

## **BGer 8C\_789/2007 vom 26. August 2008**

Bundesgericht, 2008-08-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_8C\\_789\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_789_2007)

FR: TF 8C\_789/2007 du 26 août 2008

IT: TF 8C\_789/2007 del 26 agosto 2008

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Beim vorinstanzlichen Rückweisungsentscheid handelt es sich in der Terminologie des BGG um einen Zwischenentscheid. Er kann daher nur unter den Voraussetzungen von Art. 93 Abs. 1 BGG selbstständig angefochten werden ( BGE 133 V 477 E. 4.2 S. 481 f.). Lit. a dieser Bestimmung lässt die selbstständige Anfechtung eines Zwischenentscheids zu, wenn dieser einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken kann. Nach der Rechtsprechung ist diese Voraussetzung seitens des Versicherers erfüllt, wenn der Rückweisungsentscheid eines kantonalen Gerichts verbindliche Vorgaben zu den Grundlagen der Anspruchsbeurteilung enthält ( BGE 133 V 477 E. 5.2 S. 483 ff., BGE 8C\_682/2007 vom 30. Juli 2008, E. 1; SVR 2008 IV Nr. 31 S. 100 E. 1.2, I 126/07). Diese Konstellation ist hier gegeben, denn der kantonale Entscheid verneint die Zulässigkeit einer Leistungsverweigerung wegen absichtlicher Herbeiführung des Gesundheitsschadens ( Art. 37 Abs. 1 UVG ). Mit der materiell-rechtlichen Vorgabe, es liege kein Artefakt sondern ein unfallbedingter Morbus Sudeck vor, verpflichtet die Vorinstanz die SUVA somit, eine nach ihrer Auffassung rechtswidrige Verfügung zu erlassen, und der darauf beruhende Endentscheid könnte praktisch nicht angefochten und das Ergebnis nicht mehr korrigiert werden. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

#### **E. 2.1**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, welche bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben ( BGE 130 V 445 E. 1.2.1 S. 447). Soweit die Qualifikation des Ereignisses vom 17. Januar 2000 in Frage steht, hat sich die Beurteilung daher nach den zu diesem Zeitpunkt, also vor dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) am 1. Januar 2003, gültig gewesenen Bestimmungen zu richten.

#### **E. 2.2**

Ein Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt, von hier nicht zutreffenden Ausnahmen abgesehen, das Vorliegen eines Berufsunfalls, eines Nichtberufsunfalls oder einer Berufskrankheit voraus ( Art. 6 Abs. 1 UVG ). Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper ( Art. 9 Abs. 1 UVV in der bis 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Fassung; vgl. jetzt Art. 4 ATSG ). Hat der Versicherte den Gesundheitsschaden oder den Tod absichtlich herbeigeführt, so besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen, mit Ausnahme der Bestattungskosten ( Art. 37 Abs. 1 UVG ). Ob eine Selbstschädigung vorliegt, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dabei dürfen angesichts

praktischer Beweisschwierigkeiten an den Nachweis einer freiwilligen Selbstbeeinträchtigung keine überspitzten Anforderungen gestellt werden (RKUV 1996 Nr. U 247 S. 172 E. 2c, U 21/95). Wollte sich der Versicherte nachweislich das Leben nehmen oder sich selbst verstümmeln, so findet Art. 37 Abs. 1 UVG keine Anwendung, wenn der Versicherte zur Zeit der Tat ohne Verschulden gänzlich unfähig war, vernunftgemäss zu handeln, oder wenn die Selbsttötung, der Selbsttötungsversuch oder die Selbstverstümmelung die eindeutige Folge eines versicherten Unfalls war ( Art. 48 UVV ). Der Tatbestand von Art. 48 UVV setzt einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem Suizid, Suizidversuch oder Artefakt voraus, wobei für die Adäquanzprüfung die für psychische Unfallfolgen geltenden Kriterien ( BGE 115 V 133 ff.) heranzuziehen sind ( BGE 120 V 352 E. 5b S. 355). Danach ist von der Schwere des Unfallereignisses auszugehen und auf Grund der von der Rechtsprechung als massgebend bezeichneten Kriterien zu entscheiden, ob die Adäquanz des Kausalzusammenhangs bejaht werden kann ( BGE 120 V 352 E. 4b S. 354; Urteil U 306/03 vom 15. November 2004).

