

# **BGer 8C 249/2009 vom 3. August 2009**

Bundesgericht, 2009-08-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_8C\\_249\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_249_2009)

FR: TF 8C 249/2009 du 3 août 2009

IT: TF 8C 249/2009 del 3 agosto 2009

## **Regeste**

Unfallversicherung | Unfallversicherung

## **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 ). Es prüft indessen grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind ( Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG ; BGE 133 II 249 E. 1.4.1 S. 254; Urteil 8C\_346/2009 vom 3. Juli 2009 E. 1). 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 Unfallversicherers ( Art. 6 Abs. 1 UVG ) vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod; BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f.), 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 Halswirbelsäulen(HWS)-Schleudertrauma oder einer äquivalenten Verletzung ( BGE 134 V 109 ) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle zutreffend dargelegt. Gleiches gilt zum Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ( BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125), zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung ( Art. 61 lit. c ATSG ) und zum Beweiswert von Arztberichten ( BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Darauf wird verwiesen.

### **E. 3**

Das Zentrum X. \_\_\_\_\_ stellte im interdisziplinären (orthopädischen, neurologischen, psychiatrischen und neuropsychologischen) Gutachten vom 20. April 2006 folgende Diagnosen: dissoziative Störung, symptomatisch im Sinne einer paroxysmalen somatoformen Schmerzstörung und psychogenen Anfällen, erhebliche psychosoziale Belastungssituation (ICD-10: Z63); chronisches lumbales Schmerzsyndrom. Das Lumbovertebralsyndrom finde radiologisch seine Entsprechung in leichten degenerativen Veränderungen. Initial habe eine psychoreaktive Störung im Sinne einer Anpassungsstörung bestanden, die im Laufe der Zeit - möglicherweise auch unter Hinzutreten anderer, heute nicht eruierbarer Faktoren - sich im Sinne einer dissoziativen Störung mehr und mehr etabliert habe. Es spielten regressive Tendenzen und Erwartungshaltungen des Versicherten doch eine wesentliche Rolle, so dass sie heute im

Wesentlichen von einer eigenständigen psychogenen Störung und nicht einfach von einer Persistenz einer unfallreaktiven Störung ausgingen. Die heute gezeigte Symptomatik könne nicht ohne Not als direkte unfallreaktive psychogene Störung interpretiert werden. Es bestehe ein - als Unfallfolge - im beklagten Ausmass nicht erklärbares psychisches Leiden nach einem im Grunde recht bagatellären Unfall; die psychischen Beschwerden könnten nicht mit Sicherheit auf den Unfall selbst, aber auch nicht mit Sicherheit auf ein anderes Ereignis zurückgeführt werden. Somit hätten solche unfallfremden Faktoren auch nicht ausgeschlossen werden können. Unter anderem würden Beschwerden, wie sie im sogenannten typischen Beschwerdebild nach HWS-Distorsionstraumen oder einer äquivalenten Verletzung beschrieben seien, beklagt. Es seien Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, rasche Ermüdbarkeit, Reizbarkeit, Depression und Wesensveränderung. Solche Beschwerden träten nicht nur beim sogenannten typischen Beschwerdebild, sondern auch bei vielen anderen psychischen Leiden auf; insbesondere wären sie ohne Not auch einer dissoziativen Störung zuzuordnen. Insbesondere die heute anamnestisch gesicherte fremde Aggressivität des Versicherten erscheine als Wesensveränderung im Sinne des typischen Beschwerdebildes in diesem Ausmass doch atypisch; als Ausdruck einer Hirnorganizität müsste für diese Veränderung jedenfalls gefordert werden, dass eine solche Organizität in den durchgeführten Untersuchungen (insbesondere MRT des Schädels) einen pathologischen Befund hätte ergeben müssen. Eine milde traumatische Hirnverletzung liege heute nicht vor; sie habe nach dem Unfall aber wahrscheinlich vorgelegen, sei heute aber ohne klinische Relevanz. Die heutigen Beschwerden, die teilweise denjenigen des typischen Beschwerdebildes bei HWS-Distorsionen entsprächen, seien als Ausdruck einer eigenständigen psychogenen Störung und nicht als Folge einer dem HWS-Distorsionstrauma äquivalenten Verletzung anzusehen. Dieses Gutachten erfüllt die praxisgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Beurteilungsgrundlage (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 109 E. 9.5 S. 125 f.).

