

**96/97 38 UV. Art. 18 Abs. 1 UVG. Sprengstoffunfall. Kausalität von psychischen und physischen Restbeschwerden. Anwendungsfall. Beweislast im Sozialversicherungsrecht (E. 6).**

Obergericht, 30. Dezember 1996, OG V 96 51

Eine dagegen erhobene Verwaltungsgerichtsbeschwerde wurde durch das Eidg. Versicherungsgericht abgewiesen (Urteil vom 4. Juli 1997, U29/97).

**Aus den Erwägungen:**

3. Gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG hat ein Versicherter Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn er infolge des Unfalles invalid wird. Als invalid gilt, wer voraussichtlich bleibend oder für längere Zeit in seiner Erwerbstätigkeit beeinträchtigt ist (Art. 18 Abs. 2 UVG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das der Versicherte nach dem Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach der Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das er erzielen könnte, wenn er nicht (unfallbedingt) invalid geworden wäre (Valideneinkommen; vgl. Art. 18 Abs. 2 UVG).

4. Die SUVA bestreitet das Vorliegen einer unfallbedingten rechtserheblichen Invalidität beim Beschwerdeführer. Dabei erachtet sie die Tief- und Mitteltoninnenohr-Schwerhörigkeit, die Atembeschwerden und den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als nicht unfallkausal. Der Beschwerdeführer betrachtet diese Beschwerden jedoch als unfallkausal.

Es ist somit vorab zu prüfen, ob zwischen dem Unfall und der aufgeführten Gesundheitsschädigung ein Kausalzusammenhang besteht.

5. a) 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 anderen Worten als Teilursache nicht weggelassen werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 118 V 289 E. 1b, 117 V 360 E. 4a m.H.). Für den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt im Sozialversicherungsrecht in der Regel der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Die Unfallkausalität muss somit nicht mit (medizinisch-) wissenschaftlicher Genauigkeit zwingend nachgewiesen sein; allerdings genügt die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 118 V 289 f. E. 1b, 117 V 379 E. 3e). Wird natürliche Kausalität verneint, entfällt die Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs.

b) Zwischen dem Unfallereignis und der Schädigung muss ausserdem ein adäquater Kausalzusammenhang vorliegen (BGE 112 V 33 E. 1b). Ein Ereignis ist adäquate Ursache eines Erfolges, 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 als durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 117 V 382 E. 4a m.H.).

Die klar fassbaren physischen Befunde können nach einem Unfall praxisgemäss ohne weiteres diesem zugeordnet werden, selbst wenn es sich um singuläre oder aussergewöhnliche Unfallfolgen handelt. Bei organisch nachweisbaren Befunden deckt sich deshalb die adäquate, also rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 107 V 177; RKUV 1991 Nr. U 121 S. 103 in fine; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Bern 1985, S. 462).

Bei psychischen Störungen setzt die Bejahung der Adäquanz voraus, dass der Unfall eine massgebende Teilursache für das physische Leiden ist (BGE 115 V 136 E. 4c).

6. Der Beschwerdeführer führt aus, vorliegend trage die Beschwerdegegnerin die Beweislast. Sie habe den Nachweis zu erbringen, dass die Atem- und Hörbeschwerden des Beschwerdeführers heute wieder so hergestellt seien, dass die sozialversicherungsrechtlichen Ansprüche als aufgehoben zu betrachten seien.

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zuungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b m.H.).

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers geht es vorliegend nicht um eine anspruchsaufhebende Tatfrage, bei der die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten sondern beim Unfallversicherer liegt (vgl. RKUV 1992 Nr. U 142 S. 76 E. 4b). Es lässt sich aus den Akten nicht entnehmen, dass die SUVA die Atembeschwerden oder aber die Tief- und Mitteltoninnenohr-Schwerhörigkeit als unfallkausal anerkannt hat. Insbesondere bezogen sich die Taggeldleistungen auf die als unfallkausal anerkannte Handverletzung und später auf die Hochtoninnenohr-Schwerhörigkeit und den Tinnitus. Demgemäss hat der Beschwerdeführer die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit zu tragen.

7. Betreffend des geltend gemachten Gehörschadens wurde von der SUVA ein anstaltexternes Gutachten an die Klinik für Hals-, Nasen- Ohren- und Gesichtschirurgie, Kantonsspital C., (SUVA Act. 98) in Auftrag gegeben.

