

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/17 vom 17. Januar 2013

Sg Versicherungsgericht, 2013-01-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2012_17

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/17 du 17 janvier 2013

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/17 del 17 gennaio 2013

Regeste

Art. 6 UVG: Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden (Schwindelgefühle und Übelkeit) nach einem Sturz bei psychischem Vorzustand verneint (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Januar 2013, UV 2012/17).

Erwägungen

E. 1.1

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. Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper. Das Ereignis muss sich in der Aussenwelt zutragen. Die Folgen können sich aber unter Umständen ausschliesslich im Körperinnern zeigen, so, wenn der Schlag auf den Kopf keine äusserliche Verletzung, jedoch eine Hirnerschütterung verursacht (Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 165 f.).

E. 1.2

Die Beschwerdegegnerin weist in der Beschwerdeantwort vom 14. März 2012 auf fehlende Anhaltspunkte für eine ungewöhnliche äussere Einwirkung im Sinne des Unfallbegriffs hin, die zum Sturz vom 1. Dezember 2009 geführt habe. Gemäss Unfallmeldung vom 3. Dezember 2010 stürzte der Beschwerdeführer im Bereich vor einer Kletterwand und schlug mit der rechten Körperhälfte und dem Kopf am Boden auf (act. K1). Laut Verlegungsbericht der Klinik Valens an das Kantonsspital CHUR vom 1. Dezember 2009 beruhten die Angaben zum Sturz auf Auskünften von Drittpersonen ("fremdanamnestisch"), wonach der Beschwerdeführer ohne Schutzreflex mit steifem Körper gefallen sei (act. M5). Eine in der Aussenwelt begründete Ursache für den Sturz, beispielsweise ein im Weg liegendes Hindernis, ist den Unfallschilderungen - wie von der Beschwerdegegnerin angeführt - nicht zu entnehmen. Dr. med. J. ___ interpretierte das fragliche Ereignis in der medizinischen Beurteilung vom 14. Januar 2010 als Ohnmachtsanfall (act. K2 Beilage 3), womit eine Krankheit als indirekte Ursache des Sturzes anzunehmen wäre. Für die Bejahung eines Unfallereignisses bildet jedoch nicht die zum Sturz führende Ursache die massgebende Grundlage, sondern der Sturz an sich, welcher den Unfallbegriff bzw. das Erfordernis des ungewöhnlichen äusseren Faktors ohne weiteres erfüllt (vgl. dazu A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl. Zürich 2003, S. 27).

E. 1.3

Der Einwand der Beschwerdegegnerin, es sei fraglich, ob der Beschwerdeführer tatsächlich ohne Schutzreflex mit steifem Körper zu Boden gefallen sei und den Kopf angeschlagen habe, erscheint sodann unbegründet. Das Sturzereignis vom 1. Dezember 2009 wurde gemäss Verlegungsbericht, wie bereits erwähnt, offenbar von einer Drittperson beobachtet und beschrieben. Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, an dieser Darstellung zu zweifeln. Selbstverständlich gilt es nun aber nachfolgend die streitige Frage zu prüfen, ob sich der Beschwerdeführer durch das fragliche Sturzereignis gesundheitliche Schädigungen zugezogen hat. Der Beschwerdeführer beklagt seit dem Unfallereignis vom 1. Dezember 2009 insbesondere unter ständigen Schwindelgefühlen und Übelkeit zu leiden. Hinzu kämen Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Lustlosigkeit, Kraftlosigkeit und Konzentrationsprobleme (act. K7, act. M17).

E. 2

Gemäss ständiger Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) und des Bundesgerichts kann ein nach einem versicherten Unfall auftretendes Leiden nur dann als dessen Folge betrachtet werden, wenn und soweit es sicher oder doch zumindest überwiegend wahrscheinlich von jenem Unfall herrührt (natürliche Kausalität; BGE 115 V 134 E. 3 sowie 117 V 360 E. 4a und BGE 134 V 109). Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Fragen nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beurteilen (BGE 123 III 112 E. 3a). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. 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, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a). Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis

zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 E. 3b).

