

BGer 8C_36/2007 vom 13. Dezember 2007

Bundesgericht, 2007-12-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_36_2007

FR: TF 8C_36/2007 du 13 décembre 2007

IT: TF 8C_36/2007 del 13 dicembre 2007

Erwägungen

E. 1

Weil die angefochtene Entscheidung nach dem Datum des Inkrafttretens des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110), dem 1. Januar 2007 (AS 2006 1243), ergangen ist, untersteht die Beschwerde dem neuen Recht (Art. 132 Abs. 1 BGG).

E. 2

Das kantonale Gericht hat die Grundsätze zu dem für die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschaden zutreffend dargelegt (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; 402 E. 4.3 S. 406). Entsprechendes gilt für die von der Judikatur entwickelten allgemeinen Grundsätze zur überdies erforderlichen Adäquanz des Kausalzusammenhangs im Allgemeinen (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181; 402 E. 2.2 S. 405; 125 V 456 E. 5a S. 461) sowie bei psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 ff.) und Unfällen mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule, Schädel-Hirntrauma oder gleichgestellten Verletzungen im Besonderen (BGE 117 V 359 ; 369; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2). Darauf wird verwiesen.

Bezüglich der für die Adäquanzbeurteilung notwendigen Abgrenzung der Anwendung von BGE 117 V 366 E. 6 ("Schleudertrauma-Praxis") und BGE 115 V 133 ff. ("Praxis zu psychischen Fehlentwicklungen nach Unfällen") ist Folgendes zu ergänzen: Die typische Symptomatik nach Schleudertrauma (und äquivalenten Verletzungen) weist physische und psychische Komponenten auf wie Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, neurologische Defizite (Konzentrations- und Gedächtnisstörungen), Übelkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung (BGE 117 V 360 E. 4b). Daher erfolgt die Adäquanzbeurteilung nach Distorsionen der Halswirbelsäule (ohne nachweisbare organische Unfallfolgeschäden) grundsätzlich nach der Rechtsprechung gemäss BGE 117 V 366 E. 6a und 382 E. 4b mit ihrer fehlenden Unterscheidung zwischen körperlichen und psychischen Beschwerden. Kann hingegen nicht von einem vielschichtigen somatisch-psychischen Beschwerdebild - d.h. von einem komplexen Gesamtbild unfallbedingter psychischer Beschwerden und ebenfalls unfallkausaler organischer Störungen - gesprochen werden, hat die Prüfung der adäquaten Kausalität praxismässig unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall gemäss BGE 115 V 133 ff. zu erfolgen. Dieses Vorgehen greift Platz, wenn die zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Schleudertraumas gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zur ausgeprägten psychischen Problematik aber unmittelbar nach dem Unfall ganz in den Hintergrund getreten sind oder die physischen Beschwerden im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben (vgl. BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 99 E. 2a; RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437, U 164/01).

