

## **BGer 8C\_835/2009 vom 6. Januar 2010**

Bundesgericht, 2010-01-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_8C\\_835\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_835_2009)

FR: TF 8C\_835/2009 du 6 janvier 2010

IT: TF 8C\_835/2009 del 6 gennaio 2010

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Die Beschwerde kann wegen Rechtsverletzung gemäss Art. 95 f. BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an ( Art. 106 Abs. 1 BGG ). Immerhin prüft es, unter Berücksichtigung der allgemeinen Begründungspflicht der Beschwerde ( Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG ), grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (nicht publ. E. 1.1 des Urteils BGE 135 V 412 ).

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. 2**

Die Vorinstanz hat die rechtlichen Grundlagen über den für die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers ( Art. 6 Abs. 1 UVG ) vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Gesundheitsschaden ( BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f.), die erforderliche Adäquanz des Kausalzusammenhangs im Allgemeinen ( BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181), bei psychischen Unfallfolgen ( BGE 134 V 109 E. 6.1 S. 116, 115 V 133) sowie Folgen eines Unfalls mit HWS-Schleudertrauma oder äquivalenter Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle ( BGE 134 V 109 ) zutreffend dargelegt. Gleiches gilt betreffend den Untersuchungsgrundsatz ( Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG ; BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 68 f.), den im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ( BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125) und den Beweiswert von Arztberichten ( BGE 134 V 231 f. E. 5.1). Darauf wird verwiesen.

#### **E. 3**

Streitig und zu prüfen ist, ob der Versicherte bezüglich des Unfalls vom 28. April 2006 für die Zeit ab 1. Juli 2007 weiterhin Anspruch auf Versicherungsleistungen hat.

##### **E. 3.1**

Das Universitätsspital X.\_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 5. Mai 2006 eine Comotio cerebri, Schürfwunden hochtemporal rechts, Distorsion der HWS I°.

##### **E. 3.2**

Die RehaClinic Y.\_\_\_\_\_ diagnostizierte im Austrittsbericht vom 3. August 2006 unter anderem ein leichtes Schädelhirntrauma am 28. April 2006 mit/bei zervikozepalem Syndrom rechts und lumbospondylogem Syndrom links, TH12- und L1 und L1/2 minimen abortiven Scheuermann-Residuen, Höhe L4/5 überlastungsbedingten Zeichen der Intervertebralgelenke, im Segment L5/S1 minim hyperplastischen Verhältnissen (tief

gelegener LWK-5 mit groben grossen Rippenfortsätzen), keine Neurokompression (MRI LWS vom 7. Juni 2006), Dekonditionierung; Status nach Meniskusoperation; Status nach Otitis media links während der Hospitalisation, wobei diese problemlos abgeheilt sei. Weiter wurde unter anderem ausgeführt, der Versicherte befinde sich in einem ausgeprägten Angst-Vermeidungs-Verhalten; starke Angst vor Schmerzzunahme habe zu zunehmender Passivität geführt. Aktuell sei der Versicherte aus physischer und psychischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig.

### **E. 3.3**

Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation Rheumatologie, der den Versicherten am 14. November 2006 untersucht hatte, diagnostizierte im Bericht vom 15. November 2006 einen Status nach leichtem Schädelhirntrauma am 28. April 2006 mit/bei erheblichem Verdacht auf Unfallverarbeitungsstörung respektive posttraumatische Belastungsstörung mit/bei katatonem, regressivem Verhaltensmuster, zervikovertebralem Syndrom mit/bei abortiven Scheuermannresiduen, leichten degenerativen Veränderungen; Status nach Meniskusoperation. Er habe keine spezifischen posttraumatischen Befunde, weder in der HWS noch im Bereich der Brustwirbel- und Lendenwirbelsäule gefunden. Es fielen auch keine neurologischen Herdbefunde auf. Der Versicherte brauche dringend eine spezifische psychotherapeutische Begleitung. Im Bericht vom 5. Dezember 2006 führte Dr. med. R. \_\_\_\_\_ aus, aus seiner Sicht sei der Versicherte primär dringend psychiatrisch behandlungsbedürftig und im Moment gar nicht fähig für eine Trainingstherapie.

