

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00163 vom 13. Juli 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-07-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2011.00163](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00163)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00163 du 13 juillet 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00163 del 13 luglio 2012

## Erwägungen

### E. 2

2.1 In materieller Hinsicht streitig ist die Leistungseinstellung per 30. April 2005. Im Urteil vom 29. Juni 2007 im Verfahren UV.2006.00030 wurden die anwendbaren Bestimmungen über den Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG) sowie die Grundsätze über den für die Leistungspflicht des Unfallversicherers nebst anderem vorausgesetzten natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang - im allgemeinen und bei psychischer Beeinträchtigung - zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 mit Hinweisen, 125 V 456 E. 5a, 115 V 135 E. 4b und 7, 120 V 352 E. 5b/aa) unter den Erwägungen 2.1 bis 2.4 bereits dargelegt. Darauf wird verwiesen. Gleiches gilt für die Ausführungen zu Rückfällen und Spätfolgen (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung, UVV; BGE 123 V 137 E. 3a) sowie zur unter Erwägung 2.6 dargelegten Rechtsprechung zum Beweiswert medizinischer Gutachten.

2.2 In dem Urteil vom 29. Juni 2007 im Verfahren UV.2006.00030 kam das Gericht in Würdigung der medizinischen Akten zusammengefasst zum Schluss, dass diese in der Beurteilung der Auswirkungen und des Vorliegens eines relevanten organischen Substrats an der 1993 verletzten linken Hand erheblich divergieren. Insgesamt wurden zwar die Beurteilungen von Dr. G. (Urk. 10/ZM 14) und Dr. C. (Urk. 10/ZM30), welche auf eine organische Ursache im Sinne eines Schmerzsyndroms mit nervlicher Beteiligung schlossen, aufgrund der sorgfältigeren Befunderhebungen als überzeugender erachtet als die Einschätzungen von Dr. H., Dr. I. und Dr. Z., welche allesamt die erhobenen Befunde nicht als schwerwiegend und die geklagten Beschwerden nicht erklärend erachteten. Dennoch kam das Gericht zum Schluss, dass letztlich weder auf die Beurteilung von Dr. C. noch auf diejenige von Dr. G. abgestellt werden könne, da sich beide nicht in befriedigender Weise mit dem Beschwerdeverlauf und dessen Zusammenhang mit dem diagnostizierten Schmerzsyndrom auseinandersetzen.

Insgesamt wurde unter Würdigung der Akten sowie unter Berücksichtigung der divergierenden anamnestischen Angaben gefolgert, dass sich der Zustand der linken Hand seit November 2002 verschlechtert habe und angesichts der Hinweise auf eine mögliche psychische Problematik im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer somatoformen Schmerzstörung sowie der häufig anzutreffenden psychischen Wechselwirkung bei komplexem regionalem Schmerzsyndromen der Ausschluss jeglicher psychischen Störung durch Dr. C. nicht überzeuge. Eine überzeugende psychiatrische Beurteilung wurde gerade angesichts des Beschwerdeverlaufs mit der Verschlechterung nach mehreren Jahren, den dazwischen liegenden Unfällen und der im Raum stehenden Diagnose eines komplexen regionalen

Schmerzsyndroms Typ (CRPS) II als unabdingbar erachtet. Die Sache wurde zur einlässlichen psychiatrischen Abklärung und ergänzenden handchirurgisch/orthopädischen Untersuchung zurückgewiesen, wobei neben der Abklärung einer allfälligen psychischen Störung, deren Zusammenhang mit dem Unfall und den übrigen Unfällen auch eine Stellungnahme zum erheblichen Zeitintervall bis zur Verschlechterung des Zustandes der linken Hand und der erneuten Arbeitsunfähigkeit als notwendig erachtet wurde (Erwägung 4.2 und 4.3 im Urteil UV.2006.00030).

### E. 3

3.1 Im Rahmen der Begutachtung im E. \_\_\_ wurde der Beschwerdeführer handchirurgisch, chirurgisch/traumatologisch, neuropsychiatrisch und neurologisch untersucht. In der zusammenfassenden Beurteilung (Urk. 10/ZM38 S. 53 f.) kamen die beteiligten Gutachter zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer ein Status nach Quetschtrauma der linken Hand nach einem Arbeitsunfall vom 2. Dezember 1993 mit/bei multiplen Riss-Quetschwunden dorsal und volar an der linken Hand und Weichteilquetschung ohne wesentliche strukturelle Läsionen vorliege. Nach der Narbenrevision und der Tenolyse der Beugesehne Dig III an der linken Hand vom 31. August 1994 sei der Fall auf Beurteilung des behandelnden Chirurgen hin per Ende 1994, genauer per Ende September 1994, abgeschlossen worden.