#### **E. 4.1**

Die Vorinstanz hat erwogen, bei Leistungseinstellung hätten beim Versicherten keine somatischen Unfallfolgen mit relevanten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestanden. Er leide an psychischen Störungen, die seine Arbeitsfähigkeit beeinträchtigten. Zwischen diesen und dem Unfall vom 5. Dezember 2000 bestehe keine natürliche Kausalität. Selbst wenn sie bejaht würde, bestünde keine Leistungspflicht der SUVA, da die Adäquanz des Kausalzusammenhangs nach den für psychische Unfallfolgen geltenden Grundsätzen zu verneinen sei; keines der praxisgemässen Kriterien ( BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140) sei erfüllt.

#### **E. 4.2**

Der Versicherte macht im Wesentlichen geltend, er habe beim Unfall eine Hirnerschütterung sowie ein akutes Cervikocephal- und Lumbovertebralsyndrom erlitten, sei unmittelbar danach über einen Monat lang hospitalisiert gewesen und erwerbsunfähig geworden. Dieser Unfall könne entgegen dem Gutachten des Zentrums X. \_\_\_\_\_ nicht "als im Grunde recht bagatellär" taxiert werden und sei ohne Weiteres geeignet, schwerwiegende psychische Dauerstörungen auszulösen. Die vom Zentrum X. \_\_\_\_\_ festgestellte Entwicklung eines eigenständigen psychogenen Krankheitsbildes könne demnach nicht mit der Geringfügigkeit des Unfalls motiviert werden. Unbegründet sei auch der Verweis des Zentrums X. \_\_\_\_\_ auf die "regressiven Tendenzen und

Erwartungshaltungen" des Versicherten. Die fehlende Organizität des Beschwerdebildes sei typisch für alle psychischen Erkrankungen, die nicht auf organische Veränderungen zurückzuführen seien. Zu beachten sei weiter, dass vor dem Unfall kein Indiz für eine beginnende oder bevorstehende psychische Störung bestanden habe. Die vorinstanzliche Verneinung der natürlichen Kausalität zwischen dem Unfall und den psychischen Beschwerden beruhe auf offensichtlich unzutreffender Beweiswürdigung. Die Adäquanzprüfung habe nach den in BGE 134 V 109 ff. festgelegten Grundsätzen mit Einbezug der psychischen Aspekte zu erfolgen und sei zu bejahen.

## **E. 5**

Erstellt und unbestritten ist, dass bei Fallabschluss am 30. Juni 2004 und im Zeitpunkt des Einspracheentscheides (14. Januar 2008; BGE 129 V 167 E. 1 S. 169) beim Versicherten keine objektiv (hinreichend) nachweisbaren organischen Unfallfolgen bestanden, bei denen sich die natürliche und adäquate Kausalität weitgehend decken würden (vgl. BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112).

## **E. 6.1**

Weitere Erhebungen zur natürlichen Kausalität zwischen dem Unfall vom 5. Dezember 2000 und den anhaltenden Beschwerden des Versicherten erübrigen sich. Denn selbst wenn diese zu bejahen wäre, fehlt der adäquate Kausalzusammenhang, wie folgende Erwägungen zeigen (vgl. SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 3c; Urteil 8C\_605/2007 vom 4. November 2008 E. 4.2 in fine).

## **E. 6.2**

Die ärztlichen Unterlagen zeigen deutlich auf, dass im Anschluss an den Unfall eine erhebliche psychische Fehlentwicklung ihren Anfang nahm. Das Spital B. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 26. Januar 2001 auf Grund einer Hospitalisation des Versicherten vom 5. Dezember 2000 bis 11. Januar 2001 unter anderem den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungssituation und somatoforme Schmerzstörung sowie eine reaktive Depression mit akuter Suizidalität. Die Kantonale Psychiatrische Klinik, Liestal, wo der Versicherte vom 11. bis 18. Januar 2001 hospitalisiert war, diagnostizierte im Bericht vom 1. Februar 2001 eine posttraumatische Belastungsreaktion mit depressiver Symptomatik und Schmerzzuständen (ICD-10: F43.1). Die Rehaklinik E. \_\_\_\_\_, wo er vom 18. April bis 20. Juni 2001 weilte, stellte folgende Diagnosen: 1. Somatoforme Schmerzstörung von paroxysmaler Qualität, am ehesten als somatisierte Angstäquivalente zu interpretieren (ICD-10: F45.4); 2. Attackenartige Kopfschmerzen (drei- bis fünfmal täglich), am ehesten im Rahmen von Diagnose 1, DD: migräniforme Kopfschmerzen; 3. Postkontusionelles linksbetontes lumbales Schmerzsyndrom; 4. Intermittierendes residuelles Zervikalsyndrom. Der Neurologe Dr. med. L. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Gutachten vom 21. Oktober 2002 eine Commotio cerebri, ein transistentes Zervikal- und Lumbovertebralsyndrom bei Kontusion, den Verdacht auf posttraumatische Okzipitalisreizung rechts sowie im Verlauf Spannungskopfweg mit Analgetika-induzierter Komponente und posttraumatische Belastungsreaktion mit depressiver Symptomatik, somatoforme Schmerzstörung. Im Bericht vom 23. Juni 2003 legte er dar, seit dem Sturz vom 5. Dezember 2000 mit Commotio cerebri bestehe ein Spannungstyp-Kopfweg und eine psychiatrische Problematik (Depression, somatoforme Schmerzstörung). Er vermute eine posttraumatische Okzipitalisreizung. Ausser allenfalls einer Anpassung der antidepressiven Medikation mit gleichzeitiger Indikation Schmerzdistanzierung könne er keine