### **E. 3.4**

Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Neurologie FMH, Oberarzt, Rehaclinic Y. \_\_\_\_\_, gab im Bericht vom 20. November 2006 an, im Vordergrund stehe für ihn eine Chronifizierung des bereits früher beschriebenen Beschwerdebildes in Form eines zervikozephalen Syndroms rechts und lumbospondylogenen Syndroms links; ferner zeige sich eine Symptomausweitung mit Beschwerden im linken Arm sowie einer deutlich ausgeprägten Depression. Die neurologische Untersuchung zeige keine kooperationsunabhängigen Auffälligkeiten; weitere Abklärungen somatische Art seien fakultativ.

### **E. 3.5**

Die Rehaklinik A. \_\_\_\_\_, wo der Versicherte somatisch und psychiatrisch abgeklärt wurde, stellte im Austrittsbericht vom 21. März 2007 folgende Diagnosen: A. Unfall vom 28. April 2006: Kopfkontusion durch ein stürzendes Rollgerüst bei der Arbeit mit leichter traumatischer Hirnverletzung (MTBI) und HWS-Distorsion Grad I; A1: gehemmt depressives Störungsbild (ICD-10: F32.1) mit zumindest verdachtsweise erheblichen dissoziativen Elementen; B. Status nach Kniearthroskopie rechts mit Teilmenishektomie vor Jahren. Zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen bestehe eine Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert. Es fänden sich keine Hinweise auf organisch bedingte Funktionseinschränkungen im Bereich des Bewegungsapparates. Ebenfalls bestünden keine Anhaltspunkte für eine fokale Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems. Eindeutig im Vordergrund stehe die psychische Problematik mit zahlreichen psychosomatischen Beschwerden. Eine Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf sei psychiatrischerseits nicht gegeben. Ein Zumutbarkeit aus psychiatrischer Sicht sei im jetzigen Zeitpunkt nicht zu formulieren.

### **E. 3.6**

Der Neurologe Dr. med. M. \_\_\_\_\_ beschrieb im Bericht vom 11. September 2007 in der Beurteilung eine ungewöhnliche Symptomatik. Wahrscheinlich sei alles psychosomatisch, wie von der Rehaklinik A. \_\_\_\_\_ beurteilt. Wahrscheinlich seien die Beschwerden durch ein posttraumatisches Stresssyndrom bedingt. DD: Grunderkrankung, durch den Unfall symptomatisch geworden, demaskiert. Eventuell sei ein Teil der Beschwerden medikamentös. Anamnese und Status sprächen gegen eine traumatische Dissektion von Halsarterien. Falls keine Lösung des Problems durch Labor und Ausschleichen der Medikamente erreicht werde, sei eventuell ein Schädel-MRI wegen Tremor, Gangstörung und Verhaltensauffälligkeit durchzuführen.

#### **E. 4.1.1**

Die Vorinstanz hat gestützt auf die medizinischen Akten mit einlässlicher Begründung, auf die verwiesen wird, zutreffend erkannt, dass bei Fallabschluss am 30. Juni 2007 und im Zeitpunkt des Einspracheentscheides am 28. November 2007 ( BGE 129 V 167 E. 1 S. 169) beim Versicherten überwiegend wahrscheinlich keine organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen bestanden, bei denen sich die natürliche und adäquate Kausalität weitgehend decken würden (vgl. BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112).

#### **E. 4.1.2**

Weiter hat die Vorinstanz aufgrund der medizinischen Akten zu Recht erwogen, dass im Anschluss an den Unfall vom 28. April 2006 eine erhebliche psychische Fehlentwicklung ihren Anfang nahm und die psychische Problematik im Zeitraum bis zum Fallabschluss bzw. Einspracheentscheid überwiegend wahrscheinlich sehr ausgeprägt bzw. dominant war.

