



Fall-Nr.: UV 2015/62
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 20.08.2019
Entscheiddatum: 09.11.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 9.11.2017

Art. 17 Abs. 1 ATSG. Abweisung des Rentenrevisionsgesuchs, da keine relevante Verschlechterung der unfallbedingten Beschwerden nachgewiesen ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. November 2017, UV 2015/62).

Entscheid vom 9. November 2017

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

UV 2015/62

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

gegen



Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach
4358, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Invalidenrente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war als Bauarbeiter bei der B.____ AG tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 13. Oktober 1992 auf einer Baustelle von einem Stahlträger, welcher an einem sich senkenden Seilbagger angehängt war, hart an Kopf und Körper gestreift wurde (Suva-I-act. 1). Der Versicherte befand sich vom 13. bis 30. Oktober 1992 stationär im Spital C.____, wo eine ausgedehnte Gesichts- und Weichteilverletzung sowie eine breite klaffende Weichteilverletzung über dem rechten Knie diagnostiziert und operativ versorgt wurden (Bericht vom 30. November 1992; Suva-I-act. 4). Dr. med. D.____, Klinik für Augenkrankheiten des Kantonsspitals St.Gallen (nachfolgend: KSSG), diagnostizierte mit Bericht vom 2. Februar 1993 zusätzlich einen Enophthalmus sowie eine Hebungs- und Abduktionseinschränkung des linken Bulbus bei Status nach Orbitabodenfraktur am 13. Oktober 1992. Bei Aufblick sowie in den seitlichen Blickrichtungen komme es zu Doppelbildern. Als unmittelbare Unfallfolge bestünden stärkste frontale Kopfschmerzen sowie eine Hypästhesie und Hyperalgesie im Bereich des Nervus frontalis beidseitig (Suva-I-act. 13, vgl. neurologisches Konsilium des KSSG vom 11. Januar 1993; Suva-I-act. 16). Am 30. April 1993 unterzog sich der Versicherte im KSSG einer Orbitabodenreposition (Suva-I-act. 26).

A.b Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, hielt mit Bericht vom 18. August 1993 fest, aufgrund der Anamnese (kurzer Bewusstseinsverlust) sei anzunehmen, dass es beim Unfall zu einem Schädeltrauma mit Beteiligung des Gehirns gekommen sei.



Hinsichtlich des EEG-Befundes sei eine Contusio cerebri anzunehmen. Man könne von einem postcontusionellen, neurasthenischen Syndrom des Gehirns als unmittelbare Folge des Schädelhirntraumas bzw. Unfalls vom Oktober 1992 sprechen. Er erachte den Versicherten derzeit als zu nicht mehr als 50% arbeitsfähig (Suva-I-act. 35). Eine am 31. August 1993 von Dr. med. F.____, Spezialarzt für medizinische Radiologie FMH, durchgeführte Magnetresonanztomographie des Neurocraniums, der basalen Hirngefässe und des übrigen Gesichtsschädels war gemäss dessen Einschätzung unauffällig (Suva-I-act. 37). Die behandelnden Ärzte der Klinik für Augenkrankheiten des KSSG hielten mit Bericht vom 31. August 1993 fest, sie hätten dem Versicherten einen Arbeitsversuch mit einer 50%igen Arbeitsfähigkeit empfohlen. Als bleibender Nachteil sei eine Abduktionseinschränkung links und eine Hebungseinschränkung links mit Doppelbildern bei Linksblick zu erwarten (Suva-I-act. 38).

A.c Der Versicherte befand sich vom 13. Oktober bis 24. November 1993 stationär in der Rehaklinik Bellikon. Mit Austrittsbericht vom 26. November 1993 führten die behandelnden Ärzte aus, im Vordergrund stünden mittelschwere bis schwere neuropsychologische Leistungsdefizite unklarer Genese, eine ausgeprägte Schmerzproblematik und eine sekundäre psychische Veränderung. Es fänden sich persistierende Kopfschmerzen frontal links und occipital rechts sowie Doppelbilder beim Blick nach links und oben sowie Schwindel. Aufgrund der minimalen Belastbarkeit sei dem Versicherten eine effiziente Arbeit nicht zumutbar (Suva-I-act. 50, vgl. auch Suva-I-act. 49). Auf Nachfrage der Suva (Suva-I-act. 52) führte Dr. med. G.____, Neurologie FMH, Rehaklinik Bellikon, am 15. Februar 1994 aus, er schlage einen baldigen Fallabschluss vor. Dabei könne der Fall nach dem Schema der psychoreaktiven Störung behandelt werden, da die gefundenen Hirnfunktionsstörungen wahrscheinlich keine organische Ursache hätten (Suva-I-act. 62).

