



Eidg. Versicherungsgericht
Trib. féd. des assurances
Trib. fed. delle assicurazioni

act.: 4

Abteilung III

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider, Regula Schmid, Versicherungsrichter August Holenstein, Max Zingg; Gerichtsschreiberin Susanne Bertschler

Entscheid vom 24. März 2004

In Sachen

Willi Keller, Untergasse 34, 9437 Marbach,

Beschwerdeführer,

gegen

Zürich Versicherungs-Gesellschaft, Generaldirektion Schweiz,
Postfach, 8085 Zürich,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen

hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:

I.

A.- a) Der 1944 geborene Willi Keller ist beim Betreuungsdienst des Kantons Appenzell-Ausserrhoden, Direktion des Innern, Herisau, angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft (nachfolgend: Zürich) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Krankenversichert ist Willi Keller bei der Helsana Versicherungen AG (nachfolgend: Helsana). Gemäss der vom Versicherten unterzeichneten Unfallmeldung vom 16. November 2001, stürzte er am 12. Oktober 2001 in seiner Scheune beim Aufheben eines Balkens von einer Leiter nach hinten. Weiter erklärt er, in der Folge mit der Schulter aufgeschlagen zu sein, wodurch der Kopf nach hinten gebogen und dadurch die Halswirbelsäule (HWS) überdehnt worden sei. Danach sei er während ungefähr 15 bis 20 Minuten bewusstlos gewesen. Andere Personen seien beim Ereignis nicht anwesend gewesen. Der Versicherte wurde gleichentags vom Kantonalen Spital Altstätten der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen mit Verdacht auf linksseitige Vertebralisdissektion zugewiesen. Die Hospitalisation dauerte bis 19. Oktober 2001. Gegenüber den Ärzten der Klinik für Neurologie erklärte er, er habe am 12. Oktober 2001 während Aufräumarbeiten in seinem Atelier Balken hochgehoben, worauf nach ca. zwei Minuten plötzlich Doppelbilder (vor allem beim Blick nach unten) aufgetreten seien. Das Bestehen von Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Sensibilitätsstörungen oder Paresen wurde vom Versicherten verneint. Hingegen klagte er über Wirbelsäulenschmerzen von drückendem Charakter im cervico-thoracalen Bereich. Die Ärzte berichteten weiter von Schürfwunden am linken Oberarm sowie im Bereich der linken Hüfte, die sich der Patient nicht habe erklären können. Aus der Tatsache, dass seine Brille am Boden gelegen habe, schliesse der Patient jedoch im Nachhinein, dass er vielleicht doch gestürzt und kurzzeitig bewusstlos gewesen sein könnte. Insgesamt interpretierten die Ärzte der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen die im Zusammenhang mit körperlicher Belastung und möglicherweise mit kurz dauerndem Bewusstseinsverlust akut aufgetretenen Doppelbilder im Austrittsbericht vom 8. November 2001 als lakunären Hirnstamminfarkt im Kerngebiet des Nervus trochlearis rechts. Direkte Hinweise für eine Gefässdissektion oder Makroangiopathie würden sich in den Zusatzabklärungen nicht finden, ebenso keine kardiale Emboliequelle. Als Ursache sei somit eine mikroangiopathische Läsion anzunehmen.

Als vaskuläre Risikofaktoren vermerkten die Ärzte der Klinik für Neurologie eine Hypercholesterinämie und einen Nikotinabusus. Als Diagnose wurde eine lakunäre Hirnstammischämie (ICD-10: E63.9) mit/bei Trochlearisparese rechts und vaskulären Risikofaktoren: Hypercholesterinämie, Nikotinabusus vermerkt. Der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. P. Jutz, FMH für Innere Medizin, Heerbrugg, notierte im Arztzeugnis vom 30. November 2001 unter der Rubrik "Angaben des Patienten", dieser sei mit Balken von der Leiter gestürzt und auf den Boden aufgeprallt. In der Folge seien Doppelbilder und Nackenschmerzen aufgetreten. Seines Erachtens lägen hier Unfallfolgen und nicht primär ein ischämisches Geschehen vor.

b) Mit Schreiben vom 28. Mai 2002 ersuchte der Versicherte die Chefärztin der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen, Dr. B. Tettenborn, die Diagnose "lakunäre Hirnstammischämie" in seiner Krankengeschichte zu streichen und durch die Diagnose "Schleudertrauma infolge Unfall" zu ersetzen. Mit Schreiben vom 24. Juni 2002 lehnte Dr. Tettenborn eine solche Änderung ab. Der Versicherte lege zwar dar, dass Ursache der damaligen Symptomatik ein Sturz von der Leiter und ein daraus folgendes HWS-Schleudertrauma sowie eine leichte Schädelkontusion mit retrograder Amnesie sein müsse. Diese Vermutungen könnten aber nicht mit Sicherheit bestätigt werden, da bei einer Hirnstammischämie kurzzeitige Bewusstseinsverluste und hieraus resultierende Stürze durchaus häufig seien. Aufgrund der medizinischen Fakten und Untersuchungsbefunde, wie sie bei Eintritt in die Klinik für Neurologie erhoben worden seien, bestehe kein Anlass, die damals gestellte Diagnose eines lakunären Hirnstamminfarkts mit Trochlearisparese retrospektiv zu ändern. Da sich kernspintomographisch kein morphologisches Ischämieareal nachweisen liess, was allerdings bei Hirnstammischämien methodisch bedingt häufiger der Fall sei, könne die Diagnose höchstens umformuliert werden auf: Trochlearisparese rechts bei Verdacht auf lakunäre Hirnstammischämie.

