

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00211 vom 25. Januar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-01-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2010.00211](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00211)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00211 du 25 janvier 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00211 del 25 gennaio 2012

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) noch nicht abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario).

Ist sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

1.2 Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV]). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

### E. 1.3

1.3.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406

E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltungs beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

1.3.2.1.1 Diese Beweisgrundsätze gelten ohne Weiteres auch in Fällen mit Schleuderverletzungen der Halswirbelsäule, Schädelhirntraumata und äquivalenten Verletzungen. Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsumschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 359 E. 4b).

#### E. 1.4

1.4.1.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

1.4.2.1 Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

1.4.3.1 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 Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 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 Eindrücklichkeit 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 Bundesgericht 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 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/aa und 367 E. 6a).

1.4.4 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 369 f. E. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 E. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2; ferner BGE 134 V 109 E. 10.2 f.).

1.5 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 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

## E. 2

2.1. Die Beschwerdegegnerin verneinte ihre Leistungspflicht (abgesehen von der ausgerichteten Integritätsentschädigung von 15 % für die Anosmie) im Wesentlichen gestützt auf das eingeholte interdisziplinäre Gutachten der Dres. C., D. und E. vom 21. Oktober 2009 (Urk. 12/81-112). Daraus und aus den übrigen medizinischen Akten ergebe sich, dass die gesundheitlichen Probleme (Hirnparenchymschaden), die zur ab 2009 aufgetretenen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt hätten, nur möglicherweise auf das Unfallereignis vom 28. August 1999 zurückgeführt werden könnten. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei diese Arbeitsunfähigkeit durch die chronische und erhebliche langjährige Alkoholabhängigkeit des Beschwerdeführers hervorgerufen worden. Das genannte Gutachten sei schlüssig und nachvollziehbar; es erfülle die von der höchststrichterlichen Rechtsprechung an ein solches Gutachten gestellten Anforderungen; es sei regelkonform und unter Wahrung der Parteirechte des Beschwerdeführers eingeholt worden. Die vom Beschwerdeführer geübte Kritik an der Gutachterstelle und insbesondere an Dr. C. sei unbegründet (Urk. 2, 11, 24 und 33).

2.2. Demgegenüber liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen vortragen, das Gutachten der Dres. C., D. und E. sei nicht verwertbar, weil es in Verletzung von Art. 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) eingeholt worden sei. Es sei ihm vorgängig bloss die Gutachtensstelle, nicht aber die einzelnen Gutachter namentlich genannt worden. Auch von seinem Ablehnungsrecht habe man ihm nicht Kenntnis gegeben. Schliesslich sei er auch nicht darüber informiert worden, über was die Begutachtung erfolgen werde. Die Gutachtensstelle, die Q., und deren Gutachter seien zudem nicht unabhängig, bestehe doch ein wirtschaftliches Abhängigkeitsverhältnis zwischen der Q. und der Beschwerdegegnerin, die regelmässig Gutachtaufträge an die Q. ver gebe. Das Gutachten sei tendenziös und polemisch abgefasst worden, um die Alkoholabhängigkeit des Beschwerdeführers als alleinige Ursache des heutigen Gesundheitszustandes zu etablieren. Die Gutachter seien zudem als einseitig versicherungsfreundlich bekannt. Aber auch inhaltlich sei das Gutachten nicht überzeugend. Vielmehr sei davon auszugehen, dass nach wie vor die vom Sturz stammenden Gesundheitsverletzungen im Gehirn die vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen verursachten (neuropsychologische Defizite, Anosmie, Tinnitus, Hörverlust links, Hohlhand). Letztere werde im Gutachten als Hinweis auf eine residuelle zentrale Parese, passend zur bildgebend nachgewiesenen frontalen Hirnschädigung, beurteilt. Es lasse sich somit organisch nachvollziehen, dass immer noch geschädigte Hirnbereiche vorhanden seien, welche die neurologische Störungen erklärten. Auch der langjährige Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. B., gehe von einem posttraumatischen Anteil an der kognitiven Beeinträchtigung aus. Das Gutachten der Q. sei nicht schlüssig und beruhe in weiten Teilen auf unbelegten Annahmen, Widersprüchen und unrichtigen Behauptungen. Tatsache sei etwa, dass sich die Anosmie trotz positiver Prognose nicht zurückgebildet habe. Zudem seien auch noch die genannten weiteren Gesundheitsbeeinträchtigungen vorhanden. Die Mängel, unter der der Beschwerdeführer leide, habe sich über die Jahre stetig entwickelt. Das habe auch sein Arbeitgeber bemerkt. Die Behauptung, dass der Alkoholkonsum vom Beschwerdeführer und dessen Chef bagatellisiert werde, sei eine unbestätigte Vermutung der Gutachter, die ihrerseits die Hirnverletzung bagatellisierten, was sie als befangen erscheinen lasse. Unzulässigerweise seien die Gutachter von einer folgenlosen Ausheilung der Beschwerden des Unfalls vom 28. August 1999 per 3. Januar 2000

