

BGer 8C_110/2010 vom 18. März 2010

Bundesgericht, 2010-03-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_110_2010

FR: TF 8C_110/2010 du 18 mars 2010

IT: TF 8C_110/2010 del 18 marzo 2010

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde kann wegen Rechtsverletzung gemäss Art. 95 f. BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Immerhin prüft es, unter Berücksichtigung der allgemeinen Begründungspflicht der Beschwerde (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG), grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (nicht publ. E. 1.1 des Urteils BGE 135 V 412 , in SVR 2010 UV Nr. 2 S. 7 [8C_784/2008]).

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

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer bezüglich des Unfalls vom 21. September 2007 für die Zeit ab 1. Oktober 2008 weiterhin Anspruch auf Leistungen der SUVA hat.

Die Vorinstanz hat die Grundlagen über den für die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Gesundheitsschaden (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f.) und die vorausgesetzte Adäquanz des Kausalzusammenhangs im Allgemeinen (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181), bei psychischen Unfallfolgen (BGE 134 V 109 E. 6.1 S. 116, 115 V 133) sowie Folgen eines Unfalls mit HWS-Schleudertrauma oder äquivalenter Verletzung (BGE 134 V 109) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle im Speziellen zutreffend dargelegt. Richtig ist auch, dass die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle spielt, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 E. 2 S. 112). Beizupflichten ist der Vorinstanz auch, dass von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden kann, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden und die angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich auf breiter Basis anerkannt sind (BGE 134 V 231 f. E. 5.1; SVR 2009 UV Nr. 30 S. 105 E. 2.1 [8C_413/2008]).

E. 3

Umstritten ist als Erstes, ob organisch objektiv ausgewiesene Folgen des Unfalls vom 21. September 2007 vorliegen, was die Vorinstanz verneint hat (E. 3 f. hienach).

E. 3.1

Der Versicherte macht geltend, entgegen der Vorinstanz habe er sich am 21. September 2007 eine milde traumatische Hirnverletzung (MTBI) zugezogen. Gestützt auf das vom SUVA-Inspektor aufgenommene Erhebungsblatt vom 31. Oktober 2007 habe er am Haltegriff oben an der Türe den Kopf angeschlagen. Dass Dr. med. G. _____ im Dokumentationsbogen vom 12. Dezember 2007 den Kopfanprall nicht erwähnt habe, sei auf ein oberflächliches Ausfüllen zurückzuführen. Die Angaben des Versicherten gegenüber dem SUVA-Inspektor seien weit präziser und daher verlässlicher und vor dem Ausfüllen des Dokumentationsbogens erfolgt, weshalb darauf gestützt auf die höhere Beweiskraft der Aussage "der ersten Stunde" abzustellen sei. Auch in der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 28. März 2008 werde ein Kopfanprall aufgrund des Unfallablaufs bestätigt. Unter diesen Umständen hätte die Vorinstanz die SUVA zu weiteren Abklärungen bezüglich der MTBI verpflichten müssen. Hiezu hätte insbesondere eine neuropsychologische Abklärung gehört, die zwar keine selbstständigen Kausalitätsfragen vorzunehmen vermöge, im Rahmen der Differentialdiagnose aber ein unerlässliches Abklärungsglied bilde.

E. 3.2

Die MTBI ist ein durch Kontaktkräfte (Kopfanprall, Schlag auf Kopf) oder Akzeleration bzw. Dezeleration bedingtes kraniales Trauma, das zu einer Unterbrechung der zerebralen Funktionen führt. Die Diagnose setzt entweder eine Episode von Bewusstlosigkeit oder einen Gedächtnisverlust für Ereignisse unmittelbar vor oder nach dem Unfall oder eine Bewusstseinsstörung (z.B. Benommenheitsgefühl, Desorientierung) im Zeitpunkt der Verletzung voraus. Andererseits darf die Störung nicht mit einer Bewusstlosigkeit von mehr als 30 Minuten, einem Wert nach der Glasgow Coma Scale (GCS) von 13 bis 15 nach 30 Minuten oder einer posttraumatischen Amnesie von mehr als 24 Stunden verbunden sein (Urteile 8C_369/2008 vom 11. August 2008 E. 7.1, 8C_173/2009 vom 22. Juli 2009 E. 4.2 und U 276/04 vom 13. Juni 2005 E. 2.2.2). Die MTBI-Diagnose erfolgt aufgrund bestimmter Symptome nach kranialen Traumen und bedeutet nicht schon, dass eine objektiv nachweisbare Funktionsstörung vorliegt. Fehlt eine solche, so ist die Adäquanz der Unfallkausalität nach der für Schleudertraumen ohne nachweisbare Funktionsausfälle geltenden Rechtsprechung zu beurteilen (Urteile 8C_263/2008 vom 20. August 2008 E. 3.2.3 f. und 8C_101/2007 vom 17. August 2007 E. 5.1).

