elektriker sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Demgegenüber bestehe für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit leichten bis mittelschweren kognitiven Anforderungen keine Einschränkung. Schliesslich sei bei inkonsistentem Verhalten ohne therapeutischen Zugang von weiteren Therapien keine massgebliche Verbesserung des Zustandes zu erwarten, weshalb der Fallabschluss empfohlen werde (Urk. 10/46.4).

3.6. Am 30. November 2006 (Urk. 10/54) berichtete Dr. Y.____, der Verlauf sei schlecht. Der Beschwerdeführer klagte über hässliche Kopfschmerzen, Sehstörungen sowie über massiven Konzentrationsmangel. Nach einer verkehrsmedizinischen Untersuchung sei ihm der Führerschein entzogen worden.

3.7. Nach diversen Untersuchungen (Urk. 10/49.1-49.6) notierte Dr. med. N.____, Augenarzt FMH, speziell Augenchirurgie, am 21. April 2007 (Urk. 10/59.1-59.4), die Untersuchung sei von technischen Schwierigkeiten beim Versuch, irgendwelche visuellen Funktionen zu objektivieren, geprägt gewesen. Dennoch lasse sich zusammenfassend feststellen, dass eine bedeutende Leitungsstörung im Bereich der Sehnerven nicht objektiviert werden können. Dies schliesse zwar eine unfallbedingte konzentrische Gesichtsfeldstörung am linken Auge nicht eindeutig aus. Die Relevanz eines solchen Befundes sei jedoch für das tägliche Leben unsicher. Die Konvergenzschwäche, möglicherweise teilweise vorbestehend, werde mittels Lesebrille mit prismatischer Kompensation behandelt, wobei der Erfolg noch ausstehend sei (Urk. 10/59.4).

3.7. In Beurteilung der Berichte von Dr. N. ___ erklärte Versicherungsmediziner Dr. med. O. ___, Facharzt für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie, mit Bericht vom 25. April 2008 (Urk. 10/77), ein Augenbefund mit einer organischen Veränderung habe dieser nicht überwiegend wahrscheinlich feststellen können. Tätigkeiten, welche kein gutes Nahsehen erforderten, seien dem Beschwerdeführer daher vollumfänglich möglich. Mangels erheblicher Konvergenzschwäche und weil das Gesichtsfeld mangels Kooperation nicht beurteilt werden können, bestehe kein Integritätsschaden.

3.8. Das MRI des Gehirns vom 27. August 2008 (Urk. 10/90.1) visualisierte ein normales, dem Alter entsprechendes Cerebrum. So waren insbesondere keine Kontusionen oder pathologische Hämosiderinablagerungen nachweisbar. Weil die Untersuchung auf Wunsch des Beschwerdeführers (zu grosser Länge) habe abgebrochen werden müssen, sei eine abschliessende Feinbeurteilung nur bedingt möglich.

3.9. Dr. B. ___ und lic. phil. C. ___, beide D. ___, nahmen am 27. und 28. August 2008 eine neuropsychologische Begutachtung vor und erstatteten am 17. September 2008 Bericht (Urk. 10/91.24-44). Sie erklärten, es habe keine standardisierte neuropsychologische Untersuchung durchgeführt werden können. Der Beschwerdeführer habe konsistent reduzierte Leistungen in sämtlichen angewendeten Verfahren gezeigt, wobei die Kooperationsbereitschaft erheblich eingeschränkt gewesen sei (Urk. 10/91.38). Den kognitiven Anforderungen habe er sich immer wieder aktiv oder passiv verweigert und sich sehr begriffsstutzig sowie deutlich verlangsamt präsentiert. Vor dem Hintergrund des Fehlens eines Substrats dieser Minderleistungen und unzureichender Motivation sei von einer Pseudodemenz auszugehen. Eine Evidenz für das Bestehen von schwerwiegenden sensorischen, motorischen oder neuropsychologischen Funktionsstörungen habe sich nicht finden lassen (Urk. 10/91.39). Aufgrund des Testprofils und der auffälligen Resultate in den Symptomvalidierungsverfahren hätten sich insgesamt Hinweise ergeben, dass die zum Teil schweren Minderleistungen keine authentischen neuropsychologischen Beeinträchtigungen darstellten, sondern auch motivationelle Einflüsse eine leistungsprägende Rolle spielten, wobei es sich nicht um eine bewusste Aggravation oder gar Simulation handeln müsse. Es sei auch denkbar, dass die Leistungs- und Kooperationsfähigkeit des Beschwerdeführers im Rahmen einer schweren psychischen Symptomatik herabgesetzt sei. Zur Klärung dieser Frage sei daher eine psychiatrische Begutachtung von Nutzen. Schliesslich hielten die Experten ergänzend fest, auch eine Kumulation kritischer Lebensereignisse begünstige in der Regel eine ungünstige Krankheitsentwicklung (Urk. 10/91.40). Sie erklärten abschliessend, es sei insgesamt sehr unwahrscheinlich, dass es sich bei den gefundenen Minderleistungen um manifeste organisch bedingte Funktionsbeeinträchtigungen handle. Viel eher seien diese in Zusammenhang mit einer psychischen Störung zu sehen (Urk. 10/91.41). Aus neuropsychologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Hilfsmonteur (Urk. 10/91.43).

