

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/34 vom 11. Februar 2009**

Sg Versicherungsgericht, 2009-02-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2008\\_34](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2008_34)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/34 du 11 février 2009

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/34 del 11 febbraio 2009

## **Regeste**

Art. 6 UVG, Art. 11 UVV, Art. 49 ATSG. Konkretisierung der Rechtsprechung: Trotz eines lediglich internen, rein administrativen Fallabschlusses ohne Mitteilung an den Beschwerdeführer kann unter bestimmten Voraussetzungen im Rahmen einer ex-ante Betrachtung von einem Rückfall anstelle des Grundfalls ausgegangen werden. Verneinung eines mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festzustellenden Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den nach zwei Jahren zu einer Arbeitsunfähigkeit führenden Schulterbeschwerden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Februar 2009, UV 2008/34).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Streitig und zu prüfen ist, ob die vom Beschwerdeführer für die Zeit ab dem 30. April 2007 geltend gemachten gesundheitlichen Beschwerden auf den Unfall vom 3. März 2005 zurückzuführen sind und der Beschwerdeführer damit Anspruch auf Versicherungsleistungen der Suva hat.

### **E. 2**

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinn des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung oder im Beschwerdefall das Gericht nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Kausalzusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181, 119 V 337 f. E. 1). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im

Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolgs zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181, 119 V 337 f. E. 1). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen hat jedoch die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a).

2.2 Gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (Art. 22 UVG; BGE 127 V 457 E. 4b, 118 V 297 E. 2d; SVR 2003 UV Nr. 14 S. 43 E. 4.2). Praxisgemäss handelt es sich bei einem Rückfall um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, sodass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt, während von Spätfolgen dann gesprochen wird, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Laufe längerer Zeit organische oder psychische Folgen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut vorgebrachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 f. E. 2c; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; SVR 2003 UV Nr. 14 S. 43 E. 4 Ingress). Festzuhalten ist in diesem Zusammenhang, dass die für den Grundfall an sich massgebenden kausalen Faktoren mit der Zeit wegfallen können, weshalb der Unfallversicherer bei einem Rückfall nicht automatisch an seiner damaligen Leistungszusage behaftet werden kann. Es obliegt vielmehr dem Leistungsansprecher, den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem ursprünglichen Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 122 V 158 E. 1a und 121 V 210 E. 6c, je mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung liegt die Beweislast bei anspruchsbegründenden Tatfragen demzufolge bei der Partei, welche den Anspruch geltend macht. Bei anspruchsaufhebenden Tatfragen liegt sie bei der Partei, welche sich auf das Dahinfallen des Anspruchs beruft. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu

entsprechen (RKUV 1994 U 206 S. 327 f. E. 1 mit Hinweis und E. 3b). Ferner ist zu beachten, dass umso strengere Anforderungen an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen sind, je grösser der zeitliche Abstand zwischen Unfall und Eintritt gesundheitlicher Störungen ist (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c). 2.3 Hinsichtlich des Beweiswerts von Arztberichten und die Anforderungen für die Beweiswürdigung der Entscheidungsgrundlagen ist auf die Ausführungen in Ziff. 2 des Einspracheentscheids der Suva vom 13. Februar 2008 zu verweisen. Dieser gibt die höchstrichterliche Rechtsprechung ausführlich wieder.

### **E. 3**

3.1 Die Beschwerdegegnerin anerkannte die Leistungspflicht für das Unfallereignis vom 3. März 2005 und erbrachte sowohl Leistungen für die ärztliche Behandlung der Nacken- als auch der Schulterbeschwerden. Auf Anfrage der Beschwerdegegnerin teilte ihr der Beschwerdeführer am 28. Februar 2006 mit, dass die ärztlichen Behandlungen beendet worden seien. Die Beschwerdegegnerin schloss den Fall daraufhin intern ab. Nachdem der Beschwerdeführer Ende April 2007 erneut arbeitsunfähig geworden war, prüfte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht im Rahmen eines Rückfalls zum Unfall vom 3. März 2005. Dagegen macht der Beschwerdeführer geltend, dass gestützt auf den Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2007 nicht von einem Rückfall, sondern immer noch vom Grundfall ausgegangen werden müsse. Folglich habe die Beschwerdegegnerin nachzuweisen, dass die Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nichts mehr mit dem Unfall vom 3. März 2005 zu tun hätten.