E. 3.3

Bei der polizeilichen Befragung ca. eine Stunde nach dem Unfall vom 21. September 2007 gab der Versicherte an, bei der Kollision nicht verletzt worden zu sein. Weiter ist zu beachten, dass die Feststellungen des Dr. med. G. _____ im Dokumentationsbogen vom 12. Dezember 2007 - unter anderem die Verneinung eines Kopfanpralls und äusserer Verletzungen des Versicherten - gestützt auf dessen Angaben anlässlich der Erstkonsultation vom 25. September 2007 (vier Tage nach dem Unfall) gemacht wurden, weshalb ihnen höherer Beweiswert zukommt als den Angaben des Versicherten gegenüber dem SUVA-Inspektor vom 31. Oktober 2007 und den Ausführungen in der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 28. März 2008. Ein Kopfanprall beim Unfall vom 21. September 2007 kann mithin nicht überwiegend wahrscheinlich als erstellt gelten. Selbst bei Bejahung eines solchen würde dies aber am Ergebnis nichts ändern, wie die folgenden Erwägungen zeigen.

E. 3.4.1

PD Dr. med. S. _____, Fachärztin für Neurologie, Stv. Medizinische Leiterin, Neurologische Rehabilitation, Klinik E. _____, diagnostizierte im Konsilium vom 8. Januar 2008 eine wahrscheinliche MTBI am 2. März 2005, eine mögliche MTBI am 21. September 2007 sowie einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel (BPLS). Zur Abklärung struktureller Hirnverletzungen sollte eine MRI mit Hämosiderinsequenzen durchgeführt werden. Ebenfalls sollte nochmals eine neuro-otologische Untersuchung zur nochmaligen Beurteilung der immer noch bestehenden Schwindelbeschwerden durchgeführt werden. Vorbehältlich eines normalen MRIs und der Ergebnisse der neuro-otologischen Stellungnahme sei nicht von einer somatisch-organischen Störung aus dem neurologischen Fachgebiet auszugehen. Es werde weiterhin eine Ursache im psychosomatischen Bereich angenommen, die ja bereits vordiagnostiziert sei. Gestützt hierauf wurde zur Abklärung von strukturellen Hirnverletzungen ein MRI des Schädels mit Hämosiderinsequenzen durchgeführt, das gemäss dem Austrittsbericht der Klinik E. _____ vom 21. Januar 2008 einen altersentsprechenden zerebralen Befund und keinen Hinweis von Hämosiderin im Sinne einer posttraumatischen Veränderung zeigte. Hierauf ist abzustellen, weshalb eine objektiv nachweisbare Funktionsstörung des Gehirns zu verneinen ist.

E. 3.4.2

Weiter ist festzuhalten, dass die Voraussetzungen für die Annahme eine MTBI als Folge des Unfalls vom 21. September 2007 - nämlich eine Episode von Bewusstlosigkeit oder ein Gedächtnisverlust für Ereignisse unmittelbar vor oder nach dem Unfall oder eine Bewusstseinsstörung (z.B. Benommenheitsgefühl, Desorientierung) im Zeitpunkt der Verletzung - weder im Erhebungsblatt des SUVA-Inspektors vom 31. Oktober 2007 noch im Dokumentationsbogen des Dr. med. G. _____ vom 12. Dezember 2007 beschrieben wurden. Letzterer verneinte explizit eine Bewusstlosigkeit oder Gedächtnislücke des Versicherten, gab einen GCS-Wert von 15 an und diagnostizierte eine HWS-Distorsion. Die Neurologin PD Dr. med. S. _____ hat am 8. Januar 2008 eine MTBI als Folge des Unfalls vom 21. September 2007 lediglich als möglich erachtet, weshalb eine dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (hiezv vgl. BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125) genügende Feststellung nicht vorliegt. Aus der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 28. März 2008 kann der Versicherte nichts zu seinen Gunsten ableiten, zumal darin ein Kopfanprall lediglich als möglich erachtet und ausgeführt wurde, der gemäss Angaben des Versicherten stattgefundenen Kopfanprall (Anprall der Stirne vorne links am Handgriff) wäre allerdings kaum mit einer relevanten Kopf- oder HWS-Belastung verbunden.

In diesem Lichte ist mit der Vorinstanz eine MTBI zu verneinen. Von einer neuropsychologischen Untersuchung ist abzusehen, zumal diese nach derzeitigem Wissensstand nicht vermag, die Beurteilung der Kausalität eines Beschwerdebildes selbstständig und abschliessend vorzunehmen (BGE 119 V 335 E. 2b/b S. 341; Urteil 8C_29/2007 vom 1. Februar 2008 E. 2.2) und zudem PD Dr. med. S. _____ am 8. Januar 2008 angab, die Ergebnisse einer nochmaligen neuropsychologischen Untersuchung würden von der Anpassungsstörung vermutlich schwierig zu trennen sein.

