

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/137 vom 7. Juli 2009

Sg Versicherungsgericht, 2009-07-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2008_137

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/137 du 7 juillet 2009

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/137 del 7 luglio 2009

Regeste

Art. 4 ATSG: Beweislosigkeit hinsichtlich Vorliegens eines Unfallereignisses, was sich zu Lasten der den Anspruch erhebenden Person auswirkt. Verneinung einer Leistungspflicht des Unfallversicherers (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Juli 2009, UV 2008/137).

Erwägungen

E. 1

1.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden die Versicherungsleistungen, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte, schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Dabei bezieht sich das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern auf den Faktor selbst. Ohne Belang für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ist somit, dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich gezogen hat. Ein äusserer Faktor ist aussergewöhnlich, wenn er den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich Alltäglichen oder Üblichen überschreitet. Ob dies zutrifft, beurteilt sich im Einzelfall, wobei grundsätzlich nur die objektiven Umstände in Betracht fallen (RKUV 2000 Nr. U 368 S. 99 E. 2b mit Hinweisen; BGE 122 V 233 E. 1, 121 V 38 E. 1a, je mit Hinweisen). Das für den Unfallbegriff wesentliche Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors kann nach Lehre und Rechtsprechung auch in einer unkoordinierten Bewegung bestehen. So kann der Körper als Ganzes in Bewegung kommen, indem er - z.B. bei einem Sturz - auf harter Unterlage aufschlägt und Schaden nimmt. Der äussere und der ungewöhnliche Faktor sind hier ohne weiteres gegeben. Dies trifft auch zu, wenn sich, wie beim Ausgleiten, Stolpern oder Abwehren eines Sturzes, bloss einzelne Körperteile bewegen und in Verbindung mit einem in der Aussenwelt liegenden Umstand zur gesundheitlichen Störung führen (RKUV 1999 Nr. U 333 S. 199 E. 3c/aa und Nr. U 345 S. 422 E. 2b; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl., Bern 1989, S. 176 f.; Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl., Zürich 2003, S. 27 f.). Weiter bejaht die Rechtsprechung das Vorliegen eines ungewöhnlichen äusseren Faktors dann, wenn beim Heben oder Verschieben einer Last ein ganz ausserordentlicher Kraftaufwand erfolgt und zu einer, gelegentlich als Verhebetauma bezeichneten, Schädigung führt. Es muss jedoch von Fall zu Fall geprüft werden, ob die Anstrengung im

Hinblick auf Konstitution und berufliche oder ausserberufliche Gewöhnung der betreffenden Person ausserordentlich war (vgl. BGE 116 V 139 E. 3b; RKUV 1994 Nr. U 180 S. 38 E. 2). Der Bundesrat kann sodann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalls ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Art. 6 Abs. 2 UVG). In Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) hat er in einer abschliessenden Aufzählung folgende Körperschäden auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung den Unfällen gleichgestellt, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind: Knochenbrüche, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrisse, Muskelrisse, Muskelzerrungen, Sehnenrisse, Bandläsionen sowie Trommelfellverletzungen.

1.2 Im Unfallversicherungsrecht herrscht, wie allgemein im Sozialversicherungsrecht, der Untersuchungsgrundsatz. Der Unfallversicherer und im Streitfall das Gericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen zu ermitteln. Indessen ist die leistungsansprechende Person gesetzlich verpflichtet, dabei mitzuwirken. Sie muss die Umstände des Unfalls glaubhaft machen. Kommt sie dieser Forderung nicht nach, indem sie unvollständige, ungenaue oder widersprüchliche Angaben macht, die das Bestehen eines unfallmässigen Schadens als unglaubwürdig erscheinen lassen, besteht keine Leistungspflicht des Unfallversicherers. Im Streitfall obliegt es dem Gericht, zu beurteilen, ob die einzelnen Voraussetzungen des Unfallbegriffs erfüllt sind. Der Untersuchungsmaxime entsprechend hat es von Amtes wegen die notwendigen Beweise zu erheben und kann zu diesem Zwecke auch die Parteien heranziehen (RKUV 1990 Nr. U 86 S. 50). Bei sich widersprechenden Angaben der versicherten Person über den Unfallhergang kann praxisgemäss auf die Beweismaxime abgestellt werden, wonach die so genannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können. Wenn die versicherte Person ihre Darstellung im Lauf der Zeit wechselt, kommt den Angaben, die sie kurz nach dem Unfall gemacht hat, in der Regel grösseres Gewicht zu als jenen nach Kenntnis einer Ablehnungsverfügung des Versicherers (BGE 121 V 47 E. 1a mit Hinweisen). Das Gericht stellt auf jene Sachverhaltsdarstellung ab, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen aber eine Beweislast insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel kommt zur Anwendung, wenn im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes kein wahrscheinlicher Sachverhalt ermittelt werden kann (BGE 114 V 305 E. 2b). Wird also auf dem Wege der Beweiserhebung das Vorliegen eines Unfallereignisses nicht wenigstens mit Wahrscheinlichkeit erstellt - die blosse Möglichkeit genügt nicht (Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Bern 2003, 3. Aufl., S. 451 f.), so hat dieses als unbewiesen zu gelten, was sich zu Lasten der den Anspruch erhebenden Person auswirkt.

