

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00033

vom 18. Juni 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-06-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00033

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00033 du 18 juin 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00033 del 18 giugno 2015

Erwägungen

E. 1.1

Die massgebenden rechtlichen Grundlagen, insbesondere betreffend den Rentenanspruch (Art. 18 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung UVG) sowie das Erfordernis der natürlichen und adäquaten Kausalität wurden im Urteil des hiesigen Gerichts vom 29. Januar 2009 (Urk. 8/163) dargelegt. Darauf kann, mit nachfolgender Ergänzung, verwiesen werden.

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erheblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). 2. 2.1

Nachdem die Beschwerdegegnerin die Aufhebung der Rente in ihrem ursprünglichen Einspracheentscheid vom

E. 1.3

In der Folge holte die AXA verschiedene ärztliche Berichte ein und veranlasste eine Begutachtung des Versicherten durch die B.____, (Expertise vom 3. Februar 2011, Urk. 9/M52). Mit Verfügung vom 16. Juni 2011 (Urk. 8/263) hob die AXA die Invalidenrente

per 1. Mai 1997 auf und stellte sämtliche weiteren Leistungen per diesem Datum ein. Die dagegen am 10. Juli 2011 (Urk. 8/265) erhobene Einsprache wies sie mit Entscheid vom 9. Mai 2012 (Urk. 2/2) ab. 2.

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch seine Ehefrau, am 4. Juni 2012 (Urk. 2/1) Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, welches mit Urteil vom 22. August 2013 (Urk. 1/1) mangels örtlicher Zuständigkeit darauf nicht eintrat, die Akten nach Eintritt der Rechtskraft dem hiesigen Gericht zur Beurteilung überwies (hierorts eingegangen am 10. Dezember 2013) und das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege abwies. Mit Verfügung vom 25. Februar 2014 (Urk. 3) setzte das hiesige Gericht der AXA Frist zur Beantwortung der Beschwerde an, worauf diese am 19. Juni 2014 (Urk. 7) um Abweisung ersuchte. Mit Replik vom 13. August 2014 beantragte der Versicherte, welcher im Laufe des Gerichtsverfahrens vor dem Kantonsgericht Basel-Landschaft Advokat Markus Schmid, mit seiner Vertretung beauftragt hatte (Urk. 2/9/17-18), durch diesen die Verpflichtung der AXA, auch für die Zeit ab Mai 1997 Rentenleistungen aufgrund eines Invaliditätsgrades von mindestens 50 % zu erbringen (Urk. 24 S. 2). Die AXA erneuerte mit Duplik vom 1. Dezember 2014 ihr Begehren um Abweisung der Beschwerde (Urk. 30 S. 2), was dem Versicherten am 3. Dezember 2014 (Urk. 31) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

E. 3

1. Januar 2005 (Urk. 8/157) noch - nebst mit veränderten Verhältnissen - hauptsächlich mit dem Rückkommenstitel der Wiedererwägung begründet und von einer zweifellosen Unrichtigkeit der am 22. August 1994 (Urk. 8/38) erfolgten Zusprache einer Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 50 % ab 1. Januar 1994 ausgegangen war, führte sie im nun angefochtenen Einspracheentscheid vom 9. Mai 2012 (Urk. 2/2) unter Verweis auf das B.____-Gutachten vom 3. Februar 2011 (Urk. 9/M52) nurmehr aus, der Beschwerdeführer habe spätestens ab dem 1. Mai 1997 unter keinen auf das Ereignis vom 23. März 1991 zurückzuführenden Beeinträchtigungen mehr gelitten. Bei fehlender Organizität der geklagten Beschwerden und des nur leichten beziehungsweise bagatellären Charakters des Sturzes wäre die Adäquanz der psychischen und verhaltensmässigen Auffälligkeiten zu verneinen (S. 10 f.). 2.2

Der Beschwerdeführer sprach dem B.____-Gutachten demgegenüber – aus verschiedenen dargelegten Gründen – die Beweiskraft ab (Urk. 24 S. 12 ff.) und schloss auf das Fehlen eines Revisions- (S. 18 ff.) wie auch eines Wiedererwägungsgrundes (S. 20).

E. 3.1

Der ursprünglichen Rentenzusprache vom 22. August 1994 (Urk. 8/38) lagen im Wesentlichen die folgenden medizinischen Akten zu Grunde:

E. 3.2

Der leitende Arzt der am Unfalltag aufgesuchten radiologischen und nuclear - medizinischen Zentralabteilung des Kreiskrankenhauses C.____ berichtete am 25. Juli 1991 (Urk. 9/M4) über die radiologischen Abklärungen vom 23. März 1991 betreffend Fragestellung Hypoglykämie, differentialdiagnostisch Dämmerattacke. Er führte aus, der Herz-, Lungen- und Gefässbefund habe sich als altersentsprechend und unauffällig erwiesen. Im Bereich des knöchernen Beckens seien die Verhältnisse ebenfalls regulär

gewesen. Auch das Schädel skelett sei unauffällig und ohne Fraktur nachweis (S. 1). Der Beschwerdeführer sei am 25. März 1991 wegen allgemeiner Abgeschlagenheit, aber ohne aktuelle Ausfälle erneut zu einer Untersuchung gekommen und habe über eine unklare Bewusstlosigkeit über mehrere Stunden in der Vorgeschichte berichtet, nachdem er kurz zuvor einen Zusammenstoss mit seinen beiden Rottweiler-Hunden gehabt habe. Die computertomographischen Befunde des Schädels und des Gehirns seien indes unauffällig gewesen (S. 2 f.).

E. 3.3

Am 29. März 1994 berichtete die seit September 1991 behandelnde Neuro - psychologin Dr. phil. D.____, im Laufe der neuropsychologischen Therapie habe sich die Situation und die psychische Verfassung des Beschwerdeführers nun etwas normalisiert. Die Verlaufskontrolle vom Januar 1994 habe leichte Verbesserungen im Bereich des verbalen und figuralen Neugedächtnisses, der Merkfähigkeit und des Lernvermögens wie auch des Konzentrationsvermögens und der Umstellfähigkeit ergeben. Ermüdbarkeit und kognitive Minderleistungen im Bereich des Umstell- und Strukturierungsvermögens, der Handlungsplanung, der sprachlichen und visuell-räumlichen Merkfähigkeit seien aber immer noch deutlich erhöht. Auch bestehe noch eine erhöhte psychische Labilität mit depressiver Verstimmung. Die Befunde deuteten aus neuropsychologischer Sicht immer noch auf eine mittelschwere Hirnfunktionsstörung mit nach wie vor deutlicher Wesensveränderung hin. Erschwerend scheine ein zeitweiliger Medikamentenabusus hinzuzukommen. Die theoretische Arbeitsfähigkeit als Tierarzt und Chef der eigenen Tierklinik bemass

Dr. D.____ mit 20 bis maximal 30 % . Sie hielt dazu fest, dass der Beschwerdeführer nun seit längerem in seiner Klinik jeweils eine Stunde am Vormittag und, wenn möglich, noch eine weitere Stunde am Nachmittag arbeite. Er übernehme nur noch leichtere Arbeiten und führe beispielsweise selbst keine Operationen mehr durch. Nach einer Stunde konzentrierter Arbeit benötige er eine längere Pause, und je nach Befinden relativ viele Schmerzmittel. Oft weile er für einige Wochen in E.____, um sich zu erholen. Die Arbeitsleistung sei stark vom jeweiligen körperlichen und psychischen Befinden abhängig und dadurch sehr inkonstant, weshalb er nicht regelmässig in der Klinik eingesetzt werden könne. Ohne Mithilfe der angestellten Tierärzte und der Ehefrau, welche die Klinik heute praktisch alleine leite, wäre ein Weiterführen der Tierklinik nicht denkbar. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit in absehbarer Zeit sei nicht realistisch. Doch möchte der Beschwerdeführer dennoch versuchen, wenigstens drei Wochen im Monat in bescheidenem Rahmen zu arbeiten, wobei er dann wieder mindestens eine Woche Erholung im Ausland benötige (Urk. 9/M11).

E. 3.4

Im neurologischen Gutachten vom 24. Juni 1994 (Urk. 9/M13) fasste Dr. med. F.____, Spezialarzt für Neurologie FMH, die Angaben zum Unfallhergang in der Krankengeschichte wie folgt zusammen (S. 1 f.): Sturz am 23.03.1991 (nach Angaben des Patienten 24.03.1991), wurde bewusstlos unten an der Treppe gefunden, erinnert sich an nichts, er war ferienhalber in einem Hotel, vermutlich wurde er von seinen grossen Rottweiler Hunden umgestürzt. Zwei Wochen lang hat er diffus gesprochen. In der Folge Persönlich keitsveränderungen, greift beim Frühstück z.B. daneben. Im Spital C.____ normales CT, Entlassung nach Hause.