Dieses ist umfassend und wurde im angefochtenen Einsprache-Entscheid einlässlich zutreffend gewürdigt. Insbesondere kann entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers aus dem Austrittsbericht des Kantonsspitals A. vom 27. November 1992 (SUVA Act. 11) nicht schlüssig entnommen werden, dass die geltend gemachte Tief- und Mitteltoninnenohr-Schwerhörigkeit unfallkausal ist. Der Hörschwellenunterschied von 5 bis 10 dB kann keineswegs als erheblich bezeichnet werden. Diese geringgradige Differenz erklärt sich vielmehr mit der Untersuchungsmethode (vgl. SUVA Act. 98, Seite 4). Die Untersuchungen vom 13. und 18. Dezember 1995 im Kantonsspital C. ergaben eine weitgehend unveränderte Hörtonschwelle wie vor dem Unfall. Ein progressiver Hörverlust ist auszuschliessen (a.a.O., Seite 5). Die geltend gemachte Tief- und Mitteltoninnenohr-Schwerhörigkeit ist somit nicht unfallkausal.

8. Der Beschwerdeführer macht geltend, dass bereits zum Zeitpunkt seiner Einlieferung ein Verdacht auf Aspirationspneumonie bestanden habe, er sei auf der Notfallstation respiratorisch insuffizient worden. Trotz Fehlen eines Inhalationstraumas sei er respiratorisch insuffizient geblieben. Er leide erst seit dem Unfall an den Atembeschwerden.

Der Beschwerdeführer erlitt bereits vor dem strittigen Unfall im Jahre 1990 ein Thoraxtrauma. Im Anschluss an das strittige Ereignis (1992) wurde er auf der Notfallstation vorübergehend respiratorisch insuffizient. Es wurde intubiert und der Beschwerdeführer maschinell beatmet. Eine Tracheotomie wurde durchgeführt.

a) Dr. R., spezialisiert auf Lungenkrankheiten, hat den Beschwerdeführer im Auftrag der Rehabilitationsklinik D. pneumologisch untersucht (SUVA Act. 37 u. 47). Obwohl er den Status nach dem Thoraxtrauma im Jahre 1990 als wahrscheinlich klinisch nicht relevant bezeichnet und davon ausgeht, dass der Beschwerdeführer erst seit dem Unfall im Jahre 1992 an Atembeschwerden leidet, erachtet er es mehr als fraglich, ob die Hyperreaktivität der Atemwege durch das zweite Trauma (jenes das vorliegend von Interesse ist) ausgelöst wurde. Seines Wissens sei kein Inhalationstrauma vorgelegen. Dies ist aktenkundig. Die im Anschluss an die Intubation erfolgte Bronchioskopie ergab keine Anhaltspunkte für ein Inhalatiostrauma (SUVA Act. 8).

Auch Hausarzt Dr. L. fand keine objektive Erklärung für die Atemnot, vielmehr vermutet er eine psychische Überlagerung (SUVA Act. 57).

Zwar verweist Dr. R. bei seinen Schlussfolgerungen nicht explizit auf medizinische Literatur oder ähnliches. Der Bericht ist jedoch objektiv abgefasst und beruht auf einer umfassenden Untersuchung (inkl. Anamnese). Dr. R. ist spezialisiert auf Lungenkrankheiten und wurde als anstalts-externer Berichtersteller beigezogen, so dass die von ihm gemachte klare Schlussfolgerung nicht in Zweifel zu ziehen ist. Um so mehr, als dass im Anschluss an die erstmalige Behandlung der respiratorischen Insuffizienz der Beschwerdeführer im Kantonsspital B. umgehend auf ein mögliches Inhalationstrauma untersucht worden ist. Somit haben auch diese Ärzte das Vorliegen eines Inhalationstraumas zumindest implizit als Voraussetzung für eine Unfallkausalität betrachtet (SUVA Act. 8). Auch Dr. L. hat in Kenntnis der Untersuchungen von Dr. R. keine objektive Erklärung für die Ursache des hyperreaktiven Bronchialsystems.

b) Ein aus dem Unfall herrührender Schock - was vorliegend zumindest denkbar ist - kann durchaus zu einem vorübergehenden Zusammenbruch der Atmung führen. Dies erklärt jedoch die bleibenden Atembeschwerden nicht.

Soweit die fortbestehende Atemnot psychisch bedingt sein sollte (vgl. SUVA Act. 57), ist ihre Anerkennung als Unfallfolge abhängig von der Bejahung der Kausalität des psychischen Gesundheitszustandes vom Unfallereignis. Ist der Unfall nicht kausal für den psychischen Gesundheitszustand, sind es die aus dem psychischen Zustand herrührenden körperlichen Störungen auch nicht.

Damit steht fest, dass beim Fehlen eines Inhalationstraumas im Anschluss an ein Ereignis, das Ereignis objektiv aus somatischer Sicht höchst unwahrscheinlich ursächlich für eine Hyperreaktivität der Atemwege sein kann.

