



Fall-Nr.: UV 2011/39
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 09.08.2019
Entscheiddatum: 26.06.2012

Entscheid Versicherungsgericht, 26.06.2012

Art. 6, 18 und 24 UVG. Adäquate Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden dreieinhalb Jahre nach einer milden traumatischen Hirnverletzung. Frage des Rentenanspruchs und der Erhöhung der Integritätsentschädigung(Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. Juni 2012, UV 2011/39).

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Marie Löhner,
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 26. Juni 2012

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Fürsprecher Marco Büchel, LL.M., c/o K & B Rechtsanwälte,
Freudenbergstrasse 24, Postfach 213, 9240 Uzwil,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Invalidenrente und Integritätsentschädigung

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ war als Gärtner-Vorarbeiter bei B.____ angestellt und dadurch bei der Suva unfallversichert, als sich am 11. April 2007 beim Einschlagen eines Eisenpfahls der Hammerkopf vom Stiel löste und den Versicherten am Kopf traf (UV-act. 1). Im Bericht vom 16. Juli 2007 diagnostizierte Dr. med. C.____, Allg. Medizin FMH, eine Felsenbeinlängsfraktur rechts, eine periphere Vestibulopathie rechts, einen persistierenden Tinnitus sowie intermittierende Schwindelbeschwerden (UV-act. 13). Die Ärzte des Kantonsspitals E.____ bescheinigten am 6. September 2007 zusätzlich einen neu aufgetretenen, massiven Tremor (Zittern) im Kopf-/Halsbereich (UV-act. 17). Nach Durchführung von somatischen und psychiatrischen Behandlungen und Abklärungen und nachdem der Versicherte die ursprüngliche Arbeitsfähigkeit zwischenzeitlich nicht wieder erlangt hatte, sprach ihm die Suva für die verbliebene Hörbeeinträchtigung (Innenohrschädigung als Folge der Felsenbein-Fraktur) mit Verfügung vom 21. September 2009 eine Integritätsentschädigung auf der Basis einer Integritätseinbusse von 30% zu (UV-act. 127). Dagegen liess der Versicherte durch Fürsprecher M. Büchel, LL.M, Uzwil, Einsprache erheben (UV-act. 133). Mit Verfügung vom 3. Juni 2010 sprach die Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen dem Versicherten auf der Basis eines Invaliditätsgrads von 100% ab 1. April 2008 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu (UV-act. 169).

A.b Nach Durchführung von weiteren Abklärungen stellte die Suva die Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 20. Juli 2010 auf Ende Juli 2010 ein mit der Begründung, dass die geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar seien und die adäquate Unfallkausalität zu verneinen sei (UV-act. 171). Die gegen diese Verfügung von Fürsprecher Büchel erhobene Einsprache (UV-act. 173) sowie die Einsprache gegen die Verfügung vom 21. September 2009 wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 14. April 2011 ab (UV-act. 179).

B.



B.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob Fürsprecher Büchel für den Versicherten am 26. Mai 2011 Beschwerde mit den Anträgen, der Einspracheentscheid sowie die Verfügungen vom 21. September 2009 und vom 20. Juli 2010 seien aufzuheben. Dem Beschwerdeführer sei eine Integritätsentschädigung unter Berücksichtigung des Tremors bzw. der dissoziativen Bewegungsstörung zuzusprechen. Die Beschwerdegegnerin sei deshalb anzuweisen, eine Neu Beurteilung des Integritätsschadens vorzunehmen. Sie sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Suva-Rente, basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von 80%, zu entrichten. Eventualiter sei durch das angerufene Gericht ein interdisziplinäres Obergutachten zu erstellen. Es seien auch die Akten der Invalidenversicherung zu edieren. Zur Begründung führte der Rechtsvertreter unter anderem aus, nicht korrekt sei, dass der Tremor beim Beschwerdeführer erst Ende August 2007 (vgl. UV-act. 17) aufgetreten sei. Das Gutachten der Rehaklinik D.____ vom 11. März 2009 sei offensichtlich falsch (UV-act. 98 S. 10), weshalb beantragt werde, ein neues, gerichtliches interdisziplinäres Gutachten zu erstellen. Es treffe auch nicht zu, dass die psychische Problematik beim Beschwerdeführer im Vordergrund gestanden habe. Die adäquate Unfallkausalität der organisch nicht nachweisbaren Funktionsausfälle (in casu dissoziative Bewegungsstörung bzw. Konversionsstörung) sei nach der Rechtsprechung zu den Unfällen mit schleudertraumaähnlichen Verletzungen zu prüfen. Sechs von sieben Adäquanzkriterien seien erfüllt, davon mindestens vier in besonders ausgeprägter Weise. Die adäquate Unfallkausalität sei von der Beschwerdegegnerin zu Unrecht verneint worden. Beim Integritätsschaden seien nicht nur der Hörverlust und der Tinnitus zu berücksichtigen, sondern auch die organisch nicht nachweisbare, teilweise unfallkausale Konversionsstörung.