E. 3.1

In den Akten finden sich keine Hinweise auf ein klar fassbares - radiologisch oder in anderer Weise reproduzierbares - organisch/somatisches Korrelat im Bereich des Kopfs bzw. Schädels, das mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit die Schwindelgefühle und die Übelkeit verursachen könnte. Anlässlich der cranio-cervicalen Kernspintomographie (MRT) vom 4. Februar 2010 im Radiologie Zentrum Stephanshorn wurde zwar gestützt auf einen irregulären Befund im Bereich der Schädelkalotte ein Status nach Schädelfraktur als Verdachts- bzw. Differentialdiagnose festgehalten (act. G 6.3). Schädelfrakturen werden jedoch in erster Linie mittels cranialer Computertomographie (CT) diagnostiziert und nicht mittels einer Kernspin- oder Magnetresonanztomographie. Letztere, welche sensitiver für Weichteilveränderungen ist, wird gegebenenfalls bei Hirnverletzungen durchgeführt (vgl. dazu Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl. Berlin 2010, S. 1839, 1840; Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 225 ff., <http://flexikon.doccheck.com/de/Sch%C3%A4delfraktur>, abgerufen am 11. Dezember 2012). In einer Verdachts- bzw. Differentialdiagnose ist sodann lediglich eine mögliche organische Ursache zu sehen. Eine solche genügt jedoch den Beweisanforderungen im Sozialversicherungsrecht, d.h. dem bei der Feststellung der für den materiellen Leistungsanspruch erheblichen Tatsachen zur Anwendung gelangenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, nicht (BGE 120 V 37 E. 3c; Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451 f.). Die CT-Untersuchung vom 1. Dezember 2009 im Kantonsspital CHUR hatte jedenfalls keine Pathologien zutage gebracht. Die Befunde waren regelrecht, d.h. ohne Hinweis auf eine Fraktur oder eine intrakranielle Blutung und ohne Anzeichen einer Ischämie oder einer Raumforderung (act. M7). Im Sinn des vorstehend Gesagten wurde im ABI-Gutachten vom 19. September 2011 (act. M19 S. 21) festgehalten, dass eine konklusive Aussage über eine mögliche Schädelfraktur anlässlich des Sturzereignisses vom 1. Dezember 2009 retrospektiv nicht gemacht werden könne, da die bildgebende Diagnostik mittels CT unauffällige Befunde gezeigt habe, und im Rahmen der MRT nur eine aufgeworfene, irregulär zur Darstellung kommende Schädelkalotte parieto-occipital links habe objektiviert werden können. Je nach Ausmass der mit einer Schädelfraktur einhergehenden Hirnverletzung treten Symptome auf, wie sie sich unmittelbar nach dem Sturz auch beim Beschwerdeführer zeigten (Gedächtnisstörungen [Amnesie], Krämpfe, reduziertes Bewusstsein; act. M7, M9; vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 1839 f.; Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1641 f.). Das MRT ergab jedoch keine Hinweise auf eine Hirnverletzung bzw. liefern insbesondere eine unauffällige Darstellung des Hirnstamms, symmetrisch schlanke innere und äussere Liquorräume und keine extraaxiale Raumforderung und auch das Viscerocranium stellte sich normal dar (act. G 6.3). Die weiteren im Kantonsspital CHUR und in der Klinik Valens durchgeführten Zusatzuntersuchungen - Labor, EKG sowie eine neurologische Untersuchung - ergaben sodann ebenfalls blande bzw. unauffällige Befunde. Die Ärzte des Kantonsspitals CHUR stellten schliesslich die Diagnose einer unklaren transienten Vigilanzstörung bei einem unauffälligen CT des Schädels und bei den Differentialdiagnosen eines psychogenen Stupors und einer Konversionsproblematik (act. M7, M9). Damit wird keine organische Verletzung als Folge eines Sturzes beschrieben.