ausgegangen. Die Aussage, dass bei richtiger Betrachtung heute auch ohne den Unfall und nur wegen des Alkohols der exakt gleiche Gesundheitszustand vorläge, sei auch für Laien als offensichtlich falsch erkennbar. Die Hauptargumentation der Gutachter und der Beschwerdegegnerin, wonach zwar eine erhebliche hirnrorganische Pathologie vorliege, sie aber ab 3. Januar 2000 klinisch stumm gewesen sei, weil sie vom übrigen gesunden Hirngewebe gut kompensiert worden sei, überzeuge nicht, denn - selbst wenn dies zuträfe - läge zumindest eine Teilkausalität vor, wenn das gesunde Hirngewebe im Laufe der Zeit nicht mehr zu dieser Kompensation fähig wäre. Aber bereits die Annahme, dass der Beschwerdeführer mehr als acht Jahre beschwerdefrei gewesen sei, stimme nicht. Er habe auch während dieser Zeit unter Beschwerden (insbesondere vermehrter Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Tinnitus und Anosmie) gelitten. Schliesslich sei darauf hinzuweisen, dass es in der Zwischenzeit im Rahmen eines invalidenversicherungsrechtlichen Verfahrens gestützt auf die Schadensminderungspflicht des Beschwerdeführers zu einem geringen Alkoholkonsum gekommen sei, der bis heute problemlos gewesen sei und durch regelmässige Blutkontrollen überprüft werde (Urk. 1, 17, 26 und 30).

### E. 3

3.1 Strittig und zu präzisieren ist, ob zwischen den vom Beschwerdeführer geklagten und im Sinne eines Rückfalls gemeldeten Gesundheitsbeeinträchtigungen und dem Unfallereignis vom 28. August 1999 ein natürlicher (und gegebenenfalls auch ein adäquater) Kausalzusammenhang besteht oder ob diese Gesundheitsbeeinträchtigungen auf unfallfremde Faktoren zurückzuführen sind. Die beim Beschwerdeführer vorliegende Anosmie beziehungsweise die dafür ausgerichtete Integritätsentschädigung von 15 % ist nicht Gegenstand des vorliegenden Prozesses. Die Höhe dieser Integritätsentschädigung wurde vom Beschwerdeführer - soweit ersichtlich - nicht in Zweifel gezogen.

### E. 3.2

3.2.1 Aus dem Bericht von Dr. med. F. \_\_\_ vom Bezirksspital A. \_\_\_ vom 29. August 1999 (Urk. 12/9) geht hervor, dass der Beschwerdeführer nach dem Konsum von etwa zwei Flaschen Weisswein zwei Mal gestürzt sei: Anschliessend Blutung aus dem Ohr links. Immer ansprechbar. Keine Bewusstlosigkeit. Amnesie nicht sicher beurteilbar bei Status nach massivem Alkoholkonsum.

Klinikdirektor Prof. Dr. med. G. \_\_\_ und Dr. med. H. \_\_\_ vom I. \_\_\_ diagnostizierten am 14. September 1999 eine Commotio cerebri mit ausgeprägter frontaler Kontusionsblutung sowie eine Rissquetschwunde parietal mit Pyramidenlängsfraktur links. Die neurologische Überwachung sei unauffällig verlaufen. Im Schädels-Computertomogramm zeige sich ein rückläufiger Befund. Aufgrund der Pyramidenlängsfraktur mit Hirnverminderung links sei ein ORL-Konsilium erfolgt, das aber keine Auffälligkeiten ergeben habe (Urk. 12/10).