Dr. F.____ beurteilte die aktuellen neurologischen Befunde weitgehend als unauffällig. Das EEG hatte indes leichte unspezifische Allgemeinveränderungen vorwiegend frontal ergeben, die Hirnstammpotentiale lagen zwar noch im Normbereich, doch erwiesen sich frühe Komponenten als auffällig und die Magnetresonanztomographie hatte eine einer residuellen Veränderung entsprechende Signalvermehrung ergeben, wobei zwischen einer vaskulären und traumatischen Läsion nicht differenziert werden konnte.

Eine MRT-Untersuchung des Gehirnschädels hatte am 27. Mai 1991 eine fünf bis zehn Millimeter grosse Veränderung in der weissen Substanz links frontal ergeben (Urk. 9/M3). Dr. F.____ führte den heutigen Befund mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Treppensturz zurück und bemass die Arbeitsfähigkeit mit 50 % (Urk. 9/M12, 9/M13 S. 4 f., S. 7).

Dazu führte er aus (Urk. 9/13 S. 5 f.): Der Versicherte erlitt im März 1991 eine Contusio cerebri, diese Diagnose ist gesichert durch die längerdauernde Bewusstlosigkeit, durch die nachfolgende Verwirrtheit und auch durch die neuro-psychologisch nachgewiesenen frontalen Veränderungen und auch durch die magnetresonanztomographisch objektivierbare residuelle Veränderung. Für eine vaskuläre Affektion besteht kein Anhalt, in Zusammenhang mit der Vorgeschichte muss somit diese links-frontale Läsion als posttraumatischer Natur interpretiert werden. Der Versicherte hat zweifellos eine sogenannte Fassade, auf den ersten Blick wirkt er kerngesund, sportlich und kooperativ. Während der Befragung und Untersuchung wird klar, dass hier ein schweres Defizit besteht. Dieses Defizit wurde neuropsychologisch objektiviert. Andererseits ist eine sehr starke Wesensveränderung auffällig. Der Versicherte ist eindeutig schwer depressiv verändert und bezeichnet sich auch in dieser Richtung. Er macht auch Andeutungen, dass er sich besser fühlt, jeweils fort von zu Hause und fern der Kleintierklinik. Irgendwie hat man den Eindruck einer Midlife-crisis , wobei allerdings die objektivierbaren Befunde und der Unfall ein fassbares Substrat dafür liefern. Es ist hier in der Tat sehr schwierig auseinanderzuhalten , was vorbestehend und was unfallbedingt ist. Obwohl gewisse Diskrepanzen bestehen, wie z.B. die aktive sportliche Tätigkeit, immerhin auch Nummer 10 in der Weltrangliste ist gut, es ist kaum verständlich, dass jemand mit dieser enormen sportlichen Leistung nicht in der Lage ist, eine Kleintierklinik zu führen, man vermutet hier in der Tat andere Faktoren. In dubio pro aegroto müssen hier diese Schwierigkeiten auf das zur Diskussion stehende Unfallereignis zurückgeführt werden, in Übereinstimmung mit Frau Dr.

D.____ bezeichne ich die Höhe des Integritätsschadens auf 60 % . Als weitere Massnahme schlage ich, ebenfalls in Übereinstimmung mit der Neuropsychologin, eine psychiatrische Betreuung vor. Auf die im Bericht erwähnte Medikamentenproblematik kann ich nicht eingehen, diesbezüglich erhielt ich vom Versicherten keinerlei Angaben.

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im Rahmen der Rentenaufhebung vom 31. Januar 2005 (Urk. 8/157) unter anderem auf die im Strafverfahren eingeholten Gutachten von Dr. med. G.____ , Leitender Arzt des Forensisch-Psychiatrischen Dienstes der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, vom 26. Februar 1997 und 20. Mai 1998, deren Ergebnisse in der Ergänzung vom 18. Juni 2002 erläutert wurden (Urk. 9/M23-25). Dr. G.____ setzte sich namentlich im ersten Gutachten kritisch mit den vorangegangenen medizinischen Beurteilungen auseinander und betonte, dass die Zuordnung der bei den

neuropsychologischen Untersuchungen zutage getretenen Beeinträchtigungen der Hirnfunktionen zum Unfall von 1991 nicht sicher belegt beziehungsweise aufgrund seiner eigenen Abklärungen nicht bestätigt worden sei, zumal fremdanamnestic Angaben zu den geltend gemachten Verhaltensauffälligkeiten und Persönlichkeitsveränderungen sowie zum Unfallhergang in den Akten keinen Eingang gefunden hätten und eine psychopathologische Befunderhebung mit einer sich an den klinisch-diagnostischen Leitlinien einer deskriptiven Klassifikation orientierenden Diagnose unterblieben sei. Auch wies er darauf hin, dass die Ärzte durchwegs auf eine gewisse Diskrepanz zwischen dem klinischen Eindruck und dem Ausmass der vorgebrachten und neuropsychologisch erhobenen Beeinträchtigungen hindeuteten und die Zuordnung des Beschwerdebildes zum Unfallgeschehen nicht zwingend gewesen sei (Urk. 9/M23 S. 2 ff., 39 ff., 48 ff., 64). Trotz dieser Einwände hielt Dr. G.____

abschliessend fest, unter Zugrundelegung aller ärztlichen und neuropsychologischen Unterlagen, der grundsätzlichen Anerkennung der in den Voruntersuchungen gemachten Feststellungen und der aktuellen Untersuchungsergebnisse liessen sich unter kritischer Würdigung der diskrepanten Befunde die Kriterien eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma eher als erfüllt betrachten als diejenigen einer organischen Persönlichkeitsstörung, deren Voraussetzungen höchstens knapp gegeben seien. Seiner aufgrund eigener Untersuchung gewonnenen Überzeugung nach spielten psychische Faktoren in der Ausprägung des Beschwerdebildes eine bedeutsamere Rolle als organische. Unter Annahme einer tatsächlichen Beeinträchtigung der Hirnfunktionen könne man von deren psychogenen Fehlverarbeitung sprechen (Urk. 9/M23 S. 53, 61 f.). Im Gutachten vom 20. Mai 1998 erklärte Dr. G.____ erneut, die aktuelle Befunderhebung lasse unter Berücksichtigung der im Rahmen des Vorgutachtens zur Verfügung stehenden ärztlichen Unterlagen die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma (ICD-10 F 07.2) beziehungsweise, knapp, diejenige einer organischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F07.0) zu (Urk. 9/M24 S. 56, 57, 72). Dementsprechend erläuterte er gegenüber der Beschwerdeführerin am 18. Juni 2002, in seinen Gutachten festgestellt zu haben, dass zumindest ein Teil der subjektiven Angaben mit der Diagnose einer organischen psychischen Störung vereinbar wäre und sich die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma beziehungsweise, knapp, diejenige einer organischen Persönlichkeitsstörung unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden ärztlichen Unterlagen vertreten lasse. Auch habe er erklärt, die Berechtigung der Diagnose einer organischen Persönlichkeitsstörung sei nicht sicher ausschliessbar (Urk. 9/M25 S. 5).

Dr. G.____ diagnostische Überlegungen gründen im Wesentlichen darauf, dass die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Symptome keineswegs allein auf eine Hirnschädigung und deren unmittelbaren Auswirkungen zurückzuführen seien. Vielmehr hätten die Störungen auch einen psychogenen Anteil, der die Widersprüche zwischen den methodisch unterschiedlichen Befunderhebungen, der neuropsychologischen und der klinischen, zu erklären vermöchte (Urk. 9/M23 S. 54, 59, 60). Die Ätiologie der geklagten Symptome stelle sich nicht hinreichend als unmittelbar organisch dar. Vielmehr trete deutlich die Bedeutung psychischer Faktoren hinzu. Symptome wie Kopfschmerzen, Erschöpftheit, Störungen der Konzentration und des geistigen Leistungsvermögens sowie des Gedächtnisses, des Schlafes und verminderte Leistungsfähigkeit bei Stress und emotionalen Reizen liessen sich einem organischen Psychosyndrom nach

Schädelhirntrauma zwanglos zuordnen. Auch Depressivität und Angst als Folge eines verminderten Selbstwertgefühls und der Furcht vor bleibender hirnorganischer Beeinträchtigung liessen sich unter diese Diagnose subsumieren (Urk. 9/ M 24 S. 57).