9. Es bleibt zu prüfen, ob das Unfallereignis ursächlich für den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ist. Sinnvollerweise wird vorliegend zunächst die Adäquanz geprüft.

Bei der Beurteilung der Adäquanz ist vom Unfallereignis selbst und nicht von dessen Erlebnis durch den Betroffenen auszugehen, wobei die Unfälle, die für psychische Folgeschäden in Frage kommen, in drei Gruppen einzuteilen sind: banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich die dazwischenliegenden mittelschweren Unfälle. Bei banalen bzw. leichten Unfällen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden. Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel zu bejahen, weil sie nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken. Bei Unfällen im mittleren Bereich müssen weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einbezogen werden (BGE 117 V 384 E. 5a, 115 V 140 E. 6c/aa; RKUV 1993 S. 93 E. 2b).

a) Der vom Beschwerdeführer erlittene Unfall kann aufgrund der konkreten Ereignisse weder der Kategorie der banalen, noch derjenigen der schweren Unfälle zugeordnet werden; vielmehr handelt es sich um einen mittelschweren Unfall. Es sind demnach weitere, objektiv erfassbare Umstände i.S. von BGE 115 V139 ff. E. 6 f. in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen.

b) Von einer besonderen Eindrücklichkeit des Unfalles kann nur gesprochen werden, wenn die einzelnen Phasen des Unfalles bewusst miterlebt werden. Ohne sie kann ein Unfallereignis begriffsnotwendig nicht eindrücklich erlebt werden.

Der Beschwerdeführer hat den Unfall gemäss eigenen Aussagen nicht bewusst erlebt. Er geschah für ihn plötzlich, überraschend. Der Beschwerdeführer kam erst im Kantonsspital B. wieder richtig zu sich. Besondere Eindrücklichkeit des Unfalles beim Beschwerdeführer ist daher zu verneinen.

c) Bei der Einlieferung ins Kantonsspital A. wurde der Beschwerdeführer wegen starker Schmerzen behandelt (SUVA Act. 4). Offenbar haben die Verletzungen beim Beschwerdeführer erhebliche Schmerzen verursacht. Die Schmerzen wurden aber sogleich therapiert (a.a.O.). Die Begleitumstände können daher unter Berücksichtigung des zum Kriterium "Eindrücklichkeit" Ausgeführten nicht als besonders dramatisch bezeichnet werden.

d) Es gilt die Schwere oder die besondere Art der Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zu beurteilen.

Bei der Art der Verletzung der Finger (Rissquetschwunden) - mit Ausnahme des linken Zeigefingers und des linken Daumens - ist von vornherein keine psychische Fehlreaktion zu erwarten, denn die erlittenen Verletzungen waren objektiv nicht derart schwerwiegend, dass deren Heilung ernsthaft in Frage gestellt werden konnte (vgl. SUVA Act. 12, 16, 20, 21, 24 f.).

Gesagtes gilt auch für die am Oberschenkel links erlittenen Verbrennungen. Sie hatten keinen Einfluss auf die Beweglichkeit des Beines, zudem befanden sie sich an einem Ort, der erfahrungsgemäss von der Öffentlichkeit lediglich allenfalls in der Badeanstalt zur Kenntnis genommen werden könnte und die somit nicht geeignet sind, das Selbstwertgefühl des Verletzten zu tangieren oder sich anders auf die Psyche auszuwirken.

Ebensowenig sind die vorliegende, nicht erhebliche Hochtoninnenohr-Schwerhörigkeit und der Tinnitus erfahrungsgemäss geeignet, eine psychogene Fehlreaktion auszulösen, denn gemäss eigenen Aussagen des Beschwerdeführers (SUVA Act. 98, S. 2 oben) können diese Gesundheitsbeeinträchtigungen mit den Hörgeräten weitgehend behoben bzw. unterdrückt werden.

Dem Beschwerdeführer wurde beim Unfall an der linken Hand das Daumenendglied subtotal amputiert. Beim linken Zeigefinger besteht eine massive Faustschlussstörung (SUVA Act. 60). Die subjektiv angeführten Schmerzen betreffend die linke Hand, später den Arm und die Schulter (SUVA Act. 20, 24, 29, 53, 78), sind nicht objektivierbar. Durch Angewöhnung und Anpassung dürften sich diese zudem verflüchtigen (vgl. SUVA Act. 60). Einzige sichtbare bleibende Schäden stellen demnach das amputierte Daumenendglied links, beschränkt der linke Zeigefinger und mittelbar der Hörschaden durch das Tragen von Hörgeräten dar.