c) Am 1. Juli 2002 fand eine Besprechung zwischen der Zürich und Prof. Dr. med. R. Baumgartner, Leitender Arzt Neurologie, Universitätsspital Zürich, zur medizinischen Beurteilung des vorliegenden Schadenfalls statt. Das Ergebnis davon ist dem von Prof. Baumgartner unterzeichneten Memo vom 3. Juli 2002 zu entnehmen.

d) Mit Schreiben vom 10. Juli 2002 äusserte sich der Versicherte zum Schreiben von Dr. Tettenborn vom 24. Juni 2002 und wies dabei insbesondere darauf hin, dass die Trochlearisparese rechts bereits drei Monate nach dem fraglichen Ereignis nachgewiesenermassen vollständig ausgeheilt gewesen sei. Eine selbständige Heilung wäre in-

dessen wenig wahrscheinlich, wenn diese auf einen Hirnstamminfarkt zurückzuführen wäre. Meist sei in diesen Fällen eine Operation oder das Tragen von Prismen notwendig.

B.- a) Nach Gewährung des rechtlichen Gehörs verneinte die Zürich mit Verfügung vom 28. Oktober 2002 ihre Leistungspflicht. Ein Sturzereignis sei zwar aufgrund der Schürfwunden am linken Oberarm sowie im Bereich der linken Hüfte des Versicherten nicht auszuschliessen, weshalb der Unfallbegriff im Sinn von Art. 9 UVV grundsätzlich als erfüllt zu betrachten sei. Eine Leistungspflicht der Unfallversicherung müsse aber abgelehnt werden, weil nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von Unfallfolgen auszugehen sei. Gegen diese Verfügung erhoben die Helsana und der Versicherte am Einsprache. Mit Schreiben vom 14. November 2002 zog die Helsana ihre Einsprache wieder zurück.

b) Mit Schreiben vom 4. Dezember 2002 nahm der Versicherte zur medizinischen Beurteilung von Prof. Baumgartner vom 3. Juli 2002 Stellung. Am 13. Dezember 2002 reichte er Berichte seiner Freundin Jolanda Spirig vom 6. Dezember 2002 und seiner beiden Nachbarn Hans Obrist und René Koller vom 13. Dezember 2002 ein, in denen diese bestätigen, dass er nach den ihnen bekannten Gegebenheiten in der Scheune und den erlittenen Verletzungen an Schulter und Hüfte bei seiner Tätigkeit mit den Balken von der Leiter gestürzt sein müsse.

C.- a) Mit Einsprache-Entscheid vom 15. April 2003 wies die Zürich die Einsprache ab. Umstritten sei, von welchem Sachverhalt auszugehen sei. Da von weiteren Beweisvorkehren wie der angebotenen Zeugenbefragung oder einer Besichtigung des Ereignisortes keine neuen Erkenntnis zu erwarten seien, sei auf die vorhandenen Akten abzustellen. Als massgebend habe die Sachverhaltsdarstellung im Austrittsbericht der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen vom 8. November 2001 zu gelten. Dabei handle es sich einerseits um die erste, unmittelbar nach dem Geschehen abgegebene Schilderung des Sachverhalts, die als Aussage der ersten Stunde in der Regel unbefangener und zuverlässiger sei, als Darstellungen, welche bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein könnten. Andererseits würden dieser Sachverhaltsbeschreibung medizinische Feststellungen zugrunde liegen, die gegen einen Sturz rückwärts von der Leitertreppe mit der Folge eines Schleudertraumas sprechen würden. Wenn der Versicherte, wie er dies geltend mache, tatsächlich von der seitwärts weg rutschenden Leiter aus zwei Metern

Höhe rückwärts gestürzt wäre, hätten zumindest Prellmarken bemerkt werden müssen. Die festgestellten Schürfungen seien kein Indiz für einen Sturz aus der behaupteten Höhe, sondern würden eher auf einen Schleifkontakt mit rauhem Material hinweisen.

b) Mit Schreiben vom 2. Mai 2003 nahm der Hausarzt Dr. Jutz nochmals zum Schadenfall Stellung und legte dar, dass auch ein Unfallmechanismus geeignet wäre, die aufgetretene Symptomatik zu erklären.