E. 4.2

Weiter lag das verkehr s medizinische Gutachten von Dr. med. H.____ , Fach arzt FMH für Allgemeinmedizin und Oberarzt am Institut für Rechtsmedizin, I.____ , vom 3. Juli 1997 (Urk. 9/M26) vor. Dieser bestätigte das Vorliegen einer mittelschweren posttraumatischen neurologischen Funktionsstörung mit Wesensveränderung und ausgeprägten Stimmungsschwankungen mit fehlender Stress-Belastung. Er führte indes aus, vergleiche man die Angaben des Beschwerdeführer s zu seiner Krankheit mit den Berichten über die neuropsychologischen Untersuchungen und ziehe man in Betracht, dass er einen ausgesprochen regsamen Lebenswandel mit häufigen Fahrten durch die ganze Schweiz und ausgesprochen häufigen, länger dauernden Aktivitäten den ganzen Tag über führe, so ergäben sich erhebliche Unstimmigkeiten und Widersprüchlichkeiten. Einerseits bezeichne sich der Beschwerdeführer in sei nem Beruf als nicht arbeitsfähig, und diese Tatsache werde auch durch die ärzt licherseits getätigten neuropsychologischen Untersuchungen gestützt, andererseits bagatellisiere der Beschwerdeführer seine Hirnschädigung und stelle sich selber als völlig gesunder, sportlicher und äusserst aktiver Proband dar. Es müsse ein wechselhafter Verlauf angenommen werden (S. 4 f.).

E. 4.3

Das hiesige Gericht schloss im Urteil vom 2 9. Januar 2009 (Prozess Nr. UV.2005.00133, Urk. 8/163), es könne nicht auf das Fehlen jeglicher unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden (E. 7.3), verwies indes auf die aktenkundigen Umstände und hielt Folgendes fest (E. 7.2): Es kann denn auch nicht darüber hinweggegangen werden, dass die nach wie vor geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit von 50 % mit den vom Beschwerdeführer geschilderten Aktivitäten vor Beginn der Strafuntersuchung nur schwer zu vereinbaren sind. So äusserte er etwa gegenüber Dr. H.____ , dass er im Spitzensport, den er seit vielen Jahren betreibe, zeitweise immer noch voll leistungsfähig sei und täglich eine Stunde jogge. In den letzten sechs Wochen sei er mit seinem Auto zur Betreuung kranker Tiere sowie im Zusammenhang mit modernem Fünfkampf in der ganzen Schweiz herumgefahren und habe 5000 km zurückgelegt (Urk. 9/M26). Auch gegenüber dem Gerichtspsychiater erklärte der Beschwerdeführer, den Unfall sehr gut verarbeitet zu haben und mit den Folgen leben zu können. Es sei ihm und seiner Frau gelungen, die psychoorganischen Veränderungen geheim zu halten, indem er sich Dritten nur dann gezeigt habe, wenn er unter Medikamenten gestanden sei. Dies habe fünf Jahre lang wunderbar funktioniert. Die hervorragende Wirksamkeit der in eigener Regie erprobten Medikation habe darin gelegen, dass seine nach dem Unfall aufgetretenen, früher unbekanntes Kopfschmerzen erträglicher geworden seien, das früher unbekanntes Erbrechen gemildert und seine Angstzustände sehr reduziert worden seien. Die vor dem Unfall begonnenen Aufsätze und Artikel habe er aufgrund der verminderten intellektuellen Leistungsfähigkeit nicht mehr weiter bearbeiten können. Diese seien dann ebenso wie sein Habilitationsvortrag, den er dann schliesslich in J.____ habe halten können, von seiner Frau fertig geschrieben worden. Ein oder zwei Jahre nach dem Unfall sei es zu Stunden und Tagen geistiger Hochleistungen gekommen, denen dann aber depressive Zustände gefolgt seien. Wenn es ihm gut gegangen sei, habe er mehr gearbeitet, sich auch um seine Forschungsprojekte auf dem Gebiet der reproduktiven Biotechnik der Schweine in K.____

gekümmert, wo er sich oft aufgehalten und seit Mitte der 80er Jahre bis zu seiner Verhaftung mit Hilfe seiner Frau eine Professur für Schweinereproduktion angestrebt habe, wobei er die von ihm ein wenig abhängigen zehn bis zwanzig Schweinegroszüchter in der Schweiz weiterhin hätte betreuen wollen. Trotz der in L. ___ festgestellten schwerwiegenden hirnrorganischen Beeinträchtigung habe er gehofft, die wenigen mit einer Professur verbundenen Vorlesungen bewältigen zu können (Urk. 9/M23 S. 27 ff., Urk. 9/M24 S. 11, 16).

Sodann thematisierte das hiesige Gericht die Frage (E. 7.4), ob den die Arbeitsfähigkeit allenfalls immer noch beeinträchtigenden Anfällen überhaupt noch ein organisches Substrat zugrunde liege oder ob das nunmehrige Beschwerdebild zumindest noch einem Schädelhirntrauma zugeordnet werden könne und folgerte, die aktuellen medizinischen Beurteilungen liessen dazu unterschiedliche Schlüsse zu. Während der Psychiater Dr. G. ___ eine „organische psychische Störung am ehesten im Sinne eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma" diagnostiziert (Urk. 9/M24 S. 72), aber auch die Auffassung vertreten habe, es handle sich um eine psychogene Fehlverarbeitung der Unfallfolgen, indem psychische Faktoren in der Ausprägung des Beschwerdebildes eine bedeutsamere Rolle spielten als organische (Urk. 9/M23 S. 61 f.), habe Prof. Dr. M. ___, FMH Radiologie, Klinik N. ___, eine traumatische Ursache der neuroradiologischen Befunde als nicht besonders wahrscheinlich erachtet (Urk. 9/M30 S. 4 f.).

Da sich diese Fragen aufgrund der Akten nicht beantworten liessen , wies das hiesige Gericht die Sache zur umfassenden medizinischen und allenfalls ererblichen Abklärung und zum Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurück.

E. 5.1

Dr. H. ___ berichtete am 19. Oktober 2010 (Urk. 8/265/B2) erneut zu Händen des Strassenverkehrsamts des Kantons Zürich, Abteilung Administrativmassnahmen , und verneinte die Fahreignung des Beschwerdeführer s für sämtliche Motorfahrzeuge ab sofort wegen verkehrsrelevanten Hirnleistungsdefiziten mit dem Hauptbefund einer massiven Verlangsamung der Wahrnehmungs-, Informationsverarbeitungs- und Reaktionsgeschwindigkeit (während der ganzen Untersuchungsspanne und nicht etwa im Verlauf der Untersuchung zunehmend, S. 6).

Er verwies auf die verkehrspsychologische Abklärung durch Dr. phil. O. ___ , welche auf das Vorliegen von Hirnleistungsdefiziten (insbesondere eine massive Verlangsamung) schloss unter dem Hinweis, dass sich die festgestellte Verlangsamung in den Testresultaten absolut nicht mit dem klinischen Eindruck decke, den der Beschwerdeführer im Rahmen der Untersuchung hinterlassen habe (S. 4).

In den veranlassten neurologischen Untersuchungen durch Dr. F. ___ ergaben sich – ausser ein leicht unspezifisch allgemein verändertes EEG – unauffällige Verhältnisse (S. 4, vgl. auch E. 5.2.5).

Dr. H. ___ erwähnte sodann einen Bericht von Hausarzt Dr. P. ___ vom 28. April 2010, welcher auf eine Konsultationsfrequenz alle zwei bis vier Monate verwiesen und eine Konzentrationsschwäche mit anfallsweise Migräne und heftigem Erbrechen (dank Medikamenten nur noch selten) beschrieben habe. Der Zustand sei stationär und dank Medikamenten auf einem erträglichen Niveau (S. 5).

E. 5.2.1

Das Gutachten der B.____ vom 3. Februar 2011 (Urk. 9/M52) basiert auf neurologischen neuropsychologischen sowie psychiatrischen Untersuchungen und wurde von den zertifizierten medizinischen Gutachtern SIM Prof. Dr. med. Q.____ , Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik APPM, Dr. med. R.____ , Facharzt FMH Neurologie, Psychosomatik APPM, erstellt unter konsiliarischem Beizug von Dr. phil. S.____ , Neuropsychologie FSP.

