

## **BGer 8C\_677/2007 vom 4. Juli 2008**

Bundesgericht, 2008-07-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_8C\\_677\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_677_2007)

FR: TF 8C\_677/2007 du 4 juillet 2008

IT: TF 8C\_677/2007 del 4 luglio 2008

### **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 130 III 136 E. 1.4 S. 140). Das Bundesgericht prüft grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen; es ist nicht gehalten, wie eine erstinstanzliche Behörde alle sich stellenden rechtlichen Fragen zu prüfen, wenn diese vor Bundesgericht nicht mehr vorgetragen wurden. Es kann die Verletzung von Grundrechten und von kantonalem und interkantonalem Recht nur insofern prüfen, als eine solche Rüge in der Beschwerde vorgebracht und begründet worden ist ( Art. 106 Abs. 2 BGG ).

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 Versicherte aus dem Unfall vom 31. August 2000 über den 31. Juli 2006 hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Im Vordergrund steht dabei die Frage, ob die noch bestehenden Beschwerden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall stehen. Während die Beschwerdeführerin dies bejaht, verneinen Unfallversicherer und Vorinstanz den natürlichen wie auch adäquaten Kausalzusammenhang.

#### **E. 2.1**

Die Rechtsgrundlagen für die Beurteilung der Streitsache sind im angefochtenen Entscheid richtig dargelegt. Es betrifft dies insbesondere die von der Rechtsprechung erarbeiteten Grundsätze zum für einen Leistungsanspruch vorausgesetzten natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden im Allgemeinen ( BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181 mit Hinweisen), bei im Nachgang an ein Ereignis erkannten Bandscheibenvorfällen (Urteile U 337/06 vom 11. April 2007, E. 3.2; U 3/06 vom 6. September 2006, E. 1.2; U 163/05 vom 3. Oktober 2005, E. 3.1, in: AJP 2006 S. 877 E. 3.1; U 441/04 vom 13. Juni 2005, E. 3.1) und bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall ( BGE 115 V 133 ) sowie bei nicht mit organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen verbundenen Schleudertraumen ( BGE 117 V 359 ), äquivalenten Verletzungen der HWS (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) und

Schädel-Hirntraumen ( BGE 117 V 369 ) im Besonderen. Richtig sind auch die Ausführungen zur Rechtsprechung zum Beweiswert ärztlicher Berichte und Gutachten sowie zu den Grundsätzen der Beweismündigung ( BGE 125 V 351 E. 3 S. 352 ff.; 122 V 157 E. 1c S. 160 ff., je mit Hinweisen). Darauf wird verwiesen.

### **E. 2.2**

Anzufügen ist, dass das Bundesgericht jünger die für Schleudertraumen und äquivalente Verletzungen der HWS sowie Schädel-Hirntraumen ohne organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen geltende sog. Schleudertrauma-Praxis in zweierlei Hinsicht präzisiert hat: Zum einen wurden die Anforderungen an den Nachweis einer natürlich unfallkausalen Verletzung, welche die Anwendung dieser Praxis bei der Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs rechtfertigt, erhöht. Zum anderen wurden die Kriterien, welche abhängig von der Unfallschwere gegebenenfalls in die Adäquanztbeurteilung einzubeziehen sind, teilweise modifiziert ( BGE 134 V 109 E. 9 und 10 S. 121 ff.). Die bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätze ( BGE 115 V 133 ) liess das Bundesgericht hingegen unverändert bestehen ( BGE 134 V 109 E. 6.1 S. 116).

### **E. 2.3**

Hervorzuheben ist sodann, dass es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts entspricht, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. In solchen Fällen hat die Unfallversicherung praxisgemäss auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192 E. 2a, U 138/99, mit Hinweis auf das nicht veröffentlichte Urteil U 159/95 vom 26. August 1996, E. 1b, und medizinische Literatur).

#### **E. 2.3.1**

Ist indessen die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen (a.a.O.). Solange der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer diesfalls gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (vgl. Urteile U 351/04 vom 14. Februar 2006, publ. in: ASS 2006 2 S. 14; U 266/99 vom 14. März 2000).

#### **E. 2.3.2**

Nach derzeitigem medizinischen Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgie und Lumboischialgie nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss; eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (statt vieler: zuletzt Urteil 8C\_326/2008 vom 25. Juni 2008,

E. 3, sowie Urteil U 354/04 vom 11. April 2005, E. 2.2, mit Hinweisen auch auf die medizinische Literatur).

### **E. 3**

Die Beschwerdeführerin leidet gemäss Bericht von Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 13. April 2006 an einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom bei Osteochondrose L5/S1 mit beginnender Spondylarthrose L4/5 und ausgesprochener Haltungsinsuffizienz bei genereller Hyperlaxität wie auch einem subakuten Zervikovertebral- und Zervikozephalosyndrom bei Status nach Akzelerationstrauma der HWS am 31. August 2000. Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ erläuterte, die Osteochondrose L5/S1 wie auch die beginnende Spondylarthrose L4/5 könnten nicht allein für die Beschwerden verantwortlich gemacht werden, sondern es sei vielmehr die klinisch deutlich feststellbare, einer schweren Dysbalance auf dem Boden einer generellen Laxität zugeschriebene Haltungsinsuffizienz, welche die Schmerzen zur Hauptsache verursachen würde.