D.- Gegen den Einsprache-Entscheid vom 15. April 2003 richtet sich der am 12. Juni 2003 erhobene Rekurs (bundesrechtlich: Beschwerde) mit dem Antrag auf dessen Aufhebung. Das Versicherungsgericht habe einen Augenschein am Unfallort vorzunehmen und die Zeugen Hans Obrist, René Koller und Jolanda Spirig zum Sachverhalt zu befragen. Im Weiteren sei vom Gericht ein unabhängiges neurologisches Gutachten in Auftrag zu geben, welches die Diagnose lakunärer Hirnstamminfarkt beweise oder aber ausschliesse. In der Begründung schildert der Beschwerdeführer zunächst nochmals ein Sturzereignis von der Leiter aus ungefähr zwei Metern Höhe. Der von ihm dabei getragene Balken sei vor ihm auf den Boden gefallen. Er sei mit dem Gesäss auf dem Boden und mit der Schulter auf den Balken aufgeschlagen, wodurch sein Kopf nach hinten geschleudert worden sei. Bei Vorliegen einer retrograden Amnesie sei eine unbefangene und zuverlässige Darstellung der ersten Stunde naturgemäss nicht möglich. Die Beurteilung von Prof. Baumgartner sei ohne eine persönliche Untersuchung erfolgt. Es seien weder eine persönliche Anamnese noch ein Gesundheitsstatus erstellt worden. Prof. Baumgartner bestätige lediglich das Vorhandensein der Trochlearisparese rechts, nicht aber deren Ursache. Dass bei einem Hirnstamminfarkt bzw. einer Hirnstammischämie oder beim Verschluss eines Gefässes der Trochlearisnerv mitbetroffen sei, sei medizinisch zwar möglich. Mit Sicherheit könne jedoch ein solches Ereignis ausgeschlossen werden, wenn ausschliesslich ein einzelner Nerv betroffen sei, wie vorliegend der Trochlearisnerv. Von diesem sehr langen und dünnsten Hirnnerv sei nur ein kleiner Teil im Hirnstamm anzutreffen. Weshalb gerade dieser geschädigt worden sein sollte, wie die Diagnose vorgebe, sei nicht einzusehen. Die Ursache einer Trochlearisparese als Folge eines Unfalls mit Aufschlagen des Hinterkopfs sei demgegenüber in der Medizin bestens bekannt. Dr. Jutz habe genaue Kenntnis über seinen Gesundheitszustand vor und nach dem Unfall. Für ihn habe nach der Untersuchung festgestanden, dass ein Unfallereignis die Ursache der Trochlearisparese gewesen sein müsse. Bei der Visite von Dr. Tettenborn im Spital sei die Diagnose lakunärer Hirnstamminfarkt bereits seit fünf Tagen als gegeben angenommen worden. Dabei seien die Untersuchungen zur Erhär-

tung dieser Diagnose in diesem Zeitpunkt erst angelaufen. Resultate seien noch keine vorhanden gewesen. Die Untersuchungen hätten die Diagnose dann auch nicht bestätigt. Trotzdem werde diese als Verdacht beibehalten und von der Beschwerdegegnerin als Beweismittel angeführt. Beim Eintritt in den Spital habe als einziges Leiden eine Sehstörung mit Doppelbildern bestanden. Daraus sei das Grossereignis Hirnstamminfarkt konstruiert worden. Werde in einem Verfahren die Diagnose Hirnstamminfarkt als bewiesen angesehen, müsste dieser auch nachweisbar sein. Dieser Beweis liege aber nicht vor. Dagegen sei die Lähmung des Trochlearisnervs als Folge eines Aufschlags des Hinterkopfs ein in der medizinischen Literatur häufig dokumentiertes Ereignis.

E.- In der Klageantwort vom 14. Juli 2003 beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. Es sei nochmals festzuhalten, dass ein Sturzereignis aufgrund der vorliegenden Akten, insbesondere mit Blick auf den Austrittsbericht der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen vom 8. November 2001, nicht wahrscheinlich sei. Prof. Baumgartner habe die vorhandenen Akten gewürdigt und seine am 3. Juli 2003 festgehaltene Schlussfolgerung daraus gezogen. Dies sei nicht zu beanstanden. Weitere medizinische Abklärungen hätten in diesem Zeitpunkt keine neuen Erkenntnisse mehr erwarten lassen, nachdem die Folgen des Vorfalls vom 12. Oktober 2001 längst abgeheilt gewesen seien. Selbst wenn die vom Beschwerdeführer vorgebrachte Annahme zutreffen sollte, wonach nicht von einem Hirnstamminfarkt beziehungsweise einer Hirnstammischämie auszugehen sei, weil lediglich das Vorliegen einer isolierten Trochlearisparese nachgewiesen sei, wäre damit der Zusammenhang zwischen einem Unfallereignis und der eingetretenen Gesundheitsstörung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Denn die genaue Ursache einer spontanen Trochlearisparese sei in den meisten Fällen nicht bekannt. Zwar gebe es traumatisch bedingte Fälle, doch sei ein klassisches Schleudertrauma, wie es vom Beschwerdeführer behauptet werde, nicht geeignet, eine Trochlearisparese zu verursachen. Dazu bedürfe es eines direkten Schädelhirntraumas wie einer Schädelprellung. Die Beurteilung von Dr. Jutz, welche allein auf der Vertrautheit mit dem Beschwerdeführer beruhe, könne nicht massgebend sein. Dr. Jutz habe weder im Arztzeugnis vom 30. November 2001 noch in seinem Schreiben vom 2. Mai 2003 eine medizinische Beurteilung abgegeben. Schliesslich könnten auch weder ein Augenschein noch die Anhörung der vom Beschwerdeführer genannten Zeugen zur Klärung des Sachverhalts etwas beitragen. Was genau passiert sei, lasse sich heute nicht mehr ermitteln. Auch seien die genannten Personen nicht Augenzeugen des Geschehens gewesen.