Der Beschwerdeführer ist Rechtshänder. Vorliegend hat der Beschwerdeführer den teilweisen Verlust des Daumenendgliedes und die Faustschlussstörung des Zeigefingers der linken "schwächeren" Hand zu beklagen. Die Verletzung von Gliedmassen der "schwachen" Hand werden erfahrungsgemäss als weniger gravierend empfunden, als wenn es Finger der "dominierenden" Hand betreffen würde. Anders als etwa eine entstellende Gesichtsverletzung oder eine sich auf die Art der Fortbewegung auswirkende Verletzung der unteren Extremitäten erregen eine Handverletzung in oben umschriebenen Sinne und das Tragen von Hörgeräten keine besondere Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit und sind daher nicht speziell geeignet, das Selbstwertgefühl des Verletzten zu tangieren oder sich anders auf die Psyche auszuwirken.

Man kann die Auffassung vertreten, dass bei einem Menschen, dessen wichtigstes Arbeitswerkzeug die Körperkraft ist, Verletzungen beider Hände objektiv als schwerwiegender empfunden werden, als von einem Menschen, der bei seiner Erwerbstätigkeit nicht primär auf die Hände angewiesen ist. Der besonderen Art der Verletzungen kommt aus objektiver Sicht aber auch in diesem Fall kein ausschlaggebendes Gewicht zu.

Die Schwere und besondere Art der Verletzungen sind daher erfahrungsgemäss nicht besonders geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zumindest kommt ihnen kein derartig ausschlaggebendes Gewicht zu, dass allein ihretwegen die Adäquanz zu bejahen wäre.

e) Am 25. Januar 1994 wurde anlässlich der ärztlichen SUVA-Abschlussuntersuchung durch Dr. X. eine weitere Behandlungsbedürftigkeit bis auf weitere ORL-Kontrollen und Hörgeräteanpassungen verneint (SUVA Act. 60, 62). Weitere (andere) ärztliche Behandlungen wurden in der Folge

abgelehnt (vgl. SUVA Act. 82). Später erfolgte Untersuchungen dienten der Abklärung der Leistungsansprüche, nicht der Weiterbehandlung der Unfallschäden. Die ärztliche Behandlung dauerte somit etwa 26 Monate.

Die Rehabilitationsklinik D. erachtete den Beschwerdeführer am 4. Oktober 1993 nach einer allfälligen Einarbeitungszeit in eine neue, angepasste Arbeit als zumindest wieder teilarbeitsfähig (SUVA Act. 41 f.). Am 8. November 1993 erachtete die SUVA den Beschwerdeführer für leichte, die Hände wenig belastende Arbeit per 22. November 1993 als voll arbeitsfähig (SUVA Act. 52 u. 55). Im Abschlussbericht attestierte Dr. X. (SUVA Act. 60) dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Arbeit. Der Beschwerdeführer war demnach unfall-physisch bedingt bereits nach rund einem Jahr wieder arbeitsfähig.

Die Behandlungsdauer und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind daher nicht derart ungewöhnlich lange, als dass sie geeignet wären, die Adäquanz zwischen dem Unfall und der psychischen Fehlentwicklung zu bejahen.

f) Sodann sind keine objektivierbaren körperlichen Dauerschmerzen oder eine ärztliche Fehlbehandlung feststellbar. Sodann liegt kein besonders schwieriger Heilungsverlauf mit erheblichen Komplikationen vor.

Da keinem der aufgezeigten Einzelkriterien ein besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zukommt, muss daher der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der psychischen Fehlentwicklung verneint werden.

Aus Gesagtem ergibt sich sodann, dass nicht näher zu prüfen ist, ob die bleibenden Atembeschwerden Folge der psychischen Fehlentwicklung sind (vgl. E. 6b).

10. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades ist die Vorinstanz - wie aufgezeigt - zu Recht von einem unfallursächlichen Beschwerdebild, umfassend eine nicht erhebliche Hochtoninnenohr-Schwerhörigkeit, einen Tinnitus sowie Restbeschwerden am linken Zeigefinger ausgegangen. Der teilweise Verlust des linken Daumenendgliedes wurde in diesem Zusammenhang zu Recht als nicht erheblich betrachtet.

Die Vorinstanz hat für die Bemessung des Invalideneinkommens, ausgehend vom als unfallkausal anerkannten Beschwerdebild, Abklärungen bei der V. AG und der M. AG getätigt. Diese sind nicht zu beanstanden. Insbesondere verunmöglicht das Tragen eines Hörapparates bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage nicht eine Anstellung bzw. die Verwertung der Arbeitskraft. Die Bemessung des Invalideneinkommens wurde zu Recht nicht beanstandet.

Dem Beschwerdeführer steht demnach keine Invalidenrente nach UVG zu.