B.b In der Beschwerdeantwort vom 27. Juni 2011 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies sie auf die Darlegungen im angefochtenen Entscheid und führte unter anderem aus, eine somatisch-strukturelle Schädigung als Ursache der Beschwerden (Tremor, dissoziative Bewegungsstörung, Konversionsstörung) liege - abgesehen von der vorliegend nicht strittigen Hörbeeinträchtigung - nicht vor. Unzutreffend sei, dass sich der Neurologe der Rehaklinik D.____ bei seiner Beurteilung vom 11. März 2009 auf eine falsche Sachverhaltsannahme gestützt habe. Beim Beschwerdeführer habe im Zeitpunkt der Adäquanzprüfung die psychische Problematik im Vordergrund gestanden. Der



adäquate Kausalzusammenhang sei daher praxisgemäss unter dem Gesichtspunkt einer psychiatrischen Fehlentwicklung zu prüfen. In Bezug auf den vorliegenden mittelschweren Unfall sei lediglich das Kriterium der Dauerschmerzen - jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise - erfüllt. Somit sei der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den psychisch bedingten Beschwerden und dem Unfall vom 11. April 2007 zu verneinen. Die psychisch bedingten Beschwerden würden somit weder eine (höhere) Integritätsentschädigung noch einen Rentenanspruch begründen.

B.c Mit Replik vom 22. August 2011 (act. G 6) und Duplik vom 14. September 2011 (act. G 8) bestätigten die Parteien ihre Standpunkte.

Erwägungen:

1.

1.1 Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen, welche sie für die Folgen des Unfalls vom 11. April 2007 ausgerichtet hatte, zu Recht auf den 31. Juli 2010 einstellte. Mit der mit dem angefochtenen Entscheid (UV-act. 166) bestätigten Verfügung vom 20. Juli 2010 (UV-act. 171) verneinte die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf Versicherungsleistungen mit Hinweis auf die fehlende Adäquanz in genereller Weise und bezog auch jenen auf Rente mit ein (UV-act. 145). Der angefochtene Entscheid hat somit die Frage des Anspruchs auf Rente insofern zum Gegenstand, als mit ihm die Verfügung vom 20. Juli 2010 vollumfänglich bestätigt wurde. Vorliegend stellt sich vorab die Frage der Unfallkausalität der beim Beschwerdeführer bestehenden gesundheitlichen Probleme. Streitig und zu prüfen ist im Weiteren die Höhe des durch das Unfallereignis vom 11. April 2007 bedingten Integritätsschadens.

1.2 Gemäss ständiger Praxis des Bundesgerichts (bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) kann ein nach einem versicherten Unfall neu aufgetretenes Leiden nur dann als dessen Folge betrachtet werden, wenn und soweit es sicher oder doch zumindest überwiegend wahrscheinlich von jenem Unfall herrührt (natürliche Kausalität; BGE 115 V 133 sowie 117 V 359 und 134 V 109). Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung des



Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1; BGE 119 V 338 E. 1 und 118 V 289 E. 1b je mit Hinweisen). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Fragen nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beurteilen (BGE 123 III 110 E. 3a). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) 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). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a). Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b).

2.