F.- Mit Replik vom 25. August 2003 hält der Beschwerdeführer an seinen bisherigen Anträgen und Ausführungen fest. Er weist darauf hin, dass er nur in seinem ersten Schreiben an Dr. Tettenborn die Möglichkeit eines Schleudertraumas erwähnt habe. Der Begriff "Schleudertrauma" sei in der Medizin aber keine Diagnose. Dieser Begriff sei für seinen Fall auch nicht relevant und deshalb im weiteren Verfahren auch nicht mehr geltend gemacht worden. Die gesicherte Diagnose "Trochlearisparese rechts" sei für diesen Fall ausreichend. Ebenso ausreichend sei die medizinisch belegte Ursache: Schädelprellung infolge eines Aufschlags des Hinterkopfs als Folge eines Sturzes. Bei einem Sturz rückwärts aus ungefähr zwei Metern Höhe könne durchaus eine Schädelprellung erwartet werden.

G.- Mit Duplik vom 9. September 2003 hält auch die Beschwerdegegnerin am Antrag auf Abweisung der Beschwerde und den bisherigen Ausführungen fest. Es sei nie behauptet worden, dass es sich beim Bericht von Prof. Baumgartner vom 3. Juli 2002 um ein Gutachten handle. Von einem Gefälligkeitsbericht könne nicht die Rede sein. Für die Auffassung des Beschwerdeführers, dass eine traumatisch bedingte Trochlearisparese vorliege, lasse sich in den vorhandenen Akten keine Grundlage finden. Sie sei damit nicht überwiegend wahrscheinlich. Demnach könne offen bleiben, was Ursache der vorliegenden Trochlearisparese gewesen sei.

H.- Auf Anfrage des Gerichts nahm Dr. med. Thomas Flückiger, Facharzt für Neurologie, St. Gallen, mit Schreiben vom 9. Januar 2004 zu einer medizinischen Fachfrage Stellung. Die Parteien liessen sich mit Eingaben vom 28. und 29. Januar 2004 dazu vernehmen. Der Stellungnahme des Beschwerdeführers vom 28. Januar 2004 liegen verschiedene Arztberichte bei. Auf den Inhalt der Eingaben bzw. der zusätzlich eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Am 6. Februar 2004 teilte der Beschwerdeführer Dr. Flückiger so- dann mit, das Gericht beabsichtige seine Stellungnahme missbräuchlich zu verwerten, indem es aus ihr den Schluss ziehe, die Trochlearisparese sei krankheitsbedingt.

I.- Die Parteien haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet (Art. 69 VRP).

II.

1.- Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 in Kraft getreten. Mit ihm sind zahlreiche Bestimmungen im Bereich des Unfallversicherungsrechts geändert worden. Weil das Versicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einsprache-Entscheids (hier: 15. April 2003) eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 121 V 355 E. 1b), sind im vorliegenden Fall die ab 1. Januar 2003 geltenden Bestimmungen anwendbar.

2.- Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (SR 832.20; UVG) werden die Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Art. 4 ATSG umschreibt als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, der eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Diese Definition dient der Abgrenzung der sozialen Unfallversicherung gegenüber der sozialen Krankenversicherung. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat wiederholt entschieden, dass die Natur der Gesundheitsschädigung an sich kein taugliches Kriterium sei, um einen Schadenfall eher der Krankenversicherung als der Unfallversicherung zuzuteilen. Entscheidend sei vielmehr die unmittelbare Ursache der Schädigung und die Art ihrer Entstehung. Um die Gebiete der Kranken- und der Unfallversicherung voneinander abzugrenzen, müsse daher jede schädigende Einwirkung auf die psychische und physische Gesundheit, die nicht auf einen Unfall oder dessen direkte Folgen zurückzuführen ist, als Krankheit betrachtet werden (RKUV 1985 S. 186 E. 1; BGE 102 V 132 f. E. a und 105 V 183 E. 1a; ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl., Bern 1989, S. 163).

3.- Im vorliegenden Fall steht aufgrund der Akten fest, dass der Beschwerdeführer wegen bei ihm am 12. Oktober 2001 aufgetretener Doppelbilder im Sinn einer rechtsseitigen Trochlearisparese in der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen hospitalisiert werden musste. Umstritten ist, ob die Trochlearisparese auf einen Unfall oder auf eine Krankheit zurückzuführen ist. Die Beschwerdegegnerin verneint das Vorliegen eines Unfalls und lehnt eine Leistungspflicht ab. Der Beschwerdeführer schliesst hingegen das Vorliegen einer krankheitsbedingten Trochlearisparese aus und betrachtet die Voraussetzungen für einen Anspruch gegenüber dem Unfallversicherer als gegeben.

