

# **BGer 8C 355/2009 vom 1. September 2009**

Bundesgericht, 2009-09-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_8C\\_355\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_355_2009)

FR: TF 8C 355/2009 du 1 septembre 2009

IT: TF 8C 355/2009 del 1 settembre 2009

## **Regeste**

Unfallversicherung | Unfallversicherung

## **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 ). Es ist somit weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden; es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen, und es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen (vgl. BGE 132 II 257 E. 2.5 S. 262; 130 III 136 E. 1.4 S. 140). Im Beschwerdeverfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Militär- oder 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 die Beschwerdeführerin über den 31. März 2005 hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung (Heilbehandlung; Taggeld) hat.

#### **E. 2.1.1**

Das kantonale Gericht hat die Grundsätze zu dem für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod), dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, der freien Beweiswürdigung und dem Beweiswert ärztlicher Stellungnahmen zutreffend festgehalten.

#### **E. 2.1.2**

Zu wiederholen ist, dass auch bei Schleudertraumen der HWS zuallererst die medizinischen Fakten, wie die fachärztlichen Erhebungen über Anamnese, objektiven Befund, Diagnose, Verletzungsfolgen, unfallfremde Faktoren, Vorzustand usw. die massgeblichen Grundlagen für die Kausalitätsbeurteilung bilden. Das Vorliegen eines Schleudertraumas wie seine Folgen müssen somit durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein. Trifft dies zu und ist die natürliche Kausalität - aufgrund fachärztlicher Feststellungen in einem konkreten Fall - unbestritten, so kann der natürliche Kausalzusammenhang ebenso aus rechtlicher Sicht als erstellt gelten ( BGE 119 V 335 E. 2b/aa S. 340). An dieser Rechtsprechung hat sich mit BGE 134 V 109 , worin die Praxis zur Kausalitätsprüfung bei Unfall mit Schleudertrauma, äquivalenter Verletzung der HWS oder Schädelhirntrauma ohne

organisch objektiv ausgewiesene Beschwerden in mehrfacher Hinsicht präzisiert worden ist (vgl. E. 7 - 9 S. 118 ff.), nichts geändert.

### **E. 2.2**

Die Vorinstanz gelangte in einlässlicher Würdigung der ärztlichen Unterlagen zum Schluss, im Zeitpunkt der Leistungseinstellung wie auch später habe weder aufgrund klinischer noch radiologischer Untersuchungen ein organisches oder zumindest medizinisch genügend klar fassbares Korrelat für die Folgen der geltend gemachten Verletzungen (mild traumatic brain injury [MTBI]; HWS-Distorsion; Kontusionen an der Wirbelsäule, am Handrücken und Schienbein) vorgelegen. Eine die Leistungsfähigkeit der Versicherten nach der zweiten kreisärztlichen Untersuchung vom 14. Januar 2005 (Bericht vom 18. Januar 2005) einschränkende oder behandlungsbedürftige rheumatologische oder neurologische Problematik sei nach Ausschöpfung aller beweistauglichen Abklärungsmöglichkeiten nicht überwiegend wahrscheinlich. Die im wesentlichen verbliebenen Beschwerden (verminderte Belastbarkeit; vermehrte Ermüdbarkeit; Defizite der Konzentrations- und Gedächtnisleistung und der Feinmotorik; Schwindel bei schnellen Eigenbewegungen und beim Betrachten grosser Objekte; Trümmel) seien gemäss Gutachten des Medizinischen Zentrums R. \_\_\_\_\_ auch psychiatrisch nicht erklärbar, weshalb keine Empfehlung für eine Therapie habe abgegeben werden können.

### **E. 2.3**

Die Beschwerdeführerin bringt vor allem vor, der angefochtene Entscheid beruhe auf mangelhaften medizinischen Unterlagen. Sowohl der Bericht des Kreisarztes, wie auch das Gutachten des Medizinischen Zentrums R. \_\_\_\_\_ stellten keine beweistauglichen Grundlagen dar, da sie nicht auf allseitigen Untersuchungen unter Einbezug sämtlicher medizinischer Akten beruhten. Diesen Anforderungen genüge hiegegen das Privatgutachten des Dr. med. U. \_\_\_\_\_, weshalb darauf abzustellen sei.