Im Anschluss an die computertomographische Untersuchung vom 29. September 1999 konnten Assistenzarzt Dr. med. J. \_\_\_ und Oberarzt Dr. med. K. \_\_\_ vom I. \_\_\_ folgenden Befund festhalten: Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 3.9.99 nun vollständige Regredienz des subduralen Hämatoms fronto-parietal links. Des Weiteren Regredienz der Kontusionsblutung frontal links. Keine Zunahme der Ventrikelgrösse.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Oberarzt PD Dr. med. L.\_\_\_\_ und AssistenzÄrztin Dr. med. M.\_\_\_\_ vom I.\_\_\_\_ fÄ¼hrten in ihrem Bericht vom 19. Januar 2000 (Urk. 12/14-15) aus, dass sich vier Monate nach dem erlittenen Schädelhirntrauma ein guter Verlauf zeige. Anamnestisch und neurologisch klinisch persistiere eine Anosmie sowie eine leichte Hörstörung beidseits (Pfeifen). Der Beschwerdeführer klagte zudem Ä¼ber eine leichte Hörminderung links gegenÄ¼ber rechts sowie eine leicht vermehrte Ermüdbarkeit. BezÄ¼glich der Anosmie sei eine Erholung in den nÄ¼chsten zwei Jahren noch mÄ¼glich. BezÄ¼glich des Pfeifens in den Ohren sei die Prognose gut. Es lÄ¼gen keine Hinweise fÄ¼r anfallsartige Ereignisse im Sinne von epileptischen AnfÄ¼llen vor; es fehlten auch epilepsiespezifische Potentiale, so dass diesbezÄ¼glich keine Therapie erforderlich sei. Das Auftreten einer posttraumatischen Epilepsie sei aber in den nÄ¼chsten Jahren nicht ausgeschlossen. Man habe den Beschwerdeführer ab 3. Januar 2000 zu 100 % arbeitsfÄ¼hig geschrieben. Die Behandlung werde abgeschlossen. Kontrollen seien nur bei Bedarf nÄ¼tig.

3.2.2Ä Ä Dr. med. N.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH fÄ¼r Neurologie, diagnostizierte am 10. September 2008 progrediente kognitive Defizite bei jahrelangem massivem Äthylabusus (Kombination Äthylbedingter Defizite mit im Vordergrund stehendem MerkfÄ¼higkeitsdefizit und depressiven VerstimmungszustÄ¼nden?). Die Ätiologie dieser kognitiven Defizite sei komplex. Im Vordergrund stehe seines Erachtens der jahrzehntelange massive Äthylabusus, der meistens zu kognitiven Defiziten unterschiedlicher PrÄ¼gung fÄ¼hre. Unter anderem sei fast immer die MerkfÄ¼higkeit, das heisse das verbale und nicht-verbale KurzzeitgedÄ¼chtnis betroffen, was von vielen Autoren auf einen Thiaminmangel zurÄ¼ckgefÄ¼hrt werde, der bei einem so massiven jahrzehntelangen Äthylabusus fast obligat sei. Wahrscheinlich bestehe beim Beschwerdeführer bei arterieller Hypertonie bereits auch eine beginnende subkortikale vaskulÄ¼re Enzephalopathie (Urk. 12/64).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Psychologin O.\_\_\_\_ und Dr. med. P.\_\_\_\_ Äußerten sich am 16. Oktober 2008 zu den Ergebnissen ihrer Untersuchungen folgendermassen: Es habe sich eine anterograde Amnesie, eine Verminderung der Frontalhirnleistung mit Schwierigkeiten im Planen, konzeptuellen Denken und Umstellen, eine psychomotorische Verlangsamung und eine BeeintrÄ¼chtigung der Aufmerksamkeit gezeigt. Lokalisatorisch entsprÄ¼chen diese Befunde Minderfunktionen fronto-temporo-mesialer Areale. Aetiologisch seien diese StÄ¼rungen primÄ¼r auf den Unfall von 1999 zurÄ¼ckzufÄ¼hren und durch den Aethylabusus verstÄ¼rkt worden. Durch metabolisch-toxische Faktoren sei es im Verlauf zur Dekompensation vorbestehender kognitiver Defizite gekommen, die zur zunehmenden Einschränkung der LeistungsfÄ¼higkeit des Beschwerdeführers fÄ¼hrten. Die traumatische SchÄ¼digung, insbesondere die frontalen Kontusionen, kÄ¼nnten