E. 2

In tatsächlicher Hinsicht steht fest, dass der Versicherte am 10. Oktober 2007 wegen Schmerzen über dem Iliosakralgelenk (ISG) links Dr. med. B.____, Allgemeine Medizin FMH, konsultierte und dieser eine Lumbago diagnostizierte (UV-act. M3). Unbestritten ist im Weiteren, dass er wegen gleicher Beschwerden bzw. eines lumbovertebralen sowie ischioradikulären Syndroms erstmals am 26. Oktober 2007 Dr. A.____ aufsuchte (UV-act. M1). Streitig und zu prüfen ist im Folgenden, wie es zu dieser gesundheitlichen Störung, die grundsätzlich in Folge eines Unfalls auftreten bzw. durch einen Unfall ausgelöst oder

verschlimmert werden kann (vgl. A. Maurer, a.a.O., S. 167), jedoch häufig krankhaften Veränderungen in der Lendenwirbelsäule (LWS) bzw. im ISG zuzuschreiben ist (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl., Bern 2002, S. 848 ff., 904 f.), gekommen ist. Während die Beschwerdeführerin geltend macht, die behandelten Rückenbeschwerden seien auf einen drei Tage vor der Konsultation bei Dr. B.____, d.h. am 7. Oktober 2007, erlittenen Unfall im Sinn von Art. 4 ATSG zurückzuführen, vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, das Vorliegen eines Unfallereignisses sei nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Fest steht demgegenüber, dass es sich bei einer Lumbago bzw. einem lumbovertebralen sowie ischioradikulären Syndrom nicht um eine Körperschädigung im Sinn von Art. 9 Abs. 2 UVV handelt und damit eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin unter dem Titel einer unfallähnlichen Körperschädigung von vornherein entfällt.

E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin führt die Rückenbeschwerden des Versicherten auf ein Ereignis zurück, wie es von diesem am 2. Juni 2008 gegenüber der Beschwerdegegnerin beschrieben wurde. Der Versicherte habe sein Fahrrad umstellen und dabei auch eine Runde fahren wollen. Als er auf das Fahrrad gestiegen sei, sei jedoch der Gang nicht richtig drin gewesen. Er habe mit der Pedale durchgedreht und sei hierauf auf die rechte Seite gefallen. Danach habe er Schmerzen im Rücken verspürt. Diese hätten sich anfangs noch im Rahmen gehalten, seien dann jedoch von Tag zu Tag stärker geworden, worauf er zum Arzt gegangen sei (UV-act. UM/B). - Unstreitig ist, dass mit einem Sturz ein ungewöhnlicher äusserer Faktor auf den Körper einwirkt und das eben beschriebene Ereignis damit einen Unfalltatbestand im Sinn von Art. 4 ATSG darstellt. Der Hergang des angeblichen Ereignisses vom 7. Oktober 2007 ist in den Akten weitere Male beschrieben. In der Bagatellunfallmeldung vom 28. Mai 2008 wurde kurz angegeben, der Versicherte habe das Fahrrad umstellen wollen und sei hingefallen (UV-act. UM/A). Dr. A.____ hielt sodann im Arzzeugnis vom 5. Juni 2008 fest, der Versicherte habe ca. drei Wochen vor seiner ersten Behandlung am 26. Oktober 2007 ein Verhebetauma erlitten. Konkret wurde ein Verhebetauma bei der Arbeit notiert. Ein Unfall als Ursache der Beschwerden wurde nicht markiert (UV-act. M1). Dr. B.____ vermerkte schliesslich im Arzzeugnis vom 23. Juli 2008 Rückenschmerzen nach Zügeln und verneinte das Stattfinden eines Traumas (UV-act. M3).