3.2 Gemäss Art. 49 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) muss der Versicherer über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, schriftlich verfügen. Verfügungspflichtige Anordnungen im Sinn von Art. 49 Abs. 1 ATSG sind grundsätzlich alle Entscheide, die in der Abwicklung eines konkreten Rechtsverhältnisses gefällt werden (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Basel/Genf/Zürich 2003, Art. 49, Rz. 6). Demgegenüber regelt Art. 51 Abs. 1 ATSG, dass Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die nicht unter Art. 49 Abs. 1 ATSG fallen, in einem formlosen Verfahren behandelt werden können. Die Fallabwicklung erfolgt somit primär durch Erlass schriftlicher Verfügungen nach Art. 49 Abs. 1 ATSG und nur wo dieser nicht verlangt ist, kann die Entscheidung im formlosen Verfahren ergehen (Kieser, a.a.O. Art. 51 Rz. 4). Hier ist bezüglich der Ausgestaltung jedoch Art. 51 Abs. 2 ATSG zu beachten, welcher bestimmt, dass im formlosen Verfahren der Erlass einer formellen Verfügung verlangt werden kann. Gemäss Art. 124 lit. b UVV ist eine Verfügung insbesondere über die Kürzung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu erlassen. Nach Art. 56 Abs. 2 ATSG kann Beschwerde erhoben werden, wenn der Versicherungsträger entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt. Das mit einer derartigen Rechtsverweigerungsbeschwerde verfolgte rechtlich geschützte Interesse besteht darin, einen an eine gerichtliche Beschwerdeinstanz weiterziehbaren Entscheid zu erhalten (in BGE 134 V 145 nicht publizierte E. 1 des Entscheids vom 12. März 2008 i/S A., M., T. und S. [8C\_23/2007]). Erlässt ein Versicherer nur ein einfaches Schreiben, erlangt dieses nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung in der Regel dennoch rechtliche Verbindlichkeit, wenn die versicherte Person nicht innerhalb eines Jahres Einwände erhebt (BGE 134 V 152 E. 5.3.2). Standen zu einem bestimmten Zeitpunkt indessen keine Leistungen mehr zur Diskussion, kann ein Rückfall nach der neuesten Rechtsprechung des Bundesgerichts auch vorliegen, ohne dass der versicherten

Person mitgeteilt wurde, der Versicherer schliesse den Fall ab und stelle seine Leistungen ein. Entscheidend ist in dieser Konstellation, ob zum damaligen Zeitpunkt davon ausgegangen werden konnte, dass keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten werde. Dies ist im Rahmen einer ex-ante-Betrachtung unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu beurteilen. Dabei kommt der Art der Verletzung und dem bisherigen Verlauf eine entscheidende Rolle zu: Lag ein vergleichsweise harmloser Unfall mit günstigem Heilungsverlauf vor, welcher nur während relativ kurzer Zeit einen Anspruch auf Leistungen begründete, wird tendenziell eher von einem stillschweigend erfolgten Abschluss auszugehen sein als nach einem kompliziert verlaufenen Heilungsprozess. Andererseits ist der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalls und nicht unter demjenigen eines Rückfalls zu prüfen, wenn die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden gelitten hat bzw. wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen (Urteil des Bundesgerichts vom 26. September 2008 i/S. B. [8C\_102/2008] E. 4.1 mit Hinweis). 3.3 Aus den Akten der Beschwerdegegnerin ist nicht ersichtlich, dass sie den Fallabschluss zum Unfall vom 3. März 2005 wenigstens in einem einfachen Schreiben an den Beschwerdeführer mitgeteilt hätte. Der Abschluss ist somit entgegen der gesetzlichen Verpflichtung ohne Verfügung und ohne schriftliche Mitteilung an den Beschwerdeführer nach Eingang seines Antwortschreibens vom 28. Februar 2006 betreffend die Beendigung der ärztlichen Behandlungen erfolgt. Da nach diesem Zeitpunkt keine Leistungen mehr zur Diskussion standen, konnte in Anbetracht der vorliegenden Umstände jedoch mit genügender Zuverlässigkeit angenommen werden, dass die Unfallfolgen geheilt seien und weder eine Behandlungsbedürftigkeit noch eine erneute Arbeitsunfähigkeit auftreten werde. Konkret handelte es sich nicht um ein allzu gravierendes Unfallereignis und die ärztlichen Befunde wie auch die seit April 2005 bestehende Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers liessen auf vollkommen ausgeheilte Unfallfolgen schliessen. Im Weiteren waren nach Behandlungsabschluss durch die Ärzte aktenmässig keine fortdauernden Beschwerden mehr ausgewiesen. Dass der Beschwerdeführer trotz geltend gemachten andauernden Schmerzen während mehr als eines Jahres keinen Arzt mehr aufsuchte und auf diese Weise einen allfälligen Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung aufs Spiel setzte, erscheint doch eher unwahrscheinlich. Insofern vermag der Hinweis des Beschwerdeführers auf klare Brückensymptome bzw. das Fortdauern des Grundfalls nicht zu überzeugen.

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