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä ihrerseits die Impulskontrolle schwÄ¼chen und wÄ¼rden deshalb als Risikofaktor fÄ¼r die Entwicklung eines Suchtverhaltens (Ä¼bermÄ¼ssiger Aethylkonsum) gelten (Urk. 12/24-25).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Dres. C.\_\_\_\_, D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ erhoben in ihrem Gutachten vom 21. Oktober 2009 (Urk. 12/81-112) folgende unfallbedingte Diagnosen: Status nach Schädelhirn-Trauma bei Sturz in alkoholisiertem Zustand am 28. August 1999 mit/bei anamnestisch fortbestehender Anosmie sowie MR-tomographisch nachweisbaren Hirnparenchymläsionen (beidseitig fronto-basale posttraumatische Parenchymdefekte, links mehr als rechts, beidseitige Parenchymdefekte temporal, wiederum links mehr als

rechts) im Sinne eines klinisch stummen Befundes. Daneben werden noch folgende unfallunabhängigen Diagnosen aufgeführt: Abhängigkeitssyndrom von Alkohol mit ständigem Substanzgebrauch, Lungenfunktionsstörung und Lungenemphysem bei chronischem und fortgesetztem Nikotinkonsum sowie einen Status nach lumbo-spondylogem Syndrom mit nachgewiesenen Bandscheibenalterationen L4/5 links und L3/4 medial ohne radikuläre Ausfallerscheinungen und aktuell nur geringen Beschwerden. Der Beschwerdeführer habe am 28. August 1999 bei einem Sturz in alkoholisiertem Zustand ein Schädelhirn-Trauma erlitten mit initial nachweisbarer frontaler Kontusionsblutung und einem fronto-parietalem subduralem Hämatom links. Das Subduralhämatom habe sich im weiteren Verlauf vollständig zurückgebildet, und auch die frontalen Kontusionsblutungen regredierten. Abgesehen von einer Anosmie hätten keine weiteren neurologischen Ausfallerscheinungen bestanden. Der Beschwerdeführer habe im Januar 2000 seine Arbeit wieder voll aufgenommen. In der Folge sei es - was die Aufzeichnungen des Hausarztes belegten - während mehr als acht Jahren zu keinen unfallbedingten Behandlungen, Abklärungen oder Arbeitsunfähigkeiten gekommen. Unbestrittenmassen hätten im Schädel-MRI vom November 2008 Parenchymdefekte festgestellt werden können, die schon nach dem Unfall vom 28. August 1999 nachweisbar gewesen und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallbedingt seien. Angesichts des Verlaufs mit Behandlungsabschluss im Januar 2000, gleichzeitiger vollständiger Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und der mehr als acht Jahre dauernden Symptom- und Beschwerdefreiheit erscheine es sehr unwahrscheinlich, dass die aktuellen Probleme beziehungsweise die hirnorganische Persönlichkeitsveränderung unfallbedingt seien. Viel wahrscheinlicher sei es, dass nach dem Schädelhirn-Trauma vom 28. August 1999 innerhalb weniger Monate eine Wiederherstellung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Der mittels MRI erbrachte Nachweis weiterhin bestehender traumatischer Hirnparenchymdefekte sei für sich allein genommen kein Beleg einer seit dem Unfall bestehenden funktionellen Störung, weil eine entsprechende Klinik zwischen 2000 und 2008 vollkommen fehle. Es gebe in der Literatur eindrückliche Beispiele erheblicher hirnorganischer Pathologien, die klinisch stumm seien, weil sie vom übrigen gesunden Hirngewebe gut kompensiert würden. Davon sei im vorliegenden Fall auszugehen. Davon ausgenommen sei die anamnestisch weiterhin bestehende Anosmie, die unfallbedingt sei, für die Frage der Leistungsfähigkeit aber nicht von Bedeutung sei. Der vorliegende Verlauf könne nicht mit dem Unfallereignis vom 28. August 1999 erklärt werden. Hingegen sei der Verlauf typisch für einen Zustand nach langjährigem und erheblichem Alkoholmissbrauch. Die Ursachen des Alkoholmissbrauchs hätten in der psychiatrischen Exploration nicht eruiert werden können; auch die Akten erwiesen sich insoweit nicht als weiterführend. Gegen die von Dr. P. \_\_\_ vertretene Hypothese einer Verursachung der Alkoholabhängigkeit durch die beim Sturz vom 28. August 1999 erlittene Hirnverletzung spreche nur schon der Umstand, dass der Beschwerdeführer bereits davor Alkoholabusus betrieben habe. Zudem seien frontale Hirnschädigungen nicht zwingend für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. In den fünfziger Jahren seien nämlich Patienten mit schwerer Alkoholabhängigkeit gelegentlich dadurch behandelt worden, dass chirurgisch gezielte Läsionen im Bereich des Frontalhirns herbeigeführt worden seien. Man sehe, dass der Zusammenhang zwischen frontaler Hirnschädigung und Alkoholabhängigkeit nicht so einfach sei, wie dies Dr. P. \_\_\_ vertrete. Würde man somit hinsichtlich der aktuellen erheblichen psychischen und leichten intellektuellen Alterationen des Beschwerdeführers