Im Rahmen der Begutachtung hätten die involvierten Begutachter keine erheblichen organischen unfallkausalen Residuen finden können. Es persistiere ein Streckausfall des Dig III im proximalen Interphalangealgelenk von knapp 30°, am ehesten narbenbedingt. Daneben zeigten sich feine, reizlose Vernarbungen nach Riss-Quetschwunden und nach chirurgischen Interventionen volar und dorsal an der linken Hand, insgesamt weder funktionell noch kosmetisch störend. Die Trochik der Hand sei seitengleich unauffällig. Der Beschwerdeführer äussere subjektiv Restbeschwerden an der linken oberen Extremität mit Schwäche, Missempfindungen und Sensibilitätsstörungen, so dass er sich als faktisch einarmig fühle. Diese subjektiven Klagen zeigten kein objektiv nachweisbares Korrelat. Es lägen aktuell auch keine objektivierbaren neurologischen Defizite vor. Aus somatischer Sicht wurden Einschränkungen, die eine volle Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nicht zuliessen, verneint.

Gemäss eingeholten Informationen der behandelnden psychiatrischen Institutionen liege seit Jahren eine komplexe psychische Problematik vor. Gegenwärtig bestehe am ehesten eine depressive Störung in mittelgradiger Ausprägung; differenzialdiagnostisch sei an eine schleichend verlaufende psychotische Störung aus dem schizophrenen Formenkreis zu denken oder an eine Wesensveränderung insbesondere aufgrund des Konsums von psychotropen Substanzen. Eine traumatisch ausgelöste psychische Problematik ausgehend vom Unfall vom 2. Dezember 1993 sei dagegen nicht überwiegend wahrscheinlich. Im Rahmen der neuropsychiatrischen und psychosomatisch-schmerzmedizinischen Beurteilung wurde in eingehender Auseinandersetzung mit dem Verlauf ausgeführt, dass der Unfall vom 2. Dezember 1993 hätte geeignet sein können, einerseits Schmerzen im Sinne eines CRPS, andererseits psychische Beschwerden in Form einer posttraumatischen Belastungsreaktion im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung nach sich zu ziehen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Jedoch sei die Dokumentation im anfänglichen Verlauf nicht hinweisend auf eine entsprechende Entwicklung. Weder fanden sich Komplikationen, die zu Störungen im Sinne eines CRPS führen könnten, noch seien Elemente einer posttraumatischen Belastungsreaktion aufgeführt. Im Besonderen wurde darauf hingewiesen, dass ein CRPS ein sehr schmerzhaftes Beschwerdebild darstelle und zu massiven Limitierungen führen könnte, worauf die Aktenlage angesichts der achtjährigen Arbeitstätigkeit in insbesondere manuell belastenden Berufen nicht schliessen lasse.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Betreffend der posttraumatischen Belastungsstörung sei darauf hinzuweisen, dass diese sich insbesondere in der Anfangsphase durch äusserst bedrückende Symptome charakterisiere, weshalb kaum vorstellbar sei, dass hierzu in den ärztlichen Unterlagen keine Dokumentationen zu finden wären. Die verfügbare Aktenlage betreffend die initiale Entwicklung enthalte während immerhin 8 Jahren weder Hinweise auf ein chronisches Schmerzbild, welches für ein CRPS spreche, noch auf psychische Beschwerden. Das Nichterwähnen von psychischen Symptomen lange im Verlauf nach dem Unfall vom Dezember 1993 spreche dafür, dass eine solche Störung nicht nachweisbar sei. Ob eine posttraumatische Belastungsstörung Jahre nach einem Trauma überhaupt auftreten könne, sei gemäss der wissenschaftlichen Literatur fragwürdig. Auch gebe der Beschwerdeführer aktuell bezüglich der einer posttraumatischen Belastungsstörung zuzurechnenden Symptome lediglich Alpträume an. Des Weiteren sei zu berücksichtigen, dass bei einem exzessiven Konsum von Cannabis, wie ihn der Beschwerdeführer seit dem 21. Altersjahr betreibe, sowohl Angststörungen als auch andere Formen von schweren psychischen Störungen bis hin zu Psychosen auftreten könnten. Aufgrund aller verfügbaren Informationen erscheine es am wahrscheinlichsten, dass die angegebenen psychischen Symptome einschliesslich jener, welche differentialdiagnostisch zu einer posttraumatischen Belastungsstörung gehören könnten, mindestens überwiegend auf den langen Cannabiskonsum zurückzuführen seien und nicht überwiegend wahrscheinlich als eine Folge des Unfalls vom Dezember 1993 beurteilt werden könnten. Die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers, der zur Zeit in einer geschätzten Werkstatt untergebracht sei, was dafür spreche, dass er in der freien Wirtschaft gegenwärtig nicht vermittelbar sei, sei in erster Linie psychisch bedingt und auf unfallfremde Faktoren zurückzuführen (Urk. 10/ZM38 S. 49 ff. und S. 53 ff.).

