

BGer 8C 700/2008 vom 30. Januar 2009

Bundesgericht, 2009-01-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_700_2008

FR: TF 8C 700/2008 du 30 janvier 2009

IT: TF 8C 700/2008 del 30 gennaio 2009

Regeste

Unfallversicherung | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1.1

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). 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. 1.2

Beim angefochtenen Rückweisungsentscheid handelt es sich um einen selbständig eröffneten Vor- oder Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 BGG . Da der Versicherungsträger dadurch gezwungen wird, eine seines Erachtens rechtfertigte Verfügung zu treffen, ist auf die Beschwerde einzutreten (BGE 133 V 477 E. 5.2 S. 483 ff.).

E. 2.1

Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft getreten. Für den Zeitraum davor gilt altes Recht. Das ATSG ist anwendbar, soweit es um allfällige Leistungen ab 1. Januar 2003 geht (BGE 130 V 329 ; erwähntes Urteil U 314/06, E. 1.1). Indessen ist festzuhalten, dass der redaktionell neu gefasste Unfallbegriff des Art. 4 ATSG keine materiellrechtliche Änderung beinhaltet (RKUV 2004 Nr. U 530 S. 576 [U 123/04]). Das ATSG hat auch am unfallversicherungsrechtlichen Begriff des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs sowie dessen Bedeutung als Voraussetzung für die Leistungspflicht der obligatorischen Unfallversicherung nichts geändert (BGE 134 V 109 E. 2 S. 111 f.; erwähntes Urteil U 314/06, E. 1.3 mit Hinweisen).

E. 2.2

Die Vorinstanz hat die Bestimmungen und Grundsätze über den Unfallbegriff (Art. 4 ATSG), die unfallähnlichen Körperschädigungen (Art. 9 Abs. 2 UVV), den für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod; BGE

134 V 109 E. 2 und 9.5 S. 111 f. und 125 f., 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen), die erforderliche Adäquanz des Kausalzusammenhangs im Allgemeinen (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 127 V 102 f. E. 5b), den Kausalzusammenhang zwischen einem Unfall und Wirbelsäulenbeschwerden (RKUV 2000 Nr. U 378 S. 190 [U 149/99], Nr. U 363 S. 45; Urteil 8C_744/2008 vom 26. November 2008, E. 2 mit Hinweis) zutreffend dargelegt. Richtig wiedergegeben hat die Vorinstanz auch die Rechtsprechung zum Wegfall des ursächlichen Zusammenhangs und damit des Leistungsanspruchs der versicherten Person bei Erreichen des Status quo sine vel ante und zu den sich dabei stellenden Beweisfragen (BGE 117 V 261 E. 3b in fine S. 264; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 E. 2.2 mit Hinweisen [8C_354/2007]). Gleiches gilt zum im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125 mit Hinweisen), zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung und zum Beweiswert von Arztberichten, insbesondere von Gerichtsgutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3 S. 352 ff.). Darauf wird verwiesen.

E. 3

Letztinstanzlich reicht die Gerling neu eine Stellungnahme des Dr. med. Z. _____ vom 9. Juli 2008 ein. Der Versicherte legt neu ein E-Mail des Prof. Dr. med. K. _____ vom 21. Oktober 2007, einen Auszug aus dem Product Liability Update von Dickie/McCamey vom Sommer 2008, ein in der Imamed Radiologie Nordwest erstelltes MRT seiner HWS vom 11. November 2008 sowie ein Gutachten des Prof. Dr. med. G. _____ vom 24. November 2008 auf. Da mit diesen Beweismitteln keine für die Beurteilung ausschlaggebenden Fakten mehr vorgelegt werden, kann offen bleiben, ob vor Bundesgericht neu eingereichte Beweismittel im Rahmen der Kognition nach Art. 97 Abs. 2 bzw. Art. 105 Abs. 3 BGG (Geldleistungen der Militär- oder Unfallversicherung) unzulässige Noven gemäss Art. 99 Abs. 1 BGG bilden (vgl. SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 E. 3; Urteil 8C_356/2008 vom 10. Dezember 2008, E. 2 mit Hinweis).