2.1 Eine Abklärung in der HNO-Klinik des Kantonsspitals E.____ ergab gemäss Bericht vom 5. Juni 2007, dass beim Beschwerdeführer am ehesten von einer leichten Schädigung des Vestibularorgans rechts auszugehen sei; diese könne sich im weiteren Verlauf noch zurückbilden (UV-act. 87). Die Ärzte der Klinik für Neurologie am Kantonsspital E.____ diagnostizierten am 8. Oktober 2007 einen psychogenen Tremor, eine reaktive depressive Episode und einen Status nach Schädelkontusion am 11. April 2007. Eine Störung des rechten Vestibularorgans habe nicht verifiziert werden können. Klinisch-neurologisch zeige sich, abgesehen von einer Hypacusis rechts in der subjektiven Gehörprüfung, ein unauffälliger neurologischer Status (UV-act. 19). Im Austrittsbericht der Rehaklinik D.____ vom 9. Januar 2008 wurden (bezogen auf den Unfall vom 11. April 2007) eine wahrscheinliche MTBI, eine Felsenbeinlängsfraktur rechts, eine persistierende Hypacusis rechts, eine reaktive depressive Episode und ein Verdacht auf psychogenen Tremor und Ataxie bestätigt. Als aktuelle Probleme führten die Klinikärzte eine anhaltende Kopfschmerzsymptomatik, ein Kopfzittern, eine Hörminderung rechts, eine Gangunsicherheit sowie eine leichte neuropsychologische Störung nach Unfall vom 11. April 2007 mit Kopfverletzung (jedoch ohne Nachweis einer hirnorganischen Läsion) und möglicher MTBI sowie im Rahmen einer leichten depressiven Störung an. Zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen bestehe eine leichte Leistungsminderung infolge der psychischen Störung mit Krankheitswert. Die berufliche Tätigkeit als Friedhofgärtner sei halbtags (4 Stunden pro Tag) zumutbar (UV-act. 43). Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 27. Februar 2008, dass er den Beschwerdeführer seit 10. Januar 2008 psychiatrisch betreue. Es liege eine reaktive depressive Episode, gegenwärtig remittiert, vor. Zur Diagnose eines psychogenen Tremors setze er ein Fragezeichen. Dies sei allenfalls eine "Ausschlussdiagnose", wenn für die Symptomatik keine somatische/hirnorganische Ursache verantwortlich gemacht werden könne. Er schlage diesbezüglich eine interdisziplinäre/neurologische Beurteilung vor (UV-act. 51). Im Bericht der HNO-Klinik des Kantonsspitals E.____ vom 13. März 2008 wurden die Diagnosen eines Verdachts auf abgelaufene Vestibulopathie rechts und eines Verdachts auf einen psychogenen Tremor und Ataxie bestätigt. Es sei eine weitere Verschlechterung der Hörfunktion rechtsbetont eingetreten, so dass eine Indikation zur Versorgung mit Hörgeräten bestehe (UV-act. 54). Suva-Arzt Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, schätzte gestützt hierauf den



unfallbedingten Integritätsschaden in Anwendung von Suva-Tabelle 12 auf 30% (UV-act. 63).

2.2 Eine MRI-Abklärung des Schädels in der Klinik G.____ ergab gemäss Bericht vom 28. Januar 2009 das Fehlen eines Nachweises einer posttraumatischen intrakraniellen Läsion, eine diskrete chronische Pansinusitis und im Übrigen einen altersentsprechenden Befund (UV-act. 93). Im Bericht der Rehaklinik D.____ vom 11. März 2009 betreffend eine interdisziplinäre Abklärung des Beschwerdeführers wurde unter anderem festgehalten, neurologischerseits habe das Unfallereignis vom 11. April 2007 zu einer leichten traumatischen Hirnverletzung geführt. Darüber hinaus ergebe sich kein Anhalt für eine persistierende somatisch-strukturelle Schädigung des Nervensystems. Es bestehe ein unregelmässiger Kopftremor mit Kippung nach rechts und links. Es liege sodann eine leichte neuropsychologische Störung vor. Vorbestehend sei anamnestisch eine Teilleistungsschwäche (Legasthenie). Das Testprofil könne nicht als typisch für eine somatisch-strukturelle Unfallfolge angesehen werden. Psychiatrischerseits bestehe eine Konversionsstörung, welche geeignet sei, sowohl die Bewegungsstörung des Beschwerdeführers als auch die neuropsychologische Leistungsminderung zu erklären. Das Unfallereignis müsse für das Auftreten der Symptomatik als teilkausaler Faktor angesehen werden. Es liege eine psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit von etwa 80% vor. Die Einschränkung der Zumutbarkeit einer leichten körperlichen Tätigkeit (auf 3 Stunden pro Tag) erkläre sich ausschliesslich psychiatrisch. Somatisch-organisch liege keine Reduktion der Arbeitsfähigkeit oder Einschränkung der Zumutbarkeit vor. Eine somatisch-organisch bedingte Integritätseinbusse liege nicht vor. Eine psychiatrisch bedingte Integritätseinbusse bestehe ebenfalls nicht, da das Kriterium der Dauerhaftigkeit nicht erfüllt sei (UV-act. 98 S. 12f).

