

BGer 8C_885/2011 vom 18. Januar 2012

Bundesgericht, 2012-01-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_885_2011

FR: TF 8C_885/2011 du 18 janvier 2012

IT: TF 8C_885/2011 del 18 gennaio 2012

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde kann wegen Rechtsverletzung nach Art. 95 f. BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Immerhin prüft es grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG ; BGE 133 II 249 E. 1.4.1 S. 254).

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

Streitig und zu prüfen ist, ob die SUVA die Leistungen für den Unfall vom 19. April 2008 zu Recht per 11. Februar 2011 eingestellt hat. Die Vorinstanz hat die Grundlagen über den für die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem Gesundheitsschaden (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f.) sowie die erforderliche Adäquanz des Kausalzusammenhangs bei Folgen eines Unfalls mit Schleudertrauma der HWS oder einer äquivalenten Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle (BGE 134 V 109) richtig dargelegt. Gleiches gilt zum Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125) und zum Beweiswert von Arztberichten (BGE 134 V 231 E. 5.1. S. 232). Darauf wird verwiesen. Richtig ist auch, dass die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle spielt, da sich hier adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 E. 2 S. 112; SVR 2009 UV Nr. 30 S. 105 E. 2.1 [8C_413/2008]).

E. 3

Umstritten ist als Erstes, ob als Folge des Unfalls vom 19. April 2008 ein organisch objektiv ausgewiesener Gesundheitsschaden vorliegt.

E. 3.1

Die am Unfalltag im Spital X. _____ durchgeführte Computertomografie (CT) nativ der HWS ergab im Lot stehende Wirbelkörper mit regelrechten dorsalem Alignment; keinen Nachweis einer Fraktur; keine Fehlstellung; einen kleinen nutritiven Kanal durch den Wirbelbogen von HWK2. Der Neurologe Dr. med. B. _____ führte am 17. November 2008 aus, der detaillierte Neurostatus sei normal ohne Hinweise für eine strukturelle neurogene Läsion. Die am 16. Juni 2009 im Spital X. _____ erfolgte Magnetresonanztomografie (MRI) der HWS nativ ergab ein minimales Diskusbulging im

Segment HWK3/4-5/6, keine erkennbare Pathologie der Nervenwurzel intraforaminal und keinen Hinweis auf Myelopathie. Die Klinik Y. _____ stellte aufgrund der bildgebenden Untersuchung vom 22. Januar 2010 Folgendes fest: leichte Retrolisthese HWK3, leichte Osteochondrose C3/4 und C4/5; keine Spondylarthrosen; beginnende Onkovertebralarthrose rechts C4/5; atlantodentale Region unauffällig. Die in dieser Klinik am 26. Januar 2010 durchgeführten gehaltenen Funktionsaufnahmen der HWS unter Bildverstärker zeigten Folgendes: bei forcierter Extension Dorsalgleiten der HWK3 um ca. 3 mm, Reposition des HWK in Neutralstellung bei der Flexion. Der Kreisarzt Dr. med. F. _____, FMH für Orthopädische Chirurgie, legte am 8. September 2010 dar, die in den Funktionsaufnahmen der Klinik Y. _____ nachgewiesene Instabilität C3/C4 stehe nur möglicherweise mit dem Unfall im Zusammenhang; er empfehle die diagnostische Infiltration des instabilen HWS-Segments, ob nicht doch ein Teil der Symptomatik auf dieses Segment zurückzuführen sei; sollte der Versicherte auf eine diagnostische Infiltration mit Lidocain günstig ansprechen, müsste doch das instabile Segment als Unfallfolge beurteilt werden, da er doch glaubhaft vorgängig keine Beschwerden gehabt habe. Gemäss Bericht vom 19. November 2010 wurde in der Klinik Y. _____ gleichentags eine intraartikuläre Infiltration der Intervertebralgelenke HWK3/4 beidseits mit Triamcinolon/Lidocain 1 % versucht; die Nadel sei nicht ganz bis in die Tiefe kaudal des Processus spinosus HWK3 gelangt, als der Versicherte Schmerzen, Schwindel und kaltschweissige Händen beklagt habe, so dass die Infiltration habe abgebrochen werden müssen; angesichts der genannten Reaktionen auf die Infiltration ausschliesslich im Bereich der Zervikalmuskulatur mit Lokalanästhetika würden sie von weiteren infiltrativen Massnahmen absehen. Am 19. Mai 2011 führte diese Klinik aus, die segmentale Hypermobilität HWK3/4 sei anlässlich einer radiologischen Untersuchung mittels Bildverstärker nachgewiesen worden. Die Aufnahme der HWS in passiver Reklination zeige eine Retrolisthese von HWK3 gegenüber HWK4 mit einem Abstand von 3 mm. Die mittels Bildverstärker aufgenommenen Bilder wiesen eine geringfügige Vergrösserung auf, so dass der effektive Abstand der Retrolisthese des HWK3 etwas kleiner sei. Die Frage, ob die persistierenden Beschwerden in einem möglichen, überwiegend wahrscheinlichen oder sicheren Zusammenhang mit dem Unfall stünden, müsste im Rahmen eines Gutachtens beantwortet werden.