4.- a) Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG; ALEXANDRA RUMO-JUNGO, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 2003, S. 343 ff. mit Hinweisen). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 122 V 160 f. E. 1c).

b) Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; RKUV 1991 S. 311, je mit Hinweisen).

c) Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 122 V 158 E. 1a, 121 V 210 E. 6c, je mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten will. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

5.- a) Im vorliegenden Beschwerdeverfahren ist einerseits streitig, ob das Ereignis vom 12. Oktober 2001 in der vom Beschwerdeführer in der Beschwerde vom 12. Juni

2003 beschriebenen Version, welche im Grundsatz derjenigen in der Unfallmeldung vom 16. November 2001 entspricht, stattgefunden hat. Andererseits ist die von der Beschwerdegegnerin verneinte Frage zu beantworten, ob die beim Beschwerdeführer am 12. Oktober 2001 aufgetretenen Doppelbilder im Sinn einer Trochlearisparese rechts traumatisch bedingt sind, das heisst durch das vom Beschwerdeführer behauptete Unfallereignis vom 12. Oktober 2001 verursacht wurden.

b) Gemäss den Darlegungen in der Unfallmeldung vom 16. November 2001 und in der Beschwerde vom 12. Juni 2003 wollte der Beschwerdeführer am 12. Oktober 2001 drei Balken auf einen Zwischenboden wegräumen. Um auf diesen Zwischenboden zu gelangen, habe er eine Leiter angestellt. Nachdem er diese zweimal bestiegen hatte, sei sie beim dritten Mal weggerutscht, was einen Sturz rückwärts aus ungefähr zwei Metern Höhe zur Folge gehabt habe. Der dabei getragene Balken sei auf den Boden gefallen. In der Folge sei er mit dem Gesäss auf dem Boden und mit der Schulter auf dem Balken aufgeschlagen, wodurch sein Kopf nach hinten geschleudert worden sei. Er sei ungefähr 15 bis 20 Minuten bewusstlos gewesen. Es seien keine weiteren Personen anwesend gewesen. Der Beschwerdeführer betrachtet die diagnostizierte Trochlearisparese rechts als Folge des von ihm beschriebenen Sturzes. Die Beschwerdegegnerin erachtet dagegen einen ursächlichen Zusammenhang aufgrund der Ausführungen im Austrittsbericht der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen vom 8. November 2001 und der übrigen medizinischen Angaben in den Akten als nicht wahrscheinlich. Der Beschwerdeführer berichtete damals, er habe während Aufräumarbeiten in seinem Atelier Balken aufgehoben. Nach ungefähr zwei Minuten sei es plötzlich zum Auftreten von Doppelbildern gekommen. Die Beschwerdegegnerin schliesst ein Sturzereignis des Beschwerdeführers und damit ein Unfallereignis aufgrund erlittenen Schürfwunden am linken Oberarm sowie im Bereich der linken Hüfte nicht aus. Sie anerkennt aber dieses mögliche Sturzereignis nicht als Ursache für die Trochlearisparese. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe sich die zu Doppelbildern führende Gesundheitsschädigung bereits vor dem Unfallereignis eingestellt, womit sie keine Unfallfolge, sondern eine Krankheit darstelle.

c) Dass eine Trochlearisparese sowohl durch eine traumatische Einwirkung als auch durch eine Krankheit ausgelöst werden kann, ist nicht bestritten. Ebenso ist Tatsache, dass sich in den Akten sowohl für die eine als auch für die andere Ursache eine Sachverhaltsschilderung des Beschwerdeführers findet. Der Frage nach dem genauen haftungsbegründenden Sachverhalt vom 12. Oktober 2001 kommt jedoch nur noch un-

tergeordnete Bedeutung zu, wenn die beim Beschwerdeführer diagnostizierte Trochlearisparese aufgrund der medizinischen Befunde ohnehin nicht auf ein Unfallereignis zurückgeführt werden kann. Die fassbare gesundheitliche Beeinträchtigung muss mithin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einen ursächlichen Zusammenhang mit einem Unfall gestellt werden können. Somit ist die entscheidende Frage zu beantworten, welche in den Akten enthaltene Sachverhaltsversion auch mit den medizinischen Gegebenheiten übereinstimmt. Hinsichtlich der Abklärungspflicht von Gericht und Verwaltung ist darauf hinzuweisen, dass die vom Beschwerdeführer ins Recht gelegten Erklärungen von Jolanda Spirig, Hans Obrist und René Koller vom 6. bzw. 13. Dezember 2002 nicht geeignet sind, seine Unfallversion mit nachfolgender Trochlearisparese mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen. Die fraglichen Personen waren beim Ereignis vom 12. Dezember 2001 nicht persönlich anwesend. Ihre Aussagen stützen sich nicht auf unmittelbare eigene Wahrnehmungen, sondern schildern ein früheres Ereignis, von dem sie die Wahrscheinlichkeit einer Übereinstimmung mit dem Ereignis vom 12. Oktober 2001 ableiten. Solchen Vermutungen kann jedoch keine Beweiskraft zukommen. Die Erklärung von Jolanda Spirig würde sodann auch zu einem Sachverhalt passen, bei welchem der Sturz eine Folge und nicht die Ursache der erlittenen Trochlearisparese ist. Insofern vermag auch diese Erklärung nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers zu beweisen. Die beantragten Zeugenbefragungen sowie die Besichtigung des Ereignisortes würden somit zu keinen neuen Erkenntnissen führen, so dass auf sie verzichtet werden kann.

