

BGer 8C 101/2007 vom 17. August 2007

Bundesgericht, 2007-08-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_101_2007

FR: TF 8C 101/2007 du 17 août 2007

IT: TF 8C 101/2007 del 17 agosto 2007

Regeste

Unfallversicherung | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Weil der angefochtene Entscheid nach dem Datum des Inkrafttretens des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG, SR 173.110), dem 1. Januar 2007 (AS 2006 1242), ergangen ist, untersteht die Beschwerde dem neuen Recht (Art. 132 Abs. 1 BGG ; vgl. auch BGE 132 V 393 ff.).

E. 2.1

Mit Blick auf den in Art. 29 Abs. 1 BV verankerten Grundsatz auf Beurteilung der Sache innert angemessener Frist ist eine Sistierung des Verfahrens nur ausnahmsweise zulässig, wenn sie sich auf sachliche Gründe stützen lässt (BGE 130 V 90 E. 5 S. 94 f. mit Hinweis). Nach der Rechtsprechung werden u.a. die Vornahme zweckmässiger zusätzlicher Abklärungen (BGE 127 V 228 E. 2a S. 231) oder die Hängigkeit eines anderen Verfahrens, dessen Ausgang von präjudizieller Bedeutung ist (Pra 1996 Nr. 141 S. 473 E. 3b; BGE 123 II 1 E. 2b S. 3, 122 II 211 E. 3e S. 217 mit Hinweis) als zureichende Gründe für eine Sistierung anerkannt.

E. 2.2

Dem vorliegenden Begehren um (formlose) Sistierung des Verfahrens bis zum Vorliegen des von der Invalidenversicherung in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachtens wäre zu entsprechen, wenn der relevante Sachverhalt nicht hinreichend abgeklärt wäre und das Gutachten zur Beurteilung einer entscheidenden Frage erforderlich wäre. So verhält es sich jedoch nicht. Zum einen ist der massgebende Sachverhalt hinreichend geklärt, wie nachfolgend darzulegen ist. Zum andern sind vom Gutachten keine entscheiderelevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten, weil im vorliegenden Verfahren die Frage der Unfallkausalität im Vordergrund steht, welche nicht Gegenstand des IV-Verfahrens bildet. Das Sistierungsbegehren ist daher abzuweisen.

E. 3

Im kantonalen Entscheid werden die nach der Rechtsprechung für den Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung (Art. 6 Abs. 1 UVG) geltenden Voraussetzungen des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181), insbesondere bei Schleudertraumen oder schleudertraumaähnlichen Verletzungen der HWS (BGE 117 V 359 ff.; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 E. 3, U 160/98; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67) und Schädel-Hirntraumen (BGE 117 V 369 ff.), zutreffend dargelegt. Darauf wird

verwiesen.

E. 4

Streitig und zu prüfen ist, ob die von der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der von der SUVA verfügten Einstellung der Leistungen per 1. September 2005 geklagten Beschwerden noch in einem rechtserheblichen Kausalzusammenhang mit dem versicherten Unfall standen.