Therapievorschläge machen. Laut dem Gutachten des Zentrums X. \_\_\_\_\_ vom 20. April 2006 war der Versicherte mehrmals stationär in der Psychiatrischen Klinik hospitalisiert, zuletzt im Mai 2005; die psychotherapeutischen Behandlungen fanden zirka einmal monatlich statt.

### **E. 6.3**

Aus diesen medizinischen Berichten und dem Gutachten des Zentrums X. \_\_\_\_\_ vom 20. April 2006 (E. 3 hievor) erhellt insgesamt, dass die psychische Problematik schon kurz nach dem Unfall vom 5. Dezember 2000 bis zum Zeitpunkt des Fallabschlusses auf den 30. Juni 2004 bzw. des Erlasses des Einspracheentscheides (14. Januar 2008) sehr ausgeprägt war. Unter den gegebenen Umständen kann nicht davon ausgegangen werden, dass die psychischen Befunde lediglich Teil des (grundsätzlich gleichwertigen) Gemenges physischer und psychischer Symptome bilden, wie es auch die auf schleudertraumaähnliche Unfallmechanismen zurückzuführenden Verletzungsbilder kennzeichnet. Vielmehr liegt ein eigenständiges psychisches Geschehen vor, das die übrigen Gesundheitsstörungen im gesamten Verlauf eindeutig dominierte. Entscheidend ist, dass der Beschwerdeführer psychisch nicht in der Lage war, den einigermaßen glimpflich verlaufenen Unfall vom 5. Dezember 2000 (E. 7 hienach) in adäquater Weise zu verarbeiten, es vielmehr zu einer erheblichen psychischen Fehlentwicklung kam. Hierfür zeichnet indessen nicht der Umstand verantwortlich, dass es beim besagten Vorfall möglicherweise zu einer schleudertraumaähnlichen Verletzung gekommen ist. Würden psychische Beschwerden, die im Anschluss an einen derartigen Unfall auftreten, ungeachtet ihrer Pathogenese stets nach den Kriterien gemäss BGE 134 V 109 auf ihre Adäquanz hin überprüft, bestünde die Gefahr, identische natürliche kausale psychische Unfallfolgen adäquanzrechtlich allein deshalb unterschiedlich zu beurteilen, je nachdem, ob beim Unfall zusätzlich ein Schleudertrauma der HWS bzw. ein äquivalenter Verletzungsmechanismus auftrat oder nicht, was nicht angeht. Demnach ist die adäquate Kausalität nach der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen - folglich unter Ausschluss psychischer Aspekte - zu prüfen ( BGE 115 V 133 ff.; Urteile 8C\_957/2008 vom 1. Mai 2009 E. 4.2 f. und 8C\_605/2007 E. 4.2 mit Hinweisen).

### **E. 7**

Auf Grund der Akten wollte der Versicherte am 5. Dezember 2000 eine Holzpalette auf etwa 2 m Höhe auf einen Stapel legen. Die Palette rutschte zurück, worauf er das Gleichgewicht verlor und auf den Boden auf Rücken sowie Hinterkopf fiel. Unbestritten und nicht zu beanstanden ist die vorinstanzliche Feststellung, dass dieser Unfall - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf und den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2008 UV Nr. 8. S. 26 E. 5.3.1 [U 2/07]) - als mittelschwer zu qualifizieren ist. Für die Bejahung der adäquaten Kausalität ist demnach erforderlich, dass ein einzelnes der praxismässigen Kriterien besonders ausgeprägt vorliegt oder die Kriterien insgesamt in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sind ( BGE 115 V 133 E. 6c S. 140 f.; Urteil 8C\_720/2007 vom 3. September 2008 E. 9.2).

### **E. 8.1**

Unbestritten und nicht zu beanstanden ist, dass die beiden Kriterien der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, sowie des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen nicht erfüllt sind.