2.3 Suva-Arzt Dr. med. H.____ kam in der Beurteilung vom 23. September 2009 zum Schluss, dass nach Lage der Akten eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands nicht zu erwarten sei. Wiederholte Physiotherapie-Serien dürften zu einer Stabilisierung führen (UV-act. 129). Med. pract. I.____ und Dr. med. J.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, bestätigten am 12. Oktober 2009 unter anderem, dass hinsichtlich der Frage, ob aufgrund weiterer psychiatrischer Behandlungen eine namhafte Besserung zu erwarten sei, eine Prognose schwer möglich sei. Der bisherige



Verlauf zeige ein positives Ansprechen auf die eingeleiteten therapeutischen Massnahmen (UV-act. 132). Dr. H.____ empfahl am 21. Oktober 2009, noch mindestens weitere sechs Monate mit der allfälligen Festsetzung des Endzustands zuzuwarten (UV-act. 136). Med. pract. I.____ und Dr. J.____ berichteten am 21. Dezember 2009 über den aktuellen Behandlungsverlauf. Sie bestätigten die Diagnosen einer verzögerten posttraumatischen Belastungsstörung mit Entwicklung einer dissoziativen Bewegungsstörung sowie einen Status nach reaktiver depressiver Episode und wiesen unter anderem darauf hin, dass der Tod des Vaters (Oktober 2009) zu vermehrten Therapie-Sitzungen geführt habe. Es sei eine Verstärkung der Fixierung der Symptomatik und ein langfristiger Prozess zu erwarten (UV-act. 152). Am 3. Juni 2010 gab Suva-Arzt med. pract. K.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, eine psychiatrische Beurteilung ab (UV-act. 170).

3.

3.1 Von organisch-strukturell objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst dann gesprochen werden, wenn sich die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigen lassen (vgl. BGE 134 V 109 E. 9, 117 V 359 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008, mit vielen Hinweisen, sowie vom 7. Februar 2008, U 13/07, E. 3.2 und 3.3). Aufgrund der in E. 2 geschilderten Aktenlage kann beim Beschwerdeführer ein eigentlicher, durch den Unfall vom 11. April 2007 bedingter hirnorganischer (struktureller) Schaden nicht als nachgewiesen gelten (vgl. insbesondere UV-act. 19, 43, 93, 98 S. 12). Die Schlussfolgerung im Bericht der Rehaklinik D.____ vom 11. März 2009, wonach die psychiatrische Konversionsstörung sowohl die Bewegungsstörung (Tremor) als auch die neuropsychologische Funktionsstörung zu erklären vermöge (UV-act. 98 S. 9f und S. 12), bestätigten med. pract. I.____ und Dr. J.____ insofern, als auch sie die dissoziative Bewegungsstörung bzw. den Tremor einer psychiatrischen Diagnose (verzögerte posttraumatische Belastungsstörung) zuordneten (UV-act. 132, 152). Gemäss Bericht des Kantonsspitals E.____ vom 6. September 2007 trat der Tremor im Kopf/Hals-Bereich damals neu (seit einer Woche) auf (UV-act. 17). Die früheren Akten vermerkten zwar eine Gangunsicherheit bzw. eine verminderte Motorik und zeitweilige Probleme beim



Sprechen, führten das vorerwähnte Beschwerdebild (Tremor) jedoch nicht auf (vgl. UV-act. 3, 6, 10, 13, 87), und auch der Beschwerdeführer selbst erwähnte es nicht (vgl. UV-act. 10, 12). Die Feststellung der Gutachter der Rehaklinik D.____, wonach der Tremor ca. vier Monate nach dem Unfall aufgetreten sei (UV-act. 98 S. 10), steht damit mit den Akten in Einklang. Hiervon abweichende Aussagen des Beschwerdeführers (act. G 1 S. 12, UV-act. 96 S. 9) stehen der echtzeitlichen Aktenlage entgegen, weshalb die D.____-Gutachter in der zusammenfassenden (interdisziplinären) Beurteilung (UV-act. 98 S. 8ff) auch nicht darauf abstellten. Eine Befragung der Ehefrau und des Sohnes des Beschwerdeführers (act. G 6 S. 3) vermöchte am aktenmässig klar dokumentierten Sachverhalt für die Zeit unmittelbar nach dem Unfall überwiegend wahrscheinlich nichts zu ändern. Für weitere medizinische Abklärungen bzw. für die Anordnung eines gerichtlichen Gutachtens (act. G 1 S. 5) fehlt es - bei übereinstimmenden ärztlichen Äusserungen - an einem Anlass.