das Schädelhirn-Trauma vom 28. August 1999 und die langjährige Alkoholabhängigkeit gegeneinander ab, so würden eindeutig mehr Argumente dafür sprechen, dass der aktuelle Zustand überwiegende Folge der Alkoholabhängigkeit sei. Erschwert werde die psycho-physische Leistungsminderung zusätzlich durch die schwere Lungenfunktionsstörung, was Folge des jahrelangen und massiven Nikotinabusus sein dürfte. Selbst eine Teilkausalität des Unfalls vom 28. August 1999 sei nicht überwiegend wahrscheinlich, wenn man die rasch danach eingetretene Erholung und die jahrelange gute zerebrale Funktionsfähigkeit des Beschwerdeführers ohne dokumentierte Beschwerden und/oder Behandlungen berücksichtige. Es müsse davon ausgegangen werden, dass hinsichtlich des erlittenen Unfalls im Januar 2000 der Endzustand erreicht worden sei und sich dieser unfallbedingt nicht weiter verschlimmert habe. Verschlimmert hätten sich hingegen nachweislich die alkoholtoxischen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers (zunehmende Störungen des peripheren und zentralen Nervensystems im Sinne einer wahrscheinlichen alkoholbedingten Enzephalopathie sowie zunehmende Persönlichkeitsveränderungen). Betreffend Integritätseinbusse führten die Gutachter aus, dass ihres Erachtens einzig die erlittene Anosmie einen Integritätsschaden im Sinne der UVG darstelle. Dieser betrage 15 %. Beim MR-tomographisch nachgewiesenen traumatischen Hirnparenchymschaden handle es sich um eine klinisch stumme Beeinträchtigung, die nicht als Integritätsschaden angesehen werden könne.

Prof. Dr. phil. Q. und Dr. P. nahmen in ihrem Bericht vom 30. April 2010 (Urk. 12/139a) Stellung zur Diskrepanz zwischen der Beurteilung der Psychologin O. und Dr. P. vom 16. Oktober 2008 (Urk. 12/24-25) und dem Gutachten der Dres. C., D. und E. vom 21. Oktober 2009 (Urk. 12/81-112): Die Verlaufsuntersuchung zeige ein zur ersten Untersuchung unverändertes Ausfallmuster mit anterograder Gedächtnisstörung, vermindertem konzeptuellem Denken und kognitivem Umstellen, Beeinträchtigung der geteilten Aufmerksamkeit, eine psychomotorische Verlangsamung sowie ein leicht joviales und dissimulierendes Verhalten. Im Vergleich zur letzten Untersuchung lasse sich eine Progredienz der neuropsychologischen Defizite, insbesondere in der Aufmerksamkeit, dem Gedächtnis und dem konzeptuellen Denken feststellen. Durch die Dokumentation des Verlaufs und die medizinischen Unterlagen (die anlässlich der Erstuntersuchung nicht zur Verfügung gestanden hätten) lasse sich der etiologische Zusammenhang nun herstellen: In Übereinstimmung mit den Gutachtern der Q. stehe eine Alkohyltoxische Ursache im Vordergrund. Dabei sei aber zu beachten, dass das 1999 erlittene Schädelhirn-Trauma mit Stirnkontusion die verminderte Verhaltenskontrolle und die fehlende Einsicht in den schädigenden Alkoholkonsum (typisch für frontobasale Läsionen) mitverursacht habe und ein erlittenes Schädelhirn-Trauma zusätzlich einen zerebralen Abbau beschleunige. Unter Berücksichtigung der Anosmie, die residuelle Folge der frontobasalen Kontusionen sei, müsse das erlittene Schädelhirn-Trauma als symptomatisch beurteilt werden.