3.2 Tatsächlich wurden die Arzzeugnisse von Dr. A.____ und Dr. B.____ erst am 5. Juni bzw. 23. Juli 2008 und damit in etwa zeitgleich mit der Bagatellunfallmeldung sowie der ergänzenden Sachverhaltsdarstellung des Versicherten vom 2. Juni 2008 verfasst. Dieser Umstand ist jedoch einzig darauf zurückzuführen, dass die Ärzte von der Beschwerdegegnerin erst im fraglichen Zeitpunkt zum Schadenfall des Versicherten befragt wurden. Die zuhanden des Unfallversicherers einzureichenden, mit vorgegebenen Rubriken vordruckten Arzzeugnisse geben jedoch die von den Ärzten anlässlich konkreter - allenfalls eben früherer - Untersuchungen eines Patienten notierte Krankengeschichte mit den damals erhobenen Befunden, Diagnosen sowie angeordneten Therapien usw. wieder. Die - wenn auch erst - in einem später ausgestellten Arzzeugnis enthaltenen Vermerke stellen insofern echtzeitliche Berichte bzw. Beurteilungen dar. So lassen auch die Arzzeugnisse von Dr. A.____ und Dr. B.____ den Schluss zu, dass sie nicht den gegenwärtigen Status des Versicherten, sondern dessen Anamnese wiedergeben. Dass bei der Übertragung der ursprünglich notierten Krankengeschichte in das Arzzeugnis Fehler unterlaufen können oder ärztliche Fachmeinungen nicht überzeugen, ist nicht auszuschliessen. Grundsätzlich ist jedoch von der Richtigkeit des in den Arzzeugnissen

