

BGer 8C_1051/2008 vom 6. Februar 2009

Bundesgericht, 2009-02-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_1051_2008

FR: TF 8C_1051/2008 du 6 février 2009

IT: TF 8C_1051/2008 del 6 febbraio 2009

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde kann wegen Rechtsverletzung gemäss Art. 95 und Art. 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Im Beschwerdeverfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Unfallversicherung ist das Bundesgericht nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden (Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG).

E. 2

Die Vorinstanz hat die Bestimmung über den Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung im Allgemeinen (Art. 6 Abs. 1 UVG) und die Grundsätze über den für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod; BGE 134 V 109 E. 2 und 9.5 S. 111 f. und 125 f. mit Hinweisen) sowie die erforderliche Adäquanz des Kausalzusammenhangs im Allgemeinen und bei psychischen Unfallfolgen (BGE 134 V 109 E. 6.1 S. 116, 115 V 133 ff.) zutreffend dargelegt. Richtig wiedergegeben hat sie auch die Rechtsprechung zum Wegfall des ursächlichen Zusammenhangs und damit des Leistungsanspruchs der versicherten Person bei Erreichen des Status quo sine vel ante (vgl. SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 E. 2.2 mit Hinweisen [8C_354/2007]). Gleiches gilt zum im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125 mit Hinweisen), zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung und zum Beweiswert von Arztberichten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 ff.). Darauf wird verwiesen.

E. 3.1

Die Vorinstanz hat nach Würdigung der medizinischen Akten mit einlässlicher Begründung richtig erwogen, dass die nach dem 25. April 2007 anhaltenden somatischen Rückenbeschwerden des Versicherten nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise auf den Unfall vom 9. August 2006 zurückzuführen sind, weshalb die natürliche Kausalität zu verneinen ist. Weiter ist ihr beizupflichten, dass die adäquate Kausalität zwischen diesem Unfall (zur Unfalleinstufung vgl. SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 E. 5.3.1 [U 2/07]) und den psychischen Beschwerden des Versicherten nicht gegeben ist. Es wird auf die entsprechenden vorinstanzlichen Erwägungen verwiesen (Art. 109 Abs. 3 BGG).

E. 3.2

Sämtliche Einwendungen des Versicherten vermögen an diesem Ergebnis nichts zu ändern.

Er macht unter anderem geltend, SUVA und Vorinstanz hätten auf die Einschätzungen der SUVA-Ärzte abgestellt und die Auffassung seines Hausarztes und der behandelnden Ärzte

nicht beachtet. Sein Hausarzt hätte konsultiert werden müssen. Sein Fall sei durch eine neutrale medizinische Kommission zu entscheiden. Hiezu ist festzuhalten, dass kein formeller Anspruch auf Beizug versicherungsexterner medizinischer Gutachten besteht, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Im Rahmen der freien Beweiswürdigung ist es grundsätzlich zulässig, dass Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den Entscheid allein auf versicherungsinterne Entscheidungsgrundlagen stützen. An die Unparteilichkeit und Zuverlässigkeit solcher Grundlagen sind jedoch strenge Anforderungen zu stellen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f., 122 V 157 E. 3 S. 165; Urteil 8C_104/2008 vom 18. März 2008, E. 4.2.2). Die von SUVA und Vorinstanz berücksichtigten Berichte der SUVA-Ärzte erfüllen vorliegend die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage (E. 2 hievov). Zudem ist festzuhalten, dass Hausärzte bzw. behandelnde Ärzte auf Grund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353; Urteil 8C_812/2007 vom 6. Oktober 2008, E. 8.2).

Die Vorinstanz hat auf Grund der medizinischen Aktenlage zutreffend erkannt, dass ein organisch objektivierbares (nachweisbares) Substrat für die Beschwerden des Versicherten im Bereich der Wirbelsäule fehlt. Diesbezüglich ist auf den medizinischen Erfahrungssatz hinzuweisen, wonach der organische Zustand des Rückens nach erlittenen Verletzungen wie Prellung, Verstauchung oder Zerrung in der Regel sechs Monate bzw. spätestens ein Jahr (bei degenerativen Veränderungen) nach dem Unfall wieder soweit hergestellt ist, wie er auch dann wäre, wenn sich der Unfall nicht ereignet hätte (Status quo sine). In Fällen, da die Beschwerden nach einer blossen Kontusion - wie sie in casu vorlag - länger dauern, steht dahinter oftmals eine psychische Anpassungsstörung oder Fehlentwicklung (Urteile 8C_744/2008 vom 26. November 2008, E. 4, und U 207/06 vom 29. November 2006, E. 2.2, je mit Hinweisen). Die Leistungseinstellung auf den 25. April 2007 (rund 8 1/2 Monate nach dem Unfall) ist mithin auch in diesem Licht nicht zu beanstanden. Soweit der Versicherte geltend macht, vor dem Unfall sei er gesund gewesen, läuft dies auf einen unzulässigen "post hoc, ergo propter hoc"-Schluss hinaus (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.; erwähntes Urteil 8C_744/2008, E. 4). Eine zusätzliche medizinische Abklärung ist nicht durchzuführen, da hievov keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 131 I 153 E. 3 S. 157, 124 V 90 E. 4b S. 94).

E. 4

Die offensichtlich unbegründete Beschwerde wird im Verfahren nach Art. 109 Abs. 2 lit. a und Abs. 3 BGG ohne Durchführung eines Schriftenwechsels erledigt. Der unterliegende Beschwerdeführer trägt die Gerichtskosten (Art. 66 Abs. 1 Satz 1 BGG).

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