Urteilskopf

117 V 369

51. Urteil vom 19. Dezember 1991 i.S. Schweizerische Unfallversicherungsanstalt gegen M. und Versicherungsgericht des Kantons Zürich
Regeste (de):
Art. 6, 16 und 18 UVG, Art. 11 UVV: Schädel-Hirntrauma. Nachweis des natürlichen und Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges.

Regeste (fr):
Art. 6, 16 et 18 LAA, art. 11 OLAA: Traumatisme cranio-cérébral.

De la preuve du lien de causalité naturelle et de l'appréciation de la causalité adéquate.

Regesto (it):
Art. 6, 16 e 18 LAINF, art. 11 OAINF: Traumatismo cranio cerebrale.

Prova del nesso di causalità naturale e apprezzamento di quello di causalità adeguata.

BGE 117 V 369 S. 370

A.- Der 1955 geborene R. M. arbeitete als Hilfsarbeiter bei der Firma H., Baugeschäft, einem der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) unterstellten Betrieb, als er am 22. Juni 1985 mit dem Fahrrad einem überholenden Auto ausweichen musste, dabei in eine Wasserrinne geriet, auf die linke Schulter stürzte und den Kopf am Boden aufschlug. Er konnte selber wieder aufstehen und mit dem Fahrrad in seine nahegelegene Wohnung fahren. Zwei Tage danach suchte er den Hausarzt Dr. E. auf, welcher wegen Verdachts auf eine Schädelfraktur die Einweisung in das Kantonsspital W. anordnete. Dort wurden ein Monokelhämatom links sowie Schürfungen über der Nasenwurzel festgestellt; es wurde eine Nasenbeinfraktur und eine Kontusion links fronto-temporal diagnostiziert. Obwohl die Computertomographie des Schädels einen normalen Befund ergeben hatte, nahmen die nach dem Unfall aufgetretenen diffusen Kopfschmerzen zu. Am 8. Juli 1985 misslang ein erster Arbeitsversuch, da sich die Kopfschmerzen beim Pressluftbohren verstärkten. In der Folge klagte der Versicherte nach wie vor über starke Kopfschmerzen, eine grosse Lärmempfindlichkeit und teilweise Schwindelerscheinungen (SUVA-Bericht vom 20. August 1985). Die Neurologin Dr. H. vertrat die Auffassung, es seien bei unauffälligen neurologischen Verhältnissen offensichtlich psychische Schwierigkeiten mit im Spiel (Schreiben an Dr. E. vom 22. August/12. September 1985). Der Kreisarzt Dr. M. stellte in seinem Bericht vom 24. September 1985 folgende Diagnose: Status nach Schädelprellung ohne Commotio cerebri sowie posttraumatische Kopfschmerzen bei psychischer Fehlentwicklung. Auch ohne Wiederaufnahme der Arbeit klagte der Versicherte weiterhin über erhebliche Kopf- und Schwindelbeschwerden. Ein erneuter Arbeitsversuch ab 25. September 1985 musste am folgenden Tag wegen unerträglicher Kopfschmerzen, Lärmempfindlichkeit und zusätzlicher Beschwerden bei Vibrationen abgebrochen werden (SUVA-Bericht vom 30. September 1985). Die SUVA hielt in einer Verfügung vom 2. Oktober 1985 fest, ab 25. September 1985 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50%, die in ganztägigem Einsatz zu verwerten sei. In einem Gutachten vom 18. Oktober 1985 stellte Dr. L., Spezialarzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen: Status nach Schädelkon-