Insgesamt können hinsichtlich der MTBI-Frage von weiteren Abklärungen keine entscheiderelevanten neuen Erkenntnisse erwartet werden, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148; Urteil 8C_792/2009 vom 1. Februar 2010 E. 6.7).

E. 4

Weiter macht der Versicherte geltend, er leide an einer zentral-vestibulären Funktionsstörung strukturell-organischer Natur und damit einhergehender Schwindelproblematik.

E. 4.1

Dr. med. L. _____, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, SUVA Abteilung Arbeitsmedizin, äusserte nach der Untersuchung des Versicherten vom 8. Januar 2008 den Verdacht auf eine zentral-vestibuläre Funktionsstörung (Bericht vom 9. Januar 2008).

Dr. med. T. _____, Oberarzt HNO, Leiter Ambulatorium, Spital K. _____, diagnostizierte gestützt auf eine Untersuchung des Versicherten vom 2. Juni 2008 eine symmetrische peripher-vestibuläre Funktion, Hinweis auf eine zentral vestibuläre Funktionsstörung, Status nach HWS-Distorsionen am 2. März 2005 und 21. September 2007. Der Versicherte habe sich bei ihm vorgestellt, nachdem er vor zwei Wochen sämtliche Medikamente abgesetzt habe. Es fänden sich keine Hinweise auf eine peripher-vestibuläre Funktionsstörung. Auch ein BPLS könne zum jetzigen Zeitpunkt nicht nachgewiesen werden. Hingegen zeigten sich vereinzelte Hinweise auf eine zentral-vestibuläre Funktionsstörung. Da der Versicherte zentral wirksame Medikamente vor mehr als 10 Tagen abgesetzt habe, scheine eine medikamentöse Beeinflussung der Untersuchungen wenig wahrscheinlich (Bericht vom 4. Juni 2008).

Dr. med. L. _____ legte in der Stellungnahme vom 14. August 2008 dar, im Spital K. _____ hätten keine Hinweis für eine peripher-vestibuläre Funktionsstörung nachgewiesen werden können. Wiederum fänden sich aber vereinzelt Hinweise für eine zentral-vestibuläre Funktionsstörung. Allerdings handle es sich dabei aber nicht um eine organisch-strukturelle Schädigung, sondern vielmehr um die psychotrope Wirkung der Psychopharmaka. Die Halbwertszeit der Psychopharmaka dauere weitaus länger als 10 Tage. Der Versicherte habe die Medikamente 10 Tage vor der Untersuchung im Spital K. _____ abgesetzt. Zusammenfassend ergäben sich aus ORL-ärztlicher Sicht keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Konsequenzen, der Versicherte sei voll arbeitsfähig, ausser für Arbeit mit erhöhter Absturzgefahr.

Die Dres. med. R. _____, Oberarzt, Leiter Neurootologie, und V. _____, Assistenzärztin, Spital K. _____, diagnostizierten aufgrund einer Untersuchung des Versicherten vom 18. September 2008 einen Verdacht auf zentralen Schwindel, weiterhin keine Hinweise für akute oder chronische peripher-vestibuläre Funktionsstörung, Status nach HWS-Distorsion am 21. September 2007, unklare Blackouts. Es bestehe ein sehr diffuses Beschwerdebild. Es bestünden weiterhin keine Hinweise auf eine peripher-vestibuläre Funktionsstörung. Aufgrund der Vorbefunde vom Juni 2008 empföhlen sie zum Ausschluss eines zentralen Schwindels eine Vorstellung beim Neurologen (Bericht vom 29. September 2008).

E. 4.2

Die Neurologin PD Dr. med. S. _____ führte bereits im Konsilium vom 8. Januar 2008 auch unter Bezugnahme auf die Schwindelbeschwerden des Versicherten aus, vorbehältlich eines normalen MRIs des Gehirns und der Ergebnisse der neuro-otologischen Stellungnahme sei nicht von einer somatisch-organischen Störung aus dem neurologischen Fachgebiet auszugehen. Das gestützt hierauf veranlasste Schädel-MRI ergab keine objektiv

nachweisbare Funktionsstörung (vgl. E. 3.4.1 hievor). In diesem Lichte erübrigt sich - entgegen dem vom Versicherten angerufenen Bericht der Dres. med. R. _____ und V. _____ vom 29. September 2008 - eine weitere neurologische Abklärung. Weiter ist zu beachten, dass gemäss dem letztgenannten Bericht das Beschwerdebild des Versicherten sehr diffus ist. Unter diesen Umständen kann im Rahmen des diagnostizierten blossen Verdachts auf einen zentralen Schwindel nicht überwiegend wahrscheinlich von einem objektiv nachweisbaren Defektzustand ausgegangen werden (vgl. auch Urteil U 422/06 vom 6. Februar 2007 E. 3), wie die Vorinstanz mit einlässlicher Begründung, auf die ergänzend verwiesen wird, zu Recht erkannt hat. Auch diesbezüglich ist in antizipierter Beweiswürdigung auf weitere medizinische Abklärungen zu verzichten (vgl. E. 3.4.2 in fine hievor).