E. 4.1

Beim Unfall vom 4. Dezember 2004 handelte es sich um eine frontale Kollision mit einem entgegenkommenden, auf die Gegenfahrbahn geratenen Personenwagen. Dabei hat die Beschwerdeführerin kein eigentliches Schleudertrauma (Peitschenhiebverletzung, Whiplash-injury) erlitten. Fraglich ist, ob sie sich eine Distorsion der HWS zugezogen hat, welche im Sinne der Rechtsprechung als schleudertraumaähnliche Verletzung der HWS zu qualifizieren ist. Diesbezüglich geht aus den Akten hervor, dass der zuständige Stationsarzt des Spitals X. _____ in einem Zeugnis vom 13. Dezember 2004 ein "HWS-Problem" erwähnt, im Austrittszeugnis vom 21. Dezember 2004 dagegen ein "Thoraxleiden" diagnostiziert hat. Nachdem eine MRI-Untersuchung der HWS keine relevanten pathologischen Veränderungen gezeigt hatte, diagnostizierten die Ärzte der Klinik für Chirurgie und Orthopädie des Spitals X. _____ am 17. Dezember 2004 eine Commotio cerebri, eine Thoraxkontusion, ein stumpfes Abdominaltrauma, eine Ober- und Unterschenkelkontusion rechts sowie ein Knalltrauma. Gegenüber dem Aussendienst der SUVA gab die Versicherte am 7. Januar 2005 an, seit dem Unfall an Kopf- und Nackenschmerzen sowie an Beschwerden im Rücken, in der rechten Hüfte und im rechten Bein zu leiden. Ferner klagte sie über Schwindelbeschwerden. Diese wurden fachärztlich abgeklärt, wobei eine leichte Hochtonperzeptionsschwerhörigkeit beidseits festgestellt und der Verdacht auf einen vertebra-genen Schwindel nach HWS-Schleudertrauma geäußert wurde (Bericht Dr. med. P. _____ vom 25. Januar 2005). Bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 10. Februar 2005 gelangte Dr. med. R. _____ zum Schluss, es bestünden Hinweise auf eine HWS-Distorsion und es sei eine stationäre Abklärung und Behandlung vorzunehmen. Im Austrittsbericht der Rehaklinik Y. _____ vom 12. April 2005 wird ausgeführt, die Versicherte leide an anhaltenden, bei Belastung verstärkten Nacken- und BWS-Beschwerden mit Ausstrahlung in beide Arme, in den LWS-Bereich sowie in die Beine bei einer massiven Symptomausweitung. Die von der Versicherten angegebenen Beschwerden, wozu auch Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Sehschwierigkeiten, gelegentliche Schwindelattacken mit Bewusstlosigkeit, Übelkeit, Müdigkeit und Abgeschlagenheit sowie Vergesslichkeit gehören, werden als überwiegend psychisch beurteilt und es wird lediglich als möglich bezeichnet, dass es beim Unfall zu einer Distorsion der HWS gekommen ist. Insgesamt bleibt damit fraglich, ob die Versicherte beim Unfall vom 4. Dezember 2004 eine schleudertraumaähnliche Verletzung der HWS erlitten hat. Wie es sich damit verhält, kann indessen offen bleiben, wie sich aus dem Folgenden ergibt.

E. 4.2

Laut Bericht des Spitals X. _____ vom 17. Dezember 2004 war die Beschwerdeführerin nach dem Unfall kurz bewusstlos gewesen. Bei der initialen Überwachung fielen am Tag nach dem Unfall eine plötzliche Desorientiertheit sowie vorübergehende Sehstörungen am rechten Auge auf. In der Folge zeigten sich auch eine diskrete Hörminderung sowie ein

Tinnitus beidseits. Die Spitalärzte gelangten daher zur Diagnose einer Commotio cerebri. Ein CT des Schädels vom 5. Dezember 2004 hatte indessen keine pathologischen Befunde ergeben. Bei der ORL-Untersuchung konnte kein Innenohrschaden festgestellt werden. Kreisarzt Dr. med. R. _____ erachtete es als sehr fraglich, ob die Versicherte beim Unfall ein Schädel-Hirntrauma mit Commotio cerebri erlitten habe. Die Ärzte der Rehaklinik Y. _____ gelangten demgegenüber ohne nähere Begründung zum Schluss, dass es beim Unfall vom 4. Dezember 2004 zu einer milden traumatischen Hirnschädigung (MTBI = mild traumatic brain injury) - möglicherweise kombiniert mit einem HWS-Distorsionstrauma - gekommen sei. Sie stützten sich dabei auf die Angaben des Ehemannes der Versicherten, wonach diese längere Zeit bewusstlos gewesen sei und eine längere anterograde und eine kurze retrograde Amnesie bestehe. Von einer Bewusstlosigkeit lässt sich den Polizeiakten indessen nichts entnehmen. Nach den Angaben des Ehemannes war die Beschwerdeführerin selbständig ausgestiegen und hatte sich auf den Boden gelegt, wo sie von Drittpersonen betreut wurde. Des Weiteren geht aus den medizinischen Akten hervor, dass für die geklagten Schwindelbeschwerden kein klinisches Korrelat gefunden werden konnte und schon kurz nach dem Unfall die psychischen Beeinträchtigungen im Vordergrund standen. Es ist daher fraglich, ob die Diagnose eines Schädel-Hirntraumas mit Commotio cerebri zu Recht besteht und ob einem allfälligen Schädel-Hirntrauma im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch eine Bedeutung zukam. Auch diese Frage bedarf jedoch keiner weiteren Abklärung, wie nachfolgend darzulegen ist.