E. 3.2

Die apparativen Abklärungen der HWS vom 19. April 2008 (CT) und 16. Juni 2009 (MRI) zeigten keine unfallspezifischen Verletzungen, sondern degenerative Veränderungen im mittleren HWS-Bereich, wie Frau Dr. med. K. _____, FMH Phys. Medizin und Rehabilitation Sportmedizin SGSM, am 27. Oktober 2009 dargelegt hat. Dies ist unbestritten.

Der Versicherte macht geltend, es sei zu klären, ob die in der Klinik Y. _____ am 22./26. Januar 2010 festgestellte segmentale Hypermobilität bzw. Instabilität auf Höhe C3/C4 überwiegend wahrscheinlich unfallkausal sei. Gemäss dem Bericht dieser Klinik vom 19. Mai 2011 besteht in diesem Bereich eine Retrolisthese. Bei dieser Pathologie handelt es sich um eine bewegungsunabhängig fixierte Verschiebung oder Verkippung eines Wirbelkörpers nach dorsal wegen Instabilität bei degenerativer Wirbelsäulenerkrankung (Diskopathie), nach Nukleotomie oder als Folge einer Wirbelbogendegeneration (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 2012, 263. Aufl., Berlin 2011, S. 1804). Gemäss Alfred M. Debrunner, Orthopädie/Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl., Bern 2002, S. 847, ist

eine Rethrolisthese degenerativ bedingt.

Gemäss medizinischer Literatur ist die Retrolisthese somit grundsätzlich eine degenerative Pathologie, falls - wie hier - eine Nukleotomie als Ursache ausser Betracht fällt. In diesem Lichte ist die Einschätzung des Kreisarztes Dr. med. F. _____ vom 8. September 2010, dass die in den Funktionsaufnahmen der Klinik Y. _____ nachgewiesene Instabilität C3/C4 nur möglicherweise unfallkausal sei, nicht zu beanstanden. In den gesamten medizinischen Akten findet sich keine abweichende Kausalitätsbeurteilung. Die Ärzte der Klinik Y. _____ nahmen jedenfalls zur Kausalitätsfrage nicht Stellung, sondern regten lediglich an, dazu ein Gutachten einzuholen. Damit lassen sich aufgrund der Aktenlage jedoch nicht einmal geringe Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung des Dr. med. F. _____ begründen. Es ist zudem nicht ersichtlich, inwiefern weitere medizinische Abklärungen den Schluss nahe legen könnten, die beim Versicherten im Januar 2010 festgestellte Instabilität mit Retrolisthese gehöre nicht zur bestehenden degenerativen Pathologie, sondern sei überwiegend wahrscheinlich (teilweise) auf den Unfall vom 19. April 2008 zurückzuführen. Auf weitere Beweiserhebungen ist demnach zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236). Insbesondere kommt der funktionellen Magnetresonanztomografie (fMRT; fmri) für die Beurteilung der Unfallkausalität von Beschwerden nach Schleudertraumen der HWS und äquivalenten Unfallmechanismen nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft kein Beweiswert zu (BGE 134 V 231 ; Urteil 8C_310/2011 vom 5. September 2011 E. 4.2). Nichts zu seinen Gunsten ableiten kann der Versicherte aus der Argumentation des Dr. med. F. _____, sollte er auf eine diagnostische Infiltration günstig ansprechen, müsste das instabile Segment als Unfallfolge beurteilt werden, da er vorgängig keine Beschwerden gehabt habe; denn dies läuft auf einen unzulässigen "post hoc, ergo propter hoc"-Schluss hinaus (SVR 2010 UV Nr. 10 S. 40 E. 3.2 [8C_626/2009]).