6.- a) In Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ist festzuhalten, dass die medizinischen Fakten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegen eine unfallbedingte Trochlearisparese sprechen. So stellte die Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen im Austrittsbericht vom 8. November 2001 die Diagnose einer lakunären Hirnstammischämie (ICD-10: E63.9) mit/bei Trochlearisparese rechts sowie vaskulären Risikofaktoren wie Hypercholesterinämie und Nikotinabusus. Die im Institut für Radiologie des Kantonsspitals St. Gallen am 15. Oktober 2001 durchgeführte cranio-cerebrale Kernspintomographie ergab zwar keine Hinweise auf einen akuten Infarkt. Gemäss den Berichten der Klinik für Neurologie schliesst jedoch das Fehlen eines morphologischen Korrelats einen lakunären Hirnstamminfarkt im Kerngebiet des rechtsseitigen Nervus trochlearis nicht aus. Als Ursache für die akut aufgetretenen Doppelbilder ist gemäss den Darlegungen der Klinik eine mikroangiopathische Läsion anzunehmen. Diese Beurteilung, die dem angefochtenen Einsprache-Entscheid zugrunde liegt, beruht auf einer umfassenden fachärztlichen Untersuchung, die unmittelbar nach dem fraglichen Ereignis

nis erfolgt ist. Solange ihre Richtigkeit nicht durch konkrete Indizien erschüttert wird, hat sie daher als beweistauglich zu gelten. Nach Auffassung des Beschwerdeführers liegen aber Arztberichte vor, welche im Widerspruch zum Bericht der Klinik für Neurologie stehen.

b) Als dem Austrittsbericht der Klinik für Neurologie widersprechend bezeichnet der Beschwerdeführer zunächst die bei Dr. med. Matthias Sturzenegger, Neurologe des Inseospitals Bern, eingeholte Stellungnahme vom 23. Januar 2004. Dr. Sturzenegger bestätigt darin auf eine Kurzanfrage, dass häufigste Ursache einer Trochlearisparese Traumata seien, gerade als Folge eines Sturzes von der Leiter. Sofern keine Zusatzsymptome bestanden hätten und die Diagnose einer Trochlearisparese korrekt sei, könne man die Angelegenheit auf sich beruhen lassen. Eine isolierte Trochlearisparese sei kaum je durch einen Hirnstamminfarkt zu erklären. Bei diesem Bericht von Dr. Sturzenegger handelt es sich um eine kurze Stellungnahme, die den dargelegten Beweisanforderungen an einen Arztbericht (insbesondere hinsichtlich der verlangten Untersuchungen und Kenntnis der Vorakten) nicht genügt. Zudem vermag die Stellungnahme auch bei grosszügiger Betrachtungsweise die Beurteilung der Ärzte der Klinik für Neurologie nicht in Frage zu stellen. Zwar hat Dr. Sturzenegger auf die Frage geantwortet, ob es möglich sei, dass der Beschwerdeführer auf der Leiter einen Hirnstamminfarkt erlitten habe und deshalb gestürzt sei. Jedoch vermag seine Antwort nicht zu überzeugen, weil sie den in den anderen bei den Akten liegenden Arztberichten zum Ausdruck kommenden medizinischen Erkenntnissen ohne nähere Begründung widerspricht. Aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten ist davon auszugehen, dass eine Trochlearisparese sowohl durch einen Unfall als auch durch ein krankhaftes Geschehen verursacht werden kann (vgl. Austrittsbericht der Klinik für Neurologie vom 8. November 2001; Memo vom 3. Juli 2002 über die Besprechung der Zürich vom 1. Juli 2002 mit Prof. Baumgartner; Stellungnahme von Dr. Flückiger vom 9. Januar 2004; Stellungnahme von Dr. Tettenborn vom 24. Juni 2002). Auf welche medizinische Grundlage sich die Beurteilung von Dr. Sturzenegger abstützt, bleibt unklar; seine Darlegungen weisen darauf hin, dass er als Ursache einfach von einem Sturz von einer Leiter ausgeht. Gerade diese Annahme ist aber vorliegend zweifelhaft. In diesem Sinn vermag seine Kurzbeurteilung die Ursache der Körperschädigung nicht zuverlässig zu begründen. Die Äusserung eine isolierte Trochlearisparese sei "kaum je" durch einen Hirnstamminfarkt zu erklären, schliesst zudem ein krankheitsbedingtes Geschehen nicht vollständig aus. Auch wenn die von den Ärzten der Klinik für Neurologie im Austrittsbericht angeführte Sachverhaltsversion ebenfalls fraglich ist, stützt sich ihre Beurteilung im Unterschied zur Stellung-

nahme von Dr. Sturzenegger nicht nur auf eine ausführliche Anamnese ab, sondern beruht auch auf allseitigen persönlichen Untersuchungen.

