

BGer 8C 103/2007 vom 17. August 2007

Bundesgericht, 2007-08-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_103_2007

FR: TF 8C 103/2007 du 17 août 2007

IT: TF 8C 103/2007 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

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 und 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), zutreffend dargelegt. Darauf wird verwiesen.

E. 3

Streitig und zu prüfen ist, ob die vom Beschwerdeführer 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. 3.1

Beim Unfall vom 4. Dezember 2004 handelte es sich um eine frontale Kollision mit einem entgegenkommenden, auf die Gegenfahrbahn geratenen Personenwagen. Dabei hat der Beschwerdeführer kein eigentliches Schleudertrauma (Peitschenhiebverletzung, Whiplash-injury), u.a. jedoch eine Distorsion der HWS erlitten. Fraglich ist, ob diese im Sinne der Rechtsprechung als schleudertraumaähnliche Verletzung der HWS zu qualifizieren ist. Diesbezüglich geht aus den Akten hervor, dass das typische Beschwerdebild nach solchen Verletzungen (BGE 117 V 359 E. 4b S. 360) im Anschluss an den Unfall höchstens teilweise vorhanden war. Im Bericht des Spitals X. _____ vom 13. Dezember 2004 und dem Arzteugnis UVG dieses Spitals vom 20. Dezember 2004 werden diskrete Beschwerden bei freier Beweglichkeit der HWS genannt. Röntgenologische und neurologische Untersuchungen ergaben unauffällige Befunde. Im "Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen" vom 4. Januar 2005 erwähnte der Versicherte neben Thorax- und Rückenbeschwerden auch Nacken-, Schulter- und Kopfschmerzen, wobei er angab, die Beschwerden seien unmittelbar nach dem Unfall

aufgetreten. Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 21. Januar 2005 waren die Beschwerden deutlich zurückgegangen; der Versicherte klagte indessen noch über einen Dauerschmerz im Bereich des Nackens und des Hinterhauptes rechts mit Ausstrahlungen bis in die Kreuzregion bei Ermüdung. Am 16. März 2005 gab er an, er leide an dauernden Rückenschmerzen, insbesondere im Nacken und im mittleren Rückenbereich, bei längerem Sitzen auch an der unteren Wirbelsäule, zudem an Kopfschmerzen, welche vom Nacken her bis in die Stirne ausstrahlten; sowohl die Kopf- als auch die Rückenschmerzen verstärkten sich bei körperlichen Anstrengungen. Ähnliche Angaben machte er während der stationären Abklärung und Behandlung in der Rehaklinik Z._____. Im Austrittsbericht dieser Klinik vom 3. Juni 2005 wird ausgeführt, bis auf eine subjektive Restschmerzsymptomatik im Nacken- und Hinterkopfbereich sowie thorako-lumbal seien keine direkten Unfallfolgen mehr feststellbar. Hinweise auf andere zum typischen Beschwerdebild nach Schleudertraumen oder schleudertraumaähnlichen Verletzungen der HWS gehörende Symptome lassen sich den Akten nicht entnehmen. Insgesamt ist daher fraglich, ob der 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. 3.2

Im Erhebungsblatt vom 4. Januar 2005 gab der Versicherte auch einen Kopfanprall an und stellte fest, die Nase habe geblutet; des Weiteren erwähnte er einen kurzen Bewusstseinsverlust. In der Beschwerde wird daraus auf eine mögliche hirnorganische Schädigung geschlossen und die Anordnung einer neuropsychologischen Untersuchung beantragt. Dazu besteht indessen kein Anlass. Abgesehen davon, dass im Personenwagen des Beschwerdeführers beim Zusammenstoss der Airbag ausgelöst wurde, womit der Kopfanprall gemildert wurde, wird in keinem der in den Akten enthaltenen Arztberichte eine Commotio cerebri auch nur in Betracht gezogen. Es wurden seitens der untersuchenden Ärzte denn auch keine Anzeichen für abklärungsbedürftige neuropsychologische Funktionsstörungen festgestellt. Ohne dass es weiterer Abklärungen bedürfte, ist das Vorliegen eines relevanten Schädel-Hirntraumas (BGE 117 V 369 ff.) daher zu verneinen.