Unter den gegebenen Umständen kann nicht davon ausgegangen werden, dass die psychischen Befunde lediglich Teil des (grundsätzlich gleichwertigen) Gemenges physischer und psychischer Symptome bilden, wie es auch die auf schleudertraumaähnliche Unfallmechanismen zurückzuführenden Verletzungsbilder kennzeichnet. Vielmehr liegt ein eigenständiges psychisches Geschehen vor, das die übrigen Gesundheitsstörungen im gesamten Verlauf eindeutig dominierte. Entscheidend ist, dass der Beschwerdeführer psychisch nicht in der Lage war, den einigermaßen glimpflich verlaufenen Unfall vom 28. April 2006 in adäquater Weise zu verarbeiten, es vielmehr zu einer erheblichen psychischen Fehlentwicklung kam. Hierfür zeichnet indes nicht der Umstand verantwortlich, dass es beim besagten Vorfall zu schleudertraumaähnlichen Verletzungen gekommen ist. Würden psychische Beschwerden, die im Anschluss an einen derartigen Unfall auftreten, ungeachtet ihrer Pathogenese stets nach den Kriterien gemäss BGE 134 V 109 auf ihre Adäquanz hin überprüft, bestünde die Gefahr, identische natürlich kausale psychische Unfallfolgen adäquanzrechtlich allein deshalb unterschiedlich zu beurteilen, je nachdem, ob beim Unfall zusätzlich ein Schleudertrauma der HWS bzw. ein äquivalenter Verletzungsmechanismus auftrat oder nicht, was nicht angeht. Demnach ist die adäquate Kausalität - der Vorinstanz folgend - nach der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen, mithin unter Ausschluss psychischer Aspekte, zu prüfen ( BGE 115 V 133 ff.; vgl. auch Urteil 8C\_249/2009 vom 3. August 2009 E. 6.3 mit Hinweisen).

Im Weiteren hat die Vorinstanz in Prüfung der Unfallschwere und der Adäquanzkriterien richtig entschieden, dass die adäquate Kausalität zwischen dem Unfall und den psychischen Beschwerden des Versicherten zu verneinen ist.

#### **E. 4.2**

Der Beschwerdeführer bringt dagegen letztinstanzlich keine stichhaltigen Einwendungen vor.

#### **E. 4.2.1**

Er reicht neu einen Bericht des Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Stv. Chefarzt, Reha E.\_\_\_\_\_, vom 19. Juni 2009 ein und macht im Wesentlichen geltend, gestützt darauf sei die Ursache seines Tremors und die Frage, ob er organischer oder psychischer Natur sei, noch nicht geklärt. Gleiches gelte für die Frage, ob der Tremor ganz oder teilweise auf den Unfall vom 28. April 2006 zurückzuführen sei. Die Klärung dieses Punkts sei entscheidend für die Frage, nach welchen Kriterien die Adäquanzprüfung vorzunehmen sei. Diesbezüglich sei ein Gutachten anzuordnen.

Neue Tatsachen und Beweismittel dürfen auch im Rahmen des Verfahrens um Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Unfallversicherung ( Art. 105 Abs. 3 BGG ) nur soweit vorgebracht werden, als erst der Entscheid der Vorinstanz dazu Anlass gibt ( Art. 99 Abs. 1 BGG ; BGE 135 V 194 ), was von der beschwerdeführenden Partei näher darzulegen ist. Diese ist grundsätzlich gehalten, alle rechtsrelevanten Tatsachen und Beweismittel bereits bei den Vorinstanzen zu nennen. Sie kann dem Bundesgericht nicht erstmals Tatsachen oder Beweismittel unterbreiten, die vorzutragen oder einzureichen sie vorinstanzlich einerseits prozessual Gelegenheit und andererseits nach Treu und Glauben Anlass hatte (Urteil 8C\_492/2009 vom 21. Dezember 2009 E. 3 mit Hinweisen).

