

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/76 vom 27. April 2011**

Sg Versicherungsgericht, 2011-04-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2010\\_76](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2010_76)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/76 du 27 avril 2011

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/76 del 27 aprile 2011

## **Regeste**

Art. 6 Abs. 1 UVG (Natürlicher Kausalzusammenhang): Erleidet jemand eine Hirnerschütterung mit einem GCS-Wert von 15, so ist die natürliche Kausalität posttraumatischer Beschwerden (i. c. Kopfweh) nicht nach der im Bereich leichter traumatischer Hirnverletzungen (MTBI) analog anwendbarer Schleudertraumapraxis zu beurteilen. Eine solche Hirnerschütterung kann lediglich Folgen zeitigen, die innert Tagen bis wenigen Wochen abheilen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. April 2011, UV 2010/76).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die Bestimmung über die Leistungspflicht des Unfallversicherers nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) zutreffend dar. Gleiches gilt in Bezug auf die Ausführungen über die gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG geltende Voraussetzung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden (BGE 129 V 181 f. E. 3 mit Hinweisen) sowie die Ausführungen zu Beweisregeln und Beweiswürdigung. Darauf kann verwiesen werden. Zu ergänzen ist, dass die Adäquanz bei physischen Unfallfolgen als rechtliche Eingrenzung aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle spielt. Klar fassbare physische Befunde nach einem Unfall sind ohne weiteres diesem zuzuordnen (BGE 118 V 291 f. E. 3a mit Hinweis, BGE 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweis).

### **E. 2**

Die Beschwerdeführerin erlitt am 28. Juli 2008 unbestrittenermassen einen Unfall, wobei sie aus ca. zwei Metern Höhe von einer Kletterwand zu Boden stürzte und mit dem Steissbein, dem Rücken und dem Hinterkopf aufschlug. Anlässlich der Hospitalisation in der Clinica Santa Chiara vom 28. bis 29. Juli 2008 wurde eine Comotio cerebri diagnostiziert unter Angabe eines Bewusstseinsverlusts von ca. einer Minute und verbunden mit Kopf- und Nackenbeschwerden (UV-act. 34). Nachfolgend wurde die Beschwerdeführerin durch ihren Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ behandelt und es bestand eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (UV-act. 1a, 3). Die Beschwerdegegnerin erbrachte für die gesundheitlichen Störungen sowie die Arbeitsunfähigkeit Heilkosten- und Taggeldleistungen und anerkannte damit die Unfallkausalität zwischen dem am 28. Juli 2008 vorgefallenen Ereignis und den in der Folge aufgetretenen gesundheitlichen Störungen. Am 3. September 2008 wurde die Behandlung bei Dr. C.\_\_\_\_ abgeschlossen, worauf die Beschwerdeführerin die Arbeit am 4. September 2008 wieder aufnahm (UV-act.

3). Die Versicherungsleistungen wurden entsprechend eingestellt, wobei aus den Akten nicht ersichtlich ist, dass diesbezüglich ein formeller Fallabschluss in Form einer schriftlichen Mitteilung im Sinn von Art. 51 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) oder eine schriftliche Verfügung (Art. 49 Abs. 1 ATSG) stattgefunden hat. Rund zwei Monate später, d.h. am 28. Oktober 2008, wurde die Beschwerdeführerin wegen Kopfschmerzen vom Spannungstyp sowie Sensibilitätsstörungen in den Fingerkuppen links in der Klinik für Neurologie des KSSG untersucht (UV-act. 8). Mit Schreiben vom 14. April 2009 ersuchte Dr. D.\_\_\_\_ die Beschwerdegegnerin wie bereits erwähnt (Sachverhalt A.b) um Kostenübernahme für eine Eiseninfusion wegen einer allfällig indirekt bedingten Anämie durch die unfallbedingte Einnahme von NSAR (UV-act. 16). Am 22. Juli 2009 folgte durch die Arbeitgeberin die besagte, mit Rückfall zum Unfall vom 28. Juli 2008 bezeichnete Schadenmeldung unter Angabe einer Arbeitsunfähigkeit vom 10. bis 17. Juni 2009 (UV-act. 1b). Mit Verfügung vom 15. Juni 2010 bzw. Einspracheentscheid vom 25. August 2010 entschied die Beschwerdegegnerin, dass zwischen dem Unfall vom 28. Juli 2008 und den gemeldeten Kopfschmerzen kein sicherer oder wahrscheinlicher natürlicher Kausalzusammenhang bestehe und ab 1. Oktober 2008 keine Leistungen mehr erbracht werden könnten, wobei auf eine Rückforderung der bis 23. November 2009 erbrachten Heilkostenleistungen verzichtet werde (UV-act. 40, 51). Die Beschwerdegegnerin holte damit den formellen Fallabschluss per 1. Oktober 2008 nach und ging davon aus, dass die am 28. Juli 2008 erlittene *Comotio cerebri* per Einstellungsdatum ausgeheilt war bzw. die nachfolgend geltend gemachten Kopfschmerzen nicht auf den Unfall zurückgeführt werden können.