Es gibt Fälle, in denen bei sonst unauffälligen Untersuchungsbefunden neuropsychologische Abklärungen Hirnleistungsstörungen aufzeigen können und der neuropsychologische Befund der einzige verlässliche Parameter ist (BGE 117 V 378 E. 3d). Jedenfalls bei eindeutigem, nicht diffusem Befund kann der neuropsychologischen Diagnostik - im Rahmen einer neurologischen Gesamtwürdigung - nach der Rechtsprechung auch bei der Kausalitätsbeurteilung ein Aussagewert zukommen (BGE 119 V 343 E. 3c). Hingegen vermag es die Neuropsychologie nach derzeitigem Wissensstand nicht, selbständig die Beurteilung der Genese abschliessend vorzunehmen (RKUV 2000, 316 E. 3). Nach B.P. Radanov (Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, SZS 1996, S. 471 ff) sind psychologische Probleme (und die eingenommenen Medikamente) geeignet, die kognitiven Leistungen negativ zu beeinflussen (S. 477). Psychologische Probleme bzw. die Interrelation psychologischer und kognitiver Funktionen könnten die reduzierte Leistungsfähigkeit mit erklären (S. 475). - Aufgrund der in E. 2 dargelegten medizinischen Akten (vgl. UV-act. 43 und 98 S. 12) ist von einer Beeinflussung/Überlagerung der kognitiven Funktionen beim Beschwerdeführer durch den psychischen Befund auszugehen, womit die neuropsychologischen Einschränkungen eine vielschichtige Ursache aufweisen. Damit können neuropsychologische Unfall-Restfolgen im Sinn eines selbständigen, klar abgrenzbaren Befunds nicht als nachgewiesen gelten. Neuropsychologische



Einschränkungen - wie auch diejenigen psychischer Art - können hingegen Teil des typischen Beschwerdebilds nach leichtem Schädelhirn-Trauma bilden.

3.2 Ist ein Schleudertrauma der HWS oder eine äquivalente Verletzung (unter anderem ein Status nach leichter traumatischer Hirnverletzung) diagnostiziert und liegt - bezogen auf diese Diagnose - kein fassbarer organischer (unfallbedingter) Befund vor, muss für die Bejahung der natürlichen Kausalität ein typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. gegeben sein (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 E. 9). Nach Lage der Akten ist in der Zeit nach dem Unfall vom 11. April 2007 grundsätzlich vom Auftreten eines typischen Beschwerdebilds mit einer gewissen Häufung von Beschwerden (Schwindel, Tinnitus, , Verlangsamung, Kopfschmerzen, Wortfindungsstörungen, Vergesslichkeit, neuropsychologische Störung; UV-act. 3, 10 S. 2, 13, 19, 43) auszugehen. Ärztlicherseits wurde eine unfallbedingte Bewusstseinsbeeinträchtigung/Amnesie verneint (vgl. UV-act. 3) und eine Felsenbeinlängsfraktur rechts (UV-act. 6) sowie eine (wahrscheinliche) leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI; UV-act. 43 sowie UV-act. 98 S. 12) bestätigt (vgl. dazu auch S. Johannes/R. Schaumann-von Stosch, Grundlegende Aspekte der leichten traumatischen Hirnverletzung, Medizinische Mitteilungen der SUVA Nr. 78 [2007], 74ff). Die Beschwerdegegnerin ging im Resultat von einem unfallkausalen Beschwerdebild aus, indem sie ihre Leistungspflicht anerkannte und Leistungen bis Ende Juli 2010 erbrachte.

3.3 Auch bei Vorliegen einer schleudertraumaähnlichen Verletzung steht der Nachweis offen, dass es sich bei den nach einem Unfall aufgetretenen psychischen Störungen nicht um eine unfallkausale psychische Beeinträchtigung handelt (RKUV 2001, 79) oder dass eine ausgeprägte psychische Problematik ganz im Vordergrund steht (RKUV 1999, 407 E. 3b). Sodann ist - wie in den vorerwähnten Fällen - dort, wo keine mit dem Status nach leichter traumatischer Hirnverletzung in engem Zusammenhang stehende psychische Problematik, sondern eine selbständige sekundäre Gesundheitsschädigung vorliegt, die Adäquanzbeurteilung auch dann nach BGE 115 V 133 vorzunehmen, wenn das psychische Beschwerdebild die körperlichen Beschwerden nicht eindeutig in den



St.Galler Gerichte

Hintergrund gedrängt hat (Urteil des EVG vom 23. Mai 2006, U 5/06, E. 3.2.2 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008, E. 7.2, mit welchem der st. gallische Entscheid vom 20. Dezember 2007, UV 2007/24, bestätigt wurde).