E. 3.1

Die Vorinstanz gelangte in eingehender Würdigung der medizinischen Unterlagen, insbesondere des Austrittsberichts der Rehaklinik X. _____ vom 23. August 2004, der Berichte des Dr. phil. G. _____, Neuropsychologische Praxis, vom 17. Mai 2005, des Dr. med. D. _____, Facharzt für Neurologie FMH, vom 4. Juli 2005 sowie des Psychiatrischen Zentrums Y. _____ vom 9. November 2005 zum Schluss, der aktuelle Zustand der Versicherten sei auf eine somatoforme Störung zurückzuführen, die schon früh das klinische Bild geprägt habe, organische Unfallfolgen lägen keine mehr vor. Dieser Betrachtungsweise ist zuzustimmen. Bereits während des Aufenthaltes in der Rehaklinik X. _____ dominierte die Schmerzproblematik das Zustandsbild. Die im Vordergrund stehende psychische Verfassung liess daher auch eine neuropsychologische Abklärung scheitern. Die aus psychiatrischer Sicht bereits rund zwei Monate nach dem Unfallereignis festgestellte Anpassungsstörung mit gemischter ängstlich-depressiver Reaktion ([ICD10 F43.22]; Psychosomatisches Konsilium der Dres. med. R. _____ und K. _____, Psychosomatische Abteilung der Rehaklinik X. _____ vom 4. August 2004 und Austrittsbericht der Rehaklinik vom 23. August 2004) - blieb in der Folge bezüglich der Symptomatik weitgehend gleich, dauerte aber mit schwankender Intensität - trotz intensiver physio- sowie psychotherapeutischer, medikamentöser Behandlung fort und prägten das Beschwerdebild (Bericht des Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Versicherungspsychiatrischer Dienst der Z. _____, vom 1. März 2005). Weder in Bezug auf die diagnostizierte chronische Schmerzkrankung noch hinsichtlich der weiteren neuropsychologischen und psychischen Beeinträchtigungen bestehen objektiv nachweisbare Unfallfolgen. Dr. phil. G. _____ fand keine Hinweise auf hirnorganisch bedingte neuropsychologische Funktionsstörungen, wobei er eine schmerzbedingte Belastbarkeitsminderung bei Status nach HWS-Distorsionstrauma am 14. Juni 2004 diagnostizierte (Bericht vom 17. Mai 2005). Im Neurostatus stellte Dr. med. D. _____ segmentale Irritationen panvertebral und eine Schmerzbeeinträchtigung fest. Ausserdem äusserte er den Verdacht auf benigne okuläre Orbikularis-Myokymien links und eine diskrete Ptosis links, der übrige detaillierte Neurostatus fiel normal aus (Diagnose: chronische posttraumatische, whs somatoforme Schmerzstörung bei Status nach HWS-Beschleunigungstrauma mit Panvertebralsyndrom mit spondylogener Schmerzausweitung linke Halbseite und Zervikobrachialgien verbunden mit Schmerzmittelübergebrauch; Bericht vom 4. Juli 2005).

E. 3.2

Angesichts dieser Entwicklung ist der adäquate Kausalzusammenhang in Anwendung der Rechtsprechung von BGE 123 V 98 im Rahmen der Adäquanz bei psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) zu beurteilen.

E. 3.2.1

Der Unfall vom 14. Juni 2004 ist aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs und der Ergebnisse der biomechanischen Kurzbeurteilung (Triage) durch die Arbeitsgruppe für Unfallmechanik vom 14. Juli 2005 - es wird eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsveränderung (Delta-v) von 10 bis 15 km/h angenommen - der Kategorie der mittelschweren Unfälle, im Grenzbereich zu den leichten zuzuordnen, wie die Vorinstanz zu Recht ausführte. Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs sind somit weitere unfallbezogene Kriterien, die nach den Erfahrungen des Lebens geeignet sind, eine psychische Fehlreaktion auszulösen, erforderlich, damit dem Unfall die

vorausgesetzte massgebende Bedeutung zukommt. Dabei müssen solche Kriterien bei einem Unfall wie dem vorliegenden in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein (BGE 115 V 141 E. 11b).