E. 5.2.2

Über die neuropsychologische Untersuchung vom 4. November 2010 berichtete Dr. S.____ am 8. November 2010 (Urk. 9/M52/B1 S. 8 f.), die se sei durch erhebliche Inkonsistenzen im Verhalten des Versicherten und durch nicht plausible neuropsychologische Testergebnisse geprägt gewesen. Während klinisch zu keinem Zeitpunkt fassbare kognitive Störungen oder Einschränkungen der Belastbarkeit zu verzeichnen gewesen seien (der Versicherte habe im Gegenteil einen sehr differenzierten und gebildeten Eindruck gemacht), seien die neuropsychologischen Testergebnisse durch (zum Beispiel schwerstgradige) Minderleistungen geprägt gewesen. Derartig schwere kognitive Störungen würden eine erhebliche hirnorganische Pathologie voraussetzen, was beim Versicherten aber nicht der Fall sei. Zum Teil habe der Beschwerdeführer in den durchgeführten Tests noch schlechter abgeschnitten als Patienten mit fortgeschrittener Demenz. Dies sei nicht vereinbar mit dem klinisch intakten kognitiven Eindruck, den der Beschwerdeführer in der Untersuchung gemacht habe, sowie mit dem tatsächlichen Funktionsniveau im Alltag (er sei mit dem Auto aus Dübendorf zur Untersuchung nach Bern gekommen und pünktlich hier erschienen, er sei weiterhin als Tiermediziner tätig und führe nach eigenen Angaben selbst hochgradig komplexe Operationen gut und sicher aus, er betreibe weiterhin Fünfkampf und habe nach dem Unfall eine Zeitlang zu den Weltbesten in dieser Disziplin gehört). Die durchgeführte Symptomvalidierung (Green's Word Memory Test) sei hochgradig auffällig ausgefallen, was bedeute, dass die Leistungen inkonsistent und neuropsychologisch nicht nachvollziehbar gewesen seien. Dies bestätige den klinischen Eindruck. Zusammenfassend ergebe sich aus neuropsychologischer Sicht keine plausible Störung der intellektuellen Funktionen. Die Ergebnisse belegten erhebliche klinische und testpsychologische Inkonsistenzen und Einschränkungen der Kooperationsbereitschaft (Selbstlimitierungen).

E. 5.2.3

Anlässlich der neuropsychiatrischen Untersuchung (Urk. 9/M52 S. 62 f.) fielen dem Untersucher keine Beeinträchtigungen in Bezug auf die Aufmerksamkeitsleistungen, den Gedankengang oder sonstige Aspekte des Psychostatus auf. Er führte aus, in der jeweils zweiten Phase der beiden Explorationen, welche wesentlich länger gewesen seien als jene vor der eingelegten Pause, hätten sich insbesondere keine Ermüdungserscheinungen und keine Klagen des Beschwerdeführer s über besondere Beeinträchtigungen gezeigt. Beim Beschwerdeführer hätten sich in beiden Untersuchungen keine Hinweise auf eine Beeinträchtigung der Wachheit feststellen lassen. Die Wachheit sei stets auf einem normalen Niveau und das Bewusstsein dauernd voll erhalten gewesen. Die Orientierung sei gemäss Verhalten und Kontext der Ausführungen des Beschwerdeführer s in allen Belangen (Zeit, Ort, Situation und eigene Person) nicht beeinträchtigt. Die Intelligenz dürfe als hoch eingeschätzt werden. Das Denktempo sei in beiden Untersuchungen normal gewesen, der Beschwerdeführer spreche viel und wirke zum Teil weitschweifig. Dabei hinterlasse er nicht den Eindruck einer durch „hirnorganische" Beeinträchtigung bedingten

Weitschweifigkeit, sondern der als Weitschweifigkeit imponierende Gedankengang erscheine so, als würde er durch lange Ausführungen letztlich die Kontrolle über das Gesagte ausüben wollen. Das formale Denken sei in beiden Untersuchungen keinesfalls unklar oder gar konfus gewesen, die Gedanken seien gut kontrolliert und konzise gewesen. Der Gedankengang sei flüssig. Es fänden sich keine Störungen des formalen Denkens, im Besonderen keine Denkhemmung oder Verlangsamung, keine Umständlichkeit des Denkens oder Einengung. Es bestünden keine Perseverationen, auch kein Grübeln, kein Gedankendrängen oder Ideenflucht. Es fänden sich ferner kein Vorbeireden, keine Denksperren, keine Inkohärenz oder Zerfahrenheit. Das inhaltliche Denken sei nicht gestört. Zwar werde ein gewisses Misstrauen gegenüber den Fachpersonen der Psychiatrie (und somit dem Untersucher gegenüber) angegeben, doch seien die möglichen Auswirkungen eines offensichtlichen Misstrauens nicht feststellbar (etwa eine Verweigerungshaltung). Es bestünden keine phobischen oder Zwangsgedanken und auch kein Wahn. Die Wahrnehmung sei nicht beeinträchtigt und es seien keine Ich-Störungen (etwa Depersonalisation, Derealisation oder sonstige Gedanken oder Fremdbeeinflussungserlebnisse) feststellbar. Die Stimmung sei ausgeglichen, die affektive Zuwendung eher etwas zurückhaltend aber nicht inadäquat oder schlecht moduliert. Die affektive Zuwendung entspreche dem Kontext einer nicht überwindbaren Distanz zum Untersucher und sei anhand der Angaben des Beschwerdeführers verständlich. Die Kontrolle der Affekte gelinge stets gut, abgesehen von einer kleinen Sequenz, in welcher der Beschwerdeführer zu weinen anfangt, wobei die gezeigte emotionale Regung durchaus zum Kontext passe. Die emotionale Lage ändere sich in beiden Untersuchungen nicht. Es sei keine Affektarmut, keine ins Gewicht fallende Depressivität, Hoffnungslosigkeit oder Ängstlichkeit nachzuweisen. Der Beschwerdeführer sei weder dysphorisch noch euphorisch noch gereizt. Es liessen sich keine Klagsamkeit, keine Insuffizienz- oder Schuldbeziehungsweise Verarmungsgefühle explorativ oder anhand von spontanen Angaben feststellen. Über die Störung der Vitalgefühle werde nicht geklagt (siehe auch Angaben, wonach die Sexualität - offenbar nach langer Zeit - wieder „komme“). Besondere Störungen der Affektivität (etwa Ambivalenz, Parathymie, Affektlabilität, Affektstarre oder Affektinkontinenz) bestünden nicht. Es seien insgesamt keine Elemente eines depressiven oder eines anderen affektiven Syndroms nachzuweisen. Der Antrieb und die Psychomotorik (was den sprachlichen Ausdruck, Gestik und Mimik betreffe) seien ungestört. Es seien in beiden Untersuchungen keine aggressiven Regungen (weder unterschwellig, noch offensichtlich) spürbar. Das Verhalten des Beschwerdeführers sei insgesamt absolut adäquat und die Wahrung der Distanz und des angemessenen respektvollen Umgangs stets erhalten. Der Beschwerdeführer zeige sich insgesamt als differenziert, rücksichtsvoll, auf den Untersucher in einer aufmerksamen Weise eingehend. Der klinische Eindruck und die psychischen Funktionen (das heisst der Psychostatus) unterschieden sich in beiden Untersuchungen nicht. Das betreffe auch das Verhalten des Beschwerdeführers in beiden Untersuchungen.

E. 5.2.4

Die Experten führten in ihrer Zusammenfassung und Beurteilung aus, seit dem Gutachten (des Dr. med. T.____, Neurologie FMH, Rehaklinik L.____) vom 29. Juli 1996 (Urk. 9/M18) gebe es kontinuierlich Berichte, welche einerseits auf Diskrepanzen zwischen der testmässig erfassten Leistungsfähigkeit und Persönlichkeitsveränderung und den klinisch beobachteten Aspekten der kognitiven Leistungsfähigkeit und des Verhaltens hindeuteten. Andererseits seien in den Akten zusehends Hinweise aufgetaucht, die nicht primär auf

durch das allenfalls erlittene Hirntrauma verursachte Leistungsdefizite hindeuteten. Das habe letztlich die präzise Beurteilung des allenfalls vorhandenen Leistungsdefizits verunmöglicht. Offensichtlich sei auf dieser Grundlage in den Ausführungen des U.____ (Bericht vom 30. April 2002, Urk. 9/M44) zum ersten Mal in den zur Verfügung gestellten Akten explizit eine Aggravation der kognitiven Defizite erwähnt. Auch im weiteren Verlauf fänden sich Hinweis auf Aggravation der kognitiven Defizite. So sei im Bericht (des [I.____], Neurologische Klinik und Poliklinik) vom 26. September 2005 (Urk. 9/M33) darauf hingewiesen worden, dass in den neuropsychologischen Untersuchungen alle untersuchten Bereiche unterdurchschnittliche Leistungen mit besonderer Akzentuierung auf mnestiche Funktionen ergeben hätten, das Ausmass der neuropsychologischen Befunde sich diskrepant zur ausführlich und sehr detaillierten Anamnese und der Erinnerung des Beschwerdeführers darstelle. Dies sei schliesslich als Ausdruck einer schweren Aggravationstendenz mit zusätzlicher affektiver Komponente gewichtet worden (S. 75).