E. 4.1

Prof. Dr. med. A. _____ diagnostiziere im vorinstanzlich angeordneten Akten-Gutachten vom 12. Januar 2006 ein HWS-Trauma am 7. Februar 1998 (recte 1999) mit symptomatischer Diskushernie C5/6 als Folge und eine vorbestehende Diskopathie C5/6. Es handle sich um eine vorbestehende Diskopathie, die durch den Unfall vom 7. Februar 1999 symptomatisch geworden sei und sich damit richtungweisend verschlechtert habe. Der Kausalzusammenhang sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bejahen. Die nach dem Unfall bis zur erfolgten Verblockung am 19. März 2002 vorhandenen Beeinträchtigungen seien überwiegend wahrscheinlich kausal auf den Unfall zurückzuführen. Die vorbestehende Diskopathie sei als Grund anzusehen, dass es beim Unfall zu einer Commotio spinalis und einem symptomatischen Bandscheibenvorfall mit anhaltenden Beschwerden habe kommen können. Ohne Unfall wäre die Wahrscheinlichkeit gering gewesen, dass die Diskopathie invalidisierende anhaltende Beschwerden gemacht hätte. In der Ergänzung vom 9. Juli 2007 zu diesem Gutachten und zum Akten-Gutachten sowie zur Stellungnahme des Dr. med. Z. _____ vom 12. Juni 2006 bzw. 25. Juni 2007 (vgl. E. 4.2 hienach) führte Prof. Dr. med. A. _____ aus, das erhebliche Trauma sei geeignet gewesen, eine Verletzung der Wirbelsäule zu verursachen. Die eindrückliche Diskushernie sei im Kernspintomogramm vom 2. Juni 1999 nachweislich unverändert sichtbar gewesen. Auf Grund ihrer Lage bestehe sowohl die Möglichkeit einer Tangierung des Rückenmarks als auch der linksseitigen Nervenwurzel. Eine solche Diskushernie könne sehr wohl ein

zerviko-spondylogenes Schmerzsyndrom und bei bestimmten Kopfstellungen auch Parästhesien bzw. Gefühlsstörungen in beiden Armen auslösen, im linken Arm durch Tangierung der Nervenwurzel C6 und in beiden Armen durch Tangierung des Rückenmarks. Es bestehe somit eine Erklärung für die Beschwerden des Versicherten. Er habe anfangs Juni 1999 über Schulter- und Armschmerzen links geklagt (vgl. Dokumente von Prof. C. _____), also Beschwerden, die eine radikuläre Symptomatik vermuten liessen und gut zur radiologisch festgestellten Diskushernie passten sowie plausibel seien. Im klinischen Alltag sehe er häufig Patienten mit asymptomatischen Diskopathien, die mit jener des Beschwerdegegners vergleichbar seien. Seine Ausbildung und Berufserfahrung hätten ihn gelehrt, dass die meisten auf dem Röntgenbild sichtbaren Diskopathien klinisch asymptomatisch blieben. Es sei selten, dass sie später mit Diskushernien symptomatisch würden. Der Unfall vom 7. Februar 1999 komme unter Berücksichtigung und bei Würdigung der Ausführungen im Gutachten des Dr. med. Z. _____ vom 12. Juni 2006 angesichts der vorbestehenden Diskopathie tatsächlich als auslösender Faktor einer Diskushernie in Frage. Zumindest bis Sommer 1999 lägen beim Versicherten eindeutige Brückensymptome vor, so dass allfällige Rezidive überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen seien. Ob länger dauernde Folgen und ob heute noch Residuen des Unfalls bestünden, müsse durch eine klinische Beurteilung des Versicherten geklärt werden. Dann werde eine faire Beantwortung der Frage möglich sein, ob der Status quo sine erreicht sei, wann er erreicht worden sei oder ob klinische Spätfolgen der inzwischen operierten Diskushernie anhaltend bestünden.

E. 4.2

Dr. med. Z. _____ hielt im Akten-Gutachten vom 12. Juni 2006 fest, der Unfall vom 7. Februar 1999 komme gemäss den "Kriterien nach K. _____" nicht als auslösender Faktor für die Diskushernie in Betracht: es scheine kein erhebliches Trauma vorgelegen zu haben; die für eine Diskushernie typischen Syndrome seien nicht sofort oder innerhalb weniger Tage aufgetreten; vorbestehende Beschwerden hätten nicht vorgelegen; es hätten deutliche degenerative Veränderungen im Sinne einer Osteochondrose und Uncarthrosen im Segment C5/6 vorbestanden. Auf Grund der erlittenen Verletzung sei das Trauma nicht geeignet gewesen, eine richtunggebende Verschlechterung herbeizuführen. Das lediglich "Symptomatisch-werden" der Diskushernie genüge nicht, um eine dauerhafte richtunggebende Verschlechterung zu beweisen. Bei den später erhobenen, nur schlechteren Befunden, sogar mit neurologischen Ausfällen, handle es sich nicht um Rückfälle, sondern um eine sekundäre Verschlechterung mit neuen Symptomen. Die beobachteten Symptome (ausstrahlende Schmerzen in beide Arme und Parästhesie bei Kopffrotation) seien Charakteristika eines vertebrealen, jedoch nicht eines radikulären Symptoms, sondern eines zerviko-spondylogenen Syndroms (= muskulär). Erst im August 2001 seien von Dr. med. D. _____ echte radikuläre (dermatomgerechte) Symptome aufgeführt worden. Die initialen Symptome seien somit nach kurzer Zeit offensichtlich wieder verschwunden. Ab August 1999 lägen nicht mehr Brückensymptome, sondern ein Status quo sine vor. In der Stellungnahme vom 25. Juni 2007 legte Dr. med. Z. _____ dar, gemäss Prof. C. _____ sei der von ihm bei der Operation festgestellte Riss im hinteren Längsband beim Unfall entstanden. Dies sei möglich, aber nicht sicher, weil auch bei rein degenerativen Diskushernien (ohne Unfallereignis) das hintere Längsband häufig eingerissen sei. Ferner genüge ein einzelnes Trauma nicht, um eine Diskushernie zu verursachen. Zudem könnten zervikale Diskushernien auch symptomlos vorliegen. Er räume entgegen seiner Auffassung vom 12. Juni 2006 ein, dass bei der Untersuchung durch