### **E. 3.1**

Den Einwendungen der Beschwerdeführerin ist zunächst zu entgegnen, dass die Expertise des Medizinischen Zentrums R. \_\_\_\_\_ vom 28. Dezember 2006 von der zuständigen IV-Stelle ohne Mitwirkung der SUVA eingeholt wurde, weshalb insoweit nicht ein "internes" Sachverständigengutachten vorgelegen haben konnte. Sodann kamen die Ärzte des Medizinischen Zentrums R. \_\_\_\_\_ zwar in Abweichung der Vorakten (unter anderem des Berichts des Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 21. Mai 2004) zum Schluss, die Versicherte sei im angestammten Beruf spätestens einen Monat nach dem Unfall vom 28. Juni 2003 wieder arbeitsfähig gewesen. Diese anderslautende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit lässt die Expertise des Medizinischen Zentrums R. \_\_\_\_\_ jedoch nicht von vornherein als beweisuntauglich erscheinen. Der weitere Einwand, der neurologische Sachverständige des Medizinischen Zentrums R. \_\_\_\_\_ sei dem von der psychiatrischen Expertin geäusserten Verdacht auf eine Apraxie und hirnorganische Störung (der Versicherten fiel es schwer, einfache Handlungen nachzuahmen oder einen Würfel abzuzeichnen; vgl. Bericht der Frau Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2006) nicht nachgegangen, ist aktenwidrig. In der interdisziplinären Zusammenfassung des Medizinischen Zentrums R. \_\_\_\_\_-Gutachtens wird zu diesem Punkt zumindest auf ergänzende neurologische Auskünfte hingewiesen und im Übrigen in Übereinstimmung mit den fachärztlichen Berichten der Frau Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 22. September 2003 und des Prof. Dr. med. M. \_\_\_\_\_ vom 17. Februar 2005 festgehalten, es liessen sich keine

neurologischen Defizite objektivieren; die Auswertung des "Mini Mental Status" belegte zudem keine dementiellen Erscheinungen. Der Umstand schliesslich, dass den Sachverständigen des Medizinischen Zentrums R.\_\_\_\_\_ möglicherweise nicht sämtliche medizinischen Unterlagen zur Verfügung standen, schmälert allenfalls den Beweiswert des Gutachtens, nicht aber in grundsätzlicher Weise deren Verwertbarkeit. Dasselbe gilt für die Berichte des SUVA-Kreisarztes Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 21. Mai 2004 und 18. Januar 2005.

### **E. 3.2.1**

Laut Bericht des Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 18. Januar 2005 waren die Folgen der aktenmässig nicht dokumentierten Kontusionen im Bereich der Wirbelsäule, des Thorax, der linken Hand und des linken Unterschenkels im Zeitpunkt der Exploration vom 14. Januar 2005 weitgehend abgeheilt; es verblieb ein diskretes HWS-Schmerzsyndrom mit Verspannungen rechtsseitig; die neu erstellten Röntgenuntersuchungen der lumbalen Wirbelsäule (LWS) und des Beckens zeigten degenerative, jedoch keine posttraumatischen Veränderungen; unter Vorbehalt der Ergebnisse der zusätzlich durchzuführenden neurologischen und psychiatrischen Abklärungen begründete die minimale Belastungsintoleranz keine Einschränkung in der angestammten Erwerbstätigkeit als Kioskverkäuferin. Damit übereinstimmend hielt der rheumatologische Sachverständige des Medizinischen Zentrums R.\_\_\_\_\_ (Bericht des Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 18. Dezember 2006) fest, dass die tendomyotischen Beschwerden im Bereich der nicht altersatypisch degenerativ veränderten HWS sowohl anamnestisch wie klinisch nicht von grosser Relevanz waren; die HWS-Beweglichkeit war nur endständig in den unteren Segmenten nach rechts ganz leicht eingeschränkt; im Vordergrund standen laut Angaben der Explorandin Symptome (Gefühl der Erschöpftheit; thorakales Druckgefühl), für die keine rheumatologisch strukturelle Pathologie gefunden werden konnte; die radiologisch dokumentierte leichte Rotationsskoliose mit reaktiver Spondylose im Bereich der LWS war ebenfalls ohne klinische Korrelation. Dieser Arzt kam zum Ergebnis, dass für körperlich leichte Tätigkeiten ohne repetitives Heben von Gewichten über 10 kg und ohne Notwendigkeit von Arbeiten über Brusthöhe aus strukturell rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorlag.