Der SUVA-Kreisarzt Dr. med. O. \_\_\_\_\_, welcher angesichts festgestellter überstreckbarer Zeigfinger- und Ellenbogengelenke mit deutlichem Cubitus valgus (= verstärktes Radialabweichen des Unterarms gegenüber dem Oberarm) selbst bereits am 18. September 2002 eine lockere ligamentäre Führung des Skeletts vermutete hatte, bezeichnete die von Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ nunmehr diagnostizierte Hyperlaxität mit Bericht vom 11. Mai 2006 (unwidersprochenerweise) als konstitutionelles Merkmal mit erhöhtem Risiko auf Entwicklung eines lumbospondylogenen Syndroms und vertrat die Auffassung, weil im Übrigen pathologisch keine anatomischen Veränderungen im engeren Sinn im Bereich von Lendenwirbelsäule (LWS) und Becken bestünden, müsse dergestalt von einer vom Unfall unabhängigen Problematik im LWS- und Beckenbereich ausgegangen werden; die "weit im Hintergrund stehenden" zervikalen Verspannungen seien ebenfalls in den durch die Hyperlaxität bedingten Limiten und damit einhergehendem muskulären Trainingszustand begründet.

### **E. 4**

Die Beschwerdeführerin erachtet diese medizinischen Einschätzungen unter Verweis auf Ausführungen vom behandelnden Arzt, Dr. med. H. \_\_\_\_\_, vom 12. Oktober 2006 als unzureichend für die Negierung eines Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und aktuellen Beschwerden. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ wies in der Stellungnahme u.a. darauf hin, dass die Einschätzung von Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_, wonach die Hyperlaxität der Bänder am aktuellen Beschwerdebild einen massgeblichen Einfluss habe, einer Präzisierung des effektiven Ursachengrads bedürfe und darüber hinaus eine interdisziplinäre Begutachtung angezeigt sei, bevor eine Teilursache des Unfalls ausgeschlossen werden könne. Auch sei zu beachten - so die Beschwerdeführerin weiter -, dass sich Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ selbst zur Ätiologie der im Vordergrund stehenden Lumbalbeschwerden und des Beckenkammes nicht abschliessend geäussert habe, Dr. med. O. \_\_\_\_\_ umgekehrt aber bei der Beantwortung der Kausalitätsfrage massgebend auf die von Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ gewonnenen Erkenntnisse abstellte, obwohl er vorgängig noch weitere Abklärungen dazu in Aussicht gestellt hatte. Auch sei Dr. med. O. \_\_\_\_\_ von aktenwidrigen Tatsachen ausgegangen, wenn er im Bericht vom 11. Mai 2005 ausführe, die Lumbalbeschwerden seien erst Monate nach dem Ereignis erstmals aufgetreten.

### **E. 5**

Tatsächlich mag es auf den ersten Blick seltsam erscheinen, dass der vom Kreisarzt an Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ gerichtete Fragenkatalog jene der Ätiologie ausdrücklich ausklammerte und dabei auf fundierte spätere Abklärungen dazu hinwies, Dr. med. O. \_\_\_\_\_ umgekehrt aber direkt im Anschluss an die Berichterstattung von Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ ohne weitere Abklärungen die Kausalitätsfrage abschlägig beantwortete. Indessen ist dies durch die Diagnosestellung der Hyperlaxität und die damit zusammenhängenden Ausführungen von Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ erklärt, nach welchen sich Dr. med. O. \_\_\_\_\_ in die Lage versetzt sah, die Kausalitätsfrage ohne Weiterungen abschliessend zu beantworten. Ob zu Recht, zeigen die weiteren Erwägungen.

## **E. 6**

Die Vorinstanz hat in einem ersten Schritt zu Recht geprüft, ob die bildgebend festgestellten Bandscheibenschäden in den Segmenten L5/S1 und L4/5 als klar fassbares organisches Korrelat des Beschwerdebildes allenfalls durch den Unfall verursacht worden sein könnten. Sie hat dies in Anwendung der in E. 2.3 Ingress hiervoor dargelegten Erfahrungswerte auf Grund des Geschehensablaufs ausgeschlossen. Dies wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht in Frage gestellt.