Prof. C. _____ auch Armschmerzen vorgelegen hätten, was jedoch unwesentlich sei, weil sie vier Monate nach dem Unfall stattgefunden habe. Bei der Untersuchung durch Dr. L. _____, M.D., am 26. September 2000 hätten keine Schmerzen in den Armen bestanden. Ein äusserst wechselhafter Verlauf sei nicht typisch für ein traumatische Läsion, sondern für ein krankhaftes degeneratives Leiden, weshalb nicht von Brückensymptomen gesprochen werden könne. Erstmals bei der Untersuchung durch Dr. med. D. _____ am 20. Juni 2001 hätten eindeutige, schulbuchmässige Symptome und für eine cervicale Diskushernie typische Befunde bestanden, was klare und richtige Indikation zur Operation vom 19. März 2002 gewesen sei. Vor der Operation hätten also andere Verhältnisse als bei der Untersuchung durch Prof. C. _____ am 10. Juni 1999 bestanden. Deshalb habe dieser damals auch noch keine Operation vorgeschlagen. Auch bei Taxierung des Unfalls als auslösenden Faktor wäre die Gesundheitsstörung im üblichen Rahmen von sechs Monaten als unfallkausal zu betrachten. Danach handle es sich um einen Status quo sine. Wesentlich sei, dass (mindestens in der Schweiz) eine Unfallkausalität der Diskushernien nur gegeben sei, wenn nach dem Unfall eine sofortige und anhaltende Arbeitsunfähigkeit eintrete und innert weniger Tage oder Wochen wegen neurologischer Komplikationen operiert werden müsse. Dies treffe hier nicht zu.

E. 5.1

Die Vorinstanz hat erwogen, Dr. med. S. _____, Facharzt FMH für allg. Medizin habe anamnestisch Schmerzen im Schulterbereich beidseits, bei Rumpfrotation oder Abduktion der Arme, ausstrahlend in die Arme beidseits festgehalten (Bericht vom 10. Februar 1999). Im Kernspintomogramm vom 2. Juni 1999 sei die mediolaterale Diskushernie C5/6 links nachweislich unverändert sichtbar gewesen. Ausserdem habe der Versicherte anfangs Juni 1999 gegenüber Prof. C. _____ über Nacken-, Schulter- und Armschmerzen geklagt (Bericht vom 10. Juni 1999). Diese beschriebenen klinischen Beschwerden liessen eine radikuläre Symptomatik vermuten, passten gut zur radiologisch festgestellten Diskushernie und seien plausibel. Prof. Dr. med. A. _____ und Dr. med. Z. _____ seien sich denn auch einig, dass das Vorliegen von Brückensymptomen bis Sommer 1999 zu bejahen sei. Weiter hat die Vorinstanz dargelegt, betreffend das Vorliegen von Brückensymptomen ab Sommer 1999 bis Juni 2001 ergebe sich eine weitgehend unveränderte Situation (wie im Juni 1999). Gemäss dem Bericht des Prof. C. _____ vom 6. April 2000 habe nach wie vor eine signifikante Diskushernie C5/6 sowie ein Problem auf Höhe C4/5 vorgelegen. Dr. L. _____ habe im Bericht vom 26. September 2000 Nacken- und gelegentliche Kopfschmerzen erwähnt. Dem Bericht des Prof. C. _____ vom 4. Mai 2007 könne entnommen werden, dass die seit dem Unfall bestehenden Beschwerden (andauernde Nackenbeschwerden, Brachialgien im Arm, ein subjektiv empfundenes Schwächegefühl und Schmerzen im Hinterkopf) bis zum chirurgischen Eingriff am 19. März 2002 persistiert hätten. Auf Grund dieser Berichte der involvierten amerikanischen Ärzte hätten die für eine Diskushernie typischen Beschwerden bis zu operativ vorgenommenen HWS-Verblockung auf den Etagen C4 bis C6 angehalten, woran auch - entgegen der Ansicht der Gerling - die mögliche Fluktuation der Beschwerden bei Diskushernien nichts zu ändern vermöge. Die Gerling könne daher aus der von ihr erwähnten Tatsache, Dr. L. _____ habe im Bericht vom 26. September 2000 keine Armschmerzen erwähnt, nichts zu ihren Gunsten ableiten. Damit gälten die Brückensymptome auch ab Sommer 1999 bis zur Operation am 19. März 2002 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erstellt. Hieran vermöge weder der Umstand, dass der Versicherte zwischen März 1999 und Juni 1999 nicht nachweislich einen Arzt konsultiert habe, noch das Faktum, dass die Rückfallmeldung erst im März 2000