### **E. 3.2.2**

Angesichts dieser ärztlichen Unterlagen ist die gestützt auf die Rechtsprechung (Urteil 8C\_744/2008 vom 26. November 2008 E. 2 und 4 mit Hinweisen) getroffene Feststellung des kantonalen Gerichts, es fehle aus rheumatologischer Sicht an einem unfallbedingten, organisch nachweisbaren Substrat im Bereich der Wirbelsäule für die geltend gemachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, nicht zu beanstanden, was letztinstanzlich nicht bestritten wird. Mit ihrem Einwand, die Störungen bei Faustschluss seien vom Hausarzt gemäss dessen Krankengeschichte bereits am 18. Juli 2003 aufgezeichnet worden, übersieht die Beschwerdeführerin, dass sie ausweislich der Akten beim Unfall vom 28. Juni 2003 eine Kontusion an der linken und nicht der rechten Hand erlitten hat.

### **E. 3.3**

Zu prüfen ist weiter, ob die Beschwerdeführerin an den Folgen einer auf den Unfall vom 28. Juni 2003 zurückführenden MTBI leidet.

#### **E. 3.3.1.1**

Dr. med. U. \_\_\_\_\_ hielt im Gutachten vom 29. Mai 2008 unter der Rubrik "Beurteilung" fest, dass die von ihm erhobenen klinischen Befunde zumindest teilweise inkonsistent waren, welchen Umstand schon Prof. Dr. med. M. \_\_\_\_\_ (Bericht vom 17. Februar 2005) und der Medizinischen Zentrums R. \_\_\_\_\_-Experte Dr. med. O. \_\_\_\_\_ (Bericht vom 3. Dezember 2006) erwähnten. Trotzdem waren seiner Auffassung nach weitere Abklärungen erforderlich gewesen, die er im Rahmen des Gutachtensauftrags nachholte (Abklärung im Ärztlichen Zentrum für Gehör- und Gleichgewichtsstörungen vom 5. Juni 2007; klinische Visuo-Optomotorik-Untersuchung in der neurologischen Klinik des Universitätsospitals C. \_\_\_\_\_ vom 20. Juli 2007; PET [positron emission tomographie]-Untersuchung vom 1. Februar 2008 im Spital G. \_\_\_\_\_; elektorencephalographische Untersuchung vom 19. Mai 2008). Zusammenfassend ergab sich, dass die Explorandin beim Unfall vom 28. Juni 2003 eindeutig im Bereich der vorderen Hirnabschnitte verletzt wurde und als Folge davon unter Beeinträchtigung der Motorik der rechten Hand sowie weniger des rechten Beines, deutlich vermehrter Ermüdbarkeit und verminderter Belastbarkeit sowie unter Trümmelbeschwerden litt.

#### **E. 3.3.1.2**

Dr. med. A. \_\_\_\_\_ hielt dazu in Ergänzung einer Stellungnahme vom 19. November 2007 am 8. September 2008 fest, das Zentrum für Gehör- und Gleichgewichtsstörungen erwähne keine eigentlichen Schwindelbeschwerden, sondern Konzentrationsstörungen mit schneller Erschöpfung; ein Drehschwindel, wie er für eine traumatische periphere vestibuläre Funktionsstörung zumindest initial nach einem Unfall typisch sei, werde in den Akten nirgends beschrieben. Bemerkenswert sei, dass bei den Befunden der Vestibularisprüfung sehr verschiedene, wechselvolle Augenmotilitätsstörungen mit relativ wenig Systematik beschrieben würden, eine Symptomatologie, die mit den auch aktuell immer noch verabreichten Medikamenten (Neurontin und Mydocalm) zwanglos erklärt werden könne. Insgesamt sei eine posttraumatische Genese dieser Beschwerden und Befunde nicht gegeben.