E. 4.3

Bereits kurz nach dem Unfall fielen eine Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und dem objektiven Befund sowie eine deutliche Schonhaltung auf. Nachdem schon Kreisarzt Dr. med. R. _____ am 10. Februar 2005 eine beträchtliche Somatisierung und Ausweitungssymptomatik festgestellt hatte, gelangten auch die Ärzte der Rehaklinik Y. _____ zum Schluss, dass eine starke Verdeutlichungstendenz der Symptome vorliege (Austrittsbericht vom 12. April 2005). Gestützt auf die Ergebnisse der von Frau lic. phil. T. _____, Klinische Psychologin, und Dr. med. K. _____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, im Rahmen der stationären Abklärung und Behandlung vorgenommenen konsiliarischen Untersuchung wird die Diagnose einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2), Angst und depressive Reaktion gemischt mit Verdeutlichungstendenz und Opferrollenproblematik, gestellt. Im Konsiliarbericht vom 9. März 2005 wird dazu ausgeführt, wegen der beschränkten Sprachkenntnisse der einfach strukturierten Patientin, bei der sich das Denken vorwiegend um die stark limitierenden Schmerzen drehe, und der abwartenden Opferhaltung sowie einer starken Verdeutlichungstendenz der Symptome, welche zu einem massiv abnormen Krankheitsverhalten und in Zusammenhang mit den Schmerzen zu maladaptem Überzeugungs- und Bewältigungsmuster mit Schonhaltung und Selbstlimitierung führten, sei es schwierig, das Ausmass der depressiven Symptome (wie gedrückte Stimmung, Aktivitätsverlust, Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten) zu beurteilen. Der erste Eindruck gehe dahin, dass aus psychiatrischer Sicht kein genügend gesichertes Korrelat im Sinne einer Psychopathologie bestehe, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine erhebliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermöchte. Eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) im Vollbild sei nicht vorhanden. Zusammenfassend ist, auch wenn sich aufgrund der vorhandenen ärztlichen Angaben die Art und Schwere der psychischen Beeinträchtigungen nicht abschliessend beurteilen lässt, mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin im

Zeitpunkt der Leistungseinstellung an psychischen Beeinträchtigungen litt, welche zumindest im Sinne einer Teilkausalität auf den Unfall zurückzuführen sind, was zur Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt (BGE 119 V 335 E. 1 S. 338 mit Hinweis).