### **E. 3**

Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht ihre Leistungspflicht ab 1. Oktober 2008 abgelehnt hat.

### **E. 4**

4.1 Von organisch-strukturell objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 117 V 363 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 17. Oktober 2008 i/S B. [8C\_124/2008] E. 6 mit vielen Hinweisen sowie vom 7. Februar 2008 i/S D. [U 13/07] E. 3.2 und 3.3). 4.2 Die Röntgenabklärung der HWS in der Clinica Santa Chiara vom 29. Juli 2008 zeigte keine posttraumatischen Läsionen (UV-act. 36). Auch die dort am 5. August 2008 durchgeführte computertomographische Untersuchung des Kopfs sowie das Elektroenzephalogramm (EEG), die cranio-cerebrale kernspintomographische Untersuchung und die Ultraschalluntersuchung der hirnzuführenden Gefässe in der Klinik für Neurologie des KSSG vom 28. Oktober sowie 4. und 5. November 2008 ergaben unauffällige altersentsprechende Befunde, insbesondere ohne Nachweis einer traumatisch bedingten Hirnparenchymschädigung oder von Blutungsfolgen, Herdbefunden, epilepsietypischen Potentialen, postkontusionellen kortikalen Defekten, Glioseherden oder Hämosiderinablagerungen (UV-act. 8, 36). Im Untersuchungsbericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 4. November 2008 war festgehalten worden, dass von einem posttraumatisch induzierten Spannungskopfschmerz ausgegangen werden müsse, sollten sich bildgebend keine pathologischen Befunde zeigen

(UV-act. 9). Dr. F.\_\_\_\_ führte in seiner neurologischen Beurteilung vom 23. April 2010 aus, dass das Kopftrauma der Beschwerdeführerin nach der klinischen Klassifikation der Europäischen Vereinigung der Neurologischen Gesellschaften EFNS (Vos et al., European Journal of Neurology 2002 [1]) in eine leichte traumatische Hirnverletzung der klinischen Kategorie 1 eingeordnet werden könne. Leichte traumatische Hirnverletzungen (MTBI) der klinischen Kategorien 0 bis 2 zeigten im Allgemeinen keine dauerhaften neurologischen Folgen und unspezifische Beschwerden würden innerhalb weniger Tage bis höchstens weniger Wochen abklingen, insbesondere wenn (wie im Falle der Beschwerdeführerin) keine Schädel- oder Hirnverletzung nachgewiesen werden könne. Spätestens mit den umfangreichen Untersuchungen im KSSG im Oktober und November 2008 könnten die Kopfschmerzen der Beschwerdeführerin nicht als organisch begründet und unfallkausal eingeschätzt werden. Neben einer Mitverursachung durch die Erkrankung an Eisenmangel könnten ab September 2008 (spätestens ab November 2008) vielfältige unfallunabhängige psychosoziale Einflüsse ein Kopfschmerzleiden bei der Beschwerdeführerin erklären (UV-act. 37). Die Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ entspricht der medizinischen Erfahrungstatsache, dass der typische posttraumatische Verlauf nach einem leichten Schädelhirntrauma einer Erholung innert sechs bis zwölf Wochen entspricht. Ungewöhnlich lang dauernde und schwere Verläufe nach einem leichten Schädelhirntrauma würden bei Fehlen der klinischen Kriterien einer traumatischen Hirnschädigung nach einer Interpretation ausserhalb einer hirnorganischen Schädigung rufen (Gerhard Jenzer, Klinische Aspekte bei HWS-Belastungen durch Kopfanprall oder Beschleunigungsmechanismus; Grenzbereich zum leichten Schädel-Hirn-Trauma, in: SZS 1996 S. 462 ff; vgl. auch Bogdan P. Radanov, Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, in: SZS 1996 S. 471 ff. und S. 475). Für die Kausalitätsbeurteilung ist im Übrigen von Bedeutung, dass eine gesundheitliche Schädigung nicht schon dann als durch den Unfall verursacht gelten kann, wenn sie zeitlich nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 341 f.).