A.d Dr. med. H.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Abteilung Unfallmedizin der Suva, hielt am 30. März 1994 fest, gemäss echtzeitlichen Angaben sei der Versicherte nach dem Unfall immer ansprechbar und nie bewusstlos gewesen. Er habe sicher ein Schädeltrauma erlitten, eine Commotio cerebri sei aber nur möglich. Der Versicherte sei zu 50% arbeitsfähig (Suva-I-act. 68). Dr. E.____ befand hingegen am 18. Mai 1994, eine Contusio Cerebri mit nachfolgendem neurasthenischen Syndrom



St.Galler Gerichte

mit reichlicher vegetativer Symptomatik sei sehr wahrscheinlich. Es bestehe sicher auch viel psychogene Überlagerung (Suva-I-act. 70, vgl. auch Suva-I-act. 95). Dr. med. I.____, Klinik für Ohren-, Nasen-, Halsheilkunde (ORL), Hals- und Gesichtschirurgie des KSSG hielt am 16. Juni 1994 als Unfallfolgen gestützt auf die subjektiven Angaben des Versicherten ein Sensibilitätsverlust des Nervus V1 (Nervus ophthalmicus) links fest (Suva-I-act. 74). Die behandelnden Ärzte der Klinik für Augenkrankheiten des KSSG diagnostizierten mit Bericht vom 17. Juni 1994 eine Hebungs- und Abduktionseinschränkung links, eine dekompensierende Nahexophorie und einen Status nach Orbitabodenfraktur links 1992 sowie Orbitabodenrevision am 29. April 1993. Es könne davon ausgegangen werden, dass die Kopfschmerzen nicht binokular bedingt seien (Suva-I-act. 75). Am 12. Juli 1994 berichteten sie sodann, es bestehe eine frakturbedingte Gesichtsasymmetrie, ein Enophthalmus links und eine seit Januar 1993 stationäre Einschränkung der Augenmotilität links mit entsprechenden Doppelbildern (Suva-I-act. 78). Dr. med. J.____, Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte mit Bericht vom 23. August 1994 eine posttraumatische Belastungsstörung mit depressiven Verstimmungen und Somatisierung (Suva-I-act. 82).

A.e Mit Verfügung vom 25. Oktober 1994 sprach die Suva dem Versicherten mit Wirkung ab 1. Oktober 1994 eine Invalidenrente basierend auf einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von 50% sowie eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 18% zu (Suva-I-act. 89, vgl. Suva-I-act. 80 f.). Die dagegen erhobene Einsprache (vgl. Suva-I-act. 90) wies die Suva mit Entscheid vom 4. August 1995 ab. Sie begründete insbesondere, der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den funktionell überlagerten Beschwerden des Versicherten sei zu verneinen und die psychogenen Störungen daher nicht in die Arbeitsfähigkeitsschätzung einzubeziehen (Suva-I-act. 97). Auf die dagegen erhobene Klage trat das Versicherungsgericht St. Gallen mit Entscheid vom 4. Oktober 1996 wegen Nichteinhaltung der Rechtsmittelfrist nicht ein (Suva-I-act. 99).

B.