E. 4

Nicht zu beanstanden und unbestritten ist die vorinstanzliche Auffassung, dass die adäquate Unfallkausalität des Gesundheitsschadens nach der Schleudertraumapraxis - mithin ohne Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten (BGE 134 V 109) - zu prüfen ist. Aufgrund der Akten war hinsichtlich des HWS-Distorsionstraumas der Fallabschluss unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung rechtmässig, da von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung überwiegend wahrscheinlich keine namhafte, ins Gewicht fallende Besserung des Gesundheitszustandes bzw. Steigerung der Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten war (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG ; BGE 134 V 109 E. 3. f. S. 112 ff.). Gegenteiliges macht der Versicherten denn auch nicht geltend.

E. 5

Die Unfallschwere ist objektiv aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 E. 5.3.1 [U 2/07]). Laut dem Polizeirapport vom 22. April 2008 ereignete sich der Unfall vom 19. April 2008 wie folgt: Auf einer Kantonsstrasse brach das Heck des Autos des Versicherten in einer S-Kurve nach links aus und kollidierte mit der linken Fahrertür mit einem Randleitpfosten sowie zwei massiven Holzpfehlern am rechten Fahrbahnrand. Durch die heftige Kollision drehte sich das Fahrzeug um die halbe Achse und nach links, schleuderte seitlich durchs Wiesland und kollidierte schlussendlich mit dem Heck mit einem Baum und kam in einer

Baumgruppe zum Stillstand. Die Vorinstanz qualifizierte dieses Ereignis als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen. Der Versicherte bringt vor, es handle sich mindestens um ein mittelschweres Ereignis. Aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs und der fotomässig dokumentierten Schäden am Auto ist höchstens von einem mittelschweren Ereignis im mittleren Bereich auszugehen (vgl. auch Urteil 8C_279/2011 vom 6. Juli 2011 E. 9 und die beispielhafte Übersicht zur Unfallschwere im Urteil 8C_595/2009 vom 17. November 2009 E. 7.1 f.). Aus der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 10. Februar 2009 kann der Versicherte in diesem Lichte nichts zu seinen Gunsten ableiten. Die adäquate Unfallkausalität des Gesundheitsschadens kann somit nur bejaht werden, wenn drei der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (BGE 134 V 109 E. 10.3 S. 130; SVR 2010 UV Nr. 25 S. 100 E. 4.5 [8C_897/2009]; Urteil 8C_82/2011 vom 9. Juni 2011 E. 7.2).

E. 6

Die Vorinstanz liess offen, ob das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen erfüllt ist, da dieses allein nicht zur Bejahung der adäquaten Unfallkausalität der Beschwerden führen könne; denn die übrigen Kriterien seien nicht gegeben. Zu den vom Versicherten angerufenen Adäquanzkriterien ist Folgendes festzuhalten:

E. 6.1

Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls des Versicherten zu beurteilen. Jedem mindestens mittelschweren Unfall ist eine gewisse Eindrücklichkeit eigen, die somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (nicht publ. E. 3.5.1 des Urteils BGE 137 V 199). Es wird nur das Unfallgeschehen an sich und nicht die dabei erlittene Verletzung betrachtet. Der nachfolgende Heilungsprozess ist irrelevant (Urteil 8C_721/2011 vom 11. November 2011 E. 5.1). Dem Unfall vom 19. April 2008 ist eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abzuspüren. Es liegen aber nicht Umstände vor, welche die Bejahung einer besonderen Dramatik oder besonderen Eindrücklichkeit rechtfertigen. Zu beachten ist auch, dass der Versicherte ohne Hilfe aus dem Unfallauto aussteigen konnte. Das Kriterium ist mithin nicht gegeben (vgl. Urteil 8C_279/2011 E. 9 und 10.2 sowie die im Urteil 8C_595/2009 E. 8.1 f. angeführten Unfallbeispiele).

E. 6.2

Zum Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung bis zum Fallabschluss (BGE 134 V 109 E. 10.2.3 S. 128) ist Folgendes festzuhalten: Die Behandlung des Versicherten beinhaltete Medikamenteneinnahme, Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie (MTT), Massagen sowie Kraniosacraltherapie. Vom 4. bis 30. Januar 2010 war er in der Klinik Y._____ hospitalisiert; die Behandlungselemente waren arbeitsspezifisches Training, MTT, Geh- und Aquatraining, selbstständige Gymnastik/Selbsttraining und Schulungen zu verschiedenen Themen (Arbeitsergonomie, Schmerzbewältigung, Entspannung). Am 19. November 2010 wurde in dieser Klinik erfolglos eine intraartikuläre Infiltration der Intervertebralgelenke HWK3/4 versucht (E. 3.1 hievore). Gemäss ärztlichem Zwischenbericht vom 27. Dezember 2010 erfolgte die Behandlung gegenwärtig mit Psychotherapie und NSAR. Die blossen ärztlichen Verlaufskontrollen und Abklärungsmassnahmen sind nicht zu berücksichtigen. Ebenso

wenig lässt sich die Behandlung aufgrund der Akten als belastend im Sinne der Rechtsprechung bezeichnen. Auch waren die Vorkehren nicht mit der durch das Kriterium anvisierten, erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität verbunden (vgl. Urteil 8C_82/2011 E. 8.4). Das Kriterium ist demnach nicht erfüllt.