tusion, eventuell leichter

BGE 117 V 369 S. 371

Nasenbeinfraktur, Nachkontusion im Bereich von Schulter und Knie links; Schreckreaktion und neurotische Verarbeitung des Unfalls; posttraumatische Kopfschmerzen. Unter Berücksichtigung der psychischen Fehlentwicklung schätzte er die Arbeitsunfähigkeit medizinisch-theoretisch auf ca. 80%. Überdies hielt er einen Wechsel des Arbeitsplatzes für zweckmässig. Ausserdem stellte der Arzt fest, dass über eine vorbestandene Erkrankung nichts bekannt sei. Der Versicherte erhob gegen die Verfügung vom 2. Oktober 1985 Einsprache, weil es ihm trotz zugeteilter leichter Arbeit nicht möglich sei zu arbeiten. Er klagte auch über Schlafstörungen und Angst, nicht mehr gesund zu werden (SUVA-Bericht vom 22. Oktober 1985). Vom 13. bis 22. November 1985 hielt er sich in der Rehabilitationsklinik B. auf, wo u.a. eine hypochondrische Verarbeitung einer Schreckreaktion diagnostiziert wurde. Bei Eintritt klagte er neben den erwähnten Beschwerden zusätzlich über Schmerzen im Nacken und Vergesslichkeit. Die Klinikärzte setzten die Arbeitsfähigkeit ab 25. November 1985 auf 33 1/3% fest und erachteten eine Steigerung in Abständen von zwei Wochen bis zur vollen Arbeitsfähigkeit als möglich (Bericht vom 28. November 1985).
Am 9. Januar 1986 hob die SUVA ihre Verfügung vom 2. Oktober 1985 auf und verfügte neu folgende Arbeitsfähigkeit: 33 1/3% ab 25. September bzw. ab 25. November nach Klinikaustritt, 50% ab 13. Januar 1986 sowie 100% ab 27. Januar 1986. In einem kreisärztlichen Bericht vom 29. Januar 1986 attestierte Dr. G., Spezialarzt für Chirurgie, eine Arbeitsfähigkeit von einem Drittel. Dr. F., Spezialarzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten von der Gruppe Arbeitsmedizin der SUVA, hielt in einem Bericht gleichen Datums als Beschwerden Schlaflosigkeit, Druck- und Wärmegefühl im Kopf, Geräuschempfindlichkeit und Angstzustände fest. Objektiv bestehe eine erhöhte Nystagmusbereitschaft. Ausserdem bemerkte der Spezialarzt, es sei schwierig, bei der Interpretation der Gleichgewichtsprüfungen die Befunde mit organischem Substrat von den rein psychogen-neurovegetativen Auffälligkeiten zu trennen. Gestützt auf die ärztlichen Berichte kam die SUVA auf ihre Verfügung vom 9. Januar 1986 zurück, hob diese auf und setzte die Arbeitsfähigkeit mit Verfügung vom 5. Februar 1986 folgendermassen neu fest: 33 1/3% sowohl ab 25. September 1985 als auch nach dem Klinikaustritt ab 25. November 1985 bis auf weiteres. Eine hiegegen erhobene Einsprache wies die SUVA mit in Rechtskraft erwachsenem Entscheid vom

BGE 117 V 369 S. 372

2. Mai 1986 ab. Zur Begründung wurde ausgeführt, der Unfall habe aufgrund der medizinischen Unterlagen nur zu unbedeutenden, "oberflächlichen" Verletzungen geführt. Der inadäquate Verlauf lasse sich durch die gemäss Gutachten des Dr. L. vom 18. Oktober 1985 diagnostizierte neurotische Verarbeitung des Unfalls erklären. Dieser sei nicht generell geeignet gewesen, eine erhebliche psychische Fehlentwicklung als Folge eines Schreckereignisses zu verursachen. Laut Schreiben vom 12. Mai 1986 stellte die SUVA sämtliche Versicherungsleistungen per 15. Mai 1986 ein.

B.- R. M. nahm die Arbeit am 17. März 1987 wieder auf. Am 3. Juni 1987 erstattete der Arbeitgeber eine Rückfallmeldung. Bereits am 1. Juni 1987 hatte der Betriebsinhaber dem SUVA-Inspektor mitgeteilt, dass der Versicherte "einfach nicht mehr der gleiche Mensch" sei. Er sei zeitweise sehr vergesslich, nervös und manchmal unsicher beim Gehen und klage über Kopfschmerzen. Er arbeite an und für sich voll (SUVA-Bericht vom 2. Juni 1987). In einem Bericht vom 9. Juni 1987 übermittelte der Hausarzt Beobachtungen des Arbeitgebers an die SUVA, wonach die Konzentrationsfähigkeit, insbesondere die Merkfähigkeit beim Kurzgedächtnis, und

ebenso das selbständige Mitdenken seit dem Unfall deutlich reduziert seien. Der Versicherte wirke oft depressiv. Die "eigentliche Arbeitsleistung" sei um ca. 50% "verlangsamt"; die Arbeitsfähigkeit sei um sicher 20% gesunken. Nach einer Woche schwerer dauernder Kompressorarbeit sei das Allgemeinbefinden deutlich schlechter geworden. Nach Auffassung des Hausarztes wiesen die Beobachtungen des Arbeitgebers zusammen mit den medizinischen Befunden auf ein klares psychoorganisches Syndrom nach Schädel-Hirntrauma hin. Aufgrund einer neuropsychologischen Untersuchung in der Neurologischen Klinik des Universitätsspitals Z. (Neuropsychologische Abteilung) vom 9. Juli 1987 lag eine schwere bifronto-temporale Funktionsstörung vor. Die neuropsychologischen Ausfälle ständen höchstwahrscheinlich in einem direkten kausalen Zusammenhang mit dem Unfall; die Beschwerden entsprächen dem typischen neuropsychologischen Ausfallmuster nach Schädel-Hirntrauma. Bei praktisch unveränderter Symptomatik seit zwei Jahren sei höchstens mit einer Verbesserung der leichten depressiven Überlagerung zu rechnen, jedoch eher nicht mit einer Verbesserung der Grundsymptome. Die Arbeitsunfähigkeit werde voraussichtlich dauernd 30% betragen (Bericht vom 13. Juli 1987).