E. 5.1

Die Vorinstanz hat nach eingehender und sorgfältiger Würdigung der medizinischen Akten mit einlässlicher Begründung, auf die verwiesen wird, zutreffend erkannt, dass die Adäquanzprüfung angesichts der psychischen Beschwerden des Versicherten nach BGE 115 V 133 ff. - mithin unter Ausschluss psychischer Aspekte - vorzunehmen ist (BGE 134 V 109 E. 6.1 S. 116; Urteil 8C_744/2009 vom 8. Januar 2010 E. 9). Unbestritten ist, dass der Unfall vom 21. September 2007 als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen zu qualifizieren ist (vgl. SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 E. 5.3.1 [U 2/07]). Die Vorinstanz hat weiter erwogen, das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen könne, falls überhaupt, höchstens als knapp erfüllt gelten. Die übrigen sechs Adäquanzkriterien (vgl. BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140) seien nicht erfüllt. Demnach sei die adäquate Kausalität zwischen dem Unfall vom 21. September 2007 und den psychischen Störungen zu verneinen, weshalb auf die Frage nach der natürlichen Kausalität nicht weiter eingegangen werden müsse.

E. 5.2

Der Versicherte beanstandet einzig die Verneinung des Kriteriums der "Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen". Er macht geltend, dieses sei ausgeprägt erfüllt, da er bereits am 2. März 2005 eine HWS-Distorsion erlitten habe und damit vorgeschwächt gewesen sei. Die Vorinstanz verneine dies mangels erheblicher Vorschädigung. Die Vorschädigung ergebe sich aber aus dem Bericht des Spitals X. _____ vom 11. Dezember 2007. In der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 28. März 2008 sei denn auch eine degenerative Veränderung vor dem ersten Unfall als kaum relevant erachtet und ausdrücklich festgehalten worden, dass die Kollision vom 2. März 2005 mit einer Fahrzeugbelastung verknüpft gewesen sei, die geeignet gewesen sei, auch bei Fahrzeuginsassen mit gesunder Wirbelsäule HWS-Beschwerden zu erklären. Somit habe ein erstunfall-bedingter HWS-Vorzustand existiert. Demnach wäre der adäquate Kausalzusammenhang erstellt.

E. 5.3

Mit Bezug auf jene Fälle, in denen die Adäquanz nach erlittener HWS-Distorsion (ohne objektivierbare traumatische Läsionen) - wie vorliegend - nach der für psychische Fehlentwicklungen geltenden Rechtsprechung zu beurteilen ist, hat das frühere Eidgenössische Versicherungsgericht (seit 1. Januar 2007 Bundesgericht) im Urteil U 66/04 vom 14. Oktober 2004 E. 6.3 entschieden, das Adäquanzkriterium der besonderen Art der erlittenen Verletzung falle sachlogisch ausser Betracht (bestätigt im Urteil 8C_124/2008

vom 17. Oktober 2008 E. 10.2). Im Urteil U 297/04 vom 16. Dezember 2005 E. 4.3.2 hat es offengelassen, ob diese Betrachtungsweise für alle denkbaren Konstellationen - also etwa auch bei wiederholten HWS-Distorsionen oder solchen, bei denen die betroffene Person im Zeitpunkt der mechanischen Einwirkung eine besondere Körperhaltung eingenommen hat und es zu damit verbundenen Komplikationen kam - zu gelten hat. Diese Frage kann vorliegend ebenfalls offenbleiben. Denn aufgrund der Akten traten beim Versicherten die für eine HWS-Distorsion typischen Beschwerden nicht in derart schwerer Weise oder besonderer Art auf, dass gesagt werden könnte, das Kriterium sei ausgeprägt erfüllt (vgl. auch SVR 2010 UV Nr. 3 S. 11 E. 9.2.2 [8C_283/2009]). Hieran änderte selbst dann nichts, wenn er zudem eine MTBI erlitten hätte (vgl. auch Urteil 8C_63/2009 vom 25. Januar 2010 E. 7.3). Nach dem Gesagten ist die vorinstanzliche Verneinung der adäquaten Kausalität nicht zu beanstanden (vgl. BGE 115 V 133 E. 6c/bb S. 140 f.).

E. 6

Der unterliegende Versicherte trägt die Gerichtskosten (Art. 66 Abs. 1 BGG).

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