E. 6.3

Adäquanzrelevant können nur in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4 S. 128). Am 31. Oktober 2008 gab der Versicherte der SUVA an, wenn er den Kopf beim Sitzen zu lange nach unten (Bürotischarbeit) oder nach hinten (Auto auf Lift) habe, begännen Nackenverspannungen und gingen mit der Zeit in den Kopf über. Wenn er darauf achte, dass er die Kopfposition immer wieder ändere, habe er praktisch keine Beschwerden. Dr. med. B._____ führte am 17. November 2008 aus, aktuell beklage sich der Versicherte bei normalen Bewegungen kaum über Schmerzen. Es persistierten noch tendomyotische Nacken-Schultergürtelbeschwerden mit Ausstrahlung zum Teil in die BWS und in den Hinterkopf; sie seien deutlich belastungs- und stellungsabhängig. Bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 13. Mai 2009 gab der Versicherte an, er habe Nacken- und Schultergürtelbeschwerden, die in den Kopf ausstrahlten und manchmal auch zu Kopfschmerzen führten. Langes Sitzen und nach oben Schauen lösten diese Beschwerden aus; er habe dann auch Konzentrationsschwierigkeiten. Die Beschwerden habe er sicherlich jeden zweiten Tag. Beim Autofahren, vor allem bei nasser Fahrbahn, habe er häufig Angst und dann auch vegetative Symptome. Bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 27. Oktober 2009 legte er dar, frühere sportliche Tätigkeiten (Go-Kartfahren, Schwimmen, Joggen und Laufen) habe er aufgeben müssen; nun habe er begonnen, wieder zügig zu Gehen. Im bei der SUVA am 3. März 2010 eingegangenen Hospitalisationsbericht legte die Klinik Y._____ dar, es träten vor allem Beschwerden bei Überkopfarbeiten und längerem nach oben Schauen auf. Auch teilweise langes Sitzen am Computer werde nach einiger Zeit als schmerzhaft empfunden. Es bestehe eine deutliche Einschränkung der Belastbarkeit beim Heben und Tragen und bei lange gehaltenen Positionen in Vorneigung und im Sitzen. Am 20. Juli 2010 führte der Versicherte aus, die Beschwerden hingen stark von seiner Arbeit ab. Er habe einen Druckschmerz im Nacken, Schwäche, Konzentrationsprobleme und Kopfschmerzen. Dann müsse er sich 15-20 Minuten hinlegen und die Beschwerden würden besser. Beschwerdefrei sei er nie. Wenn er dauernd in Bewegung sei, seien die Beschwerden etwas besser. Sobald er länger die gleiche Haltung einnehme, würden sie wieder schlimmer. Die Klinik Y._____ legte am 19. November 2010 dar, es persistierten Schmerzen der mittleren bis unteren HWS mit Ausstrahlung in die rechte Schulterregion inklusive den rechten Oberarm von belastungsabhängigem Charakter; sie träten insbesondere bei Extensionshaltung zervikal auf. Insgesamt ist das Kriterium jedenfalls nicht besonders ausgeprägt gegeben, zumal der Versicherte Autofahren und der Arbeit im eigenen Geschäft nachgehen konnte (vgl. Urteil 8C_481/2011 vom 11. August 2011 E. 4.1).

E. 6.4

Nach den medizinischen Akten war der Versicherte ab 21. April 2008 zu 100 %, ab 19. Mai 2008 zu 0 %, ab 1. September 2008 zu 30 %, ab 14. Mai 2009 zu 20 %, ab 23. Juni 2009 zu 30 % und ab 1. Februar 2010 zu 50 % arbeitsunfähig. Unter diesen Umständen ist das

Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen (BGE 134 V 109 E. 10.2.7 S. 129) nicht besonders ausgeprägt erfüllt.

E. 6.5

Nach dem Gesagten ist die Leistungseinstellung per 11. Februar 2011 im Ergebnis rechtens.

E. 7

Der unterliegende Beschwerdeführer trägt die Verfahrenskosten (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.