3.2 Ä Ä Ä Ä Gemäss Bericht der F. \_\_\_ der N. \_\_\_ vom 13. Juni 2008, wo der Beschwerdeführer vom 7. bis 13. Juni 2008 aufgrund einer FFE-Zuweisung stationär behandelt worden war, schilderte der Beschwerdeführer anamnestisch, dass ihn das Bild des Unfalls vom 3. Dezember 1993, bei welchem seine Hand mehr als eine Stunde in der Maschine eingeklemmt gewesen sei, für Jahre verfolgt habe und immer wieder Alpträume aufgetreten seien. Eine zeitnahe psychotherapeutische Behandlung habe er nicht erhalten. Seitdem habe er nur noch eine mangelhafte Kontrolle über die Hand, Schwierigkeiten, eine Arbeit zu finden, und eine wechselhafte Stimmung mit depressiven Symptomen. Eine erste psychiatrische Hospitalisation in der J. \_\_\_ im September 2007 wegen der Trennung von der Partnerin habe zur Diagnose einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen geführt. Suchtanamnestisch wurde 1 Joint pro Tag erwähnt. Die diagnostische Beurteilung lautete auf eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1),

und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1).

Vom 19. bis 27. November 2008 und vom 9. Dezember 2008 bis 7. Januar 2009 war der Beschwerdeführer erneut in der Klinik F.\_\_\_\_ hospitalisiert. Zugewiesen zur letzten Hospitalisation wurde er gemäss Bericht vom 16. Januar 2008 (richtig: 16. Januar 2009) zur Abklärung eines schizophrenen Prodromalstadiums. Anamnese und Befund hätten aktuell keine Hinweise auf ein solches ergeben. Denkbar sei aber, dass es im Rahmen des Cannabisabusus zu temporären psychotischen Symptomen gekommen sei. Während des stationären Verlaufs hätten sich überwiegend depressive Symptome gezeigt; zudem habe er Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung wie zum Beispiel Schlafstörungen mit Alpträumen gezeigt. Vordergrundig sei es auch die soziale Situation, mit welcher der Beschwerdeführer nicht zufrieden sei. Die zuständigen Ärztinnen erachteten eine psychotherapeutische Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung als angezeigt und überwiesen den Beschwerdeführer an die K.\_\_\_\_, ebenfalls eine Institution der N.\_\_\_\_ (Urk. 30/69/11 ff.).

Gemäss Traumaanamnese im Vorgespräch zur geplanten stationären Traumatherapie in der K.\_\_\_\_ vom 23. Januar 2009 wurde der Beschwerdeführer von seiner Mutter viel geschlagen, im 14. Lebensjahr sei er Zeuge der Erschiessung eines Kollegen gewesen. Ausserdem gebe der Beschwerdeführer an, dass zwischen seinem 11. und 13. Lebensjahr "etwas passiert" sei, er selbst vermute eine sexualisierte Gewalterfahrung. Als er 18 Jahre gewesen sei, habe sich ein naher Kollege von ihm suizidiert. Im Jahr 1993 habe er sich im Rahmen einer Schnupperlehre seine linke Hand in einer Maschine gequetscht. Er habe damals 1 Stunde lang mit der eingeklemmten Hand in der Maschine verharren müssen, bis ihn die Feuerwehr befreit habe. Während dieser Zeit habe er keine Schmerzen verspürt, er sei unter Schock gestanden. Das Fleisch von seiner Hand sei an der Maschine geklebt. Damals sei erstmalig ein hypnoseartiger Zustand aufgetreten, dieser trete bis dato wiederholt auf beim Anblick einer Maschine. Seither sei es ihm unmöglich, an Maschinen zu arbeiten. Im Psychostatus wurden bezüglich der traumatischen Erlebnisse Alpträume, intrusive visuelle und auch olfaktorische Erinnerungen, eine erhebliche konstruktive Symptomatik, eine Hypervigilanz sowie eine erhöhte Schreckhaftigkeit festgestellt.

Die Beurteilung beschränkte sich auf eine Auseinandersetzung mit dem Kriterienkatalog für eine posttraumatische Belastungsstörung gemäss dem Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen DSM-IV (vgl. Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV-TR - Textrevision -, hrsg. American Psychiatry Association, 10. Ausgabe, 2003, S. 515 ff.) und führte zur Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung mit phasenweise mittelgradiger depressiver Komorbidität (ICD-10 F. 43.1). Unter dem Kriterium A wurden zwei Vorfälle angeführt, nämlich der schwere Unfall mit Verletzung der linken Hand und einstündigem Schockzustand im Jahr 1993 und derjenige, als er Zeuge beim Erschiessen eines Kollegen gewesen sei (Urk. 30/69/8).