### **E. 4.3**

4.3.1 Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist jedoch bekannt, dass bei Schleudertraumaverletzungen sowie äquivalenten Verletzungen wie Distorsionen der HWS sowie Schädelhirntraumata (vgl. Urteil des EVG vom 17. August 2004 i/S G. [U 243/03]; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 316, E. 3; BGE 117 V 369) auch ohne nachweisbare pathologische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma, eine Distorsion der HWS oder ein Schädelhirntrauma typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 363 E. 5d/aa). Die Kausalitätsprüfung hat bei Vorliegen einer schleudertraumaähnlichen Verletzung nach den Grundsätzen der so genannten Schleudertrauma-Praxis zu erfolgen (vgl. dazu BGE 134 V 109, 117 V 359). Im konkreten Fall lässt jedoch die Aktenlage nicht den Schluss zu, die Beschwerdeführerin habe anlässlich des Unfalls vom 28. Juli 2008 ein Schädelhirntrauma erlitten, welches Langzeitbeschwerden zur Folge hätte und die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigte.

4.3.2 Das Vorliegen eines Schädelhirntraumas, worunter sämtliche Hirnfunktionsstörungen mit oder ohne morphologisch fassbare Schädigung des Gehirns und seiner Hüllen, einschliesslich Gehirnschädel und Kopfschwarte subsumiert werden (Trentz/Bühren, Checkliste Traumatologie, Stuttgart/New York 2001, S. 122 ff.),

rechtfertigt die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen einer Commotio und Contusio cerebri liegt. Leichte Hirnerschütterungen hingegen reichen hierfür nicht aus (Urteil des EVG i/S K. vom 6. Mai 2003 [U 6/03]). Die Schwere eines Schädel-Hirntraumas wird üblicherweise nach dem Punktwert in der Glasgow-Coma-Skala (GCS) eingeteilt. In dieser Skala erhält der Patient für bestimmte Reaktionen (wie Augenöffnung, Reaktion auf Schmerzreize und sprachliche Äusserungen) eine Anzahl von Punkten, welche zum Schluss addiert werden. Der schlechteste Wert beträgt 3, der beste 15. Von einem leichten Schädel-Hirntrauma spricht man bei einem – anlässlich der Eintrittsuntersuchung bestimmten - GCS-Wert von 13 bis 15 (mittelschwer: 9 bis 13, schwer: 3 bis 8; vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl., Berlin/New York 2011, S. 260 zu "Bewusstseinsstörung", S. 1839 zu "Schädelhirntrauma"; Trentz/Bühren, a.a.O., S. 123; Urteil des EVG vom 13. Juni 2005 i/S S. [U 276/04] E. 2.2.1). - Die Clinica Santa Chiara stellte im Austrittsbericht vom 6. August 2008 die Diagnose einer Commotio cerebri bei einem GCS-Wert von 15 (UV-act. 34). Das erlittene Trauma ist damit als leicht anzusehen, womit sich die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis nicht rechtfertigt (vgl. dazu Urteil des EVG vom 13. Juni 2005 i/S S. [U 276/04]).

4.4 Laut Schreiben von Dr. D.\_\_\_\_ vom 14. April 2009 wurde bei der Beschwerdeführerin ein Eisenmangel als möglicher Mitverursacher von Kopfweh festgestellt. Er stellte dazu die Frage, ob die wegen der Kopfschmerzen erfolgte Einnahme von NSAR den Eisenmangel bewirkt haben könnte (UV-act. 16), womit eine indirekte Unfallfolge formuliert wird. Abgesehen davon, dass spätestens ab 1. Oktober 2008 die Kopfschmerzen nicht mehr natürlich kausal zum Unfall zu betrachten sind, ergibt sich nachfolgend, dass auch die Kausalität zwischen Medikamenteneinnahme und Eisenmangel ohnehin zu verneinen ist (und eine indirekte Unfallkausalität damit doppelt ausser Betracht fällt): Mit Schreiben vom 22. April 2009 teilte der Suva-Kreisarzt, Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, speziell Allgemein- und Unfallchirurgie, Dr. D.\_\_\_\_ mit, aus der Anamnese gehe hervor, dass die Beschwerdeführerin nur über eine Niere verfüge. Zudem sei aus der Aktendokumentation nebst der Einnahme von Tryptizol als Therapie nicht klar ersichtlich, wie lange und in welchem Ausmass die Einnahme von NSAR stattgefunden habe. Frischblutabgang, Bluterbrechen und schwarzer Stuhl seien von der Beschwerdeführerin verneint worden. Auch habe sie zwischen Juli und Dezember 2008 keine Menstruation gehabt. Aus diesen Darlegungen erscheine ein natürlicher Kausalzusammenhang wegen einer allfällig indirekt bedingten Anämie aus Unfallfolgen nicht überwiegend wahrscheinlich. Eisenmangelanämie trete bei jüngeren und älteren Frauen häufig auf und sei auch im konkreten Fall wahrscheinlich eher im Rahmen unfallfremder Genese zu interpretieren (UV-act. 18). Laut Dr. F.\_\_\_\_ kann auch aus neurologischer Perspektive kein Kausalzusammenhang zwischen einer Eisenmangelanämie und dem Unfall vom 28. Juli 2008 hergestellt werden. Eine neurologische Erklärung für die von der Beschwerdeführerin angegebenen fehlenden Menstruationsblutungen von Juli bis Dezember 2008 sei nicht erkennbar (UV-act. 37).