c) Gemäss den Erläuterungen von Prof. Baumgartner setzt eine traumatische Trochlearisparese einen Unfall mit einem schweren Schädelhirntrauma voraus. Entsprechend ist die traumatische Trochlearisparese auch in den Erläuterungen von Dirk Klink vom 22. Februar 2002 (act. G 1.2/2) als Folge eines Schlags auf den Hinterkopf beschrieben. Selbst der Beschwerdeführer bestätigt in der Beschwerde vom 12. Juni 2003, dass die Ursache einer Trochlearisparese als Folge eines "Unfalls mit Aufschlagen des Hinterkopfs" in der Medizin bestens bekannt sei. Laut Austrittsbericht der Klinik für Neurologie waren nun aber beim Beschwerdeführer bei der kurz nach dem fraglichen Ereignis erfolgten Untersuchung lediglich Schürfwunden am linken Oberarm sowie im Bereich der linken Hüfte feststellbar. Äussere Anzeichen einer Schädelprellung waren nicht vorhanden und das Vorliegen von Übelkeit, Erbrechen, Schwindel sowie Sensibilitätsstörungen oder Paresen als typische Beschwerden eines Schädelhirntraumas (vgl. BGE 117 V 382 f.), wurde vom Beschwerdeführer ausdrücklich verneint. Die am 12. Oktober 2001 durchgeführte cranio-cerebrale Computertomographie ergab sodann ebenfalls keine Hinweise auf eine Schädelhirnverletzung. Der Beschwerdeführer klagte lediglich über Wirbelsäulenschmerzen im cervico-thoracalen Bereich von drückendem Charakter. Eine HWS-Verletzung konnte jedoch in der Folge durch entsprechende Untersuchungen ausgeschlossen werden. Eindeutig sind schliesslich auch die Aussagen in der Beschwerdeschrift, die in keiner Weise auf ein Anschlagen des Kopfes hinweisen. Der Beschwerdeführer führt lediglich aus, sein Kopf sei "nach hinten geschleudert" worden. Die Beschwerdegegnerin hält im angefochtenen Einsprache-Entscheid dazu zu Recht fest, dass ein Anschlagen des Hinterkopfes bei einem Sturz aus ungefähr zwei Metern Höhe zumindest eine sichtbare Prellung zur Folge gehabt hätte. Dass jeder Sturz aus dieser Höhe zu einer Schädelprellung führt, ist zudem keineswegs zwingend. Der Kopf kann je nach Ablauf des Sturzes auch unbeeinträchtigt bleiben. Hingegen kann eine traumatische Trochlearisparese offensichtlich nur durch eine nicht ganz unbedeutende Schädelprellung entstehen. Prof. Baumgartner bestätigt die medizinische Beurteilung der Klinik für Neurologie mit der Aussage, dass die Trochlearisparese im vorliegenden Fall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht durch den Sturz verursacht worden sei. Der Beschwerdeführer irrt demzufolge, wenn er annimmt, Prof. Baumgartner habe lediglich das Vorhandensein der Trochlearisparese, jedoch nicht deren Ursache bestätigt. Die Aktenbeurteilung von Prof. Baumgartner ist zudem offensichtlich in Kenntnis der verschiedenen Sachverhaltsversionen sowie des Austrittsberichts der Klinik für Neurologie

erfolgt. Auch eine ärztliche Stellungnahme aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig, wenn - wie vorliegend - genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 S. 371, 1993 S. 95). Bei Prof. Baumgartner handelt es sich im Übrigen um einen qualifizierten Facharzt, dessen Stellungnahme mit derjenigen der Klinik für Neurologie übereinstimmt, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und zu begründeten Schlussfolgerungen führt.

d) Das Zeugnis von Dr. med. Robert Baumgartner, Augenarzt FMH, vom 22. Januar 2004 vermag hierán ebenfalls nichts zu ändern. Dr. Baumgartner diagnostizierte zwar eine traumatische Trochlearisparese rechts und bestätigte deren Abheilung im März 2002. Inwieweit dieses Erkenntnis medizinisch begründet ist, bleibt jedoch nicht nachvollziehbar. Aufgrund der Umstände ist davon auszugehen, dass seine Diagnose auf der subjektiven Schilderung des Geschehens durch den Beschwerdeführer basiert, er sei im Oktober 2001 rückwärts aus über zwei Metern Höhe gestürzt. Da aber gerade dieser Punkt fraglich ist, kann die Beurteilung von Dr. Baumgartner nichts zur Klärung des Sachverhalts beitragen. In keiner Weise bestritten ist dagegen die von Dr. Baumgartner bestätigte Diagnose einer Trochlearisparese rechts.