In Bezug auf die vom Beschwerdeführer angegebenen Anfälle von Kopfschmerzen mit Begleitsymptomen sei vom U.____ die Diagnose eines Dauerkopfschmerzes mit migräniformen Exazerbationen, chronifiziert posttraumatisch commotionell nach Treppensturz, sekundär medikamentös induziert, fehlende Objektivierbarkeit zwischen subjektiven Schilderungen der invalidisierenden Hemikranie -Attacken und sichtbarem Verhalten gestellt worden. Wegen der gleichen Störung sei der Beschwerdeführer vom 8. bis 10. März 2004 im kantonalen Spital V.____ hospitalisiert worden. Dort seien die angegebenen Anfälle am ehesten

als Cluster Headache (differentialdiagnostisch Basilarismigräne, epileptogen) beurteilt worden. Im Zusammenhang mit den dortigen Abklärungen seien unter anderem neuroradiologische Untersuchungen des Neurokraniums durchgeführt worden, welche zum wiederholten Mal keine intrazerebrale Pathologie inklusive keine Residuen eines Traumas nachgewiesen hätten (Urk. 9/M27-29). Die Beschwerden im Sinne von „Anfällen“ hätten sich gemäss den Akten fortgesetzt und zu einer weiteren Abklärung an der Neurologischen Klinik und Poliklinik des I.____ geführt. Zum damaligen Zeitpunkt seien als Beschwerden im Vordergrund stehende links frontal lokalisierte Schmerzen, ca. zweimal pro Woche auftretend, angegeben worden, die sich innert 10-15 Minuten über das linke Auge, die Nase bis in den rechten Mundwinkel ausbreiteten, begleitet von Erbrechen und Mydriasis links, wobei das Letztere jeweils während 2-3 Tagen ausgeprägt sei. Als Auslöser dieser Beschwerden sei „Stress“ angegeben worden. Bezüglich der chronifizierten, links frontal lokalisierten, attackenweise auftretenden Kopfschmerzen seien eine migräniforme und eine Cluster-Komponente angenommen worden. In der Beurteilung sei darauf hingewiesen worden, dass die Anamnese und das Verhalten des Beschwerdeführers, insbesondere Schmerzinterferenzen im Rahmen der linksfrontalen Schmerz - symptomatik durch psychoreaktive Faktoren beeinflusst würden und dadurch auch die kognitiven Leistungen beeinträchtigt seien (S. 75 f.).

E. 5.2.5

Abs. 1). Den im MRT vom 27. Mai 1991 beschriebenen frontalen Substanzdefekt interpretierten die B.____ -Ärzte als Artefakt beziehungsweise als eine Fehlbeurteilung (E. 5.2.5 Abs. 3). 6.3.3

Aufgrund dieser Aktenlage ist erstellt, dass 1991 im Frontalhirn eine Gefässmalformation entdeckt wurde. Dass dies eine Bildstörung sein sollte, wie die B.____ -Ärzte annahmen, ist

wenig wahrscheinlich, bestätigte doch der Radiologe des Kantonalen Spitals V.____ im Jahr 2004 diesen Befund mittels neuer Bildaufnahmen. Entscheidend ist indes, dass der Radiologe keine klinische Relevanz erkennen konnte und einzig ein Blutungsrisiko thematisierte. Dass im Mai 2010 dann keine posttraumatischen Veränderungen mehr erkannt wurden, bestätigt die Annahme, dass keine relevanten strukturellen Verletzungen vorliegen. In diesem Sinne diagnostizierte der neurologische Gutachter Dr. F.____ im Jahr 1994 eine (beim Unfall erlittene) Contusio cerebri (E. 3.4). Der behandelnde Dr. med. P.____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, war rechtzeitig von Commotio cerebri ausgegangen (Urk. 9/M2). Dr. G.____ thematisierte eine organische psychische Störung am ehesten im Sinne eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma (Urk. 9/M24 S. 72), ging aber gleichzeitig von einer psychogenen Fehlverarbeitung der Unfallfolgen aus (Urk. 9/M23 S. 61 f.).

Zusammenfassend ergibt sich, dass beim Beschwerdeführer keine organisch nachweisbaren Schädigungen im Sinne der Rechtsprechung vorliegen.

Diese hält fest, dass von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden kann, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden und die angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich auf breiter Basis anerkannt sind (BGE 134 V 231 E. 5.1) . Dies erstreckt sich auch auf neuropsychologische Defizite (Urteil des Bundesgerichts 8C_948/2012 vom 7. März 2013 E. 2) und ist vorliegend nicht der Fall, jedenfalls nicht in klinisch relevantem Ausmass. 7. 7.1 7.1.1

Bei Fehlen relevanter organischer Verletzungen bleibt - bei unbestrittener natürlicher Kausalität - die adäquate Kausalität zu prüfen, welche Voraussetzung für eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bildet. 7.1.2

Eine Commotio cerebri wird definiert als ein Bewusstseinsverlust von kurzer Dauer ohne neurologische Ausfälle, währenddem eine Contusio cerebri einen Zustand mit konsekutiven neurologischen Defiziten mit oder ohne Bewusstseinsverlust darstellt. Diese Begriffe werden den peritraumatischen Störungen nicht gerecht, da der Bewusstseinsverlust zu sehr im Mittelpunkt steht und klinische Zwischenstufen nicht berücksichtigt werden. Unter anderem wegen dieser Nachteile wurde der neue Begriff der milden traumatischen Hirnverletzung (mild traumatic

brain

injury, MTBI) eingeführt. Hierunter wird ein durch Kontaktkräfte (Kopfanprall, Schlag auf Kopf) oder Akzeleration beziehungsweise Dezeleration bedingtes kraniales Trauma verstanden, welches zu einer Unterbrechung der zerebralen Funktionen führt. Nach allgemein anerkannter Lehrmeinung setzt die Diagnose entweder eine Episode von Bewusstlosigkeit oder einen Gedächtnisverlust für Ereignisse unmittelbar vor oder nach dem Unfall oder eine Bewusstseinsstörung (z.B. Benommenheitsgefühl, Desorientierung) im Zeitpunkt der Verletzung voraus

(Urteile des Bundesgerichts 8C_369/2008 vom 11. August 2008 E. 7.1 und 8C_110/2010 vom 18. März 2010 E. 3.2) . Dass diese Voraussetzungen erfüllt sind, ist nicht strittig .

Damit gelangt die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung sinngemäss zur Anwendung (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_684/2009 vom 23. April 2010 E. 5.1 mit Hinweisen; vgl. auch zur Notwendigkeit einer Beeinträchtigung mindestens

zwischen *Commotio* und *Contusio cerebri*: Urteil des Bundesgerichts U 276/04 vom 13. Juni 2005 E. 2.2). 7.1.3

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 Arbeitsbeziehungsweise 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 Eindringlichkeit 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; 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). 7.2 7.2.1

Bei der Adäquanzprüfung ist die Schwere des Unfalls aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen (BGE 134 V 109 E. 10.1). 7.2.2

Der genaue Hergang des Unfalls vom 23. März 1991 lässt sich den Akten nicht zweifelsfrei entnehmen, macht doch der Beschwerdeführer eine Amnesie geltend. Auszugehen ist von den von Dr. F.____

wiedergegebenen Angaben, wonach der Beschwerdeführer bewusstlos unten an der Treppe gefunden worden sei, vermutlich sei er von seinen grossen Hunden umgestürzt worden (E. 3.4).

7.2.3

Die Rechtsprechung fasst einfache Treppenstürze als banale Unfälle (Urteil des Bundesgerichts 8C_672/2009 vom 28. September 2009). Vorliegend stürzte der Beschwerdeführer indes (wohl) auf den Kopf und erlitt eine Bewusstlosigkeit. Allerdings fanden sich keine äusserlichen Verletzungen und anlässlich der Erstbehandlung wurden auch keine Hämatome oder Ähnliches geschildert.