BGE 117 V 369 S. 373

Der Kreisarzt Dr. G. vertrat in einem Bericht vom 28. Juli 1987 die Auffassung, dass die erwähnten gesundheitlichen Störungen hauptsächlich subjektiver Art seien und nur schwer verifiziert werden könnten. Immerhin habe die neuropsychologische Untersuchung Ausfälle ergeben, welche für eine fronto-temporale Läsion typisch seien. Die Kausalität zwischen Unfall und jetzigem Zustand sei gegeben. Er schätzte die Arbeitsfähigkeit ab 28. Juli 1987 auf 50% und ab 15. August 1987 auf 66 2/3%. In einer weiteren Stellungnahme vom 18. August 1987 verneinte Dr. L. das Vorliegen eines organischen posttraumatischen Hirnschadens, dies u.a. mit der Begründung, dass nach dem Unfall keine Bewusstlosigkeit bestanden habe und der Neurostatus immer normal gewesen sei. Mit Verfügung vom 18. September 1987 stellte die SUVA fest, dass die getroffenen Abklärungen den Nachweis von Unfallfolgen nicht hätten erbringen können. Aufgrund der nach dem Unfall vom 22. Juni 1985 bestehenden Verletzungen sei ein Zusammenhang zwischen den gemeldeten Kopfbeschwerden und dem anerkannten Unfall nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Ein Anspruch auf Versicherungsleistungen gegenüber der SUVA werde verneint.
Der Versicherte liess hiegegen Einsprache erheben. In einer ausführlichen Stellungnahme vom 2. November 1987 hielt die Neuropsychologische Abteilung der Neurologischen Klinik an ihrem früheren Bericht vom 13. Juli 1987 fest. Sie bestätigte das Vorliegen neuropsychologischer Funktionsstörungen, wie sie typisch seien bei einem Status nach erlittenem Schädel-Hirntrauma, brachte sie in einen höchst wahrscheinlichen kausalen Zusammenhang mit dem erwähnten Unfall und hielt auch an der auf 30% bezifferten Arbeitsunfähigkeit fest. Auch könne nicht ausgeschlossen werden, dass sich der Versicherte beim Unfall eine Gehirnerschütterung zugezogen habe. Ferner spiele das Vorliegen oder die Dauer einer Bewusstlosigkeit in Fällen wie dem vorliegenden keine oder nur eine sehr relative Rolle. Die SUVA wies die Einsprache mit Entscheid vom 11. November 1987 ab. Zur Begründung wurde ausgeführt, bei den als Rückfall gemeldeten Beschwerden handle es sich nicht um mindestens wahrscheinliche Folgen des Unfalls. Die von der Neurologischen Klinik erhobenen neuropsychologischen Ausfälle seien durch keinen objektiven organischen neurologisch-pathologischen Befund belegt. Insbesondere könnten keine Folgen eines Schädel-Hirntraumas vorliegen, weil

BGE 117 V 369 S. 374

ein solches durch fachmedizinische Abklärungen im Grundfall habe ausgeschlossen werden können. Nach Erlass des Einspracheentscheides erstattete Dr. B., Spezialarzt für Chirurgie von der Gruppe Unfallmedizin der SUVA, zuhanden der Unfallabteilung am 15. Juni 1988 einen ergänzenden Bericht. Zudem ersuchte die Anstalt Prof. Ba., Direktor der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Universitätsspitals Z., um eine Stellungnah-

me, welche er am 10. Oktober 1988 erstattete. Ferner holte die SUVA bei der Neuropsychologischen Abteilung der Neurologischen Klinik des Universitätsspitals Z. ein Gutachten vom 13. Januar 1989 ein. Schliesslich gab Dr. B. am 14. Februar 1989 zuhanden der Rechtsabteilung der SUVA nochmals eine Vernehmlassung ab.

C.- Das Versicherungsgericht des Kantons Zürich hiess die gegen den Einspracheentscheid vom 11. November 1987 erhobene Beschwerde gut, hob den angefochtenen Entscheid auf und verpflichtete die SUVA, für die nach dem Rückfall eingetretenen gesundheitlichen Störungen die gesetzlichen Leistungen zu erbringen (Entscheid vom 12. September 1989).

D.- Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt die SUVA die Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheides. Der Versicherte lässt auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde schliessen, während das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) auf eine Vernehmlassung verzichtet.

Erwägungen

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist er infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Wird er infolge des Unfalles invalid, so hat er nach Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Versicherungsleistungen werden gemäss Art. 11 UVV grundsätzlich auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt.