E. 3.2

Entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vermag auch das Gutachten von Dr. I. ___ vom 20. Oktober 2010 (act. M17) keinen überwiegend wahrscheinlichen Beweis für eine unfallkausale organische Schwindel- und Übelkeitsursache zu erbringen. Hinsichtlich der seit dem Unfall vom 1. Dezember 2009 beklagten Kopfschmerzen sowie Schwindel- und Gleichgewichtsbeschwerden stellt Dr. I. ___ die Diagnosen eines Status nach Contusio capitis (mit Fraktur) mit passivem HWS-Abknicktrauma und Commotio cerebri et labyrinthi links im Rahmen des Sturzunfalls vom 1. September 2009 (gemeint ist offensichtlich vom 1. Dezember 2009) sowie eines postcommotionellen Syndroms und einer posttraumatischen Labyrinthopathie links mit Hochtosenke links, peripher-zentraler vestibulärer Funktionsstörung links, visuo-visuo-oculomotorischer Funktionsstörung, linksseitigen Cervico-Cephalgien und posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS). Laut Dr. I. ___ müssen die Schwindel- und Gleichgewichtsbeschwerden und damit offensichtlich die obigen Diagnosen anhand der Semiologie der posttraumatischen Beschwerden und der im März 2010 erhobenen und im Verlauf zweimal kontrollierten Befunde auf den Sturz vom 1. Dezember 2009 zurückgeführt werden. Er führt drei konkrete Funktionsstörungen (hochgradige Hochtosenke links, peripher-zentrale vestibuläre Funktionsstörung links, visuo-visuo-oculomotorische Funktionsstörung), jedoch keine strukturellen Läsionen an. In Bezug auf die von ihm durchgeführten Tests bzw. Untersuchungen fällt zudem auf, dass diese mehrheitlich im Normbereich liegen oder lediglich geringfügig auffällige Befunde ergeben haben. Damit ist nicht ohne Weiteres nachvollziehbar, woraus sich die von Dr. I. ___ festgestellten Funktionsstörungen letztlich ergeben. Was den durchaus auffälligen Befund einer hochgradigen Hochtosenke betrifft, ist sodann festzuhalten, dass die dafür mögliche Ursache zwar durchaus in einem Trauma bzw. einer Schädelfraktur liegen kann, die möglichen Ursachen jedoch letztlich zahlreich sind bzw. ohne weiteres unfallfremd sein können (vgl. dazu <http://www.anb-ev.de/Publikationen/schwerhoerigkeit-tinnitus-magdeburg.pdf>; <http://tinnitus.thieme.de/tinnitus/was-ist-dysakusis.html>; abgerufen am 17. Dezember 2012). Was jedoch die Frage einer traumatisch bedingten Hochtosenke betrifft, muss der Beweiswert des Gutachtens von Dr. I. ___ als fraglich betrachtet werden, weil seine Schlussfolgerung auf einer falschen Grundlage basiert. So geht Dr. I. ___ entgegen der medizinischen Aktenlage davon aus, der Beschwerdeführer habe anlässlich des Unfalls vom 1. Dezember 2009 eine Schädelfraktur erlitten (vgl. dazu Erwägung 3.1). Seine Annahme erfolgte nicht aufgrund einer objektiven, medizinischen Befunderhebung, sondern aufgrund der Angabe des Beschwerdeführers. Der Beweiswert des Gutachtens von Dr. I. ___ ist auch angesichts weiterer, wenig überzeugender Inhalte in Frage gestellt. So findet sich die von ihm gestellte psychiatrische Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nirgends sonst in den medizinischen Akten - insbesondere nicht in den Berichten von Dr. G. ___ (act. M11, M13 und M19, act. G 6.1) - und erscheint angesichts des konkreten Unfallereignisses und der Symptome auch unwahrscheinlich (vgl. dazu Psyhyrembel, a.a.O., S. 247; WHO und Dilling/Freyberger [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, 5. Aufl. Bern 2010, S. 173 f.; Ulrich Schnyder, Posttraumatische Belastungsstörungen, in: Erwin Murer, Psychische Störungen und Sozialversicherung, Bern 2002, S. 99 - 116, S. 101 und S. 114). Dr. I. ___ schildert sodann in seinem Gutachten ein Unfallereignis - wonach der Patient am Rand eines Schwimmbeckens ausrutschte, stürzte und dort mit dem Hinterkopf auf dem Boden aufschlug - welches nicht den Gegebenheiten entspricht, wie sie in den weiteren Akten

