

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/14 vom 19. November 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-11-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2010_14

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/14 du 19 novembre 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/14 del 19 novembre 2010

Regeste

Art. 6 UVG, Art. 44 ATSG: Adäquanzprüfung nach Unfall mit HWS-Verletzung, nachdem die Unfallversicherung gerichtlich zu weiteren Abklärungen verpflichtet worden war. Verneinung der Adäquanz. Versicherungsinterne Ärzte wie Kreisärzte fallen nicht unter die Pflicht zur vorgängigen Namensbekanntgabe (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. November 2010, UV 2010/14).

Erwägungen

E. 1

Umstritten und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin auf Grund des Unfallereignisses vom 25. November 2005 auch über den 3. Januar 2007 hinaus Anspruch auf Versicherungsleistungen der Beschwerdegegnerin hat.

E. 2

Gemäss Art. 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) gibt der Versicherungsträger, der zur Abklärung des Sachverhalts ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen muss, der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und Gegenvorschläge machen. Zum Vorwurf des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin habe bei der Durchführung der kreisärztlichen Untersuchung das rechtliche Gehör verletzt, indem sich die Beschwerdeführerin nicht zur untersuchenden Person habe äussern können, ist festzuhalten, dass es sich dabei nicht um eine Begutachtung nach Art. 44 ATSG handelte, da gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BGE 135 V 258 f. E. 3.4.1) Art. 44 ATSG nicht auf versicherungsinterne Ärzte und Ärztinnen anzuwenden ist. Im Übrigen wurde im vorliegenden Verfahren aber auch nicht rechtsgenügend dargetan, inwiefern weitere Fragen vom Kreisarzt hätten beantwortet werden müssen, um der sich aus dem rückweisenden Entscheid des Versicherungsgerichts ergebenden Verpflichtung rechtsgenügend nachzukommen. Zudem wurden in Bezug auf die gesetzlichen Ausstands- und Ablehnungsgründe gemäss Art. 36 Abs. 1 ATSG bzw. Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren (VwVG; SR 172.021), welche auch bei versicherungsinternen Gutachtern gelten, in der Beschwerde mit Bezug auf den Kreisarztbericht vom 31. März 2009 ebenfalls keine substantiierten Einwendungen gemacht.

E. 3

3.1 Bezüglich der rechtlichen Voraussetzungen zum Leistungsanspruch nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) wird auf das Urteil des

Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. August 2008 (UV 2007/97) E. 1.1 sowie den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 18. Januar 2010 E. 2 Abs. 1, E. 3, E. 5 Abs. 1 und E. 6 verwiesen. Für den weiteren Sachverhalt kann ebenfalls darauf abgestellt werden.

3.2 An die rechtlichen Voraussetzungen zur Leistungspflicht des Unfallversicherers hinsichtlich des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs anzufügen bleibt, dass im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle spielt. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne Weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung der adäquaten Kausalität, können doch gerade klinische Befunde erfahrungsgemäss auch psychisch ausgelöst werden. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen.

3.3 Wie bereits im Urteil vom 18. August 2008 festgehalten (Erwägung 2.1) und röntgenologisch am 24. März 2009 bei E.____ nochmals verifiziert (Suva-act. 101), sind die von der Beschwerdeführerin über den 3. Januar 2007 hinaus geklagten Beschwerden nicht mit klar ausgewiesenen organischen Befunden im Sinn nachweisbarer struktureller Veränderungen erklärbar. Das Versicherungsgericht bejahte in der Folge aber - auch wenn die Angaben in den Akten nicht durchwegs miteinander in Einklang standen - ein für Schleudertrauma-Verletzungen typisches Beschwerdebild (vgl. Erwägungen 2.3 und 2.4), weshalb sich in der Folge die Adäquanzfrage stellt.

E. 4

4.1 Die Adäquanzprüfung hat nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses zu erfolgen, und nicht solange von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch immer eine namhafte Besserung erwartet werden kann (= Fallabschluss gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG; EVG-Urteil vom 11. Februar 2004 i/S K. [U 246/03]; BGE 134 V 112 ff.). Sind die Voraussetzungen für den Fallabschluss erfüllt, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung abzuschliessen. Der Fallabschluss durch den Unfallversicherer bedingt laut Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008 i/S G. (8C_467/2008) E. 5.2.2.2 lediglich, dass von weiteren Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist. Der Gesundheitszustand der versicherten Person ist dabei prognostisch und nicht auf Grund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen (RKUV 2005 Nr. U 577 S. 388 E. 3).