E. 3.3

Bereits im Bericht des Neurologen Dr. med. E._____ vom 1. März 2005 wurden deutliche Zeichen einer Chronifizierung der Beschwerden sowie eine Tendenz zur Symptomausweitung festgestellt. Im Hinblick auf die vom Versicherten angegebenen Symptome (Alpträume, Flash-backs) wurde eine posttraumatische Belastungsstörung in Betracht gezogen und eine stationäre Abklärung in einer somatisch-psychosomatisch orientierten Klinik empfohlen. Das im Rahmen der stationären Abklärung und Behandlung in der Rehaklinik Z._____ erfolgte psychosomatische Konsilium durch Dr. med. K._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. April 2005 führte zur Diagnose: "auffälliges, abnormes, ausgeprägtes Krankheitsverhalten mit Verdeutlichungstendenz; Eindruck einer starken Somatisierungstendenz (ICD-10 F45.1)". Im Vordergrund stehe ein hochauffälliges abnormes Krankheitsverhalten. Ein eigentliches depressives Syndrom lasse sich nicht abgrenzen oder identifizieren. Auch sei die Befundlage unzureichend, um das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung zu diagnostizieren. Das aktuelle Bild sei vor allem durch das abnorme Krankheitsverhalten und die Verdeutlichungstendenz geprägt. Ferner bestehe in ausgeprägtem Ausmass eine

Selbstlimitierung (Bericht vom 14. April 2005). Den Akten ist des Weiteren zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer am 14. Dezember 2005 an die Fachstelle C._____ für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie gewendet hat, und auf deren Einweisung hin vom 30. November - 21. Dezember 2005 auf der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtbehandlung A._____ hospitalisiert war. Im Austrittsbericht der Klinik vom 21. Dezember 2005 wurden aus psychiatrischer Sicht die Hauptdiagnose einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen und Suizidalität (ICD-10 F32.3) und die Nebendiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) gestellt. Die Nebendiagnose wurde nach einer weiteren stationären Behandlung vom 13. Februar - 10. März 2006 insofern relativiert, als lediglich noch der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung geäußert wurde. Das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung kann daher nicht als überwiegend wahrscheinlich betrachtet werden. Dagegen sprechen auch die diagnostischen Leitlinien der ICD-10. Danach soll eine solche Störung nur diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist. Eine "wahrscheinliche" Diagnose kann allerdings auch dann gestellt werden, wenn der Abstand zwischen dem Ereignis und dem Beginn der Störung mehr als sechs Monate beträgt, sofern die klinischen Merkmale typisch sind und keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden kann (Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Richtlinien, 5. Aufl. S. 170). Im Lichte dieser Richtlinien und angesichts der als Hauptdiagnose festgestellten schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) ist in der Tat fraglich, ob die von der Klinik A._____ anfänglich gestellte Nebendiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung zutreffend war, was die nachträgliche Relativierung der Diagnose zu erklären vermag. Ungeachtet der Diagnose, welche keiner weiteren Abklärungen bedarf, lagen im Zeitpunkt der Leistungseinstellung indessen psychische Beeinträchtigungen vor, 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. 4.1