2. a) Der Beschwerdegegner klagte nach dem Unfall über starke Kopfschmerzen, grosse Lärmempfindlichkeit und Schwindelbeschwerden. Laut SUVA-Bericht vom 30. September 1985 traten zusätzliche gesundheitliche Schwierigkeiten wegen durch Kompressorarbeit verursachter Vibrationen auf. In einem weiteren SUVA-Bericht vom 22. Oktober 1985 wurden Schlafstörungen

und Angstzustände erwähnt. Im Bericht der Rehabilitationsklinik B. vom 28. November 1985 ist von Schmerzen im Nacken sowie von Vergesslichkeit die Rede. Dr. F. erhob als Befunde u.a. Geräuschempfindlichkeit, Visusstörungen sowie ein Druck- und Wärmegefühl im Kopf (Bericht vom 29. Januar 1986). Nach dem Rückfall teilte der Betriebsinhaber der SUVA mit, der Beschwerdegegner sei einfach nicht mehr der gleiche Mensch wie vor dem Unfall. Er sei zeitweise stark vergesslich und klage über Kopfschmerzen, sei nervös und manchmal unsicher beim Gehen (SUVA-Bericht vom 2. Juni 1987). In einem Bericht vom 9. Juni 1987 übermittelte der Hausarzt der SUVA weitere Beobachtungen des Arbeitgebers, wonach die Konzentrationsfähigkeit, insbesondere die Merkfähigkeit im Kurzgedächtnis, und auch das selbständige Mitdenken seit dem Unfall deutlich reduziert seien. Der Beschwerdegegner wirke oft depressiv. Die "eigentliche Arbeitsleistung" sei seit dem Unfall um ca. 50% verlangsamt, was als auf fallendste Beobachtung bezeichnet wurde. Die Arbeitsfähigkeit sei infolge verminderter Merkfähigkeit und Verlangsamung um sicher 20% reduziert. b) Die oben erwähnten Leistungsausfälle wurden im Bericht der Neuropsychologischen Abteilung der Neurologischen Klinik vom 13. Juli 1987 bestätigt, wonach der Beschwerdegegner spontan über Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, rasche Ermüdbarkeit, Lärmempfindlichkeit, Reizbarkeit und Nervosität geklagt habe. Die erhobenen Untersuchungsbefunde würden auf eine schwere bifronto-temporale Funktionsstörung hinweisen und dem typischen neuropsychologischen Ausfallmuster nach Schädel-Hirntrauma entsprechen. Da diese Symptomatik seit zwei Jahren praktisch unverändert sei, dürfe höchstens mit einer Abnahme der leichten depressiven Überlagerung, jedoch

eher nicht mit einer Verbesserung der Grundsymptome gerechnet werden. Die Arbeitsunfähigkeit werde voraussichtlich dauernd 30% betragen. Im neuropsychologischen Gutachten der genannten Klinik vom 13. Januar 1989 wurde sodann berichtet, neben dem unveränderten posttraumatischen Syndrom mit Kopf- und Nackenschmerzen, Licht- und Lärmempfindlichkeit sowie Schwindel habe sich gegenüber der Untersuchung vom Juli 1987 wenig geändert. Es fänden sich weiterhin ausgeprägte Konzentrationsstörungen mit Langsamkeit und Fehlerhaftigkeit sowie erhebliche Lern- und Gedächtnisstörungen. Diese Ausfälle im Bereich des Gedächtnisses, des Antriebes sowie der Umstell- und Konzentrationsfähigkeit

würden typischerweise auch nach relativ geringfügigen Schädel-Hirntraumen auftreten. Der im Juli 1987 neuropsychologisch erhobene Befund einer hirnorganischen, bifronto-temporalen Funktionsstörung wurde ausdrücklich bestätigt. Im weiteren ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdegegner nie über die in den neuropsychologischen Tests eingebauten Aggravationsfallen gestolpert ist. c) Auch der Kreisarzt Dr. G. anerkannte neurologische Ausfälle und schätzte die Arbeitsfähigkeit ab 28. Juli 1987 auf 50% und ab 15. August 1987 auf 66 2/3%. In welchem Grad und ab welchem Zeitpunkt die Arbeitsunfähigkeit für Leistungen des Unfallversicherers anspruchsbegründend war, wird die SUVA noch festzulegen haben, sofern die weiteren Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Inwieweit die Arbeitsfähigkeit ab 1988 allenfalls aufgrund des Umstandes höher einzuschätzen ist, weil der Beschwerdegegner laut Gutachten der Neurologischen Klinik Z. vom 13. Januar 1989 im Jahre 1988 eine neue Stelle in der Gärtnerei I. angetreten hat und es ihm dort gesundheitlich besser gehen soll, wird die SUVA näher zu prüfen haben.

3. a) Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele (BGE 115 V 134 Erw. 3, 405 Erw. 3, BGE 112 V 32 Erw. 1a mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der

überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 115 V 134 Erw. 3, 405 Erw. 3, 113 V 311 Erw. 3a und 322 Erw. 2a mit Hinweisen). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte - allenfalls nach einem Rückfall eingetretene - gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt. b) In medizinischer Hinsicht ist der Sachverhalt von kompetenten Fachleuten bereits hinreichend abgeklärt. Es erübrigt sich daher, eine Oberexpertise einzuholen, wie dies die SUVA in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde im Eventualstandpunkt beantragt. Die Rüge der sachlichen Befangenheit von Prof. Ba., Direktor

der Neurologischen Universitätsklinik Z., ist schon deshalb unbegründet, weil die SUVA selber bei diesem "erfahrenen Ordinarius der Neurologie" eine grundsätzliche Stellungnahme zum Standort der Neuropsychologie im Rahmen der traditionellen neurologischen Medizin, vor allem im Zusammenhang mit der Beurteilung der Unfallkausalität eines psychoorganischen Syndroms, eingeholt hat. c) Die vom Beschwerdegegner nach dem Unfall und ebenso nach dem Rückfall geklagten Kopfschmerzen sowie die vom Arbeitgeber beschriebenen Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sind Symptome, welche nach einem Schädel-Hirntrauma auftreten und persistieren können. Während der Beschwerdegegner vor dem Unfall als fleissiger und zuverlässiger Arbeiter geschildert wurde, fielen seine Leistungen danach gegenüber dem früheren Niveau markant ab. Auch in seinem Wesen wurde nach dem Unfall und auch nach dem Rückfall eine deutliche Veränderung festgestellt. Der Arbeitgeber führte die Leistungseinbusse im wesentlichen auf die gleichen Ausfälle zurück, welche auch die Neuropsychologische Abteilung der Neurologischen Klinik des Universitätsspitals Z. festgestellt und als unfallbedingte Hirnleistungsstörungen diagnostiziert hat. Das vorliegende Muster von Ausfällen kann typischerweise auch nach relativ geringfügigem Schädel-Hirntrauma auftreten, wie es der Beschwerdegegner erlitten hat (Bericht der genannten Klinik vom 13. Juli 1987 in Verbindung mit Gutachten vom 13. Januar 1989). Wie auch Prof. Ba. in seiner Stellungnahme vom 10. Oktober 1988 bestätigte, ist bei einer neuropsychologisch diagnostizierten (bifronto-temporalen) Funktionsstörung und stabilem Befund sowie bei Fehlen einer anderen

Ursache am Vorliegen einer Unfallfolge nicht zu zweifeln. Sogar der Kreisarzt Dr. G. vertrat im Bericht vom 28. Juli 1987 die Auffassung, die Kausalität zwischen Unfall und dem Zustand nach erfolgtem Rückfall sei gegeben. Die Tatsache, dass zwischen Unfall und Rückfall knapp zwei Jahre vergingen, spricht angesichts der konkreten Umstände (u.a. Leistungsgewährung der SUVA bis Mitte Mai 1986 bei anschliessendem Auslandaufenthalt des Beschwerdegegners) nicht gegen die Wahrscheinlichkeit einer Kausalkette zwischen dem Unfall mit Schädel-Hirntrauma und den späteren gesundheitlichen Störungen. Entgegen dem angefochtenen Einspracheentscheid kann demnach nicht gesagt werden, dass es sich bei den als Rückfall gemeldeten Beschwerden "nicht um mindestens wahrscheinliche Folgen" des Unfalls vom 22. Juni 1985 handle. Auch kann der Darstellung der Anstalt in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde nicht beigepflichtet werden, dass das Unfallereignis "offensichtlich bagatellärer Natur" gewesen sei und der Beschwerdegegner nur eine "einmalige Schädelprellung" erlitten habe. d) In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wendet die SUVA hauptsächlich ein, im Vordergrund müsse die Feststellung stehen, dass ein Bewusstseinsverlust des Beschwerdegegners nicht rechtsgenügend erstellt sei. Wie sich aus den Ausführungen des Prof. Ba. von der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Universitätsspitals Z. sowie des Neurologen PD Dr. L., Oberarzt an dieser Klinik und Leiter der Neuropsychologischen Abteilung, ergibt, spielen das Vorliegen und die Dauer einer Bewusstlosigkeit bei den leichten Schädeltraumen ("minor head injuries") im Bereich zwischen Commotio cerebri und Contusio cerebri keine oder nur eine sehr relative Rolle. Die Differenzierung zwischen Commotio und Contusio cerebri beruhe auf der Annahme, dass es bei einer Commotio cerebri zu keiner Hirnsubstanzschädigung komme, eine Contusio aber mit einer strukturellen Hirnschädigung einhergehe. Diese weitgehend klinische Unterscheidung sei von praktischem Wert, werde aber nicht allen Fällen gerecht. Auch die neuerdings durch Computertomographie und Magnetresonanz-Tomographie ergänzte Diagnostik habe zu keiner entscheidenden Verbesserung der diagnostischen Situation beigetragen. Man wisse seit langem, dass leichte Schädeltraumen, die klinisch als Commotio cerebri zu interpretieren seien, zu hirnanatomischen Veränderungen in Form kleiner perivasculärer Blutungen und axonaler Schädigungen führen