dargestellt sind. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist insbesondere entscheidend, ob der Bericht in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Diese Voraussetzung erfüllt das Gutachten von Dr. I. ___ offensichtlich nicht, wenn er angibt, er habe bis zum Zeitpunkt seiner Berichterstattung keine medizinischen Unterlagen, weder von Seiten des behandelnden Psychiaters, noch von Seiten des Hausarztes des Patienten erhalten, sodass er auch mit keinen weiteren Kopien der medizinischen Akten dienen könne. Die von Dr. I. ___ gestellten weiteren (Haupt-)Diagnosen eines postcommotionellen Syndroms sowie einer posttraumatischen Labyrinthopathie vermögen schliesslich ohnehin keine Unfallkausalität der geklagten gesundheitlichen Störungen zu begründen. Das Vorliegen von Schmerzsyndromen bedeutet keinesfalls automatisch auch das Vorliegen unfallkausaler struktureller Gesundheitsschädigungen. Laut Roche Lexikon Medizin (a.a.O., S. 1791) handelt es sich bei einem Syndrom um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem "Symptommuster" manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Ebensovienig ist mit einer -pathie ("Leiden" oder "Krankheit") mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine unfallbedingte Gesundheitsschädigung ausgewiesen. Der Begriff "post..." vermag juristisch gesehen gleichfalls nichts über eine allfällige Unfallkausalität auszusagen (Maurer, a.a.O., S. 460 N 1205; BGE 119 V 335 E. 2b/bb in fine), sondern drückt nur aus, dass gewisse Beschwerden bzw. gesundheitliche Störungen nach einem Unfall aufgetreten sind. Die von Dr. I. ___ angenommene Unfallkausalität der Schwindel- und Gleichgewichtsbeschwerden richtet sich damit insbesondere nach der Formel, Gesundheitsbeeinträchtigungen müssten unfallbedingt sein, weil sie nach dem Unfall aufgetreten sind ("post hoc ergo propter hoc"), die nach ständiger Rechtsprechung beweisrechtlich für sich allein nicht ergiebig ist (vgl. SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007] E. 7.2.4 S. 54 mit Hinweisen; Maurer, a.a.O., S. 460 N 1205). Bei der von Dr. I. ___ unter anderem angewandten Posturographie - mit dieser Untersuchungsmethode wurde im konkreten Fall ein weiterer Befund im pathologischen Bereich erhoben (Gesamtaequilibriumscore) - handelt es sich nach der Rechtsprechung sodann zwar um eine in Fachkreisen nicht unbestrittene, jedoch weit verbreitete und auch in Universitätskliniken schon seit längerer Zeit verwendete Untersuchungsmethode, deren Wissenschaftlichkeit nach dem heutigen Stand der Medizin kaum zu bestreiten ist. Die damit zu gewinnenden Erkenntnisse sind indessen beschränkt. Die Posturographie liefert zwar zusätzliche Informationen und es lassen sich damit sonst nicht fassbare Gleichgewichtsstörungen objektivieren. Sie vermag jedoch keine direkten Aussagen zur Ätiologie des Leidens und zu dessen allfälliger Unfallkausalität zu machen. Auch lässt sich daraus nicht unmittelbar auf eine bestimmte Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit schliessen. Sie bildet deshalb lediglich ein zusätzliches Element bei der Beurteilung vestibulärer Störungen (vgl. die Urteile des EVG vom 29. März 2006, U 254/04, E. 2.3.2, und U 197/04, E. 3.2, bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2009, 8C_964/2008, E. 3.2.3). Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass die medizinischen Abklärungen von Dr. I. ___ keine durch den Unfall bedingten, objektiv ausgewiesenen organischen Befunde für den Schwindel und die Gleichgewichtsstörungen des Beschwerdeführers ergeben haben.

E. 3.3

Aus dem ABI-Gutachten vom 19. September 2011 (act. M19) lassen sich gleichfalls keine überwiegend wahrscheinlichen Unfallfolgen herleiten. Das ABI bestätigt zunächst anhand seiner aktuellen otorhinolaryngologischen Untersuchungsergebnisse teilweise die

vorgängigen otoneurologischen Untersuchungsbefunde von Dr. I.____. So lasse sich auch aktuell eine moderate Hochtonschwerhörigkeit links, im Sinne einer cochleären Funktionsstörung, objektivieren, so dass diesbezüglich leichte auditive Einschränkungen unter gesteigertem Umgebungsgeräuschpegel bestünden. Im Vergleich mit den vorgängigen otoneurologischen Befunden würden sich des Weiteren auch aktuell Befunde einer vestibulären Funktionsstörung zeigen. Die Befunde im Bereich der visuellen Kontrolle des Gleichgewichtssystems könnten anhand der aktuellen Befunde bejaht werden. Die alleinige Bestätigung der Untersuchungsergebnisse von Dr. I.____ bedeutet jedoch - wie in Erwägung 3.2 ausgeführt - nicht das Vorliegen unfallkausaler Folgen. Entsprechend fiel auch die Schlussfolgerung des ABI, dass somit die intermittierenden Schwindelbeschwerden aktuell eher auf eine multifaktoriell bedingte Gleichgewichtsstörung hindeuteten, bezüglich Verursachung unverbindlich aus. Der Begriff "multifaktoriell" lässt einzelne, nicht näher bestimmbar Ursachen zu, womit eine Unfallkausalität lediglich als möglich erscheint. Eine Verursachung durch den Unfall ist damit jedenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen.