Diese Diagnose wurde sodann vom Y.\_\_\_\_, wo der Beschwerdeführer seit 2. Oktober 2007 in Behandlung stand, im Bericht vom 9. März 2009 mit der zusätzlichen Diagnose "Schädlicher Gebrauch von Cannabis" (ICD-10 F12.1) übernommen. Der Schwerpunkt der Behandlung sei bisher auf Kriseninterventionen und der Therapie der depressiven Symptomatik gelegen. Das Vorliegen eines schizophrenen

Prodroms sei diskutiert, jedoch in der Spezialstation zur Früherkennung von schizophrenen Erkrankungen nicht bestärkt worden (Urk. 30/9-16).

Im Austrittsbericht der K. zum Aufenthalt vom 24. Juni bis 15. September 2009 lautete die Austrittsdiagnose auf eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung mit phasenweise schwerer depressiver und sozialphobischer Komorbidität. Die Traumaanamnese fand insofern eine Erweiterung, als der Beschwerdeführer erklärt habe, sein Vater sei spielsüchtig gewesen, was die Mutter stark belastet habe. Zudem seien seine beiden Brüder bevorzugt worden; er und seine Schwester hätten sich als Aussenseiter der Familie gefühlt. Entwurzelung und damit zusammenhängende Vereinsamung schienen ein wichtiges traumatisches Erlebnis gewesen zu sein. Weiter erklärte der Beschwerdeführer nunmehr, sein Bruder habe ihn sexuell missbraucht und der Ehemann seiner Schwester habe ihm einmal den Kiefer gebrochen und ihn auch sonst oft geschlagen. Der Therapieverlauf habe sich mittelgradig erfolgreich gezeigt. Zwei Urinproben seien positiv auf THC (Hauptwirkstoff von Cannabis) getestet worden. Im gleichen Zeitraum sei auch eine Dokumentenfälschung ans Licht gekommen; der Beschwerdeführer habe sozialdienstliche Formulare gefälscht, um mehr Geld zu erhalten. Auch wenn insgesamt eine Teilremission unter anderem der sozialphobischen und der dissoziativen Symptomatik festzustellen sei, bestehe weiterhin ein dringender Therapiebedarf aufgrund der noch immer vorhandenen PTBS-Symptomatik (Urk. 30/120/7ff.).

3.3 Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Beschwerdeführer sodann am 19. Mai 2011 von Dr. med. M., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, exploriert. Seine Beurteilung führte zu den Diagnosen einer chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung (DD: andauernde Persönlichkeitsveränderung, ICD-10 F62.0), einer gemischten Angststörung mit sozialphobischen, agoraphobischen und paroxysmalen Anfällen und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradig depressive Episode, vor dem Hintergrund akzentuierter (selbstunsicherer, ängstlich-vermeidender) Persönlichkeitszüge (U73.1 nach ICD-10, DD: ICD-10 F61.0). Die posttraumatische Störung sei eine wahrscheinliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse in einem Ausmass, wie sie der Beschwerdeführer im Rahmen seiner Handverletzung erlitten habe, wobei nicht nur die Ausübung körperlicher oder seelischer Gewalt als solche krankheitsauslösend sei, sondern vielmehr das daraus resultierende Gefühl von Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins mit einer Erschütterung des Selbst- und "Weltverständnis".

Das Störungsbild sei sehr komplex, mittlerweile langandauernd und hinsichtlich des Beschwerdekerns fixiert. Es bestehe eine komorbide posttraumatische, depressiv-ängstliche Symptomatik vor dem Hintergrund akzentuierter Persönlichkeitszüge bei geringen kognitiven Bewältigungsmöglichkeiten. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer für jede Tätigkeit in der freien Wirtschaft zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 30/130).

#### **E. 4**

4.1 Bei der Würdigung der medizinischen Akten ist im Lichte der Systematik des Urteils im Verfahren UV.2006.00030 vom 29. Juni 2007 zunächst zu klären, ob sich gestützt auf das Gutachten des E. die offenen Fragen im Zusammenhang mit der Schmerzproblematik an der linken Hand klären lassen, mithin ob ein relevantes

organisches Substrat im Sinne eines Schmerzsyndroms mit nervlicher Beteiligung vorliegt (vgl. dazu insbesondere E. 4.1 und 4.2 im oben erwähnten Urteil). Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers überzeugt das Gutachten des E.\_\_\_\_ im Lichte der höchststrichterlichen Rechtsprechung zum Beweiswert medizinischer Gutachten diesbezüglich (E. 2.6 im oben zitierten Urteil) durchaus. So basiert es nicht nur auf allseitigen Untersuchungen (handchirurgisch, chirurgisch/traumatologisch, neurologisch) und eingehender Aktenkenntnis, sondern auch auf ausführlichen anamnestischen Erhebungen. Insbesondere aber findet sich eine eingehende Auseinandersetzung mit dem Verlauf der Beschwerden und deren Dokumentierung.

