

LU_GERICHTE S 11 60 vom 20. März 2012

LU Gerichte, 2012-03-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/lu_gerichte_S_11_60

FR: LU_GERICHTE S 11 60 du 20 mars 2012

IT: LU_GERICHTE S 11 60 del 20 marzo 2012

Regeste

Art. 6 UVG. Erreicht ein allfälliges Schädel-Hirntrauma höchstens den Schweregrad einer Commotio cerebri, nicht aber den Grenzbereich zu einer Contusio cerebri, richtet sich die Adäquanzprüfung nicht nach der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109), zumal dann nicht, wenn im Anschluss an das Unfallereignis kein komplexes und vielschichtiges Beschwerdebild vorlag. Zur Anwendung gelangt die Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (Psychopraxis: BGE 115 V 133); eine psychiatrische Diagnose wird dafür keineswegs zwingend verlangt. Beispiele für die Qualifikation eines Unfalls als mittelschwer im engeren Sinn. | Unfallversicherung

Volltext

Luzern Kantonsgericht sonstige 20.03.2012 S 11 60 (2012 II Nr. 35)

Art. 6 UVG. Erreicht ein allfälliges Schädel-Hirntrauma höchstens den Schweregrad einer Commotio cerebri, nicht aber den Grenzbereich zu einer Contusio cerebri, richtet sich die Adäquanzprüfung nicht nach der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109), zumal dann nicht, wenn im Anschluss an das Unfallereignis kein komplexes und vielschichtiges Beschwerdebild vorlag. Zur Anwendung gelangt die Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (Psychopraxis: BGE 115 V 133); eine psychiatrische Diagnose wird dafür keineswegs zwingend verlangt. Beispiele für die Qualifikation eines Unfalls als mittelschwer im engeren Sinn. | Unfallversicherung

Rechtsprechung Luzern Instanz: Verwaltungsgericht Abteilung:

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung Rechtsgebiet: Unfallversicherung

Entscheiddatum: 20.03.2012 Fallnummer: S 11 60 LGVE: 2012 II Nr. 35 Leitsatz: Art. 6

UVG. Erreicht ein allfälliges Schädel-Hirntrauma höchstens den Schweregrad einer

Commotio cerebri, nicht aber den Grenzbereich zu einer Contusio cerebri, richtet sich die

Adäquanzprüfung nicht nach der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109), zumal dann

nicht, wenn im Anschluss an das Unfallereignis kein komplexes und vielschichtiges

Beschwerdebild vorlag. Zur Anwendung gelangt die Rechtsprechung zu den psychischen

Unfallfolgen (Psychopraxis: BGE 115 V 133); eine psychiatrische Diagnose wird dafür

keineswegs zwingend verlangt. Beispiele für die Qualifikation eines Unfalls als

mittelschwer im engeren Sinn. Rechtskraft: Diese Entscheidung ist rechtskräftig. Das

Bundesgericht hat eine gegen diese Entscheidung erhobene Beschwerde in

öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten mit Urteil vom 27. Juni 2012 abgewiesen

[8C_363/2012]. Entscheid: A, geboren 1950, arbeitete seit 2002 für die B AG und war

deswegen bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) unter anderem gegen

die Folgen von Unfall versichert. Am späten Nachmittag des 17. August 2007 erlitt er am

Steuer seines G auf der Autobahn einen Selbstunfall mit Totalschaden des Fahrzeugs. Er

selbst gelangte zur Erstbehandlung in das Kantonsspital C, wo als Unfallfolgen eine Fraktur