E. 3.4.1

Aufgrund der Akten ist beim Beschwerdeführer sodann vom Vorliegen eines psychischen Vorzustands und damit von einem massgebenden unfallfremden Faktor auszugehen, der erfahrungsgemäss Auswirkungen auf eine Beschwerdesymptomatik haben kann und ein zusätzliches Indiz gegen die Unfallkausalität darstellt. Der Beschwerdeführer leidet seit einem Verhebetrauma am 5. November 2008 unbestrittenermassen unter einem lumbospondylogenen Syndrom bei degenerativen Diskopathien an der LWS ohne Nervenwurzelkompression und geht seither keiner beruflichen Tätigkeit mehr nach, wobei er vom ABI aus rheumatologischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit als zu 100% arbeitsfähig erachtet wurde (act. M19; vgl. dazu auch IV-Akten). Dr. C.____ führte in einem Bericht vom 8. Juli 2009 (act. M1) - und damit vor dem Unfall vom 1. Dezember 2009 - die Diagnose eines proximalen Nervenwurzel-Kompressionssyndroms S1 links bei Diskushernie LW1/2 links, aber auch diejenige eines chronischen Schmerzsyndroms an. Dr. E.____ erklärte ebenfalls vor dem Unfall in einem Bericht vom 23. September 2009 (act. M4) über die konsiliarische rheumatologische Untersuchung des Beschwerdeführers vom 16. September 2009, der ermittelte PACT-Score habe weit unterhalb der Belastungsgrenze für eine leichte körperliche Tätigkeit mit seltenem Heben von maximal 5 kg gelegen, was auf eine beginnende Schmerzverarbeitungsstörung hinweisen könnte. In einem weiteren Bericht vom 3. November 2009 (act. M3) hielt Dr. E.____ fest, der Beschwerdeführer habe anlässlich der Konsultation vom 28. Oktober 2009 über eine zwischenzeitliche Schmerzausweitung auf den ganzen Körper berichtet. Trotz dieser Schmerzausweitung und ungeachtet des ängstlich vermeidenden Schmerzverhaltens des Beschwerdeführers könne er eine lumboradikuläre Reizsymptomatik L5 links bei kernspintomografisch fraglicher Irritation der Nervenwurzel L5 links durch die Diskusprotrusion L4/5 (MRI 3. Juni 2009) nicht ausschliessen. Ein Therapieversuch mit MST (multisystemische Therapie) habe wegen Auftretens von Schwindelgefühlen sistiert werden müssen. Die Klinik Valens vermerkte sodann im Verlegungsbericht vom 1. Dezember 2009 (act. M5) bei der Aufnahme in die Klinik verlaufsbestimmende psychologische Faktoren, namentlich Angst und Verdacht auf Panikattacken. Das Kantonsspital CHUR stellte im Bericht über die Kurzhospitalisation vom 2. Dezember 2009 (act. M9) - wie bereits erwähnt - die Diagnose einer unklaren transienten Vigilanzstörung bei den Differentialdiagnosen eines psychogenen Stupors und einer Konversionsproblematik. Nach dem Unfall setzten sich die