So überzeugt die Beurteilung, wonach es sich bei einem CRPS regelmässig um ein sehr schmerzhaftes Beschwerdebild handle und gerade bei manuellen Tätigkeiten, wie sie der Beschwerdeführer nach dem Unfall während 8 Jahren ausgeübt habe, eine besondere Schmerzhaftigkeit hätte auffallen müssen. Zutreffend wurde in diesem Zusammenhang unter anderem auf diverse medizinische Akten der SUVA zu den Unfällen aus den Jahren 2000 und 2001 verwiesen, welchen keine Hinweise auf eine relevante Handproblematik zu entnehmen sind (Urk. 10/ZM38 S. 50 f., zitiert in E. 3.2 im Urteil UV.2006.00030).

Die handchirurgische Abklärung führte zwar zu vergleichbaren Befunden (Urk. 10/ZM38 S. 42 f.) wie diejenige von Dr. C.\_\_\_\_ aus dem Jahre 2003 (Urk. 10/ZM30 S. 5 f.). Im Gutachten des E.\_\_\_\_ wurde aber letztlich eine organische Genese der erhobenen Befunde unter Berücksichtigung des dargelegten Verlaufs verneint, respektive als nicht eindeutig feststellbar beurteilt. Einzige klar zuordenbare und objektivierbare Unfallfolge aus handchirurgischer Sicht sei das Extensionsdefizit im PIP-Gelenk am Dig. III.

Des Weiteren lassen auch die neurologischen Befunde des E.\_\_\_\_ nicht auf das Vorliegen einer Schmerzproblematik mit nervlicher Beteiligung schliessen. Die neurologische Untersuchung (Urk. 10/ZM38 S. 39 f.) zeigte zwar eine Hypästhesie für Berührung palmar an den ulnaren vier Fingern und an der Palma manus sowie - wenn auch nicht konsistent - am Unterarm. Weder die Schmerzen an der linken Hand noch die sensomotorischen Beeinträchtigungen konnten jedoch neurologisch objektiviert werden. Aufgrund der multiplen Operationsnarben an der linken Hand schien eine Hyposensibilität der Palma manus denkbar. Sowohl die Schonhaltung als auch die gezeigte Flexion und Extension der Finger wurden aber inkonsistent beurteilt, die Schmerzausstrahlung nach proximal entlang des ganzen Armes bis zum Kopf organisch nicht vorstellbar und formal einer Migräne entsprechend. Die Beurteilung, wonach eine relevante Schädigung insgesamt nicht dokumentiert werde, deckt sich im Ergebnis mit derjenigen von Dr. H.\_\_\_\_ vom 8. Januar 2003 (Urk. 10/ZM19) und bezieht, anders als die Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_, den jahrelangen Verlauf wie auch die psychische Dekompensation mit ein, was überzeugt.

Folglich ist auf die diesbezüglichen Schlussfolgerungen des E.\_\_\_\_, wonach der Endzustand bezüglich der somatischen Unfallfolgen per Oktober 1994 grundsätzlich erreicht gewesen sei und seither aus somatischer Sicht keine wesentliche Änderung eingetreten sei, abzustellen. Überwiegend wahrscheinlich erscheint damit auch, dass dem Beschwerdeführer, welcher seit Ende 1994 über Jahre diversen körperlichen Hilfsarbeiten nachgegangen ist, unter Ausschluss der psychischen Probleme grundsätzlich alle Arbeiten zu 100 % und zwar seit Oktober 1994 zumutbar sind, sofern

nicht schwerste manuelle Tätigkeiten mit Gewichtsbelastungen über 25 Kilogramm in Frage stehen (vgl. dazu Urk. 10/ZM38 S. 49).

4.2 Unmissverständlich zu entnehmen ist den medizinischen Akten, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers laufend und massgeblich verschlechtert hat und dass er gegenwärtig nicht in der freien Wirtschaft vermittelbar ist. Zwischen den Parteien im Streite steht in diesem Zusammenhang insbesondere, ob der Beschwerdeführer an einer mit dem Unfall vom 2. Dezember 1993 in natürl. kausalem Zusammenhang stehenden posttraumatischen Belastungsstörung leidet. Die nach dem Urteil im Verfahren UV.2006.00030 eingeholten respektive zu den Akten genommenen fachärztlichen Meinungen hierzu teilen sich klar in zwei Lager. Einzig die zuständigen Fachpersonen des E.\_\_\_\_ schlossen das Vorliegen einer posttraumatischen Störung aus. Sämtliche beteiligten Institutionen der N.\_\_\_\_ wie auch Dr. M.\_\_\_\_ stellten dagegen die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung unter Bejahung des entsprechenden syndromalen Störungsbildes.