4.2 Auf Anfrage der Beschwerdegegnerin zur Klärung der gemäss dem Versicherungsgericht noch offenen Fragen, schrieb Dr. A.____ am 7. November 2008, dass ihm die Beantwortung des Fragenkatalogs nicht möglich sei, weil ihn die Beschwerdeführerin letztmals am 21. Dezember 2005 und damit mehr als ein Jahr vor Einstellung der Leistungen (3. Januar 2007) konsultiert habe (Suva-act. 92). Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. C.____, nahm dagegen mit Schreiben vom 12. November 2008 zu den an ihn gerichteten Fragen Stellung. Laut seinem Bericht habe die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung hauptsächlich Beschwerden im Bereich der HWS und des Kopfes beklagt. Sie habe über tägliche Schmerzen seit dem Unfallereignis berichtet, welche mit Dafalgan behandelt worden seien. Die regelmässig

durchgeführten Physiotherapien vor dem 3. Januar 2007 hätten ihr bei den Verspannungen etwas Linderung verschafft. Dr. C.____ führte diese Beschwerden auf den Unfall zurück, da die Beschwerdeführerin vorher im Bereich der HWS und des Kopfes völlig beschwerdefrei gewesen sei. Zu wie viel Prozent die 100%ige Arbeitsunfähigkeit dannzumal jedoch unfallkausal gewesen sei, könne er nicht beurteilen. Deshalb habe er bereits im Bericht vom 10. April 2006 eine Abklärung der Arbeitsfähigkeit in der Reha-Klinik Bellikon oder Valens empfohlen. Dem sei die Beschwerdegegnerin jedoch nicht gefolgt. Es sei aber nachvollziehbar, dass es bei der Beschwerdeführerin durch die Leistungseinstellung im Januar 2007 zu einer stärkeren psychischen Reaktion gekommen sei, da sie diese Verfügung als ungerecht empfunden und sie so interpretiert habe, dass ihre Beschwerden nicht ernst genommen würden. Die im Januar 2007 mit neun Sitzungen durchgeführte Physiotherapie mit Polarity-Massage und Entspannungsübungen zu Lasten der Krankenversicherung habe zwar im Bereich der HWS und des Kopfes eine deutliche Besserung gebracht, dies jedoch nur für eine zeitlich beschränkte Dauer (Suva-act. 93). Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 10. März 2009 gab die Beschwerdeführerin gegenüber Prof. Dr. D.____ an, dass die Beschwerden im Rückblick praktisch gleich geblieben seien. Dr. D.____ kam gestützt auf seine Untersuchungen sowie die Akten zum Schluss, dass das diagnostizierte Cervical-Syndrom bei leichten degenerativen Veränderungen als nicht unfallkausal einzustufen sei, da Cervicalgien eine ausserordentlich häufige in der Normalbevölkerung anzutreffende Beschwerdesymptomatik seien. Ausserdem habe die bis Ende 2006 praktizierte Physiotherapie im Bereich der Halswirbelsäule respektive den Weichteilen des Halses lediglich dazu gedient, Verspannungen zu lösen. Im Hinblick auf die unfallkausalen Beschwerden sei daher ab dem 3. Januar 2007 von einer weiteren medizinischen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands und keine bedeutende Verbesserung der Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten gewesen (Suva-act. 102 S. 8). Da die weiteren Abklärungen somit in sich schlüssig ergeben haben, dass am 3. Januar 2007 von weiteren Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr zu erwarten war, ist der Zeitpunkt der Adäquanzprüfung per diesem Datum nicht zu beanstanden.