Zur Einteilung ist die Rechtsprechung des Bundesgerichts heranzuziehen, welche als mittelschwere Unfälle im engeren Sinn beispielsweise folgende Konstellationen fasst (vgl. auch

Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage, Zürich/Basel/Genève 2012, S. 65 ff.): Eine etwa 15 kg schwere Reklametafel fiel der versicherten Person aus einer Höhe von etwa 2 m auf den Kopf und den Nacken (Urteil 8C_715/2009 vom 30. März 2010 E. 6.2); ein Gast sass in einem Restaurant, als sich eine Deckplatte löste und auf ihn fiel (Urteil 8C_488/2009 vom 30. Oktober 2009 E. 5.3); die versicherte Person sass auf einer Bank an einer Hausfassade, als eine Hollywoodschaukel, welche sich auf der darüberliegenden Dachterrasse befand, von einer Windböe erfasst wurde und über das Gelände auf sie fiel (Urteil 8C_957/2008 vom 1. Mai 2009 E. 4.3.1); die versicherte Person wurde von einer aus fünf Metern Höhe zu Boden fallenden 15.6 kg schweren Schalttafel am Kopf getroffen (Urteil U 282/00 vom 21. Oktober 2003 E. 4.2); Stürze aus einer Höhe zwischen etwa zwei und vier Metern in die Tiefe (Urteile U 410/00 vom 14. Februar 2002 E. 2c, 8C_316/2009 vom 8. Juni 2009, 8C_584/2007 vom 9. September 2008 E. 4.1, U 3/03 vom 4. September 2003 E. 3.4 und U

41/06 vom 2. Februar 2007 E. 9).

Eine Einordnung bei den mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen nahm das Bundesgericht in folgenden Konstellationen vor: Sturz in einen acht Meter tiefen Kaminschacht (Urteil U 231/94, erwähnt in Urteil U 458/04 vom 7. April 2005 E. 3.4.1); Sturz aus rund fünf Meter Höhe von einer Leiter auf den Boden mit *Comotio cerebri*, Beckenschäufelfraktur, Radiusrümmerfraktur, Abriss des *Processus*

styloideus

ulnae, traumatische Bursitis olecrani und Rissquetschwunde am Auge (Urteil U 20/06, erwähnt in RKUV 1998 Nr. U 307 S. 448 ff. E. 3a); Sturz aus fünf Meter Höhe auf den Asphaltboden mit Pilon-Tibiafraktur und Knochenbrüchen (RKUV 1998 Nr. U 307 S. 448 ff. E. 3b); Ausgleiten bei Arbeiten auf einer Röhre und mehrere Meter tiefer Sturz (erwähnt im Urteil U 458/04 vom 7. April 2005 E. 3.4.1); Sturz aus einer Höhe von sieben bis acht Metern auf Humusboden (Urteil

U 168/04 vom 8. Oktober 2004; vgl. zum Ganzen auch Urteil des Bundesgerichts 8C_202/2014 vom 9. Juli 2014 E. 4.1-2). 7.2.4

Eine Durchsicht dieser Fallkonstellationen zeigt, dass eine Einordnung im Grenzbereich zu den schweren Unfällen jeweils nur dann in Frage kommt, wenn der Unfall derart erheblich erscheint, dass auch eine Todesfolge nicht ausgeschlossen werden kann. So finden sich in

der Rechtsprechung Stürze aus fünf bis acht Metern in dieser Kategorie, welche meist von erheblichen äusseren Verletzungen begleitet waren. Solches unterscheidet sich wesentlich vom vorliegend zu beurteilenden Geschehen eines einfachen Treppensturzes mit Contusio cerebri, welcher mit den Fallschilderungen im Segment der mittleren Unfälle im engeren Sinne vergleichbar ist.

Damit ist von einem mittelschweren Unfall im engeren Sinne auszugehen, womit zur Bejahung der adäquaten Kausalität drei der massgeblichen Kriterien (oder eines der Kriterien ausgeprägt) erfüllt sein müssen (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5). 7.3 7.3.1

Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens beziehungsweise des Angstgefühls der versicherten Person. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für die Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Zu berücksichtigen ist nur das Unfallgeschehen an sich und nicht die dabei erlittene Verletzung (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_9/2010 vom 11. Juni 2010 E. 3.7.1 mit Hinweisen).

Im Lichte dieser Rechtsprechung kann der Treppensturz nicht als besonders ein drücklich bezeichnet werden, auch sind keine besonders dramatischen Begleit umstände ersichtlich, zumal der Beschwerdeführer eine Amnesie für den Unfall geltend macht. 7.3.2

Der Beschwerdeführer erlitt beim Treppensturz keine schweren oder besonders gearteten Verletzungen. Weder erlitt er Frakturen noch sonstige äussere Verletzungen. Die leichte MRT-dokumentierte Auffälligkeit im Frontalhirn wurde als ohne klinische Auswirkung beurteilt. 7.3.3

Weiter liegt keine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung vor. Dieses Kriterium bedingt, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer. Blosser ärztliche Verlaufskontrollen und Abklärungsmassnahmen sowie manualtherapeutische und medikamentöse Behandlungen vermögen das Kriterium nicht zu erfüllen (Urteil des Bundesgerichts 8C_62/2013 vom 11. September 2013 E. 8.3).

Der Beschwerdeführer befand sich nach dem Unfall wohl in neuropsychologischer Therapie, welche sich aber schon bald auf ein Entspannungstraining reduzierte (Urk. 9/M9) und Anfang 1994 nurmehr in Verlaufskontrollen bestand (Urk. 9/M11). Weitere regelmässige Behandlungen sind nicht ersichtlich. 7.3.4

Die Erheblichkeit von Beschwerden beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (Urteil des Bundesgerichts 8C_62/2013 vom 11. September 2013 E. 8.4).

Der Beschwerdeführer klagte nach dem Unfall über Kopfschmerzen, erwähnte indes im Jahr 1997 unter Hinweis auf seinen betriebenen Spitzensport, diese auch dank selbst erprobter Medikation gut ertragen zu können. So stehe er jeden Tag um 6 Uhr auf, gehe mit dem Hund eine Stunde joggen und gehe falls er sich wohl fühle nach dem Frühstück arbeiten (Urk. 9/M26 S. 1 f. ; vgl. auch E. 4.3). Im Gegenteil beklagte der

Beschwerdeführer durchgehend nicht die Schmerzsymptomatik, sondern die neuropsychologischen Beschwerden als im Vordergrund stehend. Diese erweisen sich indes - jedenfalls in klinischer Hinsicht - nicht als übermässig intensiv. Damit ist dieses Kriterium nicht erfüllt. 7.3.5

Mangels entsprechender Anhaltspunkte in den Akten kann nicht von einer ärztlichen Fehlbehandlung, die die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, gesprochen werden. Im Gegenteil wurde der Beschwerdeführer stets adäquat behandelt. 7.3.6

Ohne weiteres zu verneinen ist sodann das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen. Hierfür bedürfte es besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben. Dass Beschwerden trotz der durchgeführten Behandlungen persistieren, genügt nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_1015/2008 vom 6. April 2009 E. 5.4.3). Der Heilungsverlauf gestaltete sich wohl als langwierig, besuchte der Beschwerdeführer doch während längerer Dauer die neuropsychologische Therapie, welche in ihrer Intensität indes schon bald angepasst wurde (E. 7.3.3). Komplikationen sind keine ersichtlich, im Gegenteil bildete sich die klinische Relevanz der Malformation im Bereich des vorderen Putamens zurück. 7.3.7

Was schliesslich das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen anbelangt, ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit massgebend ist, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Darin liegt der Anreiz für die versicherte Person, alles daran zu setzen, wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig zu werden. Gelingt es ihr trotz solcher Anstrengungen nicht, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung schnellstmöglich wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 E. 10.2.7 mit Hinweisen).

Die Beschwerdegegnerin ging bei ihrer Rentenzusprache im Jahr 1994 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus. In der Folge zeigte er (in seinem Privatleben) indes Leistungen, die über diesen Wert hinausgingen. Das hiesige Gericht ging bereits im Urteil vom 29. Januar 2009 davon aus, dass die vom Beschwerdeführer geschilderten Aktivitäten nur schwer mit einer derart eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zu vereinbaren seien (Spitzensport, Jogging, Autofahren, nach eigenen Angaben gute Verarbeitung des Unfalls, hervorragende Wirksamkeit der in eigener Regie erprobten Medikation, Vorträge halten, E. 4.3). Die B.____-Ärzte schlossen schliesslich auf eine vollumfänglich Arbeitsfähigkeit.