### **E. 3**

Streitig und zu beurteilen ist, ob es sich bei den anhaltenden Beschwerden an der rechten Hand um eine Unfallfolge handelt, für die die SUVA über den 30. Juni 2005 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen hat, oder ob ein selbstschädigendes Verhalten (Artefakt) vorliegt, welches nach Art. 37 Abs. 1 UVG einen (weiteren) Leistungsanspruch ausschliesst, sofern der Artefakt nicht unter den Ausnahmetatbestand von Art. 48 UVV fällt.

#### **E. 3.1**

Mit Blick auf die hier interessierende Frage nach dem Vorliegen einer Selbstschädigung ergibt die Aktenlage kein eindeutiges Bild. Eine artifizielle Genese der Handschwellung fand erstmals im Austrittsbericht der Klinik Y. \_\_\_\_\_ vom 23. April 2001 Erwähnung, wobei sich während des Klinikaufenthaltes kein Anhalt für eine solche gefunden habe. Der Verdacht, dass die massive rechtsseitige Schwellung der Hand und die Nekrosen an der Haut artifizielle Veränderungen seien, äusserte erstmals Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Arzt der BEFAS (Berufliche Abklärungsstelle), welche im Auftrag der Invalidenversicherung den Beschwerdegegner beruflich abklärte (Telefongespräch mit SUVA-Kreisarzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 10. September 2002). Die Hinweise auf selbstschädigendes Verhalten und Abbinden am Ober- und Unterarm sowie auffällig starke Tieflagerung des Armes und der Hand im Sitzen sowie unklare rundliche, schwärzlich gefärbte Nekroseherde über dem Handgelenk und eine massive Schwellung der Hand wurden vom ärztlichen Dienst der BEFAS auch im Abklärungsbericht vom 11. September 2002 festgehalten. PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Leitender Arzt Dermatologie am Spital C. \_\_\_\_\_, schloss wiederum in einem Bericht an den Hausarzt vom 19. September 2002 einen Artefakt aus und äusserte den Verdacht auf neurotrope Ulcerationen. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ hielt im Rahmen seiner kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 24. März 2003 hingegen fest, die Schwellung und die Ulcera seien durch den Unfall vom 17. Januar 2000 nicht erklärt. Dr. med. A. \_\_\_\_\_, welcher den Versicherten im Auftrag der IV-Stelle Luzern untersucht und begutachtet hat, diagnostizierte, wie eingangs erwähnt, eine dissoziative Störung (ICD-10 F44) mit Körperschiefstellung, psychogenen Attacken und Gangstörung. Das Vorliegen einer psychischen Erkrankung in Form einer artifiziellen Störung diskutierte er nicht, wobei das Gutachten vom 10. Juli 2002 nicht bei den Akten liegt. Die Psychiaterin Frau Dr. med.