könnten und damit die Kriterien einer Contusio cerebri erfüllten. Bei diesen Versicherten seien gelegentlich leichte EEG-Veränderungen registrierbar. Die computertomographischen Untersuchungen seien unauffällig, dagegen zeigten die neuropsychologischen Abklärungen eindeutige Hirnleistungsstörungen. Der neuropsychologische Befund sei daher in diesen Situationen der einzig verlässliche Parameter. Es besteht kein Anlass, die Richtigkeit dieser fachärztlichen Ausführungen über die leichten Schädeltraumen, wozu der vorliegende Fall zählt, in Zweifel zu ziehen. Die Frage, ob und wie lange beim Beschwerdegegner nach dem Unfall eine Bewusstlosigkeit, eine Bewusstseinsstörung oder eine Benommenheit bestanden hat, kann daher offenbleiben. e) Die SUVA begründet die Leistungsablehnung in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde ausserdem u.a. mit dem Fehlen einer "fassbaren" traumatischen Hirnfunktionsstörung. Soweit sich dieser Einwand auf den direkten Kausalnachweis mittels apparativer Untersuchungsmethoden bezieht, ist folgendes festzuhalten: Zur Beantwortung von medizinischen Kausalitätsfragen ist die Verwaltung und im Streitfall der Sozialversicherungsrichter auf Erkenntnisse von Ärzten angewiesen, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse den Entscheidungsorganen zur Verfügung zu stellen (vgl. BGE 112 V 32 Erw. 1a). Für den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt im Sozialversicherungsrecht in der Regel der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 115 V 134 Erw. 3, 405 Erw. 3). Die Unfallkausalität muss somit nicht mit (medizinisch-)wissenschaftlicher Genauigkeit zwingend nachgewiesen sein; es genügt, dass die überwiegende Wahrscheinlichkeit für einen bestimmten Kausalverlauf spricht. Was in dieser Hinsicht nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung für das private Haftpflichtrecht gilt (BGE BGE 107 II 272 Erw. 1b und 430), hat erst recht für das soziale Unfallversicherungsrecht Geltung. Die Anforderungen an den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs in Medizin und Recht müssen folglich nicht immer gänzlich deckungsgleich sein. Deshalb kann es vorkommen, dass der natürliche Kausalzusammenhang aufgrund (unfall-)medizinischer Erfahrung rechtlich bejaht wird, obwohl im Einzelfall ein strikter Beweis im medizinisch-wissenschaftlichen Sinn nicht zu erbringen ist. Von einer solchen Unterscheidung geht die Rechtsprechung auch in anderem Zusammenhang aus (vgl. BGE 105 V 230 Erw. 4a sowie

111 V 189 Erw. 3b betreffend Art. 5 Abs. 1 MVG bzw. Art. 7 Abs. 1 IVG). Damit wird der Stellenwert medizinischer Erkenntnisse als unabdingbare Grundlage für die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs als einer Tatfrage nicht verkannt. Im Rahmen freier rechtlicher Beweiswürdigung haben die Verwaltung und im Streitfall der Richter indessen alle medizinischen Berichte zu würdigen, und zwar auch solche, welche die Wahrscheinlichkeit der natürlichen Kausalität nicht allein vom sicheren Nachweis neurologischer Ausfälle oder entsprechender Befunde mittels bildgebender Untersuchungsmethoden wie Computertomogrammen usw. abhängig machen. Dies hat nach dem Gesagten dort zu gelten, wo der Natur der Sache nach ein direkter wissenschaftlicher Beweis im Einzelfall (noch) nicht geführt werden kann (vgl. LGVE 1984 II Nr. 29 S. 195), so etwa bei Unfällen mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule (BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa) oder Schädel-Hirntrauma. Wie die SUVA in den Mitteilungen der Medizinischen Abteilung 59, November 1986, S. 7 selber darlegt, kann in vielen Fällen "gerade der computertomographische oder der neurologische Befund ... negativ sein, und dennoch können erhebliche psychoorganische Störungen vorliegen. Diese Störungen werden in der Praxis oft übersehen, wenn das Verhalten des Patienten im Alltag im allgemeinen unauffällig ist. Es sind die typischen Folgen nach einer gedeckten Schädelhirnverletzung wie Konzentrationsstörungen, Frischgedächtnisstörungen und Störungen der Handlungsplanung, die sich oft nur nach längerer Zeit Belastung im Beruf bemerkbar machen ... Auch wenn keine motorischen oder sensiblen Ausfälle mehr vorliegen, sind psychoorganische Defizite die häufigsten Befunde nach Hirnverletzungen." In derartigen Fällen können im Rahmen der Anamnese oder ergänzend auch nichtärztliche Auskünfte, wie beispielsweise von Arbeitgebern, über Leistung und Verhalten des Versicherten vor und nach dem Unfall in die Beweiswürdigung einbezogen werden. f) Was die Kausalitätsbeurteilung auf der Grundlage neuropsychologischer Testuntersuchungen im besonderen betrifft, bestritt die

SUVA im vorinstanzlichen Verfahren die Verlässlichkeit bzw. "Alleinzuständigkeit" der neuropsychologischen Disziplin für die Abklärung von Unfallkausalitäten. Bereits in dem in BGE 117 V 359 publizierten Fall zum Schleudertrauma der Halswirbelsäule hatte die SUVA geltend gemacht, dass die Neuropsychologie allein keinen strikten Nachweis für die Unfallkausalität von