Wie es sich damit genau verhält, kann vorliegend offen bleiben. Auch wenn man das Kriterium als erfüllt betrachten wollte, ist es jedenfalls nicht in ausgeprägter Weise gegeben. 7.4

Von den sieben relevanten Kriterien ist demnach höchstens eines in nicht besonders ausgeprägter Weise erfüllt. Das genügt beim gegebenen Schweregrad des Unfalls nicht für die Bejahung der Adäquanz. 8.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass angesichts der verbesserten klinischen Befunde die Voraussetzungen für eine Rentenrevision gegeben und mangels adäquater Kausalität keine Rentenleistungen mehr geschuldet sind. Der Zeitpunkt der Änderung ist auf das Jahr 1997 zu terminieren, als die Ärzte die erheblich verbesserte Situation feststellten. Relevant ist die Rentenaufhebung indes erst per Januar 2006 (Haftentlassung und Wiederaufleben eines allfälligen Rentenanspruchs). Zu diesem Zeitpunkt zeigte sich eine unverändert verbesserte Situation. Die von der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 16. Juni 2011 (Urk. 8/263) und Einspracheentscheid vom 9. Mai 2012 (Urk. 2/2) festgelegte Aufhebung der Rente per 1. Mai 1997 erweist sich als rechtens, auch erfolgte diese faktisch nicht rückwirkend, sondern erstmals mit Einspracheentscheid vom 31. Januar 2005 (Urk. 8/157) und mit Auswirkungen erst per Januar

2006.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Advokat Markus Schmid - lic. iur. Y. ____ -
Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Gräub
Sonderegger

E. 5.2.6

Zusammenfassend verneinten die Gutachter das Vorliegen eines fassbaren, mit apparativen Verfahren reproduzierbaren Substrates und hielten fest, es könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem Schädel-Hirntrauma ausgegangen werden (S. 81); die diagnostische Zuordnung der Gesundheitsstörung sei letztlich nicht möglich, da das zu diskutierende diagnostische Spektrum zu breit sei und diverse Aspekte im Nachhinein nicht mit gebotener Sicherheit rekonstruiert werden könnten. Das betreffe nicht die Diagnose des Cluster Headache, welche erstmals ausdrücklich im Jahr 2005 gestellt worden sei (S. 83). Im Vordergrund der subjektiven Beschwerden stünden kognitive Störungen, welche zu den psychischen Funktionen eines Menschen gehörten; damit stehe die psychische Störung im Verhältnis zum gesamten Beschwerdebild im Vordergrund (S. 93).

E. 5.3

Die Spezialisten des Instituts für Rechtsmedizin am Kantonsspital W.____ beschrieben in ihrem verkehrsmedizinisch-verkehrspsychologischen Gutachten vom 1. Juli 2011 (Urk. 8/265/B7) genügende Ergebnisse bei der Impulskontrolle der gerichteten Aufmerksamkeit, im Labyrinth-Test sowie am Trackinggerät bezüglich Anzahl Richtige, Fehlerkontrolle, Spurhalten und Reaktionszeit. Leichte Schwierigkeiten hätten sich im Arbeitstempo der gerichteten Aufmerksamkeit, bei den Anzahl Richtigen im Durchstreiche-Test Deux

Barrages , bei der Anzahl richtigen Reaktionen am 5-Punkte-Test sowie in der verbalen Umstellfähigkeit ergebe. Mittelstarke bis deutliche Probleme wurden in Bezug auf die Impulskontrolle beim Durchstreiche-Test Deux

Barrages in der reaktiven Belastbarkeit bezüglich Arbeitsgeschwindigkeit, Impulskontrolle und Auslassungen der figurativen Umstellfähigkeit bezüglich Perseveration und im figurativen Frischgedächtnis der Reyfigur geschildert (S. 9).

Die Spezialisten führten aus, wegen den vor allem auffälligen Impuls - kontrollproben mit Tendenz zur Perseveration und dem zum Teil deutlich verlangsamten Arbeitstempo sei die Fahreignung insgesamt für die Kategorie B ungenügend. Bei 17 beurteilten Funktionen seien deren zehn ungenügend gewesen. Die Möglichkeit zur Kompensation sei zu wenig ausgebildet. Sie empfahlen die Durchführung eines Neurotrainings. Zusammenfassend konnten sie die Fahreignung aufgrund fortbestehender deutlicher Hirnleistungsdefizite nicht befürworten (S. 10). 6. 6.1

Nachdem die Beschwerdegegnerin ihre Leistungseinstellung nunmehr nicht unter dem Titel einer Wiedererwägung vorgenommen hat, erübrigt sich die Frage nach einer zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenzusprache .

Zu bemerken ist indes, dass die Rentenzusprache tatsächlich auf zweifelhafter Grundlage erfolgt ist. So stützte sich die Beschwerdegegnerin namentlich auf das neurologische Gutachten des Dr. F.____ vom 24. Juni 1994 ab, welcher auf eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit schloss, indes zahlreiche Inkonsistenzen schilderte, mit welchen er sich nicht auseinandersetzte und seine Kausalitätsüberlegungen schliesslich mit der Formel „in dubio pro aegroto“ (im Zweifel zu Gunsten des Kranken) begründete (E. 3.4). Diese Formel ist nach konstanter Rechtsprechung im Sozialversicherungsrecht gerade nicht anwendbar (BGE 129 V 472 E. 4.2.1: „in dubio pro assicurato“ [im Zweifel zu Gunsten des Versicherten]).

Trotz dieses massiven Begründungsmangels im Hauptbeweismittel kann die Rentenzusprache gleichwohl nicht als zweifellos unrichtig bezeichnet werden. Auch wenn aufgrund der neuen medizinischen Akten und der Darlegungen der B.____ -Ärzte Zweifel an der natürlichen Kausalität bereits im Zeitpunkt der Rentenzusprache bestanden, erweist sich die von der Beschwerdegegnerin gewählte Sachverhaltsvariante nicht als abwegig (vgl. dazu auch die Begründung im Urteil des hiesigen Gerichtes vom 29. Januar 2009, Urk. 8/163 E. 5). Mit diesen Feststellungen hat es sein Bewenden. 6.2 6.2.1

Damit besteht lediglich dann Raum für eine Anpassung beziehungsweise Aufhebung der Rentenleistungen, wenn eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der ursprünglichen Rentenzusprache am 22. August 1994 (Urk. 8/38) eingetreten ist. 6.2.2

Die - der Rentenzusprache zugrundeliegenden - von den Ärzten erhobenen Befunde wurden wie folgt beschrieben: Dr. D.____ schilderte Anfang

1994 nach wie vor bestehende Einschränkungen im Bereich des verbalen und figuralen Neugedächtnisses, der Merkfähigkeit und des Lernvermögens wie auch des Konzentrationsvermögens und der Umstellfähigkeit. Als deutlich erhöht erachtete sie die Ermüdbarkeit und kognitive Minderleistungen im Bereich des Umstell- und Strukturierungsvermögens, der Handlungsplanung, der sprachlichen und visuell-räumlichen Merkfähigkeit. Sie schloss aus neuropsychologischer Sicht auf eine mittelschwere Hirnfunktionsstörung mit nach wie vor deutlicher Wesensveränderung. Die Arbeitsfähigkeit als Tierarzt erachtete sie als nur im Ausmass von 20 bis 30 % (ein bis zwei Stunden pro Tag) gegeben unter Hinweis, dass der Beschwerdeführer nach drei Wochen Arbeit eine Woche Pause im Ausland (zum Abschalten) brauche (E. 3.3).

Dr. F.____

bestätigte Mitte 1994 die Angaben von Dr. D.____ und sprach von einem schweren, neuropsychologisch objektivierten Defizit samt Wesensveränderung. Die Arbeitsfähigkeit bezifferte er mit 50 % (E. 3.4). 6.2.3

Das hiesige Gericht fasste im Urteil vom 29. Januar 2009 die aktenkundigen Umstände zusammen und wies zusammenfassend darauf hin, dass eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % mit den vom Beschwerdeführer geschilderten Aktivitäten vor Beginn der Strafuntersuchung nur schwer zu vereinbaren sei. Dies namentlich unter Hinweis auf seinen aktiv betriebenen Spitzensport, regelmässiges Autofahren, erträglichere Kopfschmerzen, reduzierte Angstzustände, Mehrarbeit im Rahmen seiner Forschungsprojekte

betreffend reproduktive Biotechnik der Schweine in K.____ (E. 4.3). Die nachfolgenden neuropsychologischen Abklärungen ergaben dann im Wesentlichen nurmehr Einschränkungen im Rahmen einer Verlangsamung, und auch dies nur in der Testsituation, nicht aber im klinischen Eindruck (E. 5.1).

Auch anlässlich der Begutachtung im Jahr 2011 wiesen die Ärzte auf die Kompetenzen des Beschwerdeführers hin (Autofahren, weiterhin Tätigkeit als Tiermediziner samt Ausführen hochgradig komplexer Operationen, Fünfkampf) und erwähnten massgebliche Inkonsistenzen (schwerstgradige Minderleistungen, welche eine erhebliche hirnrorganische Pathologie voraussetzen würden, was beim Versicherten nicht der Fall sei, E. 5.2.2). In der neuropsychiatrischen Untersuchung fielen dem Untersucher keine Beeinträchtigungen in Bezug auf die Aufmerksamkeitsleistungen, den Gedankengang oder sonstige Aspekte des Psychostatus auf. Er fand keine Hinweise auf Beeinträchtigung der Wachheit und der Orientierung (E. 5.2.3).

