

BGer 8C_117/2015 vom 17. Juni 2015

Bundesgericht, 2015-06-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_117_2015

FR: TF 8C_117/2015 du 17 juin 2015

IT: TF 8C_117/2015 del 17 giugno 2015

Erwägungen

E. 1

Mit der Beschwerde kann eine Rechtsverletzung nach Art. 95 f. BGG gerügt werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Dennoch prüft es - offensichtliche Fehler vorbehalten - nur die in seinem Verfahren beanstandeten Rechtsmängel (Art. 42 Abs. 1 f. BGG; BGE 135 II 384 E. 2.2.1 S. 389).

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 Grundlagen über den für die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem Gesundheitsschaden im Allgemeinen (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f.) und bei Folgen eines Unfalls mit HWS-Schleudertrauma oder äquivalenter Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle im Besonderen (BGE 134 V 109) zutreffend dargelegt. Richtig ist auch, dass von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen - bei denen die Unfalladäquanz praktisch keine Rolle spielt - erst 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]); dies gilt auch für neuropsychologische Defizite (Urteil 8C_765/2014 vom 9. Februar 2015 E. 5.1). Darauf wird verwiesen.

E. 3

Streitig und zu prüfen ist, ob die SUVA aufgrund des Unfalls der Versicherten vom 27. Juli 2011 nach dem 31. März 2013 weiterhin leistungspflichtig ist.

Der von der Versicherten neu aufgelegte Auszug aus ihrem individuellen Konto vom 29. März 2012 ist unbeachtlich, da sie keine nach Art. 99 Abs. 1 BGG relevanten Gründe vorbringt (nicht publ. E. 1.3 des Urteils BGE 138 V 286 , in SVR 2012 FZ Nr. 3 S. 7 [8C_690/2011]).

E. 4.1

Die Vorinstanz erwog im Wesentlichen, angesichts des Unfallhergangs, des Verhaltens der Versicherten direkt im Anschluss daran, der zeitnah erhobenen Befunde und mangels Anhaltspunkten für eine Kopfverletzung erscheine es - entsprechend den Ausführungen des Dr. med. C. _____, Facharzt für Neurologie FMH, SUVA Versicherungsmedizin, vom 21. Februar 2013 - nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Mikroblutung in einer frontalen Hirnwindung rechts und die kleinfleckigen Gliosen unfallbedingt seien. Jeder

MRI-Befund sei interpretationsbedürftig und auch die Dres. med. D. _____ und E. _____, Fachärzte FMH für Radiologie und Neuroradiologie, seien keineswegs zu den gleichen Ergebnissen gekommen. Frau Dr. med. D. _____ habe die kleinfleckigen Gliosen am 18. November 2011 für mikroangiopathische Veränderungen gehalten, während Dr. med. E. _____ am 16. Mai 2012 - je nach Stärke des Aufpralls - eine unfallbedingte Ursache für möglich gehalten habe. Die Möglichkeit eines Zusammenhangs reiche beweisrechtlich nicht aus, zumal auch von einer Hirnläsion in der Kindheit die Rede sei. Insbesondere aber unter Berücksichtigung der Unfallschwere erschienen die Ausführungen des Dr. med. C. _____ als schlüssig und nachvollziehbar, so dass darauf abzustellen sei. Kranial könne deshalb nicht überwiegend wahrscheinlich von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen ausgegangen werden. Die bei der MRI-Untersuchung vom 18. November 2011 als wahrscheinlich traumatisch taxierten HWS-Befunde seien im Verlauf nicht mehr festgestellt worden. Bereits bei dieser Untersuchung sei als nicht traumatisch eine ausgeprägte Uncovertebralarthrose und Spondylophytenbildung auf Höhe C5/6 recessal und intraforaminal mit einer möglichen Affektion der Radix C6 rechts diagnostiziert worden. Zusammenfassend liege den Beschwerden kein unfallbedingtes organisches Substrat im Sinne einer bildgebend oder sonst klar nachweisbaren strukturellen Veränderung mehr zugrunde. Die Unfalladäquanz sei nach der Schleudertraumapraxis zu verneinen.