4.3 Nachdem auf Grund der medizinischen Unterlagen (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts vom 18. August 2008 Erwägung 1.1) nicht belegt ist, dass bald nach dem Unfall eine psychische Überlagerung stattgefunden hatte, die das Beschwerdebild der ersten Monate nach dem Unfall, das durch HWS-Beschwerden geprägt war, ganz in den Hintergrund treten liess, ist die Adäquanz nach der sogenannten Schleudertrauma-Praxis gemäss BGE 134 V 109 zu prüfen. Wie das Versicherungsgericht im Urteil vom 18. August 2008 bereits festgehalten hat, handelt es sich beim Ereignis vom 25. November 2005 um einen mittelschweren Unfall. Die Kriterien der besonderen Eindrücklichkeit oder dramatischer Begleitumstände, der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen, der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, oder des schwierigen Heilungsverlaufs und erheblicher Komplikationen wurden dabei als nicht erfüllt qualifiziert (Erwägung 3).

4.3.1 Die Beschwerdeführerin stand seit dem Autounfall vom 25. November 2005 soweit ersichtlich in mehr oder weniger regelmässiger ärztlicher bzw. therapeutischer Behandlung (vgl. Suva-act. 44, 78, 79, 93). Die physiotherapeutische Behandlung im Zusammenhang mit dem HWS-Distorsionstrauma dauerte auch über den streitigen Einstellungszeitpunkt an (Suva-act. 79, 93). Gemäss eigenen Angaben der Beschwerdeführerin seien die Beschwerden dennoch praktisch gleich geblieben (vgl. Suva-act. 102 S. 3). Nach der bisherigen Rechtsprechung wurde eine ärztliche Behandlung

von zwei bis drei Jahren bei einem Schleudertrauma jedoch nicht als ungewöhnlich erachtet (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 8. Februar 2005 i/S W. [U 314/04] E. 2.3). Zudem bestand die Heilbehandlung vorliegend in erster Linie in Physiotherapie und Medikation sowie in einer direkt nach dem Unfall erfolgten, lediglich zweitägigen Hospitalisation zur Überwachung (Suva-act. 9). Eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung ist damit nicht gegeben. Praxisgemäss werden an dieses Kriterium deutlich höhere Anforderungen gestellt (vgl. SVR 2009 UV Nr. 22 S. 80 E. 5.4 [8C_209/2008]; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Mai 2009 i/S M. [8C_30/2009] E. 5.2.3).

4.3.2 Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 10. März 2009 gab die Beschwerdeführerin an, dass die Beschwerden praktisch gleich geblieben seien und es immer noch zu plötzlichen Stürzen komme, da ihr die Beine wegknickten, dies häufiger links als rechts. Schnelles Aufstehen könne zu Schwächeanfällen führen und nach einer halben Stunde am Computer leide sie unter Konzentrationsschwierigkeiten; es komme zu vermehrten Nackenbeschwerden sowie Beschwerden im Lendenbereich. Es gebe Tage, an denen gehe es ihr gut, und an anderen gehe es ihr schlecht. Auch gebe es Tage, an denen sie extreme Kopfschmerzen verspüre. Die Beschwerdesymptomatik sei zudem wetterabhängig und bei Föhn zunehmend. Kopfschmerzen führten zu nächtlichem Aufwachen sowie der Notwendigkeit der Schmerzmitteleinnahme (Suva-act. 102 S. 3 f. und 7). Angesichts dieser glaubhaften Beschwerdeschilderung ist das Vorliegen von erheblichen Beschwerden zwar in einfacher Form zu bejahen. Da sie jedoch nicht immer vorhanden sind und die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben gelernt hat, sich mit ihnen zu arrangieren, liegt das Kriterium nicht in ausgeprägter Weise vor.

4.3.3 Was schliesslich das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen anbelangt, ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus als eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Darin liegt der Anreiz für die versicherte Person, alles daran zu setzen, wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig zu werden. Gelingt es ihr trotz solcher Anstrengungen nicht, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei ist auch der persönliche Einsatz im Rahmen von medizinischen Therapiemassnahmen zu berücksichtigen. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 129 E. 10.2.7 mit Hinweisen; BGE vom 16. Mai 2008 i/S M. [8C_252/2007] E. 7.7.1 mit Hinweis). Die Beschwerdeführerin erklärte nach Durchführung der kreisärztlichen Untersuchung vom 10. März 2009 gegenüber der Beschwerdegegnerin, immer noch bei der Arbeitslosenkasse angemeldet zu sein. Sie mache dabei die von jener vorgeschriebenen Arbeitsbemühungen. Einmal habe sie eine Stelle im Aussendienst antreten können, welche sie aber nach ein paar Monaten wieder aufgegeben habe. Der Aufwand sei grösser als der Ertrag gewesen, da sie einfach nicht die dazu benötigte Leistung habe erbringen können. Weitere konkrete Arbeitsversuche habe es nicht gegeben. Sie habe ihren Hausarzt vor allem