e) Als Beweis für das Vorliegen eines Unfallschadens werden vom Beschwerdeführer schliesslich die ärztlichen Zeugnisse seines Hausarztes Dr. Jutz vom 30. November 2001 und vom 2. Mai 2003 angeführt. Allerdings mangelt es diesen an einer medizinischen Begründung für die darin enthaltenen Aussagen. Insbesondere ist ihnen nicht zu entnehmen, warum Dr. Jutz den Feststellungen der Ärzte der Klinik für Neurologie nicht zustimmen kann. Die Erklärung von Dr. Jutz, der Beschwerdeführer sei überzeugt, dass es sich bei der eingetretenen Störung um eine Unfallfolge handle, und es sei dem Beschwerdeführer ein grosses Bedürfnis, nicht mit der Diagnose eines Hirnschlags "belastet" zu werden, kann weder medizinisch noch rechtlich als Begründung für das Vorliegen einer unfallbedingten Körperschädigung dienen. Damit wird vielmehr offensichtlich nur die nicht zum Beweis taugliche subjektive Wahrnehmung und die persönliche Einschätzung des Beschwerdeführers wiedergegeben. Der Hinweis des Arztes, tatsächlich wäre auch ein Unfallmechanismus geeignet die Symptomatik zu erklären, stellt zudem lediglich eine denkbare Variante, jedoch keineswegs eine medizinisch begründete Tatsache dar.

f) Entscheidend ist schliesslich auch die Stellungnahme von Dr. Tettenborn vom 24. Juni 2002, die auch mit ihrer modifizierten Diagnose "Trochlearisparese rechts bei Verdacht auf lakunäre Hirnstammischämie" die Beurteilung vom 8. November 2001, wonach keine traumatische Trochlearisparese vorliege, ausdrücklich nicht in Frage stellt. Dr. Tettenborn hält dabei ausdrücklich fest, dass sie aufgrund von Vermutungen und Rekonstruktionen die medizinischen Fakten nicht ändern könne. Im vorliegenden Verfahren ist entscheidend, ob konkrete Anhaltspunkte vorhanden sind, die für das Vorliegen einer unfallbedingten Trochlearisparese sprechen. Welche Krankheit dieser Störung allenfalls zugrunde liegt, bildet im Rahmen der Prüfung einer Leistungspflicht des Unfallversicherers keine Rechtsfrage. Immerhin ist jedoch festzuhalten, dass die Abklärung der vaskulären Risikofaktoren durch die Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen eine Hypercholesterinämie ergeben hat, die in ihrem generellen Ausmass zwar nur als leichtgradig bezeichnet wird, hinsichtlich der spezifischen LDL-Cholesterinerhöhung aber deutlich ausgefallen ist.

g) Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, die am 12. Dezember 2001 bei ihm aufgetretenen Doppelbilder könnten nicht krankheitsbedingt gewesen sein, weil die dieses Symptom auslösende Gesundheitsstörung ansonsten nicht von selbst ganz abgeheilt wäre. Dazu hat das Gericht am 27. Oktober 2003 Dr. med. Thomas Flückiger, Facharzt für Neurologie, St. Gallen, befragt. Auch dessen Ausführungen, wonach neben einem Trauma zahlreiche Krankheiten, insbesondere ein Hirnstamminfarkt, als Ursachen für eine Trochlearisparese in Frage kommen, stützen die Auffassung des Beschwerdeführers nicht. Damit ist es auch unter diesem Aspekt nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die gesundheitliche Beeinträchtigung des Beschwerdeführers durch eine plötzliche schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors verursacht worden ist.

7.- Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass die beim Beschwerdeführer am 12. Dezember 2001 aufgetretenen Doppelbilder nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen Unfall zurückgeführt werden können. Dass bei einem Sturz von einer Leiter Kopfverletzungen nicht von vornherein auszuschliessen sind, bedeutet ohne eindeutige Hinweise nicht, dass eine solche Verletzung im konkreten Fall auch tatsächlich eingetreten ist. Aufgrund der kurz nach dem Ereignis vom 12. Oktober 2001 vorgenommenen und im Austrittsbericht vom 8. November 2001 festgehaltenen medizinischen Untersuchungen der Klinik für Neurologie ist ein Aufprall des Kopfes nicht nachgewiesen. Auch liegen keine anderen Arztberichte vor, die geeignet wären, einen Kopfaufprall

unter Hinweis auf konkrete Anhaltspunkte nachzuweisen. Es ist daher davon auszugehen, dass Ursache für die diagnostizierte Trochlearisparese eine als Krankheit zu qualifizierende Gesundheitsstörung war, was von Dr. Tettenborn in der Stellungnahme vom 24. Juni 2002 ebenfalls nicht ausgeschlossen wurde und auch in der Bewertung von Prof. Baumgartner vom 1. Juli 2002 Unterstützung findet. Da die medizinische Aktenlage insgesamt ein klares Bild ergibt und von einer weiteren medizinischen Abklärung keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind, ist kein Obergutachten einzuholen (Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz 450; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2. Aufl., Zürich 1998, S. 39, Rz 111, und S. 117, Rz 320; Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., Bern 1983, S. 274; SVR 2001 IV Nr. 10 S. 28 E. 4b, 122 V 162 E. 1d mit Hinweis).

8.- Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einsprache-Entscheids vom 15. April 2003 abzuweisen. Kosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

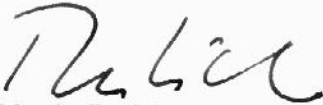
Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

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

Im Namen der Abteilung III des Versicherungsgerichts

Der Präsident:


Martin Rutishauser



Die Gerichtsschreiberin:


Susanne Bertschler