E. \_\_\_\_\_, Abteilung Versicherungsmedizin der SUVA, setzte sich anlässlich der psychiatrischen Untersuchung vom 22. Dezember 2004 eingehend mit der auch von Dr. med. A. \_\_\_\_\_ festgestellten Diskrepanz zwischen den körperlichen Befunden (Körperschiefhaltung und Befunde am rechten Arm) sowie dem stark auffälligen Umgang damit auseinander. Die Ärztin schloss diagnostisch eine psychische Erkrankung aus dem affektiven Bereich und eine Psychose aus. Differentialdiagnostisch sei aus psychiatrischer Sicht zu diskutieren, ob es sich bei der Körperschiefhaltung und den während der Untersuchung nicht beobachtbaren "Anfällen" und den Befunden der rechten oberen Extremität um eine dissoziative Störung handle und/oder um eine artifizielle Störung oder um Aggravation/Simulation. Zusammenfassend wird in ihrem Bericht vom 22. Dezember 2004 festgehalten, wenn es sich bei dem Befund im Bereich des rechten Armes um eine artifizielle Störung im Sinne einer Automutilation handle, stelle sich die Frage, ob dieser Artefakt im Rahmen eines dissoziativen Zustandes beigefügt werde oder ob es um eine bewusste Vortäuschung gehe. Die seit vielen Jahren beschriebene und auch während der Untersuchung zu beobachtende Körperschiefhaltung und die Tatsache, dass Verwandte an körperlichen Krankheiten gelitten hätten, die mit ähnlichen Symptomen einher gingen, wie sie der Versicherte mindestens vorübergehend gezeigt hätte, würden Richtung Dissoziation weisen. Dies führte Frau Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zur Diagnose einer dissoziativen Störung (ICD-10 F44) mit Körperschiefhaltung und psychogenen Attacken und einer artifiziellen Störung (ICD-10 F68.1) im Bereich der rechten oberen Extremität. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ seinerseits schloss aufgrund seiner Untersuchung vom 25. August 2004 und in Zusammenfassung der gesamten medizinischen Aktenlage klar aus, dass der Beschwerdegegner an einem Morbus Sudeck leidet und legte in seinem einlässlichen Bericht vom 28. November 2004 dar, weshalb hinsichtlich der rechten Hand der beschriebene Beschwerdeverlauf sowie der Zustand im Untersuchungszeitpunkt für ein CRPS Typ I atypisch und unwahrscheinlich sei. Mit Blick auf den zeitlichen Aspekt eines Morbus Sudeck sei u.a. die geforderte kurze Latenzzeit zwischen Unfall und Auftreten der Algodystrophie (maximal sechs bis acht Wochen) hier gestützt auf den erstmals von Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Spital C. \_\_\_\_\_, in seinem Bericht vom 4. Mai 2000 diagnostizierten Morbus Sudeck, klar überschritten; ausserdem habe beim Versicherten die für einen Morbus Sudeck im Langzeitverlauf charakteristische Phasenabfolge, wobei das Stadium I maximal acht Monate dauern würde, nicht vorgelegen. Dementsprechend hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ fest, die Ursache des aktuellen organischen Zustands der rechten Hand sei eindeutig. Es würde sich um einen Artefakt handeln. Es liege das Produkt einer heimlichen, habituellen Selbstschädigung (Automutilation) verschiedener Instrumentation (komplex) vor; der Kausalzusammenhang mit dem Berufsunfall vom 17. Januar 2000 sei ausgeschlossen.

### **E. 3.2**

Das kantonale Gericht kam zum Schluss, es sei überwiegend wahrscheinlich, dass sich nach der unfallbedingten Teilamputation des Mittelfingers ein Morbus Sudeck entwickelt habe und kein Artefakt vorliege. Wie die SUVA zu Recht aufführt, hat sich Dr. med. D. \_\_\_\_\_ eingehend mit der medizinischen Aktenlage und mit der sich stellenden Frage, ob ein Morbus Sudeck oder eine Selbstschädigung für den Zustand der Hand verantwortlich ist, auseinandergesetzt. Weder die Ärzte der Klinik Y. \_\_\_\_\_ noch Dr. med. H. \_\_\_\_\_ legen dementsgegen in ihren Berichten dar, weshalb sie eine artifizielle Schädigung ausschliessen. Die beschwerdeführerischen Einwände vermögen - insbesondere im Lichte der Eindeutigkeit der von Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ gezogenen

Schlussfolgerungen - erhebliche Zweifel an der vorinstanzlichen Beweiswürdigung und Feststellung, es läge ein unfallbedingter Morbus Sudeck vor, zu begründen. Die Berichte der Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ (vom 28. November und 22. Dezember 2004) stellen jedoch allein unter den dargelegten Umständen keine tragfähige Grundlage dar, um die Frage nach dem Vorliegen einer Selbstschädigung abschliessend zu beurteilen. Damit ist der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie ein Gerichtsgutachten einhole (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d in fine S. 163). Abzuklären ist, an welchen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Versicherte über den 30. Juni 2005 hinaus litt und ob diese in natürlicher Kausalität zum Unfall vom 17. Januar 2000 standen. Sodann ist es dem kantonalen Gericht überlassen, entgegen dem angefochtenen Entscheid auch selbst über die Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit und die adäquate Kausalität des psychischen Gesundheitsschadens (einschliesslich eines allfälligen Artefaktes; vgl. E. 2.2) zu entscheiden oder es diesbezüglich bei der Rückweisung an die SUVA zu belassen.

#### **E. 4**

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat der Beschwerdegegner 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.