B.a Nachdem die IV-Stelle dem Versicherten ab 13. Oktober 1993 eine ganze und ab 1. März 1994 eine halbe Invalidenrente zugesprochen hatte (vgl. Präsidialbeschluss



St.Galler Gerichte

vom 19. September 1994; Suva-II-act. 34-40, vgl. Rentenrevisionsverfahren von 1996/1997; Suva-II-act. 34-92 ff.) wurde der Versicherte im Rahmen eines IV-Rentenrevisionsverfahrens (vgl. Suva-II-act. 34-180, 34-219) im Juli und August 2003 durch Ärzte der MEDAS Ostschweiz (nachfolgend: MEDAS) polydisziplinär (Neuropsychologie, Psychiatrie, Otoneurologie, Neurologie) abgeklärt. In ihrem Gutachten vom 15. März 2004 diagnostizierten diese einen Status nach Arbeitsunfall am 13. Oktober 1992, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), einen Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10: F62.8) sowie multifaktoriell bedingte leichte bis mittelschwere kognitive Funktionseinschränkungen/ Leistungsschwankungen und eine Belastbarkeitsminderung. Sie erachteten den Versicherten in einer adaptierten Tätigkeit als zu 50% arbeitsfähig (Suva-II-act. 34-233 ff.). Die IV-Stelle sprach dem Versicherten am 28. April 2004 per 1. Januar 2004 eine Dreiviertelsrente zu (Suva-II-act. 34-290, Rechtsmittelverfahren vgl. Suva-II-act. 34-302, 34-309, 34-313).

B.b Am 4. Juni 2008 liess der Versicherte gegenüber der Suva eine wesentliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend machen (Suva-II-act. 4). Mit Schreiben vom 30. Juni 2008 brachte der Vertreter des Versicherten vor, es lägen bislang nicht berücksichtigte, unfallbedingte psychische Beschwerden vor (Suva-II-act. 7). Er legte dem Schreiben diverse ärztliche Berichte bei (vgl. Suva-II-act. 7-2 ff.), so insbesondere den Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik K.____ vom 1. Oktober 2007, wo sich der Versicherte vom 31. August bis 28. September 2007 stationär befunden hatte. Die dort behandelnden Ärzte hatten eine organische Persönlichkeitsstörung sowie organisch affektive Störungen mit depressivem Zustandsbild diagnostiziert und den Versicherten als zu 100% arbeitsunfähig erachtet (Suva-II-act. 7-11 ff.). Die Suva orientierte den Vertreter des Versicherten am 7. Juli 2008 darüber, dass ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 13. Oktober 1992 und den psychischen Beschwerden mit rechtskräftigem Einspracheentscheid vom 4. August 1995 verneint worden sei. Die Suva könne daher nicht für die Behandlung dieser Beschwerden und die daraus entstehende Arbeitsunfähigkeit aufkommen (Suva-II-act. 8). Am 29. Juli 2008 reichte der Vertreter des Versicherten einen Bericht von Dr. med. L.____, Spezialarzt für Neurologie und Psychiatrie, ein, gemäss welchem der Versicherte zu 100% arbeitsunfähig sei. Er



St.Galler Gerichte

ersuchte die eingereichten Unterlagen dem Kreisarzt vorzulegen und danach zu verfügen (Suva-II-act. 9). Mit Verfügung vom 2. September 2008 trat die Suva auf die mit Schreiben vom 29. Juli 2008 sinngemäss gestellten Anträge auf Wiedererwägung und prozessuale Revision nicht ein (Suva-II-act. 11). Dagegen liess der Versicherte am 18. September 2008 Einsprache erheben (Suva-II-act. 12), welche die Suva mit Entscheid vom 6. Januar 2009 abwies (Suva-II-act. 17).

B.c Im Auftrag der IV-Stelle war der Versicherte am 28. Oktober 2008 durch Dr. J.____ untersucht worden. Mit Gutachten vom 29. Oktober 2008 hatte dieser eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), einen strengen Verdacht auf psychogene Verwirrtheit (ICD-10: F44.88) und eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Erkrankung (ICD-10: F62.1) diagnostiziert. Seines Erachtens spiele die organische Komponente der Krankheit eine untergeordnete Rolle, es habe zwar ein Schädeltrauma bestanden, aber kein schweres Hirntrauma. Nicht einmal Bewusstseinsstörungen nach dem Unfall seien sicher. Die neu aufgetretenen Verwirrheitszustände seien am ehesten als psychogen zu werten, da bislang im EEG spezifische epileptische Potentiale fehlten. Er schätze die Arbeitsunfähigkeit auf mehr als 70% ein (Suva-II-act. 34-379 ff.). Gestützt darauf sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 11. Juni 2009 per 1. Juni 2008 eine ganze Rente zu (Suva-II-act. 21, vgl. Suva-II-act. 34-413). Am 3. September 2013 sprach ihm die IV-Stelle zudem per 1. Juni 2011 eine Entschädigung wegen leichter Hilflosigkeit zu (Suva-II-act. 34-495).