E. 5.1

Weder unter dem Gesichtspunkt eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung der HWS noch unter demjenigen eines Schädel-Hirntraumas liessen sich organische Unfallfolgen feststellen, welche das Andauern der geklagten Beschwerden hinreichend zu erklären vermöchten. Bei den anlässlich der MRI-Untersuchung vom 14. Dezember 2004 festgestellten somatischen Befunden (Retrospondylose C4/5, lateraler Bandscheibenvorfall C5/6) handelt es sich um Befunde, welche als unfallfremd zu betrachten sind. Auch bezüglich der Rückenschmerzen, der Schwindelbeschwerden und der von der SUVA als unfallkausal erachteten Hörstörung konnte kein in Zusammenhang mit dem Unfall stehendes organisches Substrat gefunden werden. Was sodann die von der Rehaklinik Y. _____ diagnostizierte MTBI betrifft, ist festzustellen, dass damit noch nicht gesagt ist, dass die Beschwerdeführerin an nachweisbaren organischen Unfallfolgen leidet. Die Diagnose einer milden traumatischen Hirnverletzung erfolgt aufgrund bestimmter Symptome nach kranialen Traumen und bedeutet nicht schon, dass eine objektiv nachweisbare Funktionsstörung im Sinne der Rechtsprechung zum Schleudertrauma der HWS oder zum Schädel-Hirntrauma vorliegt. Hierzu bedarf es einer feststellbaren intrakraniellen Läsion oder eines messbaren Defektzustandes in Form neurologischer Ausfälle, wie sie nach einer Contusio cerebri auftreten können (Urteile U 444/05 vom 6. November 2006 und U 197/04 vom 29. März 2006 mit Hinweis auf Adrian M. Siegel, Neurologisches Beschwerdebild nach Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule, in: Die neurologische Begutachtung, Zürich 2004, S. 164 f.). Daran fehlt es im vorliegenden Fall. Weil im Zeitpunkt der Leistungseinstellung keine organischen Unfallfolgen mehr vorlagen, haben SUVA und Vorinstanz zu Recht eine spezifische Adäquanztprüfung vorgenommen. Sie sind dabei zutreffend davon ausgegangen, dass allenfalls noch vorhandene, zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung bzw. eines Schädel-Hirntraumas gehörende Beeinträchtigungen gegenüber den schon kurz nach dem Unfall aufgetretenen psychischen Störungen eindeutig in den Hintergrund getreten sind und im Verlauf der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben. Auf die Adäquanztbeurteilung sind daher nicht die für Schleudertraumen oder schleudertraumaähnliche Verletzungen der HWS (BGE 117 V 359 ff.) und für Schädel-Hirntraumen (BGE 117 V 369 ff.), sondern die für psychische Unfallfolgen (BGE 115 V 133 ff.) geltenden Regeln anwendbar (BGE 123 V 98 E. 2a S. 99; RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437, U 164/01).

E. 5.2

Beim Unfall vom 4. Dezember 2004 handelte es sich um eine frontale Kollision innerorts. Den Angaben des Ehemannes der Beschwerdeführerin zufolge war dieser in seinem Personenwagen (Mercedes C 180, 1996) mit einer Geschwindigkeit von 40 - 50 km/h unterwegs, als ihm der Unfallverursacher auf der falschen Verkehrsspur entgegenfuhr. Weil ein Unfall unausweichlich schien, bremste er sein Fahrzeug voll ab und stand praktisch still, als es zur Kollision kam. Über die mutmassliche Geschwindigkeit des vom (alkoholisierten)

Unfallverursacher gesteuerten Personenwagens (Audi 100, 1993) enthalten die Polizeiakten keine Angaben. Bremsspuren konnten nicht festgestellt werden. Nach Meinung des Ehemannes der Beschwerdeführerin stiess der Personenwagen des Unfallverursachers ungebremst in ihr eigenes Fahrzeug. Beide Fahrzeuge wurden stark beschädigt (versicherungstechnisch Totalschaden). Die Versicherte zog sich eine Commotio cerebri, eine Thoraxkontusion, ein stumpfes Abdominaltrauma, eine Ober- und Unterschenkelkontusion rechts sowie ein Knalltrauma, der Ehemann eine HWS- und BWS-Distorsion, eine Thoraxkontusion sowie ein Knalltrauma zu. Die Beschwerdeführerin war bis zum 20. Dezember 2004, der Ehemann bis zum 14. Dezember 2004 hospitalisiert; beide wurden in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen. Der Unfallverursacher blieb praktisch unverletzt. Aufgrund des Unfallhergangs, der Fahrzeugschäden und der erlittenen Verletzungen ist der Unfall mit der Vorinstanz als mittelschwer zu qualifizieren. Ein schwerer Unfall liegt nicht vor, was auch von der Beschwerdeführerin nicht bestritten wird. Ob allenfalls ein mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen anzunehmen ist, kann nach den zutreffenden Erwägungen im kantonalen Entscheid offen bleiben, weil die Adäquanz selbst in diesem Fall zu verneinen wäre, wie sich aus dem Folgenden ergibt. Eines unfallanalytischen oder biomechanischen Gutachtens zur Beurteilung der Unfallschwere (vgl. hierzu RKUV 2003 Nr. U 489 S. 357 ff., U 193/01) bedarf es entgegen den Ausführungen in der Beschwerde daher nicht.