E. 3.2.2

Der Unfall hat sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet noch war er - objektiv betrachtet (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc, U 287/97; vgl. auch RKUV 2000 Nr. U 394 S. 313; U 248/98) - von besonderer Eindringlichkeit. Der Unfall hatte auch keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art zur Folge. Die Diagnose eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung der HWS vermag die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen (RKUV 2003 Nr. U 489 S. 361 E. 4.3, U 193/01 mit Hinweisen). Solche Umstände sind hier nicht gegeben. Es liegt auch keine besondere Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden vor. Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. Nach der ambulanten Erstbehandlung am Unfalltag im Spital Z._____ erfolgte eine medikamentöse Behandlung durch den Hausarzt. In der Folge wurde ambulante und stationäre Physiotherapie durchgeführt, die Möglichkeiten der physiotherapeutischen Rehabilitation waren jedoch aufgrund des generalisierten Schmerzempfindens und der oft beklagten linksseitigen Dysästhesien/Kopfschmerzen stark eingeschränkt, wobei den psychologischen Faktoren ein grosser Stellenwert als Chronifizierungsfaktoren eingeräumt wurde (Bericht des Spitals A._____ vom 21. Juli 2004). Während des Aufenthaltes in der Rehaklinik X._____ vom 22. Juli bis 18. August 2004 wurden physio- und ergotherapeutische Massnahmen sowie Massnahmen zur Schmerzlinderung, Ausdauersteigerung und Kräftigung durchgeführt, welche jedoch zu keiner wesentlichen Besserung führten, zumal die Schmerzklage der Versicherten im Vordergrund stand. Die physiotherapeutische Behandlung wurde nach dem Austritt aus der Rehaklinik sistiert und die Beschwerdeführerin zur weiteren medikamentösen Therapie an den Hausarzt überwiesen, der anschliessend erneut ambulante Physiotherapie anordnete (Bericht des Dr. med. W._____, Facharzt für Innere Medizin FMH, vom 19. November 2004). Aus neuropsychologischer und neurologischer Sicht war eine Therapie nicht indiziert. Der Neurologe Dr. med. D._____ sprach sich einzig für eine medikamentöse Behandlung der chronischen Schmerzkrankheit - wenn möglich im Rahmen eines pragmatisch orientierten psychiatrischen Settings - aus (Bericht vom 4. Juli 2005). Die primäre Unfallbehandlung beschränkte sich auf ambulante Physiotherapie und die Abgabe von Analgetika. Bereits während des stationären Aufenthaltes im Spital Z._____ (vom 6. bis 22. Juli 2004) schränkte die psychische Verfassung der Beschwerdeführerin die physiotherapeutischen Möglichkeiten stark ein. In der Folge waren es somatoforme Beschwerden und psychische Beeinträchtigungen, welche zu weiteren Untersuchungen und Behandlungen Anlass gaben. Auch wenn später erneut physiotherapeutische Massnahmen durchgeführt wurden, handelte es sich insgesamt nicht um eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer (Urteile N. vom 14. März 2005, U 82/04, P. vom 24. September 2003, U 361/02, und S. vom 8. April 2002, U 357/01). Im Vordergrund stand die Behandlung eines weitgehend psychisch bedingten

Schmerzsyndroms, was bei der Adäquanztbeurteilung unberücksichtigt zu bleiben hat (Urteil S. vom 10. Februar 2006, U 79/05). Von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, kann ebenso wenig gesprochen werden, wie von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen. Entgegen dem, was die Beschwerdeführerin anzunehmen scheint, genügt es nicht, dass sie während längerer Zeit über praktisch die gleichen Schmerzen klagt. Es bedarf hierzu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben. Solche Gründe sind hier nicht gegeben. Vielmehr war es zu einem wesentlichen Teil die psychische Problematik, welche den Heilungsverlauf beeinträchtigte. Zum Kriterium von Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist festzustellen, dass der SUVA-Kreisarzt Dr. med. W. _____ anlässlich seiner Untersuchung vom 2. Dezember 2004 mit Blick auf den somatischen Zustand eine 50%ige Arbeitsfähigkeit als gegeben erachtete. Die weitere andauernde Arbeitsunfähigkeit ist aufgrund der gesamten medizinischen Aktenlage nicht physisch bedingt, weshalb dieses Kriterium nicht erfüllt ist. Das Gleiche gilt für das Kriterium der Dauerbeschwerden, da davon auszugehen ist, dass die geklagten Dauerschmerzen nicht auf einem somatischen Korrelat beruhen, sodass sie für die vorliegende Beurteilung nicht zu berücksichtigen sind. Dem Unfallereignis vom 14. Juni 2004 kommt demnach für die weiterhin geklagten Beschwerden seit dem 1. Dezember 2005 keine rechtlich massgebende Bedeutung mehr zu, womit die Unfallversicherung eine weitere Leistungspflicht zu Recht abgelehnt hat.

E. 4

Als unterliegende Partei hat die Beschwerdeführerin 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.