B.d Am 13. März 2014 reichte der Vertreter des Versicherten bei der Suva ein Rentenrevisionsgesuch ein und machte eine massive Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes geltend (Suva-II-act. 31). Er legte einen Bericht von Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 18. Oktober 2013 bei, in welchem dieser ausgeführt hatte, der Versicherte habe beim Unfall 1992 ein schweres Schädelhirntrauma erlitten, das Gesamtbild der Unfallfolgen lasse auf eine durchgemachte Contusio cerebri links frontal und rechts parietal schliessen. Dass diese Beschwerden in der letzten Zeit zugenommen hätten, sei bei den bestehenden Funktionseinschränkungen zu erwarten, werde jedoch nicht durch Hinweise auf Neuentwicklungen im Neurostatus gestützt. Die Arbeitsfähigkeit sei seit dem Unfall



St.Galler Gerichte

ausschliesslich wegen der Unfallfolgen generell auf 0% herabgesetzt (Suva-II-act. 30). Nach Einholen der IV-Akten und Rücksprache mit Kreisärztin med. pract. O. ___ (vgl. Suva-II-act. 32, 35) verfügte die Suva am 28. April 2014 die Abweisung des Rentenrevisionsgesuchs. Sie begründete, die organisch objektivierbaren Unfallrestfolgen hätten sich seit der Rentenfestsetzung nicht verschlimmert. Die psychischen Beschwerden stünden in keinem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 13. Oktober 1992 (Suva-II-act. 36).

C.

C.a Gegen die Verfügung vom 28. April 2014 erhob der Vertreter des Versicherten am 20. Mai 2014 Einsprache und beantragte die Neuprüfung des Falles sowie die Zusprache einer ganzen Rente ab 1. Oktober 1994. Eventuell sei eine neutrale Begutachtung anzuordnen. Er brachte vor, die starken Kopfschmerzen und der ungerichtete Schwindel seien direkte Folgen des erlittenen Traumas. Die Beschwerden hätten in letzter Zeit zugenommen und es sei deswegen zu Funktionseinschränkungen gekommen (Suva-II-act. 40).

C.b Die Suva wies die Einsprache mit Entscheid vom 7. September 2015 ab, soweit sie darauf eintrat. Sie begründete, die Eingabe des Rechtsvertreters des Versicherten vom 13. März 2014 sei unter dem Blickwinkel der prozessualen Revision zu spät erfolgt, weshalb diesbezüglich auf die Einsprache nicht einzutreten sei. Auf eine zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung könne nicht erkannt werden, weshalb auch unter dem Gesichtspunkt der Wiedererwägung die ursprüngliche Rentenverfügung zu bestätigen sei. Die Voraussetzungen für eine Rentenrevision seien ebenfalls nicht erfüllt (Suva-II-act. 44).

D.

D.a Gegen den Einspracheentscheid vom 7. September 2015 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 6. Oktober 2015. Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) beantragt darin dessen Aufhebung und die Zusprache einer ganzen Invalidenrente. Eventuell sei eine neutrale Begutachtung anzuordnen. Er macht sinngemäss geltend, die psychischen Probleme seien erst nach dem Unfall



St.Galler Gerichte

aufgetreten. Sein Gesundheitszustand habe sich in den letzten drei Jahren massiv verschlechtert. Die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) habe sein Gesuch um eine Rentenerhöhung abgewiesen, ohne ihn ärztlich untersuchen zu lassen. Sie habe begründet, seine Beschwerden seien auf psychische und nicht neurologische Krankheiten zurückzuführen. Im Gegensatz dazu habe die IV-Stelle die Angelegenheit genügend abgeklärt und die Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes anerkannt (act. G1).