### **E. 6.1**

Nicht näher in Erwägung gezogen hat das kantonale Gericht dagegen die Möglichkeit, dass der Unfall bereits vorbestandene, degenerativ bedingte Bandscheibenprobleme ausgelöst haben könnte. Angesichts der unter E. 2.3.2 dargelegten Erfahrungstatsachen zum Erreichen des Status quo sine bei einer traumatischen Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule wäre indessen gegebenenfalls ohnehin von einem zwischenzeitig erfolgten Wegfall einer Teilursache des Unfalls auszugehen. Abgesehen davon spricht der Umstand, dass Dr. med. H. \_\_\_\_\_ erst rund eineinhalb Jahre nach dem Ereignis erstmals auf Auffälligkeiten im Segment L5/S1 gestossen ist, ohnehin für die Annahme einer erst nach dem Ereignis sich entwickelnden Diskushernie.

### **E. 6.2**

Die von der Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang ins Zentrum gestellte Frage, ob der Unfall für einen erst nach dem Ereignis sich entwickelnden degenerativen Prozess eine Teilursache darstelle, ist ebenfalls zu verneinen. Wenn selbst bei einem erheblichen, vorbestehenden degenerativen Wirbelsäulenleiden lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung von maximal einem Jahr die Regel ist (E. 2.2.3), ist nicht einzusehen, inwiefern eine erst später erkannte Degeneration der Wirbelsäule ohne ausgewiesene strukturelle Läsion noch in einem kausalen Zusammenhang zum Trauma stehen könnte. Besondere Umstände, die vorliegend dennoch für eine solche Annahme sprechen, sind keine auszumachen. Ob die Versicherte bereits kurze Zeit nach dem Unfall neben den damals im Vordergrund gestandenen zervikalen tatsächlich auch an lumbalen Beschwerden gelitten hat oder nicht, ist ohne Belang. Soweit die Versicherte sodann das Urteil U 69/03 vom 7. April 2004 anruft, sah sich darin das Gericht auf Grund divergierender, darüber hinaus unklarer oder auf falschen Annahmen beruhender ärztlicher Aussagen ausser Stande, abschliessend zu beurteilen, ob rund sechs Jahre nach einem Unfall anlässlich einer erneuten Exacerbation von Nackenschmerzen erkannte Diskushernien auf der Höhe C4/5 und C5/6 (ausnahmsweise doch) mit dem Unfall in Verbindung zu bringen seien und wies deshalb die Angelegenheit für weitere Abklärungen an die Vorinstanz zurück. Betroffen

waren dort - anders als im vorliegenden Fall - mit C4/5 und C5/6 Bereiche der Wirbelsäule, die nahe dem am Unfall primär im Mitleidenschaft gezogenen Nacken lagen und es mangelte ebenso an einer den degenerativen Prozess begünstigenden Konstitution. Dr. med. O. \_\_\_\_\_ durfte demnach eine Teilursächlichkeit des Unfalls für die rund sechs Jahre später vorgelegenen Bandscheibenauffälligkeiten ohne nähere Erörterung ausschliessen.

#### **E. 7**

Als nächstes erkannte das kantonale Gericht zutreffend, dass sich Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ zwar nicht abschliessend zur Ätiologie der Brust- und Lendenwirbelsäulenbeschwerden zu äussern hatte, indessen neben den degenerativen Veränderungen lediglich noch die konstitutionell bedingte Hyperlaxität als mögliche weitere Ursache des Beschwerdebildes nannte. Wenn der Arzt alsdann die ausgesprochene Haltungsinsuffizienz bzw. schwere Dysbalance auf dem Boden dieser Laxität als weit im Vordergrund stehend bezeichnete, so ist dies lediglich als in Konkurrenz mit den degenerativen Veränderungen stehend zu verstehen. Insoweit ist auch die Schlussfolgerung der Vorinstanz richtig, Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ habe weitere (Mit-)Ursachen, so insbesondere das Ereignis vom 31. August 2000, für die Brust- und Lendenwirbelsäulenbeschwerden ausgeschlossen. Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ verfügte bei seiner Einschätzung übrigens - wie bereits vom kantonalen Gericht festgestellt - über die medizinischen Akten der SUVA, wie sich aus dem Überweisungsschreiben der Anstalt vom 13. Februar 2006 unschwer entnehmen lässt. Insoweit beruhten seine Äusserungen auch auf umfassender Aktenlage. Wenn die Vorinstanz dergestalt Dr. med. O. \_\_\_\_\_ gefolgt ist, wonach die Hyperlaxität als eigentliche Ursache der Dysbalance und Haltungsinsuffizienz anzusehen ist, ist dies nicht zu beanstanden, zumal ein allfälliger (Mit-)Ursachenanteil der degenerativen Auffälligkeiten bei der Wirbelsäule für die Beantwortung der Frage nach dem Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 31. August 2000 ohnehin unerheblich ist. Entscheidend ist, dass beide Ärzte neben der Osteochondrose L5/S1 und Spondylarthrose L4/5 lediglich noch die konstitutionelle Hyperlaxität als Ursachenfaktor für das Schmerzsyndrom betrachteten und dieses damit als vom Unfall vom 31. August 2000 unabhängiges Geschehen. Deren Begründung ist nachvollziehbar und durch nichts ernsthaft in Frage gestellt, so dass die Vorinstanz ohne Verletzung der Untersuchungsmaxime auf die Einholung weiterer medizinischer Stellungnahmen verzichten durfte.