E. 5.3

Dem Unfall vom 4. Dezember 2004 ist eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abzusprechen. Er hat sich jedoch nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet noch war er - objektiv betrachtet (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc; vgl. auch RKUV 2000 Nr. U 394 S. 313 ff., U 248/98) - von besonderer Eindrücklichkeit. Die Beschwerdeführerin hat sodann keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art erlitten. Weder lag eine besondere Schwere der für ein Schleudertrauma oder ein Schädel-Hirntrauma typischen Beschwerden vor noch handelte es sich um Verletzungen, welche erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Eine posttraumatische Belastungsstörung konnte denn auch nicht mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgestellt werden und es besteht angesichts der für das Vorliegen solcher Störungen massgebenden diagnostischen Richtlinien der ICD-10 diesbezüglich auch kein Anlass zur Anordnung weiterer Abklärungen (vgl. Urteil des heutigen Tages betr. den Ehemann der Beschwerdeführerin, 8C_103/2007). Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. Im Anschluss an die kurzfristige stationäre Behandlung wurden physiotherapeutische Massnahmen sowie eine medikamentöse Behandlung durchgeführt. Die stationäre Therapie in der Rehaklinik Y._____ brachte laut Austrittsbericht vom 12. April 2005 keine wesentliche Besserung der Beschwerden. Das Rehabilitationsziel einer besseren Selbstwahrnehmung und gesteigerten Leistungsfähigkeit konnte nicht erreicht werden. Die Leistungsbereitschaft der Versicherten war fraglich und die Konsistenz der gezeigten Symptomatik schlecht. Nach Meinung der untersuchenden Ärzte war von weiteren medizinischen Massnahmen keine Zustandsänderung zu erwarten. Auch wenn später weitere physiotherapeutische Massnahmen durchgeführt wurden, liegt keine ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer vor (vgl. RKUV 2005 Nr. U 549 S. 238 f. E. 5.2.4 mit Hinweisen, U 380/04). Von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, kann ebenso wenig gesprochen werden wie von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen. Dass sich der

Heilungsverlauf verzögert hat, ist auf die psychischen Beeinträchtigungen und das ärztlicherseits festgestellte ausgeprägte Krankheitsverhalten mit Verdeutlichungs- und Somatisierungstendenz zurückzuführen. Was sodann das Kriterium von Grad und Schwere der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit betrifft, ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Anschluss an den Rehabilitationsaufenthalt nach ärztlicher Beurteilung für die bisherige Tätigkeit in der Verpackungsabteilung aus somatischer Sicht zunächst zu 50 % und ab 1. Mai 2005 wieder voll arbeitsfähig war. Dass eine Verwertung der Arbeitsfähigkeit nicht realisiert werden konnte, ist auf die psychischen Beeinträchtigungen und die ausgeprägte Selbstlimitierung zurückzuführen. Schliesslich ist auch das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen nicht erfüllt, weil sich die nach dem Unfall geklagten Beschwerden nur für begrenzte Zeit mit den somatischen Befunden erklären lassen und das Andauern der Beschwerden auf die psychischen Beeinträchtigungen und die damit verbundene Somatisierungstendenz zurückzuführen ist. Da somit keines der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien als erfüllt gelten kann, ist die Unfalladäquanz der geltend gemachten Beschwerden zu verneinen, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.