3.10. Am 26. September 2008 erstattete Dr. E. ___ ein neurologisches Gutachten (Urk. 10/91.1-91.23) mit interdisziplinärer Beurteilung unter Einbezug des neuropsychologischen Gutachtens des D. ___ (vgl. Erw. 3.9), wobei er, wie auch schon Dr. B. ___ und lic. phil. C. ___ zuvor (Urk. 10/91.44), Zusatzfragen der Invalidenversicherungen beantwortete. Dem Neurologen gegenüber beklagte der Beschwerdeführer einen ständigen Kopfschmerz, welcher sich den Angaben des Gutachters zufolge wie ein

chronischer Spannungskopfschmerz präsentierte. Weil der Blutspiegel der verordneten Medikamente jedoch unterhalb der Nachweisgrenze lag, erachtete es Dr. E. ___ als zweifelhaft, dass überhaupt eine beeinträchtigende Kopfschmerzproblematik bestehe. Der klinisch-neurologische Befund zeigte sodann keine relevanten Defizite, und einer detaillierten Prüfung der Sensomotorik stand ein durchweg unkooperatives Verhalten des Beschwerdeführers gegenüber (Urk. 10/91.17). Dr. E. ___ schloss eine strukturelle traumatische Läsion des Gehirns aus (Urk. 10/91.18) und hielt dafür, unter Berücksichtigung des natürlichen Heilungsverlaufes sei bezüglich der unfallkausalen Diagnose einer leichten traumatischen Hirnverletzung (MTBI) spätestens nach einem Jahr von dem Erreichen des Status quo ante auszugehen. Ebenso seien hinsichtlich der Bohrlochtrepanation keine über einen Zeitraum von einem Jahr hinausgehende Beschwerden zu erklären, nachdem eine strukturelle Läsion anhand der aktuellen MR-Bildgebung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen sei (Urk. 10/91.20). Sowohl aus neurologischer als auch aus neuropsychologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/91.21).

3.11 Schliesslich wurde der Beschwerdeführer am 14. und 21. September 2009 von Dr. F. ___ und Prof. Dr. G. ___ psychiatrisch begutachtet (Expertise vom 2. Dezember 2009, Urk. 10/116.1-116.39). Sie notierten, dass, nachdem die Untersuchung des Beschwerdeführers zunächst flüssiger vonstatten gegangen sei, im Zeitpunkt der Fragestellung nach dem psychopathologischen Befund zu Orientierung und Gedächtnis eine deutliche Erschwerung der Auffassung und Verminderung der Leistung eingesetzt habe (Urk. 10/116.21). Der Beschwerdeführer habe schwerste kognitive Einschränkungen gezeigt und multiple körperliche Beschwerden angegeben (Urk. 10/116.27), während gestützt auf die Untersuchungsbefunde das Vorliegen eines schweren depressiven Syndroms ebenso habe ausgeschlossen werden können (Urk. 10/116.28) wie auch eine posttraumatische Belastungsstörung (Urk. 10/116.29) oder Somatisierungsstörung (Urk. 10/116.30). Die anlässlich der Begutachtung gezeigten psychischen und körperlichen Symptome seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht durch eine Erkrankung aus dem psychiatrischen Fachgebiet zu erklären (Urk. 10/116.30). Demgegenüber sei eine negative Antwortverzerrung überwiegend wahrscheinlich, wobei aufgrund der übertriebenen Beschwerdedarstellung nicht ausgeschlossen werden könne, ob gegebenenfalls eine diskrete psychische Symptomatik - welche die Arbeitsfähigkeit aber ohnehin nicht in Frage stellen würde (Urk. 10/116.28) - vorhanden sei (Urk. 10/116.32). Zusammenfassend hielten die Gutachterinnen fest, eine psychische Störung könne nicht diagnostiziert werden, weshalb davon auszugehen sei, dass die Beschwerdeschilderung durch unfallfremde Faktoren ausgeformt sei (Urk. 10/116.34). Mithin liege auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht vor (Urk. 10/116.36).