#### **E. 8**

Es bleiben die zum Einstellungszeitpunkt allerdings nicht akuten Probleme im Nacken- und Halswirbelsäulenbereich zu prüfen.

##### **E. 8.1**

Vorauszuschicken ist, dass bei diagnostiziertem Schleudertrauma der HWS bereits nach bisheriger Rechtsprechung ( BGE 119 V 335 E. 2b/aa S. 140 mit Hinweisen) stets die medizinischen Fakten, wie die fachärztlichen Erhebungen über Anamnese, objektiver Befund, Diagnose, Verletzungsfolgen, unfallfremde Faktoren, Vorzustand usw. die massgeblichen Grundlagen für die Kausalitätsbeurteilung bildeten. Das Vorliegen eines Schleudertraumas wie seine Folgen mussten und müssen somit durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein ( BGE 134 V 109 E. 9.1 S. 126 mit Hinweisen).

##### **E. 8.2**

Dr. med. O. \_\_\_\_\_ führte im Zwischenbericht vom 21. Dezember 2005 aus, die initialen Nacken- und HWS-Beschwerden seien weitgehend verschwunden. Dr. med. H. \_\_\_\_\_

berichtete am 4. Januar 2006 gar nicht mehr über vorhandene Nacken- und HWS-Beschwerden. Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ erkannte am 13. April 2006 dagegen bei einer gewissen Inkonsistenz der Angaben der Patientin eine wenn auch nur wenig stark ausgeprägte, beidseits verspannte Nacken- und Schultermuskulatur, rechts im transversalen Trapeziusanteil auch druckdolent, wie auch eine bei segmentaler deutlicher Hypermobilität vollständig frei bewegliche HWS, ohne sich indessen abschliessend zu deren Ursachen zu äussern. Dr. med. O. \_\_\_\_\_ schloss hingegen aus diesen neuen Erkenntnissen am 11. Mai 2006 eine (weiterbestehende) Teilursächlichkeit des Unfalls für Zervikalgien und oberhalb der LWS auftretenden Beschwerden aus, indem er in diesen Bereichen allenfalls phasenweise auftretende Schmerzen als Folge der Haltungsinsuffizienz bzw. der Dysbalance bezeichnete, welche wiederum in der konstitutionellen Hyperlaxität begründet seien.

### **E. 8.3**

Insgesamt erscheinen die Ausführungen von Dr. med. O. \_\_\_\_\_ ungeachtet dessen, ob im Anschluss an den Unfall überhaupt ein bei Schleudertraumen typisches Beschwerdebild vorgelegen hat - wovon die Versicherte im Widerspruch zur Vorinstanz unter Verweis auf verschiedene Arztberichte ausgeht -, schlüssig. Wie von der Beschwerdeführerin selbst eingeräumt, trat schon bald nach dem Unfall die Lumbalproblematik in den Vordergrund, welche - wie nunmehr feststeht - höchstens vorübergehend mit dem Ereignis in Verbindung zu bringen war. Wann genau die Lumbalbeschwerden tatsächlich aufgetreten sind, ist in diesem Zusammenhang ohne Belang. Zeitgleich stand vom typischen Beschwerdebild nach einem HWS-Beschleunigungsmechanismus lediglich (noch) die Behandlung von zervikalen Beschwerden zur Diskussion, wobei auch hier mit der Vorinstanz angesichts der Aktenlage von immer längeren schmerzfreien Zeiträumen auszugehen ist. Umgekehrt kann die konstitutionelle Hyperlaxität gemäss einleuchtender Ausführung von Dr. med. O. \_\_\_\_\_ bei unzureichendem muskulären Training Beschwerden auch im Nacken- und HWS-Bereich auslösen. Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ seinerseits erkannte am 13. April 2006 auf eine schweren Dysbalance auf dem Boden der angesprochenen Laxität, so dass die letztlich hinter den Ausführungen von Dr. med. O. \_\_\_\_\_ stehende Einschätzung des mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreichten Status quo sine überzeugt, ohne dass weitere Abklärungen dazu angezeigt wären. Ausführungen zur Adäquanz erübrigen sich damit.

### **E. 9**

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen ( Art. 66 Abs. 1 BGG ).

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