Notierten auszugehen. Die Beweiswertigkeit einer ärztlichen Fachmeinung ist sodann im Rahmen der beweisrechtlichen Würdigung zu prüfen. Im Weiteren ist festzuhalten, dass der Arzt bei der Rubrik "Angaben der Patientin/des Patienten: Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?" eine Sachverhaltsfrage und keine medizinische Frage beantwortet. Die diesbezüglichen ärztlichen Vermerke basieren zwingend auf den Darstellungen der Patientin bzw. des Patienten oder allenfalls Dritter. In diesem Sinn sind sämtliche in Erwägung 3.1 dargelegten Sachverhaltsschilderungen als solche des Versicherten zu betrachten. Diese weisen nun aber hinsichtlich der Frage, was sich am 7. Oktober 2007 ereignet haben soll - Sturz oder Verhebetauma -, massgebende Abweichungen auf. 3.3 Bauen spätere Aussagen auf früheren Aussagen auf bzw. zeichnen sich erstere einzig durch einen höheren Detaillierungsgrad aus, kann auch ein späterer Sachverhalt als ausgewiesen gelten bzw. berücksichtigt werden. Die verschiedenen Aussagen müssen jedoch in sich kongruent und logisch betrachtet werden können. Wird dagegen zu einem späteren Zeitpunkt ein vollkommen neuer Sachverhalt hinzugefügt, ist dessen überwiegend wahrscheinliches Geschehen als zweifelhaft bzw. lediglich als möglich zu betrachten. - Die Arztzeugnisse von Dr. A.____ und Dr. B.____ enthalten zwei echtzeitliche Sachverhaltsschilderungen des Versicherten (vgl. Erwägung 3.2), die sich insofern decken, als sie das Geschehen eines Verhebetaumas beinhalten. In den mehr als ein halbes Jahr nach dem Unfall in der Bagatellunfallmeldung sowie in der Ergänzung des Versicherten vom 2. Juni 2008 notierten bzw. geschilderten Sachverhalten ist von einem solchen in keiner Weise mehr die Rede. Vielmehr wurde hier ein vollkommen neuer Sachverhalt, nämlich ein Sturz, hinzugefügt. Nachdem es sich hierbei zweifellos - offensichtlich auch für den Versicherten und die Beschwerdeführerin - um das wesentliche Element des Vorfalls vom 7. Oktober 2007 handelt und gerade dieses den Unfalltatbestand zu begründen vermag, kann dessen Nichterwähnung - bei Zutreffen - bereits in den anfänglichen Unfallschilderungen in keiner Weise nachvollzogen werden. Es ist zudem nicht davon auszugehen, dass das fragliche Element bei Nennung durch den Versicherten von den behandelnden Ärzten nicht in die Anamnese aufgenommen worden wäre. Nachdem zwei Ärzte übereinstimmend und offensichtlich unabhängig voneinander von einem Verhebetauma - wenn auch vom einen Arzt als beim Zügeln und vom anderen als bei der Arbeit geschehen - berichten, besteht kein Anlass, die Richtigkeit dieser ärztlichen und auf den ersten Patientenaussagen beruhenden Angaben in Zweifel zu ziehen. Dass das Verhebetauma einen Unfall darstellen würde bzw. beim Heben oder Tragen einer Last, beispielsweise beim Umstellen des Fahrrads, ein ganz ausserordentlicher Kraftaufwand erfolgt wäre, wird weder von der Beschwerdeführerin noch vom Versicherten geltend gemacht. Im Arztzeugnis von Dr. B.____ wird zudem ein Trauma - offensichtlich auch auf Befragung des Versicherten - explizit verneint. 3.4 Insgesamt ist damit ein Sturz bzw. ein Unfalltatbestand im Sinn von Art. 4 ATSG, von dem mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, er treffe zu, vorliegend nicht ausgewiesen. Auszugehen ist von den echtzeitlichen Angaben des Versicherten gegenüber den behandelnden Ärzten, welche einzig ein Verhebetauma beinhalten. Die Beschwerdeführerin wendet zwar überzeugend ein, dass der Versicherte im Zeitpunkt der Bagatellunfallmeldung sowie seiner ergänzenden Unfallschilderung nicht wusste, dass die Beschwerdegegnerin den Fall mangels Unfallereignisses ablehnen würde. Er war jedoch durch die Beschwerdeführerin davon informiert, dass nach deren Beurteilung die Kosten der Behandlung von Dr. A.____ zu Lasten des Unfallversicherers gehen würden und er deshalb dessen Arztrechnung an diese Stelle senden sollte (UV-act. 2). Ansprechpartnerin

war für den Versicherten also fortan die Beschwerdegegnerin, womit eine Beeinflussung der weiteren Aussagen des Versicherten durch versicherungsrechtliche Überlegungen nicht auszuschliessen ist bzw. zumindest hinsichtlich der echtzeitlichen Aussagen eine solche nicht ausgeschlossen werden kann. Der Einwand der Beschwerdeführerin, es sei dem Versicherten offensichtlich nicht klar gewesen, dass er den Nichtberufsunfall dem Unfallversicherer hätte melden können, vermag den Wahrscheinlichkeitsbeweis ebenfalls nicht herbeizuführen. Der Versicherte war bei seiner Arbeitgeberin vollzeitlich angestellt, womit bei ihm arbeitszeitmässig kein Grenzfall hinsichtlich Versicherungsdeckung für Nichtberufsunfall vorlag. Die Beweislosigkeit für den vom Versicherten bzw. von der Beschwerdeführerin nachträglich geltend gemachten Sturz führt demnach zu einer Entscheidung zu Ungunsten der Beschwerdeführerin, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ableiten wollte (Rumo-Jungo, a.a.O., S. 21). 3.5 Nachdem ein Unfall im Sinn von Art. 4 ATSG zu verneinen ist, erübrigen sich weitere Ausführungen zur Kausalität als weitere Voraussetzung der Leistungspflicht des Unfallversicherers (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG) An dieser Stelle bleibt höchstens nochmals zu erwähnen, dass die beim Versicherten erhobene Gesundheitsstörung häufig krankheitsbedingt auftritt (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 848 ff., 904 f.).

E. 4

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen und der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. November 2008 zu bestätigen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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