des Processus transversus («Querfortsatz») am siebten Halswirbelkörper (HWK) rechts sowie ein Schädelhirntrauma ersten Grades (SHT I°) diagnostiziert wurden. Der Spitalaufenthalt dauerte bis am 29. August 2007. Nach der Entlassung waren hinsichtlich der HWK-Fraktur keine weiteren Massnahmen angezeigt; hingegen wurden zur Klärung eines dringenden Verdachts auf ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom schlafmedizinische Untersuchungen und zur Behandlung einer therapieresistenten arteriellen Hypertonie weitere kardiologische Schritte veranlasst. In der Folge erbrachte die Suva die gesetzlichen Leistungen, indem sie für Heilbehandlung aufkam und Taggeldzahlungen ausrichtete. Am 30. Oktober 2007 fand in der Rehaklinik D ein ambulantes Assessment statt. Am 28. April 2008 nahm der Versicherte seine Arbeit — mit leichten Verrichtungen — wieder auf, wobei er eine 50%ige Leistung erbrachte. Auf Veranlassung des Kreisarztes fanden weitere bildgebende Abklärungen statt. Zuzufolge anhaltender Kopf- und Nackenschmerzen wurde der Versicherte vom Hausarzt verschiedentlich arbeitsunfähig geschrieben. Am 14. Juli 2009 erstattete Dr. med. E, FMH Neurologie, der Suva ein Gutachten. Der Versicherte seinerseits legte einen Bericht von Dr. med. F, Neurologe der Boston University, vom 15. Juli 2009 auf. Am 30. September 2009 verfügte die Suva die Einstellung der Leistungen per 4. Oktober 2009. Die Abklärungen hätten gezeigt, dass die noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar seien. Der demnach zu prüfende adäquate Kausalzusammenhang sei zu verneinen. Auf Einsprache hin konsultierte die Suva nochmals den Kreisarzt (Bericht vom 3.3.2010); zudem veranlasste sie fachärztliche Beurteilungen durch Dr. med. G (FMH Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten; Bericht vom 10.5.2010) und Dr. med. H (FMH Neurologie; Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Bericht vom 29.7.2010). Am 11. Januar 2011 wies sie die Einsprache im Sinn der Erwägungen ab. Beschwerdeweise liess A die Aufhebung des Einspracheentscheidendes und im Wesentlichen die Ausrichtung weiterer Leistungen über den 4. Oktober 2009 hinaus beantragen. Aus den Erwägungen: 6. – a) Für die Prüfung der Adäquanzfrage ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer beim Unfall eine Fraktur im Bereich der HWS (Querfortsatz) erlitt, die Dr. H gemäss Klassifikation der Quebec Task Force (QTF) als «whiplash-associated disorder» der Kategorie IV wertete. Zugleich verursachte der Unfall beim Beschwerdeführer eine MTBI, maximal der Kategorie 2. Erstellt ist sodann, dass der Beschwerdeführer nach der Spitaleinweisung an Kopfweh, Nacken- und Rückenschmerzen litt, ferner an Augenschmerzen und an Schwindel; fast täglich musste er erbrechen. Diese Symptome führten die Spitalärzte auf die hartnäckige arterielle Hypertonie zurück. Laut Erhebungsblatt hielten die Beschwerden und Schmerzen nach dem Spitalaustritt an, desgleichen der erhöhte Blutdruck; lediglich das Erbrechen habe aufgehört. In der Rehaklinik D klagte der Beschwerdeführer aktuell über bewegungs- und belastungsverstärkte Nackenbeschwerden links, zeitweise Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Müdigkeit. Betreffend Kopfweh präziserte er mit dem Zusatz «nur wenig, ist nur hintergründig wichtig»; Schlafstörungen und Müdigkeit hätten schon zuvor bestanden (fremdanamnestisch bestätigt). Schon vorher habe er wegen Schmerzen wenig geschlafen und wegen der Hypertonie habe er schon immer Kopfweh gehabt. Ein «kursorischer Schwindeluntersuch» ergab im Wesentlichen unauffällige Befunde, bis auf ein «Trümmel-Gefühl» von nur wenigen Sekunden nach schnellem Aufrichten, ohne Nystagmus. Am 27. Februar 2008 berichtete der Beschwerdeführer über sein Befinden: Kopfweh habe er jeden Tag, einmal mehr, einmal weniger; im Nacken träten bei Bewegung Schmerzen auf (ausstrahlend in die linke Schulter bis in den Ellbogen) sowie nachts. Bei starken Körperrotationen gebe es noch ab und zu Rückenbeschwerden. Schwindelgefühle