3.12 Dr. med. P. ___, Assistenzärztin für Psychotherapie, FA für Dermatologie und Venerologie FMH, und Dr. phil. Q. ___, klinischer Psychologe und Supervisor, beide I. ___, diagnostizierten mit Bericht vom 18. August 2010 (Urk. 13) als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine (1) mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), ein (2) chronisches subdurales Hämatom frontoparietal links sowie eine (3) ausgeprägte Sinusarrhythmie mit Bradykardie. Sie erklärten, der Beschwerdeführer leide an deutlichem Schwindel, Konzentrationsstörungen und Kraftlosigkeit, was die bisherige als auch jede angepasste Tätigkeit verunmögliche, weshalb Invalidität vorliege.

3.13. Mit Bericht vom 30. Mai 2011 (Urk. 15/1) bestätigten die Ärzte des J. die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.10). Sie berichteten, es bestünden deutliche körperliche Einschränkungen, weil der Beschwerdeführer an starken Körperschmerzen mit Chronifizierungstendenzen leide. Zusätzlich liege eine depressive Stimmung vor. Der Beschwerdeführer könne sich kaum konzentrieren und habe keinen Antrieb und zu wenig Energie, um etwas auszuführen. Während des stationären Aufenthaltes vom 4. Februar bis zum 10. März 2011 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Aus ihrer Sicht sei es eher unmöglich, dass der Beschwerdeführer je wieder arbeiten könne, wobei sich zur weiteren Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit eine Nachfrage beim ambulanten Nachbehandler empfehle.

E. 4

4.1. Der Beschwerdeführer wurde umfassenden, spezialärztlichen Abklärungen unterzogen, ohne dass sich eine Ursache für seine vielfältigen Beschwerden hätte finden lassen. So zeigte sich sein Gehirn - mit Ausnahme der beiden Bohrlöcher - altersentsprechend und ohne irgendwelche Pathologien (Erw. 3.1, 3.8). Für die vom Beschwerdeführer präsentierte teilweise schweren Minderleistungen fehlte aus neuropsychologischer Sicht ein Substrat, so dass die Experten des D. in Anbetracht der unzureichenden Motivation des Beschwerdeführers den Verdacht einer Pseudodemenz nannten (Erw. 3.9). Ebenso wenig vermochte die klinisch-neurologische Untersuchung einen Hinweis auf eine strukturelle traumatische Läsion des Gehirns zu liefern, weshalb der Neurologe Dr. E. eine Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit aus neurologischer sowie aus neuropsychologischer Sicht verneinte und den Status quo ante in Bezug auf eine allfällig stattgefunden leichte Hirnverletzung und etwaige Folgen der Bohrlochtrepanation spätestens nach einem Jahr als eingetreten bezeichnete (Erw. 3.10). Nach eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers kamen Dr. F. und Prof. Dr. G. schliesslich zur Einsicht, die anlässlich der Begutachtung gezeigten psychischen und körperlichen Symptome seien nicht durch eine Erkrankung aus dem psychiatrischen Fachgebiet zu erklären, womit auch aus dieser Sicht eine Arbeitsunfähigkeit nicht bestehe (Erw. 3.11). Mit Blick auf die genannten Gutachten, welche den Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (Erw. 2.3) vollumfänglich gerecht werden, erhellt, dass eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht (mehr) zu begründen ist. Soweit Dr. M. eine Tätigkeit, welche hohe Ansprüche an das Gleichgewichtssystem stelle, als nicht mehr zumutbar erachtet (Erw. 3.4) und die Ärzte der Rehaklinik A. die bisherige Tätigkeit für nicht mehr möglich gehalten hatten (Erw. 3.5), fehlt es diesen Einschätzungen angesichts des durchwegs unkooperativen sowie inkonsistenten Verhaltens des Beschwerdeführers (vorzeitiger Abbruch von Untersuchungen [Erw. 3.8], erheblich eingeschränkte Kooperation [Erw. 3.5, 3.9, 3.10, Urk. 10/91.33], auffällige Diskrepanzen [Urk. 10/116.31], Blutspiegel des Schmerzmittels unter der Nachweisgrenze [Erw. 3.10], Beschwerdeführer verbringt den ganzen Tag mit Fernsehen trotz der geklagten Doppelbilder [Urk. 10/91.11], deutliche Erschwerung der Auffassung im Zeitpunkt der Fragestellung nach dem psychopathologischen Befund [Erw. 3.11]) sowie vor dem Hintergrund der Diagnose der negativen Antwortverzerrung (Erw. 3.11) an einer nachvollziehbaren Begründung. Es ist mithin darauf abzustellen, dass der Beschwerdeführer spätestens ein Jahr nach dem fraglichen Unfallereignis wieder uneingeschränkt arbeitsfähig war.