Bereits rund vier Monate nach dem Unfall vermerkten die Ärzte des Kantonsspitals E.____ bei fehlendem Nachweis einer Störung des rechten Vestibulärorgans und unauffälligem neurologischem Status - eine reaktive depressive Episode mit psychogenem Tremor (UV-act. 19). Dies bestätigte sich anlässlich des Aufenthalts des Beschwerdeführers in der Rehaklinik D.____ im November/Dezember 2007 (UV-act. 43) sowie im Bericht der HNO-Klinik vom 13. März 2008 (UV-act. 54). Der vom behandelnden Psychiater Dr. F.____ im Bericht vom 27. Februar 2008 vermutete somatisch/hirnorganische Hintergrund der Beschwerden (UV-act. 51) liess sich anlässlich der erneuten und umfassenden Abklärung in der Rehaklinik D.____ vom Januar 2009 nicht verifizieren. Vielmehr erachteten die dortigen Ärzte die psychiatrischerseits festgestellte Konversionsstörung als erklärend für die Bewegungsstörung (Tremor) und die neuropsychologische Leistungsminderung. Die Arbeitsfähigkeitseinschränkung begründeten sie ausschliesslich mit dem (teilweise unfallkausalen) psychiatrischen Befund (UV-act. 93 und 98 S. 12). Bei der geschilderten Aktenlage ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass jedenfalls seit der Begutachtung in der Rehaklinik D.____ im Jahr 2009 eine psychische Problematik ganz im Vordergrund stand und allfällige somatische Aspekte überdeckte. Hieran vermag der Einwand des Beschwerdeführers, dass zum Zeitpunkt der Abklärung in der Rehaklinik D.____ keine depressive Störung mehr bestanden habe und das Unfallereignis als teilkausaler Faktor für das Auftreten der Symptomatik angesehen werden müsse (act. G 1 S. 9f), offensichtlich nichts zu ändern. Die ärztliche Anerkennung der (natürlichen) Unfall-Teilkausalität des Beschwerdebildes sagt für sich allein nichts über die Art der Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs aus und ermöglicht auch nicht den Verzicht auf eine gesonderte Adäquanzprüfung. Unter den dargelegten Umständen ist die Beurteilung praxisgemäss unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall vorzunehmen (BGE 123 V 98 E. 2a mit Hinweisen). Die Rechtsprechung, wonach bei der Prüfung der adäquaten Kausalität zwischen psychisch und physisch bedingten Beschwerden nicht unterschieden wird (RKUV 1999, 407 E. 3b), kommt dabei nicht zur Anwendung.



3.4 Die Ärzte der Rehaklinik D.____ kamen im Bericht vom 11. März 2009 (im Zusammenhang mit dem unregelmässigen Kopftremor) zum Schluss, es sei zu erwarten, dass durch regelmässige Physiotherapie eine gewisse Besserung der Schmerzen im rechten Schulter- und Halsbereich zu erzielen sei, wobei hierdurch aber keine Auswirkungen auf die Bewegungsstörung als solche zu erwarten sei. Die Aussichten auf eine therapeutische Beeinflussung von Konversionsstörungen seien im Allgemeinen ungünstig. Wahrscheinlich sei die eingeschränkte Ressourcenlage auf der Ebene der Persönlichkeitsstruktur der Hauptgrund für die Verfestigung der Symptomatik - dies bei einem Unfall, der wirklich nicht als schwer traumatisierend bezeichnet werden könne und in einer beruflichen Konfliktsituation, die viele Menschen in chronischer Form erleben würden. Zu überlegen sei, ob mit einer Wiederaufnahme der ambulanten Psychotherapie, welche auf die biographischen Traumata eingehe, doch noch ein Fortschritt erzielt werden könnte. Die therapeutischen Aussichten seien beim jetzigen Stand unsicher bis eher ungünstig, aber der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht nicht austherapiert (UV-act. 98 S. 12f). Die Psychiater med. pract. I.____ und Dr. J.____ führten am 12. Oktober 2009 aus, dass eine Prognose hinsichtlich Erreichbarkeit einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustands nur schwer möglich sei (UV-act. 132). Am 21. Dezember 2009 bestätigten sie eine durch unfallunabhängige Umstände eingetretene Verschlechterung und Fixierung der Symptomatik (UV-act. 152). Gestützt auf diese Aktenlage ist davon auszugehen, dass somatisch seit Anfang 2009 keine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit mit Aussicht auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands mehr vorlag und die Therapien (bei unsicherem Behandlungserfolg) im Wesentlichen zur Aufrechterhaltung der bestehenden (teilweisen) Arbeitsfähigkeit und des Gesundheitszustands bzw. zur Schmerzlinderung vorgeschlagen wurden. Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG bedingt lediglich, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C_467/2008, E. 5.2.2.2.). Die Behandlung einer im Wesentlichen durch unfallfremde Gegebenheiten unterhaltenen Konversionsstörung stellt (bei unsicherer Behandlungsprognose) keinen zureichenden Grund dar, den Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG zeitlich zu verschieben. Es genügt für eine