3.3 Soweit der Beschwerdeführer die Auffassung vertreten liess, das Gutachten der Q. sei nicht verwertbar, weil die Beschwerdegegnerin Art. 44 ATSG verletzt habe, da ihm vorgängig lediglich die Gutachtensstelle, nicht jedoch die einzelnen Gutachter genannt worden seien, kann ihm nicht gefolgt werden. Spätestens als der Beschwerdeführer das Schreiben der Q. vom 4. September 2009 (Urk. 12/47) erhalten hatte, war für ihn erkennbar, dass die Begutachtung von den Dres. C., E. und

D.\_\_\_\_ durchgeföhrt werden soll. Hätte er triftige Gründe gegen die Gutachter oder einzelne von ihnen gehabt, hätte er diese Einwendungen vorgängig zur Untersuchung vortragen können. Auch das Vorbringen, dass ihm nicht bekannt gewesen sei, was denn Thema der Begutachtung hätte sein sollen, ist nicht stichhaltig. Zum einen war offensichtlich, dass es um die Frage ging, ob aus medizinischer Sicht noch Unfallrestfolgen vorliegen und wie sich diese gegebenenfalls auswirken würden. Und zum anderen wurde ihm mitgeteilt, dass ein interdisziplinäres Gutachten eingeholt werde (vgl. Urk. 12/42). Spätestens als der Beschwerdeführer das Schreiben der Q.\_\_\_\_ vom 4. September 2009 (Urk. 12/47) erhalten hatte, war überdies klar, dass sein Gesundheitszustand aus neuropsychologischer, psychiatrischer und neurologischer Sicht beurteilt werden soll.

Der Beschwerdeführer liess weiter geltend machen, dass zwischen der Q.\_\_\_\_ beziehungsweise deren Gutachtern und der Beschwerdegegnerin wirtschaftliches Abhängigkeitsverhältnis bestehe, weil die Beschwerdegegnerin regelmässig Gutachtaufträge an die Q.\_\_\_\_ ver gebe, weshalb diese nicht als unabhängig betrachtet werden können. Hinsichtlich dieser geltend gemachten wirtschaftlichen Abhängigkeit ist festzuhalten, dass eine ausgedehnte Gutachtertätigkeit für die Sozialversicherungsträger nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts keinen Befangenheitsgrund darstellt. Daran hat das Bundesgericht trotz gelegentlich in Rechtsschriften und in der Literatur vorgebrachter Kritik, wer dem Versicherungsträger wirtschaftlich nahe stehe, können nicht unparteiisch sein, festgehalten (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_900/2009 vom 18. März 2010, E. 2.1 mit Hinweisen auf SVR 2009 UV Nr. 32 S. 111, 8C\_509/2008, und SVR 2008 IV Nr. 22 S. 69, 9C\_67/2007). Etwas Gegenteiliges ergibt sich auch aufgrund des Urteils des EGMR in Sachen Sara Lind Eggertsdattir gegen Island vom 5. Juli 2007 Nr. 31930/04 (vgl. Urk. 4/1/1 S. 4) nicht (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C\_134/2009 vom 5. August 2009, E. 2.4 mit Hinweisen, BGE 135 V 465 E. 4.4).

Für eine Befangenheit der einzelnen Gutachter fehlt es überdies an konkreten Anhaltspunkten. Insbesondere trifft der Vorwurf des Beschwerdeführers, wonach das Gutachten tendenziös und polemisch abgefasst worden sei, um die Alkoholabhängigkeit als einzige Ursache des heutigen Gesundheitszustandes zu etablieren, nicht zu. Diesbezüglich ist insbesondere auch darauf hinzuweisen, dass die Alkoholabhängigkeit beziehungsweise der Alkoholabusus nicht nur im Gutachten der Q.\_\_\_\_, sondern in zahlreichen weiteren Aktenstücken thematisiert wird (vgl. etwa Urk. 12/24-25, 12/29, 12/63-64, 12/73-75 und 12/139a).