erfolgt sei, etwas zu ändern; Gleiches gelte für den Umstand, dass der Versicherte im fraglichen Spiel - am Unfalltag - noch einmal kurz und einen Monat danach wieder für wenige Spiele eingesetzt worden sei. Gemäss dem Ergänzungsgutachten des Prof. Dr. med. A. _____ vom 9. Juli 2007 sei es wenig plausibel, dass eine Diskushernie (degenerativ oder traumatisch bedingt bzw. konservativ oder operativ behandelt) innerhalb eines Monats soweit heile, dass die Wirbelsäule wieder belastungsstabil sei; allerdings könnten Beschwerden einer Diskushernie innert weniger Tage soweit bessern, dass der Versicherte (mit oder ohne bzw. mit mehr oder mit weniger Schmerzen) wieder seinen Alltagsgeschäften nachgehen könne. Nach dem Gesagten sei es also durchaus denkbar, dass der Versicherte in den fraglichen Spielen vereinzelte Einsätze habe leisten können. Dass sein Einsatz nicht eine gesundheitliche "restitutio ad integrum" indizieren könne, gelte auf Grund der nachgewiesenen Brückensymptome jedenfalls als eindeutig. Zudem sei es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der nachgewiesene vorbestehende Bandscheibenschaden des Versicherten vor dem Unfall asymptomatisch gewesen sei. Die natürliche und adäquate Kausalität zwischen dem Unfall und der Operation (Verblockung) im Jahre 2002 sei zu bejahen. Eine Auseinandersetzung mit den von Dr. med. Z. _____ ins Spiel gebrachten "Kriterien nach K. _____" (vgl. E. 4.2 hievor) betreffend Beurteilung der Unfallkausalität von Diskushernien erübrige sich.

E. 5.2

Diesen Erwägungen der Vorinstanz ist insgesamt beizupflichten. Gestützt auf die Berichte des Prof. C. _____ vom 6. April 2000 und 4. Mai 2007 sowie des Dr. L. _____ vom 26. September 2000 ist davon auszugehen, dass beim Versicherten nach dem Unfall vom 7. Februar 1999 nicht nur bis Sommer 1999 (vgl. E. 4 hievor), sondern bis zur Operation am 19. März 2002 überwiegend wahrscheinlich Brückensymptome bestanden. Prof. C. _____ legte im Bericht vom 4. Mai 2007 zudem dar, die operativen Befunde seien signifikant gewesen; es habe sich ein Riss im hinteren Längsband mit einer losen fragmentierten Diskushernie auf der Höhe 5/6 gezeigt; diese Verletzung (Riss) sei seiner Auffassung nach mit einem angemessenen Grad an medizinischer Sicherheit entstanden, als im Februar 1999 anlässlich des Hockeyspiels ein Schlag von hinten erfolgt sei. Die Vorinstanz hat demnach die natürliche Kausalität zwischen dem Unfall vom 7. Februar 1999 und den zur Operation vom 19. März 2002 führenden Beschwerden zu Recht bejaht. Richtig ist auch ihre Bejahung der adäquaten Kausalität, zumal die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle spielt, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweis). Sämtliche Einwendungen der Gerling sind unbehelflich. Es sind keine Gründe ersichtlich, auf den Bericht des Prof. C. _____ vom 4. Mai 2007 nicht abzustellen. Das Akten-Gutachten des Dr. med. Z. _____ vom 12. Juni 2006 sowie seine Stellungnahme vom 25. Juni 2007 vermögen an diesem Ergebnis nichts zu ändern, zumal er - wie er gegenüber Prof. Dr. med. A. _____ in einem E-Mail vom 15. Juni 2007 einräumte - im Rahmen seiner Beurteilung die Röntgenbilder des Versicherten eher nicht selber gesehen hat. Zusätzliche medizinische Abklärungen sind nicht durchzuführen, da hievon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 131 I 153 E. 3 S. 157, 124 V 90 E. 4b S. 94).

E. 6

Die unterliegende Gerling hat die Gerichtskosten zu tragen und dem Versicherten eine aufwandgemässe Parteientschädigung zu bezahlen (Art. 66 Abs. 1, Art. 68 Abs. 2 BGG).

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