Der angefochtene Entscheid datiert vom 15. Juli 2009. Der Versicherte legt indes nicht dar, dass ihm die vorinstanzliche Beibringung des Berichts des Dr. med. R.\_\_\_\_\_ vom 19. Juni 2009 trotz hinreichender Sorgfalt prozessual unmöglich und objektiv unzumutbar war. Dieser Arztbericht kann mithin nicht berücksichtigt werden (vgl. auch Urteil 8C\_492/2009 E. 3). Demnach kann offenbleiben, ob neue Tatsachen und Beweismittel gestützt auf die in BGE 127 V 353 verankerte Rechtsprechung im Rahmen von Art. 99 Abs. 1 BGG vorgebracht werden können (vgl. auch Urteil 9C\_979/2008 vom 16. Juli 2009 E. 3.3).

Hievon abgesehen könnte der Versicherte aus dem Bericht des Dr. med. R.\_\_\_\_\_ vom 19. Juni 2009 nichts zu seinen Gunsten ableiten, da dieser unter anderem ausführte, es falle ihm schwer, die komplexe Bewegungsstörung sowohl phänomenologisch als auch ätiologisch zuzuordnen. Es liege keine klar erkennbare extrapyramidale oder cerebelläre Symptomatik vor; alle Bereiche der Bewegungsstörung seien sowohl bezüglich Ausprägung wie auch Lokalisation sehr variabel und wiesen eine Tendenz zur Zunahme bei der Untersuchung und Abnahme bei Ablenkung oder Konzentration auf. Diese Elemente liessen am ehesten an eine psychogene Bewegungsstörung denken. In der kranialen und zervikalen Kernspintomographie fänden sich keine strukturellen Läsionen, welche für zumindest einen Teil der komplexen Symptomatologie verantwortlich gemacht werden könnten. Gestützt auf diese Angaben des Dr. med. R.\_\_\_\_\_ kann nicht gesagt werden, der vom Versicherten ins Feld geführte Tremor sei überwiegend wahrscheinlich organisch bedingt. Hieran ändert nichts, dass Dr. med. R.\_\_\_\_\_ gleichzeitig darlegte, er denke, dass zumindest ein Teil der Symptomatik sogenannt "psychogen" sei, wobei man sich fragen müsse, ob initial eine organische Grundursache im Sinne einer erhöhten Vulnerabilität frontaler, motorische Systeme durch den Unfall sich zur aktuellen Symptomatik entwickelt habe. Nicht gefolgt werden kann deshalb dem Einwand des Versicherten, in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes sei nicht geklärt, ob hauptsächlich somatische oder psychische Beschwerden vorlägen und ob überhaupt ein

natürlicher Kausalzusammenhang bestehe, weshalb nicht entscheiden werden könne, ob die Adäquanztprüfung nach BGE 115 V 133 oder BGE 134 V 109 vorzunehmen sei.

#### **E. 4.2.2**

Die vorinstanzliche Beurteilung der Unfallschwere und der Adäquanzkriterien nach BGE 115 V 133 E. 6c S. 140 f. ist unbestritten und nicht zu beanstanden, sodass es damit sein Bewenden hat.

#### **E. 5**

Der unterliegende Versicherte trägt die Gerichtskosten ( Art. 66 Abs. 1 BGG ). Die unentgeltliche Rechtspflege kann ihm gewährt werden, da Bedürftigkeit aktenkundig ist, die Beschwerde nicht von vornherein als aussichtslos zu bezeichnen und die Vertretung notwendig war ( Art. 64 BGG ; Urteil 8C\_126/2008 vom 11. November 2008 E. 8; vgl. auch BGE 125 V 371 E. 5b S. 372). Er wird der Gerichtskasse Ersatz zu leisten haben, wenn er später dazu in der Lage ist ( Art. 64 Abs. 4 BGG ).

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