D.b In ihrer Beschwerdeantwort vom 19. November 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des Einspracheentscheids. Sie bringt vor, der Beschwerdeführer mache ausschliesslich eine massive Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend. Somit sei materiell lediglich die Frage zu beurteilen, ob die Rente zu revidieren, d.h. zu erhöhen sei. Die mit Einspracheentscheid vom 7. September 2015 behandelten Aspekte der prozessualen Revision und der Wiedererwägung seien hingegen unangefochten geblieben. Die von der IV-Stelle anerkannte Gesundheitsverschlechterung beschränke sich auf den psychischen Bereich. Diesbezüglich sei sie, die Beschwerdegegnerin, mangels adäquater Unfallkausalität nicht leistungspflichtig, was bereits rechtskräftig entschieden worden sei. Die von Dr. N.____ behauptete Beschwerdezunahme basiere nicht auf einem objektivierbaren organischen Substrat. Ein beim Unfall erlittenes Schädelhirntrauma sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Die Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden seien zu den psychischen bzw. physisch nicht objektivierbaren Gesundheitsproblemen zu zählen, welche der Adäquanzprüfung nach Psychopraxis unterständen. Dasselbe gelte für die behauptete Verschlechterung des psychischen Zustandes. Die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin entfalle mangels adäquater Unfallkausalität (act. G3).

D.c Mit Replik vom 8. Dezember 2015 führt der Beschwerdeführer erneut aus, es sei zu einer massiven Verschlechterung des neurologischen und psychischen Gesundheitszustandes gekommen (act. G5). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G7).

Erwägungen

1.



Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung

2.

Der Beschwerdeführer macht in seiner Beschwerde geltend, sein Gesundheitszustand habe sich in den letzten drei Jahren massiv verschlechtert (act. G1, Suva-II-act. 31). Die Beschwerdegegnerin ist hingegen der Ansicht, bezüglich der unfallkausalen Beschwerden sei keine Verschlechterung eingetreten (act. G3). Zu prüfen ist damit vorliegend die Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1). Nicht Verfahrensgegenstand sind die im Einspracheentscheid vom 7. September 2015 thematisierte Wiedererwägung sowie prozessuale Revision, zumal der Beschwerdeführer den Entscheid diesbezüglich nicht angefochten hat und kein Anlass zur Korrektur von Amtes wegen besteht.

2.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bilden die ärztliche Arbeitsfähigkeitsgradschätzung und die Umschreibung der trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten.



2.2 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 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt nach der Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Bei der Rentenrevision (auf Gesuch hin oder von Amtes wegen) ist zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrads die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5). Zum Vergleich heranzuziehen ist der Sachverhalt zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 125 V 369 E. 2 mit Hinweisen) bzw. des Einspracheentscheids.

2.3 Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30). Im Bereich klar ausgewiesener somatischer Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Bei psychisch bedingten Unfallfolgen hat hingegen eine eigenständige



Adäquanzprüfung zu erfolgen. Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfall ist nur dann zu bejahen, wenn dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Beschwerden zukommt. In objektivierter Betrachtungsweise werden die Unfälle nach ihrer erfahrungsgemässen Eignung, psychische Beschwerden zu bewirken, eingeteilt in banale und leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und in einen dazwischen liegenden Bereich der mittelschweren Unfälle. Bei der Beurteilung der durch die Rechtsprechung entwickelten Adäquanzkriterien sind psychische Aspekte ausser Acht zu lassen (vgl. sogenannte Psycho-Praxis, BGE 115 V 133).

3.

Nachfolgend ist zu prüfen, ob eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen zwischen dem ursprünglichen, in Rechtskraft erwachsenen Einspracheentscheid vom 4. August 1995 und dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 7. September 2015 vorliegt, womit ein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG gegeben wäre.

3.1 Unter Berücksichtigung der erwähnten Psycho-Praxis verneinte die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 4. August 1995 den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 13. Oktober 1992 und den funktionell überlagerten Beschwerden des Beschwerdeführers. Sie hielt fest, sie treffe für das psychisch überlagerte Beschwerdebild keine Leistungspflicht und die psychogenen Störungen seien zu Recht nicht in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit miteinbezogen worden (Suva-I-act. 97, E. 4). Dieser Entscheid erwuchs in Rechtskraft (vgl. Suva-I-act. 99). Eine allenfalls seither eingetretene Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ist damit insofern nicht relevant, als die Beschwerdegegnerin diesbezüglich mangels adäquaten Kausalzusammenhangs ohnehin nicht leistungspflichtig ist.