BGE 117 V 369 S. 381

Hirnleistungsstörungen erbringen könne. Anders als in jenem Fall ist vorliegend auf diesen Einwand einzugehen. In der SUVA-ärztlichen Beurteilung "Stellenwert der Neuropsychologie" vom 24. August 1989 wird zusammenfassend festgehalten, dass die Neuropsychologie heute eine selbständige, wissenschaftlich gut fundierte und international anerkannte Disziplin sei, die in den Händen von speziell ausgebildeten und seriösen Fachleuten in der Regel zuverlässige Aussagen über Hirnleistungen, besonders im kognitiven Bereich, sowie über allfällige Wesensveränderungen machen könne. In der Regel erlaube sie die Erkennung typischerweise heterogener Muster (besondere Leistungsprofile) bei traumatischen Hirnverletzungen, die sie damit von diffuseren, allgemeineren Leistungshemmungen abzugrenzen vermöge. Sie sei deshalb heute in der Hirntraumatologie unverzichtbar, weil neuropsychologische Störungen nach gedeckten Schädel-Hirntraumen im Gegensatz zu organneurologischen Symptomen bei weitem die häufigsten Unfallfolgen darstellten. Indes ergebe die neuropsychologische Testuntersuchung allein nicht ausreichend Aufschluss über die Kausalitätsfrage, sondern sie müsse dazu die gesamte Vorgeschichte, den Unfallhergang mit den relevanten Daten sowie die Dynamik des Heil- und Rehabilitationsverlaufes mitberücksichtigen. Zum Vorwissen für eine umfassende neuropsychologische Beurteilung gehörten u.a. die Ergebnisse der technischen Untersuchungen mittels moderner bildgebender Verfahren. Dazu sei aber zu bemerken, dass auch mehrfache Normalbefunde solcher Untersuchungen, besonders der bildgebenden Verfahren, eine substantielle Hirnschädigung (morphologisch fassbare Schädigung oder Defekt des Gehirngewebes) nicht auszuschliessen vermöchten; solche Fälle würden indessen die Verantwortung des Neuropsychologen für eine sorgfältige differentialdiagnostische Abwägung steigern (vgl. auch Mitteilung der Medizinischen Abteilung der SUVA 63, November 1990, S. 42 ff.). Schon früher hat die SUVA im Zusammenhang mit der Frage der Notwendigkeit neuropsychologischer Testung nach leichtem Schädel-Hirntrauma ausgeführt, die Beurteilung psychischer und neuropsychologischer Unfallfolgen werde bei ihr vor allem durch den Neuropsychologischen Dienst der Rehabilitationsklinik B. durchgeführt und bilde einen wertvollen Mosaikstein in der Gesamtbeurteilung bleibender Defizite nach Hirnverletzungen, die sich auf neurologische, neuroradiologische, neuropsychologische und eventuell otoneurologische Daten stütze

BGE 117 V 369 S. 382

(Mitteilung der Medizinischen Abteilung der SUVA 59, November 1986, S. 7). Aufgrund dieser medizinischen Gegebenheiten ist kein Grund ersichtlich, die neuropsychologische Diagnostik bei der Kausalitätsbeurteilung grundsätzlich unbeachtet zu lassen. Hiezu besteht in beweisrechtlicher Hinsicht jedenfalls so lange kein Anlass, als - wie im vorliegenden Fall - selbst der Spezialarzt der Neurologie im Rahmen einer Gesamtwürdigung dem neuropsychologisch eindeutigen, nicht diffusen Befund einen Aussagewert beimisst. Die Folgerung von Prof. Ba., wonach vorliegend an der Unfallkausalität nicht zu zweifeln sei, ist schlüssig und vermag zu überzeugen. Auf diese fachärztliche Beurteilung ist abzustellen.

4. a) Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und der damit verursachten Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dieser Voraussetzung als einer Rechtsfrage (BGE 112 V 33 Erw. 1b) kommt die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 115 V 142 Erw. 7 in fine). Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 115 V 135 Erw. 4a und 405 Erw. 4a, BGE 113 V 312 Erw. 3b und 323 Erw. 2b, BGE 112 V 33 Erw. 1b, BGE 109 V 152 Erw. 3a, BGE 107 V 176 Erw. 4b, je mit Hinweisen). b) Aufgrund der medizinischen Abklärungen sind im vorliegenden Fall folgende Beschwerden ausgewiesen: Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Konzentrationsstörungen mit Verlangsamung und Fehlerhaftigkeit sowie erheblichen Lern- und Gedächtnisstörungen, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen bzw. Lichtempfindlichkeit, Lärmempfindlichkeit, Reizbarkeit und Nervosität, Schlafstörungen, Angstzustände und Depression sowie Wesensveränderung. Dieses bunte Beschwerdebild entspricht weitgehend jenem, welches nach einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule häufig auftritt. Wenn und soweit sich wie vorliegend die Folgen eines Schädel-Hirntraumas mit jenen eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule vergleichen lassen, rechtfertigt es sich, die zum Schleudertrauma der Halswirbelsäule entwickelte Rechtsprechung betreffend Beurteilung des adäquaten