4.5 Die kernspintomographisch erhobenen Auffälligkeiten in den Nasennebenhöhlen - Mucusretentionszysten sino-maxillär beidseits sowie in der Concha bullosa rechts und Teilbelegung der Ethmoidalzellen ohne Niveaubildung - konnten von neurologischer Seite nicht hinreichend beurteilt werden. Hierfür wurde von der Klinik für Neurologie des KSSG - für den Fall, dass die Kopfschmerzen unverändert persistierten - eine HNO-Untersuchung empfohlen (UV-act. 8, 24). In der HNO-Untersuchung vom 23. November 2009 in der Hals-Nasen-Ohrenklinik des KSSG liessen sich aber keine pathologischen Befunde mit Krankheitswert feststellen.

Im Untersuchungsbericht vom 24. November 2009 wurden entsprechend chronische Kopfschmerzen ohne Anhaltspunkt für eine Ätiologie im HNO-Bereich diagnostiziert und festgehalten. Insofern könne eine Kausalität zum Unfall vom 28. Juli 2008 durch einen HNO-Arzt weder bestätigt noch in Abrede gestellt werden (UV-act. 26). 4.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass den medizinischen Akten keine Anhaltspunkte zu entnehmen sind, wonach die von der Beschwerdeführerin nachfolgend an die Leistungseinstellung ab 1. Oktober 2008 geklagten Kopfschmerzen mit klar ausgewiesenen organischen Befunden erklärbar wären. Es ist demnach mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die beim Unfall vom 28. Juli 2008 erlittene Commotio cerebri spätestens ab 1. Oktober 2008 vollständig abgeheilt war und demzufolge die natürliche Kausalität zwischen den später geklagten Kopfschmerzen und dem fraglichen Unfall im Sinn des Vorliegens von organischen Restfolgen der Hirnerschütterung zu verneinen ist. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs braucht daher nicht geprüft zu werden.

#### **E. 5**

Hinsichtlich der Sensibilitätsstörungen in den Fingerkuppen links ist ein natürlich kausaler Zusammenhang mit dem Unfall vom 28. Juli 2008 gleichfalls mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verneinen. Die in der Klinik für Neurologie des KSSG am 28. Oktober 2008 durchgeführte detaillierte klinische Prüfung hatte einen unauffälligen Status ergeben. Im Untersuchungsbericht vom 4. November 2008 wurde festgehalten, dass sich die berichteten Sensibilitätsstörungen ätiologisch nicht zuordnen liessen. Ein Carpal-tunnelsyndrom oder eine radikuläre Symptomatik seien aufgrund des klinischen Befunds unwahrscheinlich (UV-act. 9). Dr. F. \_\_\_ legt in seiner neurologischen Beurteilung vom 23. April 2010 (UV-act. 37) angesichts obiger Sachlage überzeugend und schlüssig dar, dass nach den fachärztlich-neurologischen Untersuchungen und Zusatzuntersuchungen im Oktober und November 2008 am KSSG festgestellt werden könne, dass keine organischen und strukturellen Schädigungen im Bereich des peripheren oder zentralen Nervensystems als Folge des Unfalls vom 28. Juli 2008 erkennbar seien, nachdem zeitnah zum Unfall keine objektivierbaren oder reproduzierbaren neurologischen Ausfälle bei der Beschwerdeführerin vorgelegen hätten.

#### **E. 6**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind gemäss Art. 61 lit. a ATSG keine zu erheben. Demgemäss hat das Versicherungsgericht 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.