beständen gelegentlich noch bei schnellem Aufstehen; ansonsten habe sich dieser Zustand gebessert. Einen Monat später erhob Prof. Dr. I einen insgesamt normalen Neurostatus, wobei er die Schmerzsymptomatik im Bereich der linken HWS als reines HWS-Syndrom im Rahmen von Spannungskopfschmerzen klassifizierte. Eine «Schwindelabklärung» im Kantonsspital ergab — wie schon gezeigt — keine Hinweise für eine Funktionsstörung; anamnestisch wird seit Behandlung der Schlafapnoe (CPAP-Versorgung) eine Besserung des Allgemeinbefindens erwähnt (Bericht vom 2.6.2008). b) Unter diesen Umständen hat sich die Adäquanzprüfung nicht nach den für Schleudertrauma und äquivalente Verletzungen geltenden Regeln (BGE 134 V 109) zu richten, sondern nach denjenigen für psychogene Unfallfolgen («Psychopraxis»: BGE 115 V 133). Eine psychiatrische Diagnose wird dafür keineswegs zwingend verlangt (vgl. EVG-Urteil U 285/05 vom 22.3.2006 E. 3.2.1). Andererseits kann im vorliegenden Fall festgehalten werden, dass es sich beim streitbetroffenen Unfall nicht um einen Auffahrunfall handelte, sodass ein Mechanismus, wie er den klassischen Schleudertraumata zugrunde liegt, nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt ist. Die Diagnose eines Schleudertraumas oder eines HWS-Distorsionstraumas wurde denn auch nie gestellt. Lediglich Prof. Dr. I sprach von einem HWS-Syndrom, dies jedoch ohne genaue Kenntnis der Anamnese. Die Klassifikation des Dr. H in Kategorie IV der QTF gründete ausschliesslich in der Organizität der Verletzung; er selber vermerkte, dass keine neurologischen Folgen vorlagen. Daher kann daraus mit Blick auf den anwendbaren Adäquanzmassstab nichts Zwingendes abgeleitet werden. Ein buntes Beschwerdebild im Sinn der Rechtsprechung (vgl. BGE 134 V 116 E. 6.2.1) ist im vorliegenden Fall nicht ausgewiesen. Zwar lagen beim Beschwerdeführer im Anschluss an den Unfall zeitweise einzelne der typischen Symptome vor. Nach der eingangs geschilderten Aktenlage, namentlich unter Berücksichtigung der Erhebungen in der Rehaklinik D, ist jedoch — vorbehältlich der Schmerzen im Nackenbereich — wiederum nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass diese auf den Unfall zurückgingen. An diesem Ergebnis vermag auch das diagnostizierte SHT I° nichts zu ändern. Denn wenn ein allfälliges Schädel-Hirntrauma höchstens den Schweregrad einer Commotio cerebri erreicht, die nicht im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri liegt, genügt dies grundsätzlich nicht für die Anwendung der SchleudertraumaPraxis, zumal dann nicht, wenn im Anschluss an das Unfallereignis kein komplexes und vielschichtiges Beschwerdebild vorlag (vgl. BG-Urteil 8C_476/2007 vom 4.8.2008 E. 4.1.3, in: SVR 2008 UV Nr. 35 S. 133; BG-Urteile 8C_248/2010 vom 17.6.2010 E. 3.1, 8C_837/2009 vom 25.2.2010 E. 2.1, 8C_804/2008 vom 2.6.2009 E. 4.2 und 8C_918/2008 vom 1.5.2009 E. 4.2). Das Bundesgericht hat diese Rechtsprechung letztmals in BG-Urteil 8C_270/2011 vom 28. Juli 2011 bestätigt. Zwar hat es — ohne Bezugnahme hierauf — in jüngerer Zeit vereinzelt erkannt, dass die sogenannte Schleudertrauma-Rechtsprechung auch bei MTBI zur Anwendung komme, zumal auch nach solchen Verletzungen etwa 15% der Verunfallten nach einem Jahr noch persistierende beeinträchtigende Beschwerden zeigten (BG-Urteil 8C_428/2007 vom 9.7.2008 mit Hinweisen auf medizinische Literatur und Rechtsprechung; vgl. ferner BG-Urteile 8C_902/2010 vom 6.4.2011 und 8C_110/2010 vom 18.3.2010). Diese Divergenz in der Rechtsprechung befremdet. Im vorliegenden Fall, wo eine Commotio cerebri nie diagnostiziert wurde, wo eine MTBI der Kategorie 0, höchstens der Kategorie 2 vorliegt und wo insbesondere der Nachweis des typischen Beschwerdebildes nicht in genügendem Masse erbracht ist, scheint die Anwendung der nie im Sinn eines Grundsatzurteils bestätigten MTBI-Rechtsprechung jedenfalls nicht gerechtfertigt. 7. – a und b) (...) c) Eine — frontale oder seitliche — Kollision mit einem anderen Fahrzeug hat