### **E. 8.2**

Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls des Versicherten (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207 E. 3b/cc; Urteil 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 10.1). Der nachfolgende Heilungsprozess ist nicht relevant (Urteil 8C\_806/2007 vom 7. August 2008 E. 11.1). Die Vorinstanz hat das Kriterium trotz einer gewissen Beachtlichkeit des Unfalls zu Recht verneint (vgl. auch Urteil U 41/06 vom 2. Februar 2007 E. 9.1 und 10.1: Sturz von einer Hebebühne aus 4 m Höhe).

### **E. 8.3**

Das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, kann nicht bejaht werden.

### **E. 8.4**

Bezüglich des Kriteriums der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete Behandlung des somatischen Leidens erforderlich. Abklärungsmassnahmen und blossen ärztlichen Kontrollen kommt nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zu (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.2.4; Urteil 8C\_124/2008 E. 10.3 und E. 10.3.3 mit Hinweisen). Nach dem Unfall vom 5. Dezember 2000 war der Versicherte bis 11. Januar 2001 im Spital B.\_\_\_\_\_ hospitalisiert, wo eine Behandlung mit Physiotherapie, medizinischer Trainingstherapie (MTT), Akupunktur, Gehbad, Heublumenwickeln und Medikamenten durchgeführt wurde. Vom 11. bis 18. Januar 2001 erfolgte eine Hospitalisation in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik. Vom 18. April bis 20. Juni 2001 weilte der Versicherte in der Rehaklinik E.\_\_\_\_\_, wo die Behandlung in Physiotherapie, Medikamentenabgabe, berufsorientierter Ergotherapie, Stadttraining und Maltherapie bestand. Der Kreisarzt Dr. med. Vaeckenstedt führte in den Berichten vom 8. April 2002 und 17. März 2003 aus, auf Grund der Angaben des Versicherten finde aktuell ausser der Medikamenteneinnahme keine Therapie statt. Der Hausarzt Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin gab im Bericht vom 16. Mai 2003 an, neben der hausärztlichen Betreuung stehe der Versicherte seit längerem in Behandlung bei den Externen Psychiatrischen Diensten des Spitals B.\_\_\_\_\_. Im Gutachten des Zentrums X.\_\_\_\_\_ vom 20. April 2006 wurde ausgeführt, die aktuellen Therapien bestünden in Medikamenteneinnahme, Hausarztbesuchen und ca. einmal monatlich stattfindenden psychotherapeutischen Behandlungen. Unter diesen Umständen ist das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung nicht erfüllt, zumal die psychiatrische Behandlung nicht zu berücksichtigen ist (vgl. E. 6.3 hievorig; Urteil 8C\_33/2008 vom 20. August 2008 E. 8.3.2).

### **E. 8.5**

Offen bleiben kann, ob körperliche Dauerschmerzen im Sinne von über den gesamten Zeitraum andauernden Beschwerden oder vor allem Bewegungs- und Belastungsschmerzen vorlagen (vgl. RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.2.6 [U 380/04]; Urteil U 88/06 vom 18. Juli 2007 E. 7.2.4). Denn selbst wenn dieses Kriterium als erfüllt betrachtet würde, wäre es nicht in auffällender Weise gegeben, zumal bereits früh nach dem Unfall deutlich eine psychische Überlagerung der Beschwerden eingesetzt hat.

### **E. 8.6**

Das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit bezieht sich nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf (RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 [U 56/00]; Urteil 8C\_124/2008 E. 10.7). Dieses Kriterium ist insgesamt nicht erfüllt, da bereits kurz nach dem Unfall deutlich eine psychische Überlagerung des Beschwerdebildes vorhanden war. Gemäss dem Gutachten des Zentrums X. \_\_\_\_\_ (E. 3 hievor) ist der Versicherte denn auch unter Berücksichtigung der unfallbedingten Beschwerden organischer Genese im Beruf als Betriebsarbeiter kaum eingeschränkt; vielmehr ist seine Leistungsfähigkeit in einer körperlich nicht belastenden Tätigkeit psychischerseits zu 50 % limitiert. Entgegen der Auffassung des Versicherten ist die psychische Problematik jedoch nicht zu berücksichtigen (E. 6.3 hievor).

#### **E. 8.7**

Nach dem Gesagten hat die Vorinstanz auf Grund einer Gesamtwürdigung des Unfalls vom 5. Dezember 2000 und der unfallbezogenen Kriterien richtig erkannt, dass dem Ereignis für die über den 30. Juni 2004 hinaus anhaltende gesundheitliche Beeinträchtigung keine massgebende Bedeutung mehr zukommt, weshalb die adäquate Kausalität und damit die Leistungspflicht der SUVA zu verneinen ist.

#### **E. 9**

Der unterliegende Versicherte hat die Gerichtskosten zu tragen ( Art. 66 Abs. 1 BGG ).

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