deshalb gebeten, sie arbeitsfähig zu schreiben, damit sie Arbeitslosenleistungen habe beziehen können (Suva-act. 98). Ihr Hausarzt Dr. C.____ hielt im Bericht vom 12. November 2008 fest, dass ärztlicherseits ohne Rücksicht auf die Unfallkausalität eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis 14. Februar 2008 bestätigt worden sei und danach eine solche von 50%. Der von der Beschwerdeführerin vorgenommene Arbeitsversuch ab 1. Mai 2008 habe jedoch nach drei Monaten abgebrochen werden müssen, da die Ausgaben höher als die Einnahmen gewesen seien. Theoretisch-medizinisch bestehe derzeit aber sicherlich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Über eine Erhöhung darüber hinaus sei nach Abbruch des Arbeitsversuchs nicht mehr gesprochen worden, es müsse daher die Gesamtsituation in einer multizentrischen Institution beurteilt werden. Gemäss Mitteilung der IV-Stelle St. Gallen vom 4. Februar 2010 schloss diese die Arbeitsvermittlung ab, nachdem die Beschwerdeführerin den am 16. Oktober 2009 gemeinsam besprochenen Eingliederungsplan Arbeitsvermittlung trotz Aufforderung mit Fristansetzung nicht unterschrieben retourniert hatte (Suva-act. 118). Unter diesen Umständen ist nicht ersichtlich, dass sich die Beschwerdeführerin mit ausgewiesenen Bemühungen um eine Wiedereingliederung ins Berufsleben bemüht hätte. Da der adäquate Kausalzusammenhang selbst bei einer Bejahung des Kriteriums in einfacher Form nicht als erfüllt zu betrachten wäre, kann auf die beantragte Einholung eines Berichts beim RAV Wetzikon zur Frage der Arbeitsbemühungen verzichtet werden. 4.4 Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass von den sieben relevanten Kriterien lediglich eines (erhebliche Beschwerden) erfüllt ist, dieses jedoch nicht in ausgeprägter Weise. Dies genügt zur Bejahung der Adäquanz allfälliger noch vorhandener unfallbedingter Beschwerden bei vorliegendem Unfall im mittelschweren Bereich nicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2010 i/S S. [8C_897/2009] E. 4.5, wonach zur Bejahung der Adäquanz bei einem Unfall im mittleren Bereich mindestens drei Kriterien erfüllt sein müssen).

E. 5

Dem Begehren des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, es sei ein ergänzendes polydisziplinäres Gutachten einzuholen, ist nicht stattzugeben. Da nicht anzunehmen ist, dass weitere medizinische Abklärungen für die Beurteilung des vorliegend relevanten Sachverhalts neue Erkenntnisse bringen, kann darauf verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung, vgl. BGE 131 I 157 E. 3, 124 V 94 E. 4b; Praxis 88/1999 Nr. 117 S. 636 ff.; SVR UV 1996 Nr. 62 E. 3 S. 212 f.).

E. 6

Nachdem die über den 3. Januar 2007 hinaus geklagten Beschwerden nicht mehr adäquat kausal durch das Unfallereignis vom 25. November 2005 verursacht gelten, war die mit angefochtenem Einspracheentscheid vom 18. Januar 2010 bestätigte Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 3. Januar 2007 im Ergebnis rechtens. Damit wird indessen nicht das Vorhandensein der geklagten Beschwerden in Abrede gestellt, sondern lediglich deren Ursache als nicht (mehr) mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit mit dem Unfall in Zusammenhang stehend gesehen. Insbesondere ist festzuhalten, dass die Formel "post hoc ergo propter hoc", wonach eine gesundheitliche Schädigung schon deshalb als durch einen Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, nicht als Beweis betrachtet werden kann (BGE 119 V 335 E. 2b/bb).

E. 7

Im Sinn obiger Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. 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.