Kausalzusammenhangs (BGE 117 V 366 Erw. 6 mit Hinweisen) auch hier sinngemäss anzuwenden. Nach dieser Rechtsprechung ist für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle anderseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich. Bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Anschlagen des Kopfes kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und nachfolgenden Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen. Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Folgen in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, entsprechende Gesundheitsschäden zu bewirken. Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte oder indirekte Folgen davon erscheinen, sind in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind im Zusammenhang mit dem Schädel-Hirntrauma zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - Dauerbeschwerden; - ärztliche Fehlbehandlung, welche Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

c) 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. Anderseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. 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 gehäufter oder auf fallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht wird. Diese Würdigung des Unfalls zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs.

5. a) Aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufes ist der vorliegende Unfall weder der Gruppe der leichten noch jener der schweren Unfälle zuzuordnen. Er gehört in den mittleren Bereich. Für die Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs sind somit weitere unfallbezogene Kriterien in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. b) Besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls lagen nicht vor. Der Beschwerdegegner hat einen Schrecken erlitten, wie er üblicherweise bei einem Unfall auftritt (vgl. BGE 115 V 145). Sodann liegt eine Häufung von Beschwerden vor (Erw. 4b), wie sie nach einem Schädel-Hirntrauma auftreten kann. Neben den jahrelang persistierenden - von der Neuropsychologischen Abteilung der Neurologischen Klinik des Universitätsspitals Z. als hirnorganische (bifronto-temporale) Funktionsstörung diagnostizierten - Konzentrations- und Gedächtnisstörungen fiel eine Wesensveränderung auf. Der vor dem Unfall als fleissiger und zuverlässiger Arbeiter beschriebene Beschwerdegegner wurde nach dem Unfall als "einfach nicht mehr der gleiche Mensch" geschildert, wobei namentlich über Nervosität und Depression berichtet wurde. Im Vordergrund stand aus der Sicht des Arbeitgebers eine massive Verlangsamung, was neuropsychologisch ebenfalls betont wurde. In Anbetracht der Häufung von Beschwerden und namentlich ihrer schwerwiegenden Auswirkungen

ist im vorliegenden Fall das Kriterium der besonderen Art der Verletzung erfüllt. Der Beschwerdegegner litt u.a. jahrelang unter starken Kopfschmerzen, welche jeweils nachmittags noch zunahmen. Damit ist auch das Kriterium der Dauerbeschwerden gegeben. Allgemein fällt der schleppende Heilungsverlauf auf, dauerten doch die Beschwerden - abgesehen von einer längeren Abwesenheit im Ausland ohne diesbezügliche Informationen und der Zeit mit vollzeitiger Beschäftigung von Mitte März bis Ende Mai 1987 - unvermindert fort. Der Heilungsverlauf muss als schwierig im Sinne der dargelegten Rechtsprechung bezeichnet werden. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit als Hilfsarbeiter in der Baubranche nach dem Unfall fällt auf, dass die SUVA sowohl ihre Verfügung vom 2. Oktober 1985 als auch diejenige vom 9. Januar 1986 aufheben musste und mit Verfügung vom 5. Februar 1986, welche im rechtskräftig gewordenen Einspracheentscheid vom 2. Mai 1986 bestätigt wurde, wie folgt festlegte: 33 1/3% ab 25. September bzw. ab 25. November 1985, der Zeit nach dem Austritt aus der Rehabilitationsklinik B., bis auf weiteres. Somit ging die SUVA unmittelbar nach dem Unfall (vom 22. Juni 1985) für drei Monate von einer vollen Arbeitsunfähigkeit aus, welche für die Folgezeit bis zum 15. Mai 1986, also während mehr als eines halben Jahres noch zwei Drittel betrug. Nach dem Rückfall von Ende Mai/anfangs Juni 1987 lag die Arbeitsunfähigkeit im Rahmen von 20 bis 33 1/3%. Für die im Jahre 1988 aufgenommene Tätigkeit in einer Gärtnerei ist allenfalls eine geringere Arbeitsunfähigkeit anzunehmen, weil es dem Beschwerdegegner ohne Arbeit mit dem Presslufthammer etwas besser ging, obwohl Kopfschmerzen, Schwindel und die starke Lärmempfindlichkeit andauerten. Ausmass und Dauer der beschriebenen Arbeitsunfähigkeit würden für sich allein nicht für die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zum Unfall sprechen. Aufgrund einer Gesamtwürdigung kommt dem Unfall vom 22. Juni 1985 aber eine massgebende Bedeutung für die nach dem Rückfall festgestellte teilweise Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit zu, wobei das Kriterium der besonderen Art der erlittenen Verletzung besonders ins Gewicht fällt. Der adäquate Kausalzusammenhang muss somit bejaht

werden. Der vorinstanzliche Entscheid ist daher im Ergebnis zu bestätigen.