3.2 Als somatische Unfallrestfolgen hielt die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 4. August 1995 Doppelbilder sowie eine Hypästhesie und Hyperalgesie im Bereich des Nervus frontalis beidseits fest (Suva-I-act. 97, E. 3.h). Diesbezüglich macht der Beschwerdeführer keine Verschlechterung geltend und eine



solche ergibt sich auch nicht aus den Akten. Der Beschwerdeführer bringt in seiner Beschwerde jedoch vor, er leide an sehr starken Kopfschmerzen und Gleichgewichtsstörungen, Vergesslichkeit, Wortfindungsstörungen sowie Zittern an Beinen und Armen. Insbesondere die Kopfschmerzen und Gleichgewichtsstörungen liess er bereits in seiner Einsprache vom 24. November 1994 geltend machen (vgl. Suva-I-act. 90). Diversen medizinischen Akten lässt sich keine organische Ursache für die geklagten Beschwerden entnehmen. So konnte gemäss Bericht der Klinik für Augenkrankheiten des KSSG vom 21. Februar 2000 bei einer ORL-Untersuchung keine Erklärung für die geklagten Beschwerden gefunden werden (Suva-I-act. 107, vgl. Suva-I-act. 109) und Dr. J.____ befand am 29. Oktober 2008, die organische Komponente der Krankheit spiele eine untergeordnete Rolle, die neu hinzugekommenen Verwirrheitszustände seien mangels EEG spezifischer epileptischer Potentiale am ehesten als psychogen zu werten. Bereits am 15. Februar 1994 hatte Dr. G.____ festgehalten, die Ursachen für die gefundenen Hirnfunktionsstörungen seien wahrscheinlich nicht organisch (Suva-I-act. 62). In den Akten finden sich zwar Hinweise auf eine beim Unfall erlittene Commotio Cerebri, weder diese, noch gar ein (schweres) Hirntrauma bzw. eine Contusio Cerebri können jedoch gestützt auf die echtzeitlichen (vgl. Suva-I-act. 16, 35, 37, 45, 55, 68, 70, 95, 102, 116) sowie die später erstellten medizinischen Akten (Suva-II-act. 30, 34-126, 34-211, 34-235, 34-384) als überwiegend wahrscheinlich betrachtet werden. Vor diesem Hintergrund ist auch die Beurteilung von Dr. N.____, welcher in seinem Bericht vom 18. Oktober 2013 (Suva-II-act. 30) von einem beim Unfall 1992 erlittenen schweren Schädelhirntrauma ausgeht und die geltend gemachten Beschwerden (chronische Kopfschmerzen, ungerichteter Schwindel, psychoorganisches Syndrom mit Wesensveränderung, kognitive Einbussen, Verwirrungs Zustände etc.) im Wesentlichen als dadurch bedingt erklärt, nicht nachvollziehbar. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht vorbringt (vgl. act. G3), lässt sich dem Bericht von Dr. N.____ keine organisch objektivierte Beschwerdezunahme entnehmen.

3.3 Zusammenfassend haben die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden keine somatische unfallkausale Ursache bzw. bezüglich der bereits mit Einspracheentscheid vom 4. August 1995 anerkannten somatischen Unfallfolgen liegt keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor. Dem MEDAS-Gutachten vom 15. März 2004 lässt sich im Gegenteil ein aus somatischer Sicht leicht gebesserter



Gesundheitszustand und eine quantitativ geringere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (30%) entnehmen (Suva-II-act. 34-263). Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich, zumal nicht davon auszugehen ist, dass rund 25 Jahre nach dem Unfall mittels anamnestischen Erhebungen und apparativen Untersuchungen eine traumatisch bedingte Hirnschädigung und eine zwischenzeitlich eingetretene Verschlechterung der allenfalls dadurch bedingten Beschwerden, nachgewiesen werden könnte. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die IV-Stelle habe eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes anerkannt (vgl. act. G1), ist zu bemerken, dass die IV-Stelle im Gegensatz zur Beschwerdegegnerin auch unfallfremde Beschwerden, insbesondere die psychischen Probleme, zu berücksichtigen hat. Bezüglich der vorliegend relevanten unfallbedingten somatischen Beschwerden ist jedoch eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen.

4.

4.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist der Einspracheentscheid vom 7. September 2015 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.