E. 4.2

Streitig und zu prüfen ist als Erstes die Hirnproblematik.

E. 4.2.1

Frau Dr. med. D. _____ legte gestützt auf ein am 18. November 2011 durchgeführtes MRI im Bericht gleichen Datums dar, die punktförmige kortikale/subkortikale chronische Mikroblutung im Gyrus frontalis inferior rechts dürfte durch das Trauma erklärt werden. Weiter bestehe eine alte Blutungsaktivität mit randständigen Hämosiderinablagerungen im Caput nuclei caudati rechts. Dr. med. E. _____ gab aufgrund eines MRI vom 15. Mai 2012 im Bericht vom 16. Mai 2012 an, im Vergleich mit dem kranialen MRI vor 7 Monaten bestehe ein gleichbleibendes Ausmass der multiplen kleinfleckigen Gliosen des präfrontalen Frontallappens sowie eine Mikrohämorrhagie rechts im lateralen orbitalen Gyrus, bei entsprechend schwerem Trauma mit diffus axonalen Verletzungen vereinbar, differenzialdiagnostisch unspezifisch postinflammatorische Gliosen, keine akute oder subakute Läsion. Gleichbleibend sei die Darstellung der posthemorrhagischen Narbe rechts im Caudatuskopf.

E. 4.2.2

Wenn der von der Vorinstanz ins Feld geführte Dr. med. C. _____ am 21. Februar 2013 darlegte, die klinisch-neurologische Untersuchung durch Frau Dr. med. F. _____ am 5. Dezember 2011 sei unauffällig ausgefallen, ist dem entgegenzuhalten, dass diese und die Neuropsychologin Frau Prof. Dr. phil. G. _____ im entsprechenden Bericht vom 8. Dezember 2011 diverse neuropsychologische Störungen feststellten. Sie führten aus, diese Befunde seien hinweisend auf eine rechtshemisphärisch betonte Dysfunktion fronto-temporaler Areale. Ein Teil dieser neuropsychologischen Symptome sei vorbestehend und gut vereinbar mit Folgen der im Schädel-MRI nachgewiesenen, frühkindlich erlittenen Blutung im Nucleus caudatus rechts, zusätzlich aggraviert durch die neuroradiologisch nachgewiesene unfallbedingte Läsion im Gyrus frontalis inferior rechts.

Die neuroradiologisch nachgewiesenen unfallbedingten Läsionen zerebral und zusätzlich auch zervikal (siehe MRI-Befund vom November 2011) erklärten den bisherigen protrahierten Verlauf, wobei sich die vorbestehenden Symptome (sowohl kognitiv als auch degenerative Wirbelsäulenveränderungen) zusätzlich ungünstig auswirkten. Im Bericht vom 7. Juni 2012 gaben Frau Dr. med. F._____ und Frau Prof. Dr. phil. G._____ gestützt auf das MRI vom 15. Mai 2012 an, es zeige sich ein unverändertes kognitives Ausfallmuster, das lokalisatorisch einer rechtsbetonten fronto-temporalen Dysfunktion entspreche und mit dem MRI-Befund vereinbar sei. Die Lernschwäche und das verminderte sprachliche Konzeptdenken seien zum Teil vorbestehend (frühkindliche zerebrale Dysfunktion nach Hirnblutung) und durch den Unfall wahrscheinlich aggraviert worden.

Frau Dr. med. F._____ und Frau Prof. Dr. phil. G._____ stellten mithin vorbestehende und unfallbedingte Pathologien fest. Da es genügt, wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125), überzeugt der Verweis der Vorinstanz auf die von der Versicherten in der Kindheit erlittene Hirnläsion nicht.