#### **E. 3.3.1.3**

Dr. med. S. \_\_\_\_\_ befasste sich am 30. September 2008 (vgl. auch dessen vorgängige Stellungnahme vom 3. Dezember 2007) erneut mit der Frage, ob eine MTBI vorliege. Unter Hinweis auf die aktuelle medizinische Literatur und Lehrmeinung legte er dar, dass funktionelle bildgebende Verfahren wie PET hinsichtlich des Nachweises einer stattgefundenen traumatischen Hirnschädigung mangels charakteristischem Profil ohne Relevanz sind. Bei der klinischen Diagnose einer leichten traumatischen Hirnverletzung (Synonym: Commotio cerebri) handelt es sich ohne Nachweis einer unfallbedingten Hirnläsion in der Bildgebung typischerweise um eine vorübergehende Funktionsstörung des Hirngewebes. Hier könne höchstens, wenn überhaupt, eine MTBI Grad 1, welche üblicherweise spätestens nach sechs bis zwölf Monaten abheile, angenommen werden, nachdem "echtzeitlich" weder ein Bewusstseinsverlust noch eine posttraumatische Amnesie dokumentiert sei.

#### **E. 3.3.2**

Das Bundesgericht hat die Frage, ob eine PET-Untersuchung geeignet ist, die Folgen einer MTBI oder eines HWS-Schleudertraumas zu objektivieren, schon mehrmals verneint (vgl. BGE 134 V 231, insbesondere E. 5.4 S. 235; RKUV 2001 Nr. U 422 S. 133, U 288/99 E. 4b, 2000 Nr. U 395 S. 316, U 160/98 E. 6; U 231/06 vom 15. Juni 2007 E. 3.2). Zu einer

Überprüfung dieser Rechtsprechung besteht angesichts der Auskünfte des Dr. med. S. \_\_\_\_\_ kein Anlass. Allerdings schliesst die fehlende Objektivierbarkeit eine milde traumatische Hirnverletzung nicht gänzlich aus, zumal die Versicherte, was unbestritten ist, den helmgeschützten Kopf im Bereich des rechten Kinns aufschlug. Laut Einsatzbericht vom 28. Juni 2003 des Rettungsdienstes des Spitals X. \_\_\_\_\_ ergab die Prüfung nach dem Glasgow-Coma-Score, welcher einer schematischen Bewertung für Bewusstseins- und Hirnfunktionsstörungen dient (vgl. z.B. [http://flexikon.doccheck.com/Glasgow\\_Coma\\_Scale](http://flexikon.doccheck.com/Glasgow_Coma_Scale), besucht am 24. August 2009), den grösstmöglichen (positiven) Wert von 15 Punkten (Augenöffnung: spontan; motorische Reaktion: befolgt Aufforderung; verbale Antwort: orientiert). Zudem verneinte die Versicherte sowohl gegenüber dem Sanitäter, als auch den Ärzten oder Ärztinnen des Spitals X. \_\_\_\_\_ (vgl. Bericht vom 28. Juni 2003), das Bewusstsein verloren zu haben. Nichts anderes ergibt sich aus den im Bericht vom 4. April 2008 wörtlich zitierten Eintragungen in der Krankengeschichte des Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 30. Juni 2003, der ein HWS-Schleudertrauma diagnostizierte, ohne auf hirnorganische Verletzungen hinzuweisen. Der dazu in Widerspruch stehende Vermerk dieses Arztes im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 10. Juli 2003, die Versicherte habe eine Bewusstlosigkeit sowie eine Gedächtnislücke angegeben, ist sowohl infolge Zeitablaufs wie auch mangels und fehlender Angaben zur Dauer dieser Befunde wenig aussagekräftig. Nicht ersichtlich ist, inwiefern die verlangten zusätzlichen Abklärungen dazu beitragen könnten, die zitierten echtzeitlichen Dokumente zu erschüttern. Daher ist mit der Vorinstanz davon auszugehen, dass die Versicherte beim Unfall vom 28. Juni 2003 keine MTBI erlitten hat.

#### **E. 3.4**

Das kantonale Gericht hat schliesslich festgehalten, dass mangels medizinisch und psychiatrisch fassbarer Befunde auch eine alternative Ursache (HWS-Schleudertrauma oder äquivalente Verletzung der HWS) ausser Betracht falle. Den diesbezüglichen Erwägungen hat das Bundesgericht nichts beizufügen.

#### **E. 4**

Das Verfahren ist kostenpflichtig ( Art. 62 Abs. 1 BGG ).

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