Nachdem schon die im Anschluss an den Unfall durchgeführten neurologischen und röntgenologischen Untersuchungen unauffällige Befunde gezeigt hatten, fanden auch die Ärzte der Rehaklinik Z._____ kein organisches Substrat für die geltend gemachten Beschwerden und schlossen auf eine subjektive Restschmerzsymptomatik im Nacken- und Hinterkopfbereich sowie thorako-lumbal, wobei psychische Faktoren im Vordergrund standen. Diese Beurteilung wurde durch den späteren Verlauf und die ab Dezember 2005 erforderlich gewordene psychiatrische Behandlung bestätigt. Weil im Zeitpunkt der Leistungseinstellung keine nachweisbaren organischen Unfallfolgen mehr vorlagen, haben SUVA und Vorinstanz zu Recht eine spezifische Adäquanzprüfung vorgenommen. Sie sind dabei zutreffend davon ausgegangen, dass allenfalls noch vorhandene, zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung 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. Davon geht auch der Beschwerdeführer aus, wenn er geltend macht, die psychische Überlagerung habe bereits früh und nicht erst ab September

2005 begonnen. Bei der Adäquanzprüfung sind daher nicht die für Schleudertraumen oder schleudertraumaähnliche Verletzungen (BGE 117 V 359 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. 4.2

Beim Unfall vom 4. Dezember 2004 handelte es sich um eine frontale Kollision innerorts. Seinen Angaben zufolge war der Beschwerdeführer 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 Beschwerdeführers stiess der Personenwagen des Unfallverursachers ungebremst in sein Fahrzeug. Beide Fahrzeuge wurden stark beschädigt (versicherungstechnisch Totalschaden). Der Beschwerdeführer zog sich eine HWS- und BWS-Distorsion, eine Thoraxkontusion sowie ein Knalltrauma zu, die mitfahrende Ehefrau eine Commotio cerebri, eine Thoraxkontusion, ein stumpfes Abdominaltrauma, eine Ober- und Unterschenkelkontusion rechts sowie ein Knalltrauma. Der Beschwerdeführer war bis zum 14. Dezember 2004, die Ehefrau bis zum 20. 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 vom Beschwerdeführer 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 nachfolgend darzulegen ist. 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. 4.3

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. Dass der Beschwerdeführer den Unfall kommen sah und die Ehefrau ebenfalls verletzt wurde, genügt nicht zur Annahme einer besonderen Eindrücklichkeit. Wenn in der Beschwerde geltend gemacht wird, der Versicherte habe mit ansehen müssen, wie seine Ehefrau "wie tot" auf dem Trottoir gelegen habe und von Samaritern versorgt worden sei, so sind dem die eigenen Angaben des Beschwerdeführers entgegenzuhalten, wonach er nach dem Unfall ausgestiegen ist und die Beifahrertüre geöffnet hat, worauf die Ehefrau selbständig ausgestiegen ist und sich anschliessend hingelegt hat. Der Versicherte selbst unterhielt sich mit dem Unfallverursacher und es spricht nichts dafür, dass er die Ehefrau, welche von Passanten betreut wurde, in Todesgefahr wähnen musste. Der Beschwerdeführer hat sodann keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art erlitten. Weder lag eine besondere Schwere der für ein Schleudertrauma typischen Beschwerden vor noch handelte

es sich um Verletzungen, welche erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Daran ändert nichts, dass im Anschluss an den Unfall Albträume und sog. Flash-backs aufgetreten sind. Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. Im Anschluss an die kurzfristige Hospitalisation wurden physiotherapeutische Massnahmen sowie eine medikamentöse Behandlung durchgeführt. Die stationäre Therapie in der Rehaklinik Z. _____ brachte keine wesentliche Besserung der Beschwerden; der Versicherte wurde zur Fortsetzung der Physiotherapie "ambulant nach Ausmass der Beschwerden" entlassen. Anschliessend wurde weitere Physiotherapie in Form von Wassertherapie durchgeführt. Spätestens nach dem Rehabilitationsaufenthalt in Z. _____ hatte die somatische Behandlung weitgehend symptomatischen Charakter und ging auch in zeitlicher Hinsicht nicht über das hinaus, was bei Schleudertraumen oder schleudertraumaähnlichen Verletzungen der HWS als üblich zu gelten hat (vgl. RKUV 2005 Nr. 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 der Beschwerdeführer im Anschluss an den Rehabilitationsaufenthalt für eine angepasste leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit ganztags 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.