E. 4.2.3

Soweit die Vorinstanz aufgrund des Hergangs des Unfalls vom 27. Juli 2011 eine unfallbedingte Hirnläsion verneinte, ist festzuhalten, dass die Versicherte im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 2. August 2011 angab, sie sei bei Regen wegen Aquaplanings in einer Kurve nach rechts gerutscht und rund 10 m eine Böschung hinunter gestürzt, wo sie mit dem Heck voraus in eine Steinmauer geprallt sei; sie sei mit dem Kopf an die Kopfstütze geprallt; sie habe das Auto selber verlassen und sei in Panik auf die Strasse hoch geklettert, worauf sie mit der Ambulanz ins Spital gefahren worden sei; sie habe an HWS- und Kopfschmerzen gelitten. In einem weiteren Dokumentationsbogen vom 17. August 2011 wurde dargelegt, ein Kopfanprall habe an der Kopfstütze und höchst wahrscheinlich auch ausserhalb derselben stattgefunden. Im SUVA-Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen vom 26. September 2011 wurde festgehalten, die Versicherte sei beim Abwärtsfahren bei nasser Fahrbahn mit ihrem PW überraschend von der Strasse abgekommen. Das Fahrzeug habe sich mehrmals gedreht und sei im mit Sträuchern und Bäumen besetzten Gelände nach einer Kollision rückwärts mit einer Steinmauer zum Stillstand gekommen. Nicht bekannt sei, ob ein Kopfanprall stattgefunden habe. Unbesehen der Frage, ob bzw. in welcher Form ein Kopfanprall stattfand, kann entgegen der Vorinstanz nicht von vornherein argumentiert werden, aufgrund des Unfallhergangs hätten keine (Scher-) Kräfte auf den Kopf der Versicherten gewirkt, die eine Hirnverletzung verursachen könnten (vgl. auch Urteil 8C_74/2013 vom 23. Mai 2013 E. 5.1.4 f.).

E. 4.3

Hinsichtlich der HWS-Problematik legte Frau Dr. med. D._____ im Bericht vom 18. November 2011 dar, die kleine Flüssigkeitsansammlung am inferioren Rand und im Gelenkspalt des Facettengelenks C6/C7 rechts sowie die diffuse flauere T2w Hyperintensität im Bereich des Ligamentum interspinalis auf Höhe C5/C6 dürften durch das Trauma erklärt werden. Dr. med. E._____ führte am 16. Mai 2012 aus, im Vergleich mit dem kranialen MRI vor 7 Monaten gleichbleibend seien die mediane Bandscheibenvorwölbung HWK5/6 ohne Kontakt zum Myelon und rechts die relative Einengung des Intervertebralkanals für den Verlauf der C6. Entgegen der Vorinstanz begründete Dr. med. C._____ in der

Stellungnahme vom 21. Februar 2013 nicht hinreichend substantiiert, weshalb diese HWS-Pathologien - wie von ihm postuliert - nach dem 4. Juni 2012 nicht mehr zumindest teilweise unfallbedingt gewesen sein sollen.

E. 4.4

Insgesamt können die Berichte der Frau Dr. med. D. _____ vom 18. November 2011, der Frau Dr. med. F. _____ und der Frau Prof. Dr. phil. G. _____ vom 8. Dezember 2011 und 7. Juni 2012 sowie des Dr. med. E. _____ vom 16. Mai 2012 nicht als Beurteilungsgrundlage dienen. Sie wecken indessen zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Aktenstellungnahme des versicherungsinternen Arztes Dr. med. C. _____ vom 21. Februar 2013; hierauf kann somit - entgegen der Vorinstanz - ebenfalls nicht abgestellt werden (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.5 S. 470 f.; zum Beweiswert von Aktenstellungen siehe SVR 2010 UV Nr. 17 S. 63 E. 7.2 [8C_239/2008]). Nach dem Gesagten ist die Sache in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie ein Gerichtsgutachten veranlasse und gestützt hierauf neu entscheide.

E. 5

Die unterliegende SUVA trägt die Verfahrenskosten (Art. 66 Abs. 1, Art. 68 Abs. 2 BGG ; BGE 137 V 210 E. 7.1 S. 271).

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