Auch in diesem Zusammenhang zeigt die Würdigung der medizinischen Unterlagen, dass einzig dem Gutachten des E.\_\_\_\_ eine eingehende Auseinandersetzung mit der Aktenlage und dem Verlauf zu entnehmen ist, was angesichts des Umstandes, dass gemäss den diagnostischen Leitlinien des ICD-10 Kapitel V eine posttraumatische Belastungsstörung nur dann diagnostiziert werden soll, wenn sie innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist, und den medizinischen Akten erstmals im Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2002 ein Hinweis auf eine allfällige posttraumatische Problematik zu entnehmen ist (Urk. 10/ZM12), durchaus beachtlich ist.

Eine "wahrscheinliche" Diagnose kann zwar auch dann gestellt werden, wenn der Abstand zwischen dem Ereignis und dem Beginn der Störung mehr als 6 Monate beträgt. Dies setzt aber voraus, dass die klinischen Merkmale typisch sind und dass keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden kann (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 7. Auflage, Bern 2010, S. 184). Sowohl die Kliniken der N.\_\_\_\_ als auch Dr. M.\_\_\_\_ diagnostizierten aber neben der posttraumatischen Störung depressive Störungen unterschiedlichen Grades, letzterer zudem eine gemischte Angststörung mit sozialphobischen, agoraphobischen und paroxysmalen Anfällen (Urk. 30/130 S. 15), was die Diagnose einer mit Latenz aufgetretenen posttraumatischen Belastungsstörung in Frage stellt. Letztlich nicht abschliessend beurteilbar ist angesichts der widersprüchlichen Aktenlage die Relevanz des Cannabiskonsums wie auch die Relevanz der zahlreichen übrigen vom Beschwerdeführer anamnestisch erwähnten traumatischen Erlebnisse.

Nichts desto trotz kann bei der gegebenen Aktenlage nicht einzig gestützt auf die Beurteilung des E.\_\_\_\_ ausgeschlossen werden, dass der Beschwerdeführer an einer zumindest teilweise auf den Unfall vom 2. Dezember 1993 zurückzuführenden posttraumatischen Störung leidet. Hierfür präsentieren sich die vom E.\_\_\_\_ abweichenden ärztlichen Beurteilungen in Bezug auf die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung als zu kongruent.

Letztlich kann die Frage, ob eine zumindest teilweise auf den versicherten Unfall zurückzuführende posttraumatische Störung gemäss ICD-10



beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemäße Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

Bei Unfällen, die dem mittelschweren Bereich im engeren Sinn zuzuordnen sind, kann die Adäquanz nur bejaht werden, wenn zumindest drei der sieben Kriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (BGE 115 V 333 E. 6c/bb; SVR 2010 UV Nr. 25 S. 100 E. 4.5 [8C\_897/2009]; Urteil des Bundesgerichts 8C\_935/2009 vom 29. März 2010 E. 4.1.3).

## E. 5.5

5.5.1. Gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/aa ist vorab zu prüfen, ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit des Unfalles vorliegen. Der Beschwerdeführer lässt hierzu ausführen, dass der Unfall vom 2. Dezember 1993 mehr als dramatisch gewesen und als eigentlicher Horrorunfall zu betrachten sei (Urk. 22 S. 3). Die Beschwerdegegnerin sprach dem Unfall eine gewisse

Eindrücklichkeit nicht ab, stellte sich aber implizit auf den Standpunkt, dass nicht von einer besonderen Dramatik oder Eindrücklichkeit auszugehen sei (Urk. 36 S. 2).