4.2. Hieran vermögen die nachträglich eingereichten Berichte (Erw. 3.12-3.13) nichts zu ändern. Die anlässlich der erneuten Untersuchungen geklagten Beschwerden waren allesamt bereits aktenkundig und fanden denn auch Berücksichtigung im Rahmen der von der Beschwerdegegnerin angeordneten und durchgeführten psychiatrischen Begutachtung. Anhaltspunkte dafür, dass nicht auf diese umfassende Abklärung abzustellen wäre, ergeben sich nicht. Im Weiteren findet sich in den genannten Berichten keinerlei Auseinandersetzung mit den Vorakten, weshalb ihnen bereits aus dieser Sicht kein Beweiswert zukommt (Erw. 2.3). Dass der Beschwerdeführer alles unternimmt, um seine subjektiv empfundene Arbeitsunfähigkeit darzulegen, ist offenkundig, vermag aber das ausführliche und sorgfältig erstellte Gutachten der Dres. F. und Prof. G., welche eine psychiatrische Erkrankung klar vereinen (Erw. 3.11), nicht zu erschüttern. Im Übrigen handelt es sich bei einer depressiven Episode definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden (Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F): Klinisch diagnostische Leitlinien, 7. Aufl., 2010, S. 149 ff.), dem es am Krankheitscharakter fehlt (vgl. auch Urteil des Bundesgericht vom 26. Januar 2007, I 510/06, E. 6.3). Von der Einschätzung der Beschwerdegegnerin abzuweichen, besteht damit unter keinem Titel Anlass.

4.3. Selbst wenn aber die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Sinne des Vorgenannten (Erw. 4.1) auf eine angepasste Tätigkeit eingeschränkt wäre, führte dies zu keinem anderen Resultat, wäre doch, wie nachfolgend gezeigt, der adäquate Kausalzusammenhang allfällig noch bestehender Unfallfolgen mit dem sich am 27. April 2005 zugetragenem Unfallereignis ohne Weiteres zu verneinen.

Fest steht, dass ein organisches Korrelat für die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden sich nicht finden liess, was zur sinngemässen Anwendung der zum Schleudertrauma entwickelten Rechtsprechung führt (BGE 117 V 369 f. E. 4b). Den Angaben des Beschwerdeführers zufolge (Urk. 10/1) - ein amtliches Dokument ist mangels Beizug der Polizei nicht verfügbar - wurde er mit Faustschlägen niedergestreckt, was unter Berücksichtigung des Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften sowie mit Blick auf die Rechtsprechung (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2009, 8C_825/2008, E. 4.2) als mittelschweres Unfallereignis einzustufen ist. Damit ist die adäquate Kausalität allfälliger unfallbedingter Beschwerden mit dem Unfallereignis nur zu bejahen, wenn ein einzelnes praxisgemässes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise gegeben ist oder verschiedene Kriterien in gehäuft oder auffälliger Weise erfüllt sind. Weder ist dem Traktieren mit Faustschlägen eine besondere Eindringlichkeit eigen, noch finden sich Hinweise für eine fortgesetzt spezifisch belastende ärztliche Behandlung oder erhebliche Komplikationen. Eine ärztliche Fehlbehandlung ist ebenfalls nicht ersichtlich. Angesichts des unkooperativen und inkonsistenten Verhaltens des Beschwerdeführers (vgl. Erw. 4.1) sowie der Diagnose der negativen Antwortverzerrung (Erw. 3.11) ist weder von glaubhaften - und damit erheblichen - Beschwerden auszugehen, noch kann unter diesen Umständen das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen als erfüllt gelten. Ob schliesslich das Kriterium der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung erfüllt wäre, kann offen bleiben. Jedenfalls wäre dieses höchstens in nicht ausgeprägter Weise gegeben, war das subdurale Hämatom doch einer komplikationslosen Operation zugänglich (Erw. 3.1).