3.4 Aufgrund der medizinischen Akten ist erstellt, dass beim Beschwerdeführer erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigungen, die ihn in seiner Arbeits beziehungsweise Erwerbsfähigkeit einschränken, vorliegen. Darin besteht zwischen den medizinischen Experten sowie den Parteien Einigkeit. Umstritten ist jedoch, ob diese Gesundheitsbeeinträchtigungen in ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 28. August 1999 stehen oder unfallfremder Genese sind. Davon ausgenommen ist - wie bereits ausgeführt wurde (vgl. oben E. 3.1) - einzig die beim Beschwerdeführer vorliegende Anosmie, die von der Beschwerdegegnerin als unfallbedingt anerkannt wurde und wofür eine Integritätsentschädigung von 15 % zugesprochen wurde. Diese Integritätsentschädigung steht zu Recht ausser Streit.

Aus den in E. 3.2.1 wiedergegebenen Arztberichten ist ersichtlich, dass der Beschwerdeführer ab Januar 2000 wieder vollständig arbeitsfähig und keine

unfallbedingte Behandlung mehr notwendig war. Auch aus der Aufstellung des Hausarztes des Beschwerdeführers, Dr. B. \_\_\_\_, über die Konsultationen von 1999 bis 2009 (Urk. 12/75) ergibt sich, dass der Beschwerdeführer während vielen Jahren nicht über unfallbedingte Beschwerden geklagt hat, und zwar obwohl er Dr. B. \_\_\_\_, ziemlich häufig aus anderen Gründen konsultierte. Mit den Gutachtern der Q. \_\_\_\_, ist daraus zu schliessen, dass - soweit ausschliesslich potentielle Unfallrestfolgen zur Diskussion stehen - offensichtlich ein beschwerdefreies Intervall von vielen Jahren vorliegt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sowie sich die involvierten medizinischen Experten und Expertinnen zur Kausalitätsfrage geäussert haben, gehen ihre Beurteilungen in einem streitentscheidenden Punkt auseinander. Während die Q. \_\_\_\_, -Gutachter, die Dres. C. \_\_\_\_, D. \_\_\_\_, und E. \_\_\_\_, der Auffassung waren, dass die gesundheitlichen Probleme, deretwegen die Arbeits- beziehungsweise die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers eingeschränkt ist, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Alkoholabhängigkeitssyndrom zurückzuführen sei und nicht mit dem Unfallereignis vom 28. August 1999 in Zusammenhang stehe, vertraten die Neuropsychologen Prof. Dr. Q. \_\_\_\_, und O. \_\_\_\_, sowie Dr. P. \_\_\_\_, die Ansicht, dass dem Unfall doch eine Mitbeteiligung zukomme. Zwar stehe - wie Prof. Dr. Q. \_\_\_\_, und Dr. P. \_\_\_\_, in ihrem Bericht vom 30. April 2010 (Urk. 12/139a) einräumten - in Übereinstimmung mit den Gutachtern der Q. \_\_\_\_, eine äthyloxische Ursache im Vordergrund, das 1999 erlittene Schädelhirn-Trauma habe aber die verminderte Verhaltenskontrolle und die fehlende Einsicht in den schädigenden Alkoholkonsum mitverursacht. Hinzu komme, dass ein Schädelhirn-Trauma einen zerebralen Abbau beschleunige. Die Dres. C. \_\_\_\_, D. \_\_\_\_, und E. \_\_\_\_, hielten diesen Zusammenhang allerdings nicht für plausibel: Dagegen spreche nur schon der Umstand, dass der Beschwerdeführer bereits vor dem erlittenen Unfall Alkoholabusus betrieben habe. Zudem seien frontale Hirnschädigungen nicht zwingend erforderlich für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. Würde man somit hinsichtlich der aktuellen erheblichen psychischen und leichten intellektuellen Alterationen des Beschwerdeführers das Schädelhirn-Trauma vom 28. August 1999 und die langjährige Alkoholabhängigkeit gegeneinander ab, so würden eindeutig mehr Argumente dafür sprechen, dass der aktuelle Zustand überwiegende Folge der Alkoholabhängigkeit sei. Erschwert werde die psycho-physische Leistungsminderung zusätzlich durch die schwere Lungenfunktionsstörung, was Folge des jahrelangen und massiven Nikotinabusus sein dürfte. Selbst eine Teilkausalität des Unfalls vom 28. August 1999 sei angesichts der raschen Erholung, der jahrelangen guten zerebralen Funktionsfähigkeit und der Beschwerdelosigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich. Es müsse deshalb vielmehr davon ausgegangen werden, dass hinsichtlich des erlittenen Unfalls im Januar 2000 der Endzustand erreicht worden sei und sich dieser unfallbedingt nicht weiter verschlimmert habe. Verschlimmert hätten sich hingegen nachweislich die alkoholtoxischen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers (zunehmende Störungen des peripheren und zentralen Nervensystems im Sinne einer wahrscheinlichen äthylbedingten Enzephalopathie sowie zunehmende Persönlichkeitsveränderungen). Diese Einschätzung, die im Wesentlichen und im Ergebnis auch von Dr. N. \_\_\_\_, nach dessen Auffassung, bei der Ätiologie der kognitiven Defizite der jahrzehntelange Äthylabusus im Vordergrund stehe (Urk. 12/64), geteilt wird, erscheint nach Abwägung aller Argumente einleuchtender und nachvollziehbarer als diejenige, die im Unfallereignis vom 28. August 1999 eine Mitursache der vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen zu erkennen glaubt. Angesichts der schnellen Genesung,