5.5.2.2 Gemäss der Schilderung im Arztzeugnis UVG des A.\_\_\_\_ vom 7. Dezember 1993 und einem weiteren Bericht vom 30. Dezember 1993 blieb die linke Hand in einer Teigverarbeitungsmaschine zwischen zwei Walzen stecken. Eine Demontage der Walze sei nicht möglich gewesen. Nach Gabe von Morphin sei die Hand zurückgedreht worden, offenbar durch die herbeigerufene Feuerwehr (Urk. 10/ZM4, vgl. auch Bericht des A.\_\_\_\_ vom 30. Dezember 1993, Urk. 30/5/5 und Urk. 30/5/5, 30/5/7). Die Arbeitgeberin bestätigte am 15. Dezember 1993 (vgl. Bestätigungsschreiben der Beschwerdegegnerin vom 16. Dezember 1993, Urk. 10/Z6), dass der Beschwerdeführer bei der Arbeit an der Maschine Rücken an Rücken zu einer ausgebildeten Bäckerin gestanden sei. Weshalb er in die Maschine gegriffen habe, sei unverst ändlich.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bis zum Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ der D.\_\_\_\_ vom 8. August 2003 finden sich in den Akten keine weiteren Schilderungen des Unfallhergangs. Im Rahmen der Anamnese erklärte der Beschwerdeführer gegenüber Dr. C.\_\_\_\_, er sei beim Unfall, welcher sich gegen Mittag ereignet habe, alleine in der Bäckerei gewesen, habe den Notfallknopf drücken müssen, um die Maschine abzustellen und erst nach längerem Rufen habe er jemanden mobilisieren können, der die Feuerwehr und die Polizei gerufen habe (Urk. 10/ZM30 S. 1 f.). Bei der Begutachtung im E.\_\_\_\_ sodann erklärte er, er habe das Kabel herausziehen können, um die Maschine zu stoppen. Anfanglich habe er keine Schmerzen gespürt und um Hilfe gerufen. Da Mittagszeit gewesen sei, habe er sicher 1 bis 1 1/2 Stunden warten müssen, bis letztlich der Chef der Bäckerei gekommen sei und versucht habe, die Rolle rückwärts zu drehen, was nicht geklärt sei. Er habe schon starke Schmerzen verspürt. Die herbeigerufene Ambulanz habe ihm eine Spritze gegeben, jedoch habe erst die Feuerwehr seine Hand befreien können. Der Unfall sei um zirka 10.00 Uhr geschehen und er sei schlussendlich um 15.00 Uhr im Spital angekommen (Urk. 10/ZM38 S. 24). Gemäss Traumaanamnese im Bericht der K.\_\_\_\_ vom 23. September 2009 sodann berichtete der Beschwerdeführer den Unfall nebst diversen andern Traumatisierungen dahingehend, dass er insgesamt 1 Stunde lang mit der eingeklemmten Hand in der Maschine habe verharren müssen, bis ihn die Feuerwehr befreit habe. Während dieser Zeit habe er keine Schmerzen verspürt, er sei unter Schock gestanden. Das Fleisch seiner Hand sei an der Maschine geklebt (Urk. 30/94/2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Vergleich der Unfallschilderungen zeigt Ungereimtheiten in Bezug auf die Anwesenheit einer Drittperson, die Dauer bis zur Befreiung und die Schmerzhaftigkeit des Vorfalles auf. Ausserdem ist eine Tendenz des Beschwerdeführers zur Dramatisierung zumindest in der Schilderung im Rahmen der Begutachtung im E.\_\_\_\_ unverkennbar.

5.5.3.2 Lässt sich ein Unfallgeschehen nicht mehr genau nachzeichnen, kann dessen grundsätzlicher Schweregrad rechtsprechungsgemäss anhand der erlittenen Verletzungen erfasst werden, also nicht wie sonst üblich anhand des Unfallgeschehens (Urteil des Bundesgerichts U 7/89 vom 31. Dezember 1991 E. 5a). Ähnlich verhält es sich mit der Grundlage für die Einschätzung der Eindrücklichkeit sowie der Dramatik der Begleitumstände (Urteil des Bundesgerichts U 319/06 vom 24. November 2006 E. 2.2.1.2). Einerseits ist die unmittelbare Lebensbedrohlichkeit des hier zu

beurteilenden Vorgangs an sich aufgrund der Art der erlittenen Verletzungen (neben dem Defekt der Beugesehnscheide des II. Fingers lediglich eine Kontusion der linken Hand mit posttraumatischem Oedem, vgl. Urk. 30/5/5) zu verneinen. Andererseits ist die Dramatik des Unfalls mit dem Einklemmtsein in der Teigwalze bis zur Befreiung durch die herbeigerufene Feuerwehr unter Berücksichtigung des jugendlichen Alters des Beschwerdeführers sicherlich geeignet, einen Schockzustand hervorzurufen. Dass damit auch eine nachhaltige psychische Traumatisierung verbunden war, kann indes nach der Lage der Akten nicht angenommen werden: In den ärztlichen Berichten ist in den Monaten und dem ersten Jahr nach dem Unfall von einem objektiv komplikationslosen Verlauf die Rede (Urk. 10/ZM5 und ZM8, 30/5/3-8). Ein erster Hinweis auf eine allfällige psychische Problematik im Sinne einer Verarbeitungsstörung des Traumas findet sich viele Jahre nach dem Unfall im Bericht von Dr. G. \_\_\_ vom 23. Dezember 2002 (Urk. 10/ZM12). Wären das Ereignis und seine Begleitumstände objektiv geeignet gewesen, originär traumatisch bedingte psychische Beschwerden auszulösen, so müsste eine psychologische oder psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit schon für einen früheren Zeitpunkt ausgewiesen gewesen sein.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä An dieser Feststellung ändert auch der Umstand nichts, dass psychische Symptome nach einem Unfall häufig erst mit einiger Verzögerung ("Latenz") auftreten. Eine solche ergibt sich typischerweise aus einer zeitlich beschränkten Kompensation beziehungsweise Verdrängung von bleibenden körperlichen Unfallfolgen. Nach einer medizinischen Lehrmeinung beginnt mitunter erst, wenn die Beschwerden nach einer mehr oder weniger langen Zeit persistieren und die Unfallfolgen ihrerseits Konsequenzen zeigen (zum Beispiel: Einbusse der Leistungsfähigkeit), eine verspätete Auseinandersetzung mit dem Ereignis und seinen Folgen, die, wenn sie nicht regelrecht abläuft, in psychische Krankheitsbilder münden kann (Jürg Haefliger/Ulrich Schnyder, Zum Phänomen der Latenz in der Psychotraumatologie, unter spezieller Berücksichtigung des Unfalltraumas, in: SZS 41/1997, S. 290 f.). Nach dieser Darstellung liegt der Latenz eine Psychodynamik zugrunde, aufgrund welcher erst nach Wegfall von gewissermassen ablenkenden Umständen eine tatsächliche Konfrontation mit gravierenden Unfallfolgen stattfindet. Demgegenüber ist die Eindringlichkeit eines Unfalls, der glücklicherweise zu keinen sehr schweren Verletzungen geführt hat, von Beginn weg manifest; auf sie passt die medizinische Erklärung für die Latenz demgemäss nicht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dem Unfall vom 3. Dezember 1993 ist im Lichte dessen zwar eine gewisse Eindringlichkeit und Dramatik nicht abzusprechen. Jedoch erfüllen diese das Kriterium nicht in einer besonders ausgeprägten Weise.