Die Spezialisten des Instituts für Rechtsmedizin am Kantonsspital W.____

erkannten lediglich leichte Schwierigkeiten im Arbeitstempo, mittelstarke bis deutliche Probleme in Bezug auf die Impulskontrolle sowie in der reaktiven Belastbarkeit bezüglich Arbeitsgeschwindigkeit, Impulskontrolle und figurative r Umstellfähigkeit bezüglich Perseveration sowie im figurativen Frischgedächtnis (E. 5.3). 6.2.4

Angesichts dieser Befunderhebungen ist erstellt, dass der Gesundheitszustand nicht mehr identisch ist und sich insbesondere die Auswirkungen desselben seit der Rentenzusprache verbessert haben. Namentlich in klinischer Hinsicht wirkte der Beschwerdeführer bei sämtlichen relevanten Untersuchungen nach der Rentenzusprache in neuropsychologischer Hinsicht praktisch unauffällig, was erstmals Dr. G.____ Anfang 1997 festhielt (E. 4.1). Diese Meinung teilte hernach Dr. H.____ Mitte 1997 (E. 4.2) und die B.____-Ärzte im Jahr 2011 (E.

5.2). Dies war im Zeitpunkt der Rentenzusprache nicht der Fall, imponierte er doch namentlich anlässlich der letzten Begutachtung vor der Rentenzusprache derart, dass Dr. F.____ ein schweres Defizit während der Befragung und Untersuchung auffiel (E. 3.4). Auch den vorangegangenen Schilderungen von

Dr. D.____ war eine massiv geringere Leistungsfähigkeit zu entnehmen, wie sie der Beschwerdeführer nach der Rentenzusprache zeigte (E. 3.3). Diese verneinte noch die Durchführung von Operationen im Rahmen der Praxistätigkeit, was später wieder problemlos möglich war.

Bei diesem Ergebnis und einer offenkundigen Veränderung der Befunde besteht grundsätzlich Raum für eine revisionsweise Anpassung (oder Aufhebung) der Rentenleistungen. Damit ist zu prüfen, wie sich die durch den Unfall erlittenen Verletzungen nunmehr (beziehungsweise seit der rückwirkenden Rentenaufhebung am 1. Mai 1997 respektive – wegen Sistierung der Rentenausrichtung während des Strafvollzugs bis Ende 2005 – ab erstmals relevantem Zeitpunkt am 1. Januar 2006) auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführer s auswirken. 6.3 6.3.1

Zur vom hiesigen Gericht im Urteil vom 29. Januar 2009 thematisierten (aufgrund der damaligen Aktenlage nicht beantwortbaren) Frage, ob den die Arbeitsfähigkeit allenfalls immer noch beeinträchtigenden Anfällen überhaupt noch ein organisches Substrat zugrunde liegt (E. 7.4), ergibt sich Folgendes. 6.3.2

Der leitende Arzt des Kreiskrankenhauses C.____ berichtete am 25. Juli 1991 von einem unauffälligen Schädelskelett ohne Frakturachweis und unauffälligen computertomographischen Befunden des Schädels und des Gehirns (E. 3.2). Eine MRT-Untersuchung des Gehirnschädels ergab am 27. Mai 1991 eine fünf bis zehn Millimeter grosse Veränderung in der weissen Substanz links frontal (Bericht von Dr. F.____ vom 27. Mai 1991, Urk. 9/M3), welche als residuelle Veränderung interpretiert wurde (E. 3.4) beziehungsweise als nebenbefundliche banale Gefässmalformation (Urk. 9/M27). Auf den CT-Bildern des Schädels vom 8. März 2004 (Urk. 9/M28) wurde kein akut pathologischer intrazerebraler Prozess und keine intrazerebrale Blutung entdeckt sowie kein Nachweis relevanter ossärer oder intrazerebraler Residuen. Der Verdacht auf die wenige Millimeter

grosse vaskuläre Malformation im Bereich des vorderen Putamens wurde auf den am folgenden Tag erstellten MRT-Bildern des Gehirns (Urk. 9/M29) bestätigt, eine klinische Relevanz indes verneint unter Hinweis, dass diese auch keine Symptomatik hervorrufen dürfte. Einziges Problem dürfte das Blutungsrisiko sein. Auf einem im Mai 2010 durchgeführten MRI des Schädels (unter Einbezug auch Hämosiderin empfindlicher Gradienten-Echosequenzen) wurden keine spezifischen posttraumatische Veränderungen erkannt (E.

E. 9

/M52 S. 38) habe einen grenzwertigen Mini-Mental-Status gefunden und auch einen etwas verlangsamten Patienten beschrieben. Diese Veränderungen könnten mit der anticholinergen Nebenwirkung der antidepressiven Medikamente vereinbart werden. Die aktuelle Beschwerdeschilderung durch den Beschwerdeführer sowie auch die Beschreibung der Umstände des Unfalles vor fast 20 Jahren wiesen zahlreiche Inkonsistenzen auf, sodass das Vorliegen einer relevanten traumatischen Hirnschädigung aufgrund der autoanamnestischen Angaben unwahrscheinlich erscheine. Hinweise auf eine abgelaufene

Contusio cerebri im Sinne einer Anosmie oder einer posttraumatischen Epilepsie ergäben sich anamnestisch und klinisch nicht. Auf Grund der aktuell durchgeführten klinisch-neurologischen Untersuchung ergäben sich jedenfalls keine Hinweise auf relevante traumatisch bedingte Schädigungen des zentralen oder peripheren Nervensystems (S. 76 f.).

Aus somatisch-neurologischer Sicht erscheine dementsprechend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht eingeschränkt. Aus neuropsychologischer Sicht bestehe keine plausible Störung der intellektuellen Funktionen. Die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung belegten erhebliche klinische und testpsychologische Inkonsistenzen und Einschränkungen der Kooperationsbereitschaft (Selbstlimitierungen). Es handle sich um Feststellungen, welche auch bei früheren neuro-psychologischen Untersuchungen gemacht worden und mitunter als Aggravation gewertet worden seien. Aus neuropsychologischer Sicht könne aufgrund der aktuell erhobenen Befunde und der feststellbaren Inkonsistenzen wie auch der Symptomvalidierung keine einem bekannten Störungsbild entsprechende Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen und auch keine neuropsychologisch begründbare Minderung der Arbeitsfähigkeit postuliert werden. Der psychopathologische Status ergebe keine Auffälligkeiten und eine psychiatrische Syndromdiagnose lasse sich nicht stellen. Damit bestehe keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen (S. 77).

Die Gutachter verwiesen sodann auf gewisse Auffälligkeiten (fehlende Angabe eines Unfalls anlässlich der Erstbehandlung, Verzicht auf 24-Stunden-Überwachung) und hielten fest, die im weiteren Verlauf dokumentierten kognitiven psychischen und verhaltensmässigen (als Wesens- beziehungsweise Persönlichkeitsveränderung bezeichneten) Auffälligkeiten könnten nicht überwiegend wahrscheinlich auf eine traumatische Schädigung des Gehirns anlässlich des Unfalls zurückgeführt werden, zumal wenn berücksichtigt werde, dass der im MRT vom 27. Mai 1991 (Urk. 9/M3) beschriebene frontale Substanzdefekt offensichtlich einem Artefakt (allenfalls einer Fehlbeurteilung) entsprochen habe. Insofern seien im Verlauf wiederholt geäusserte Diskrepanzen - erstmals im UVG-Gutachten vom 14. (richtig: 24.) Juni 1994 (Urk. 9/M13), ferner in den forensischen Gutachten vom 26. Februar 1997 (Urk. 9/M23) beziehungsweise 20. Mai 1998 (Urk. 9/M24), weiter im verkehrsmedizinischen Gutachten vom 3. Juli 1997 (Urk. 9/M26), darüber hinaus im Bericht des Inselspitals vom 30. April 2002 (Urk. 9/M44) und schliesslich im Bericht der Neurologischen Klinik und Poliklinik, I.____, vom 26. September 2005 (Urk. 9/M33) - zwischen der klinischen Präsentation des Beschwerdeführers und den testmässig erfassten Leistungen auf eine andere Grundlage als traumatische Hirnschädigung zurückzuführen. Die verdachtsweise geäusserten Aggravationstendenzen, die bei wiederholten neuropsychologischen Untersuchungen hervorgehoben worden seien, erklärten aufgrund aller verfügbaren Informationen die subjektiven kognitiven Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers am besten (S. 78 f.).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.