sich im vorliegenden Fall nicht zugetragen. Die Verletzungen, die sich der Beschwerdeführer bei seinem Selbstunfall zuzog, lassen für sich keine Rückschlüsse auf die Unfallschwere zu (BG-Urteil 8C_1028/2010 vom 6.6.2011 E. 6.1). Verglichen mit der Rechtsprechung fällt eine Zuordnung des strittigen Geschehens in den Bereich der schweren Unfälle klarerweise ausser Betracht. Selbst die Zuordnung in den Grenzbereich zu den schweren Unfällen lässt sich nicht überzeugend begründen, auch wenn dies auf Anheb wenig verständlich scheinen mag. So hat das Bundesgericht auf einen mittelschweren Unfall im engeren Sinne erkannt, als das Fahrzeug mit der versicherten Person — ■bei einem Überholmanöver mit ca. 100 km/h abrupt abgebremst wurde, dabei ins Schleudern geriet, gegen einen Strassenwall prallte, sich überschlug und auf der Fahrerseite zu liegen kam (BG-Urteil 8C_169/2007 vom 5.2.2008 E. 4.2), — ■einen Lastwagen beim Überholen touchierte und sich überschlug (BG-Urteil 8C_743/2007 vom 14.1.2008 Sachverhalt und E. 3), — ■von der Strasse abkam und sich überschlug (BG-Urteil U 213/06 vom 29.10.2007 Sachverhalt und E. 7.2), — ■auf der Autobahn in einer Kurve ins Schleudern geriet, sich überschlug und auf dem Dach liegend zum Stillstand kam (BG-Urteil U 258/06 vom 15.3.2007 Sachverhalt und E. 5.2), — ■sich bei einer Geschwindigkeit von ca. 90 km/h auf einer Autobahn über eine Mittelleitplanke hinweg überschlug — wobei die versicherte Person hinausgeschleudert wurde — und mit Totalschaden auf der Gegenfahrbahn auf dem Dach zu liegen kam (BG-Urteil U 492/06 vom 16.5.2007 E. 4.2; vgl. zum Ganzen BG-Urteil 8C_915/2008 vom 11.9.2009 E. 5.1), — ■mit einer Fahrgeschwindigkeit von 110 km/h die Kontrolle verloren hatte, auf den Fahrstreifen für den Gegenverkehr, dann auf das linksseitige Strassenbankett geriet und schliesslich in den Strassengraben abgekommen war, wobei es sich mehrere Male überschlagen hatte (BG-Urteil 8C_595/2009 vom 17.11.2009 E. 7.2), — ■mit einem anderen PW frontal kollidierte, wobei die Geschwindigkeit des unfallverursachenden Personenwagens 30 bis 40 km/h betrug und diejenige des beteiligten Fahrzeugs auf etwa 70 bis 80 km/h geschätzt wurde (BG-Urteil 8C_80/2009 vom 5.6.2009 E. 6.1), — ■mit einer Fahrgeschwindigkeit von ca. 80 km/h mit einem Drahtgitterzaun abseits der Strasse kollidierte, mit seitlichem Überschlag und Stillstand auf dem Dach liegend im angrenzenden Wiesland (BG-Urteil 8C_609/2007 vom 22.8.2008 E. 4.1 und Sachverhalt), — ■mit einer Geschwindigkeit von ca. 90 km/h frontal in einen stehenden Personenwagen prallte (BG-Urteil 8C_786/2009 vom 4.1.2010 E. 4.6.2), — ■auf der Autobahn mit ca. 130 km/h wegen des Platzens eines Reifens ins Schleudern geriet, sich um die eigene Achse drehte, wobei es einen Schutzzaun durchbrach und anschliessend nach der Überquerung mehrerer Wassergräben auf einem Acker neben der Fahrbahn zum Stehen kam (BG-Urteil 8C_9/2010 vom 11.6.2010 E. 3.5f.), — ■ungebremst mit etwa 100 km/h frontal in ein mit ca. 80 km/h fahrendes, noch ein Abbrems- und Ausweichmanöver einleitendes Auto stiess (BG-Urteil 8C_1021/2009 vom 3.11.2010 E. 8.3 und Sachverhalt; vgl. BG-Urteil 8C_617/2010 vom 15.2.2011 E. 3.2.2; zum Ganzen: BG-Urteil 8C_996/2010 vom 14.3.2011 E. 7.2). Mit Blick hierauf ist auch der strittige Unfall dem mittleren Bereich im engeren Sinne zuzuordnen. Wie sich aus der Kasuistik ergibt, vermögen daran weder die Geschwindigkeit von mehr als 100 km/h noch das (allenfalls) zweifache Überschlagen des Autos und der dadurch erlittene Totalschaden etwas zu ändern. (...)