5.5.4 Ä Ä Eine schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung liegt nicht vor. Ebenso können - organisch bedingt - keine ungewöhnlich lange Dauer der medizinischen Behandlung und kein schwieriger Heilverlauf angenommen werden. Die Däbridemente und die am 31. August 1994 durchgeführte Tenolyse ändern an dieser Beurteilung nichts, konnte doch die Behandlung am 30. September 1994 bei reizlosen Narbenverhältnissen und einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ab 3. Oktober 1994 mit lediglich noch einem minimalen Extensionsdefizit als objektivierbarer Restzustand im linken Mittelfinger abgeschlossen werden (Urk. 10/ZM8). Des Weiteren fehlen Anzeichen für eine ärztliche Fehlbehandlung. Auch sind körperliche Dauerschmerzen im Lichte obiger Erwägung zu verneinen. Grad und Dauer der physisch bedingten

Arbeitsunfähigkeit von 10 Monaten mit anschliessend 100%iger Arbeitsfähigkeit erfüllen das geforderte Kriterium ebenfalls nicht, zumal der Beschwerdeführer erst im Sommer 1994 die Schule beendete.

Von den gemäss BGE 115 V 133 verlangten Kriterien ist nach dem Gesagten lediglich eines und dieses nicht in besonders ausgeprägter Weise erfüllt, was die Annahme eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 3. Dezember 1993 und der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit nicht zulässt.

Aus dem Gesagten folgt, dass die seit der Rückfallmeldung vom 5. November 2002 bestehenden behandlungsbedürftigen und die Leistungsfähigkeit einschränkenden gesundheitlichen Beschwerden in keinem rechtlich relevanten Zusammenhang mit dem versicherten Unfall vom 2. Dezember 1993 mehr stehen. Dass die Beschwerdegegnerin im Rahmen des Rückfalls Leistungen erbrachte (vgl. Urk. 10/Z42 zu Zahlungen von insgesamt Fr. 8'000.- im August 2003), ändert an dieser Beurteilung nichts, handelte es sich dabei doch um Taggeldleistungen, welche der Versicherungsträger ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund "ex nunc und pro futuro" einstellen kann, etwa mit dem Argument, es liege kein versichertes Ereignis vor (BGE 130 V 380 E. 2.3.1) oder wie hier, kein Rückfall, zumal die Beschwerdegegnerin auf eine Rückforderung der erbrachten Leistungen verzichtete (BGE 133 V 57 E. 6.8 und Urteil des Bundesgerichts 8C\_915/2008 vom 11. September 2009 E. 6).

Der angefochtene Entscheid ist damit im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

Der unentgeltliche Rechtsbeistand des Beschwerdeführers hat mit Honorarnote vom 26. Juni 2012 einen Aufwand von 19,70 Stunden geltend gemacht (Urk. 38/2). Nach Kürzung der Honorarnote um den für vier Fristverlängerungen (Urk. 11, 12, 21, 33) geltend gemachten Stundenaufwand von insgesamt 1,65 Stunden auf 18,05 Stunden resultiert beim praxisgemässen Ansatz von Fr. 200.- (zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) eine Entschädigung von Fr. 3'898.80, welche ihm aus der Gerichtskasse zu entrichten ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Matthias Horschik, Zürich, wird mit Fr. 3'898.80 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Matthias Horschik

- Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG

- 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.