weiterdauernde Übernahme der Behandlungskosten nicht, dass eine Therapie lediglich eine unbedeutende Besserung erhoffen lässt oder dass für eine namhafte Besserung nur eine weit entfernte Möglichkeit besteht (A. Maurer, Unfallversicherungsrecht, 2. A., Bern 1989, 274). Von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands kann auch dann nicht gesprochen werden, wenn eine therapeutische Massnahme mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur die sich aus einem stationären Gesundheitsschaden ergebenden Beschwerden für eine begrenzte Zeit zu lindern vermag (RKUV 2005, 388). Für die Bejahung eines medizinischen Endzustands wird keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (vgl. Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 145). Die Beschwerdegegnerin nahm somit auf das verfügte Einstelldatum zu Recht den Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG - als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung (BGE 134 V 109) - an, was auch der Beschwerdeführer nicht in Abrede stellt.

4.

4.1 Nach Lage der Akten wurde der Beschwerdeführer am 11. April 2007 beim Einschlagen eines Eisenpfahls vom Hammerkopf, der sich zuvor vom Stiel gelöst hatte, am Kopf getroffen, wodurch eine Felsenbeinlängsfraktur resultierte. Eine Bewusstseinsstörung oder Amnesie trat nicht ein (UV-act. 1, 3). Nach Behandlung der Felsenbeinlängsfraktur rechts verblieben im Wesentlichen eine Hörbeeinträchtigung (Innenohrschädigung) und psychische Beschwerden (vgl. UV-act. 98 S. 12f). Der in Frage stehende Unfall kann nicht als ausserordentlich schweres, lebensbedrohliches Geschehen (dargestellt in RKUV 1995 Nr. U 215 S. 91) eingestuft werden, bei welchen die Adäquanz praxisgemäss ohne weiteres zu bejahen wäre (vgl. auch Urteil des EVG vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.3). Die Unterscheidung zwischen mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen und solchen im mittleren Bereich ist insofern von Bedeutung, als bei Unfällen im mittelschweren Bereich nach der Praxis mehrere Zusatzkriterien erfüllt sein müssen, um die Adäquanz bejahen zu können, wobei die Zahl um so geringer sein kann, je näher das Ereignis bei den schweren Unfällen liegt (vgl. dazu BGE 115 V 133 E. 6c/bb). Es scheint konkret gerechtfertigt, von einem mittelschweren Unfall auszugehen, allerdings nicht im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen (vgl. dazu etwa den Sachverhalt im Urteil des EVG vom 12. November 2001, U 85/01, E. 2b/bb). Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs wäre



somit zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise vorliegt oder die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (BGE 117 V 359 E. 6b). Von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindringlichkeit des Unfalls vom 11. April 2007 kann nicht gesprochen werden. Subjektive Angstgefühle allein - dem Beschwerdeführer sei in der Notfallaufnahme gesagt worden, dass er genauso gut hätte tot sein können, was ihm "eingefahren" sei (act. G 1 S. 12) - vermögen dieses Kriterium nicht zu erfüllen. Der unfallbedingte somatische/körperliche Gesundheitsschaden war nicht unerheblich. Hingegen sind eine besondere Schwere der für Schädel-Hirn-Traumen typischen Beschwerden oder besondere Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflusst haben könnten, nicht ersichtlich. Auch die Hörbeeinträchtigung, welche durch eine Hörgeräteversorgung so gut wie möglich kompensiert wurde und welche zu einer Integritätseinbusse führte, stellt keinen Umstand dar, welcher geeignet wäre, das beim Beschwerdeführer vorliegende psychische Beschwerdebild auszulösen (vgl. Urteil des EVG vom 26. September 2000, U 446/99, E. 2b).