der langjährig vollen Arbeitsfähigkeit und des sehr langen beschwerdefreien Intervalls ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit und gestützt auf das widerspruchsfreie und nachvollziehbare Gutachten der Dres. C., D. und E. davon auszugehen, dass zwischen dem Unfall vom 28. August 1999 und den nunmehr geklagten Gesundheitsbeeinträchtigungen (abgesehen von der Anosmie sowie dem bildgebend nachgewiesenen, aber klinisch stummen und sich somit nicht auswirkenden Hirnparenchymschaden) kein natürlicher Kausalzusammenhang besteht.

3.5 Aber selbst wenn man im Sinne einer reinen Arbeitshypothese einen solchen natürlichen Kausalzusammenhang als gegeben voraussetzt, wäre das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abzuweisen, weil in diesem Fall das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zu verneinen wäre.

Beim Unfall vom 28. August 1999 handelte es sich gemäss der vorliegenden Aktenlage um einen mittelschweren Unfall (vgl. dazu etwa Urk. 12/1, 12/5 und 12/9). Der Beschwerdeführer stürzte in alkoholisiertem Zustand und schlug seinen Hinterkopf an. Ob es sich dabei um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen oder um einen mittelschweren Unfall im engeren Sinn gehandelt hat, kann aufgrund der Akten nicht beurteilt werden, spielt aber für die Beurteilung der Adäquanz keine entscheidende Rolle, da diese in jedem Fall zu verneinen ist. Der Unfall vom 28. August 1999 war nämlich weder besonders dramatisch noch eindrücklich. Die Verletzungen waren nicht schwer und auch nicht von besonderer Art. Die ärztliche Behandlung war nicht belastend; die Beschwerden können - auch angesichts der raschen Heilung - nicht als erheblich qualifiziert werden. Anzeichen für eine ärztliche Fehlbehandlung liegen nicht vor. Der Heilungsverlauf war nicht schwierig; Komplikationen traten nicht auf. Auch das Kriterium erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen ist nicht gegeben. Demzufolge ist die Adäquanz zu verneinen.

Daraus folgt, dass die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin - selbst wenn die Auffassung von Dr. P., wonach zwischen dem erlittenen Unfall einerseits und der Alkoholabhängigkeit und den nunmehr vorliegenden funktionalen Gesundheitsbeeinträchtigungen andererseits ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe, zutreffend sein sollte - in Bezug auf die kein organisches Substrat aufweisenden Gesundheitsstörungen mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs zu verneinen wären.

3.6 Auch soweit der Beschwerdeführer - zusätzlich zur bereits für die Anosmie zugesprochenen Integritätsentschädigung von 15 % - die Ausrichtung weiterer Integritätsentschädigungen für die erlittene Schädelhirn-Verletzung, den Tinnitus und den Hörverlust geltend machen liess, erweist sich die Beschwerde als unbegründet. Zum einen ist der Hirnparenchymschaden gemäss den Gutachtern der Q. klinisch stumm, weshalb er zu keiner (funktionalen) Integritätsseinbusse führt. Zum anderen besteht zwischen dem geklagten Ohrbeschwerden (Tinnitus und Hörminderung) und dem Unfallereignis vom 28. August 1999 kein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang.

3.7 Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerde abzuweisen ist, weil weder ein natürlicher noch ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 28. August 1999 und den geklagten Beschwerden gegeben ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Rolf Thoma

- Fiskussprecher Renata W. Schleifer

- Bundesamt für Gesundheit

4. 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.