4.2 Von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung kann bezüglich der somatischen Verletzungen nicht gesprochen werden. Sodann lagen - aus somatischer Sicht - weder ein schwieriger Heilungsverlauf noch erhebliche Komplikationen oder eine die Unfallfolgen erheblich verschlechternde ärztliche Behandlung vor. Hierzu bedürfte es besonderer Gründe, welche die Genesung (unfallbedingt) beeinträchtigt oder verzögert haben (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Januar 2008, U 56/07, E. 6.6). Solche Umstände sind konkret nicht gegeben. Die Felsenbeinlängsfraktur heilte innert weniger Monate ab bei verbleibender Hörbeeinträchtigung mit Hörgeräteversorgung. Die späteren ärztlichen Bemühungen führten im Wesentlichen zur Feststellung von psychischen Befunden und unfallfremden gesundheitlichen Problemen (vgl. UV-act. 98 S. 12 und UV-act. 152). Die Rehaklinik D.____ bescheinigte am 11. März 2009 eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit, wobei sie den Grund hierfür in der psychischen Erkrankung ortete, sowie aus somatischer Sicht die uneingeschränkte Zumutbarkeit einer Arbeit (UV-act. 98 S. 13). Soweit aus den ärztlichen Berichten ab 2009 eine Arbeitsunfähigkeit hervorgeht, ergingen diese Einschätzungen im Wesentlichen unter Berücksichtigung der psychischen Beschwerden, die vorliegend ausser Acht bleiben müssen. Nachdem das



Schmerzempfinden durch die psychische Komponente beeinflusst war, können körperliche Dauerschmerzen - wenn überhaupt - höchstens in geringem Umfang bejaht werden, wenn der als organischen Unfallfolge anerkannten Hörschädigung (Integritätsschaden von 30%) eine dem Dauerschmerz vergleichbare Wirkung zuerkannt wird (vgl. act. G 3 S. 9). Unter diesen Umständen muss der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen Beschwerden - bei einem geringgradigen erfüllten Adäquanzkriterium - verneint werden.

5.

5.1 Die Gutachter der Rehaklinik D.____ verneinten eine somatisch-organisch bedingte Arbeitsunfähigkeit (vgl. UV-act. 98 S. 13). Anderslautende ärztliche Einschätzungen werden vom Beschwerdeführer weder geltend gemacht noch finden sich solche in den Akten. Bei Fehlen einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Gärtner aus somatischer Sicht - die psychische (nicht organische) Einschränkung fällt wie dargelegt als nicht unfallkausal ausser Betracht - kann zum vornherein kein Unfallrentenanspruch im Sinn von Art. 18 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 7 und 16 ATSG zur Diskussion stehen.

5.2 Zu prüfen bleibt die Höhe des unfallbedingten Integritätsschadens. Die Beschwerdegegnerin legte die rechtlichen Voraussetzungen für die Zusprechung einer Integritätsentschädigung im angefochtenen Entscheid (E. 8a) zutreffend dar. Anhaltspunkte für eine Unrichtigkeit der Einschätzung des Integritätsschadens aufgrund der unfallbedingten Hörbeeinträchtigung durch Dr. Z.____ (UV-act. 63) lassen sich den Akten nicht entnehmen. Solche werden auch vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht. Wie bereits dargelegt (E. 3.1) erklärten die Ärzte der Rehaklinik D.____ am 11. März 2009 sowohl die Bewegungsstörung (Tremor) als auch die neuropsychologische Funktionsstörung mit der psychiatrischen Konversionsstörung (UV-act. 98 S. 12), und auch med. pract. I.____ und Dr. J.____ führten die dissoziative Bewegungsstörung bzw. den Tremor eindeutig im Kontext der psychiatrischen Diagnose einer verzögerten posttraumatischen Belastungsstörung auf (UV-act. 132, 152). Hieraus lässt sich somit, da es an der adäquaten Unfallkausalität des psychiatrischen/nichtorganischen Befunds fehlt, kein zusätzlicher unfallbedingter Integritätsschaden ableiten.



6.

Der Beschwerdeführer lässt die Edition der Akten der Invalidenversicherung beantragen (act. G 1 S. 3). Diese sprach ihm eine ganze Rente auf der Basis eines Invaliditätsgrads von 100% zu. Auf Anfrage der Beschwerdegegnerin teilte die Invalidenversicherung mit, dass bei der Festlegung der Erwerbsunfähigkeit auch nicht unfallbedingte Gegebenheiten mit einbezogen worden seien (UV-act. 141). Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass der beantragte Aktenbeizug aller Voraussicht nach keine zusätzlichen Erkenntnisse bringen dürfte, zumal die unfallversicherungsrechtliche Adäquanzprüfung in der Invalidenversicherung nicht zur Anwendung kommt. Auf den Beizug ist unter diesen Umständen zu verzichten.

7.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 14. April 2011 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.