Hinweise auf eine psychische Komponente im Wesentlichen gleich fort. So wurden im Austrittsbericht der Physiotherapie/Rheumatologie der Klinik Valens vom 14. Dezember 2009 (act. M12.7) im Zusammenhang mit der Diagnose eines lumbospondylogenen Syndroms ebenfalls verlaufsbestimmende psychologische Faktoren, namentlich Angst und Verdacht auf Panikattacken, angeführt. Wie auch im nachfolgenden Austrittsbericht der Klinik Valens vom 11. Januar 2010 (act. M12.1) über den stationären Aufenthalt vom 11. November bis 8. Dezember 2009 wurden sodann eine Anpassungsstörung mit ängstlicher Reaktion und ein Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung (in act. M12.1 unter zusätzlicher Anführung der Differentialdiagnose dissoziative Störung) diagnostiziert. Am 8. Januar 2010 konsultierte der Beschwerdeführer erstmals Dr. G.____. Seine Diagnose im Bericht vom 11. Januar 2010 (act. M11) lautete Verdacht auf generalisierte Angststörung (ICD-10: F 41.1). Der Beschwerdeführer habe seit dem Vorfall ständig Schwindelgefühle und Übelkeit, sei massiv verunsichert und stets innerlich angespannt, schlafe schlecht, spüre eine ungewöhnliche Lustlosigkeit, Kraftlosigkeit und Unkonzentriertheit. Im Rahmen einer medizinischen Beurteilung für eine Anspruchsberechtigung aus der Krankentaggeldversicherung vom 14. Januar 2010 führte Dr. J.____ die Diagnosen eines lumbovertebralen Syndroms nach Verhebetauma November 2008 sowie eines Angstzustands an (vgl. act. K2 Beilage 3). Dr. G.____ stellte sodann in seinem Bericht vom 4. Juni 2010 (act. M13) im Rahmen einer ambulanten Rehabilitationsbehandlung in der Klinik H.____ die Diagnosen einer mittelgradig depressiven Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F 32.11), einer generalisierten Angststörung (ICD-10: F 41.1) sowie einer ausgeprägten Akzentuierung der ängstlich-infantilen Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z 73.1). Die psychiatrische Teilbegutachtung des ABI, durchgeführt von Dr. med. K.____ am 22. Juni 2011, ergab laut Gutachten vom 19. September 2011 (act. M19) die Diagnosen einer Somatisierungsstörung (ICD-10: F 50.0), eines Status nach Anpassungsstörung, einer längeren depressiven Reaktion (ICD-10: F 43.23), einer dissoziativen Störung (ICD-10: F 44.7) sowie einer unreifen Persönlichkeit (ICD-10: Z73.1). Dr. K.____ führte im Weiteren aus, dass der Beschwerdeführer seit einem Verhebetauma im November 2008 unter Rückenschmerzen und Sensibilitätsstörungen in den Beinen leide. Er gehe seither keiner beruflichen Tätigkeit mehr nach. Er fühle sich aufgrund seiner körperlichen Beschwerden kaum arbeitsfähig. Seit dem Sturz in der Klinik Valens klage er über Schwindel- und Gleichgewichtsstörungen. Aufgrund dieser Beschwerden fühle er sich nicht arbeitsfähig. Das Ausmass der geklagten körperlichen Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, aufgrund dieser Beschwerden nicht arbeiten zu können, könnten durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Der Beschwerdeführer klage nicht nur über Schmerzen, sondern auch über Sensibilitätsstörungen, Schwindel und Gleichgewichtsstörungen. Es könne also eine Somatisierungsstörung diagnostiziert werden. Die in den Akten erwähnten depressiven Verstimmungen seien zum jetzigen Zeitpunkt nicht feststellbar. Einem Bericht von Dr. G.____ vom 28. April 2011 (act. G 6.1) ist schliesslich zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht weiterhin unter den Symptomen einer depressiven Episode (gegenwärtig in leichtem bis mittelgradigem Ausmass), einer generalisierten Angststörung sowie einer intermittierenden Akzentuierung ängstlich-infantiler Persönlichkeitszüge leide. In der Psychiatrie bzw. Psychosomatik stütze man sich bekanntlich auf eine Ausschlussdiagnostik. Insbesondere die Symptome einer generalisierten Angststörung (Schwindelgefühle) seien ihm immer noch ein Rätsel.

E. 3.4.2

In Übereinstimmung mit dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers können die vor dem Unfall vom 1. Dezember 2009 von Dr. E. ___ angeführten Schwindelgefühle insofern nicht mit den nach dem Unfall geklagten Schwindelgefühlen gleichgesetzt werden, als sie ausdrücklich dem Therapieversuch mit MST zugeordnet wurden. Ebenfalls zuzustimmen ist dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers darin, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall über körperlich wahrgenommene Beschwerden klagte, welche im Zusammenhang mit der vorbestehenden lumbospondylogenen bzw. lumobasalen Problematik angeführt wurden (act. M3, M4; KTG-Akten: [Gutachten von Dr. med. L. ___, Innere Medizin spez. Rheumatologie FMH, vom 6. August 2009, S. 3]). Nicht beigelegt werden kann jedoch seiner Feststellung, vor dem Unfall seien an keiner Stelle gesundheitliche Beeinträchtigungen geklagt oder festgestellt worden, wie sie nach dem Unfall wiederholt angegeben worden und schliesslich auch durch mehrere spezialärztliche Untersuchungen objektiviert worden seien (Kopfschmerzen, Nackenschmerzen und Schwindelgefühle). Laut Dr. L. ___ entwickelten sich nach einer im Spital Herisau am 14. Dezember 2008 durchgeführten Myelographie starke Kopfschmerzen, worauf von der Einwicklung eines Postmyelographiesyndroms mit starken Kopfschmerzen gesprochen wurde. Die Kopfschmerzen wurden damit jedoch vor dem Unfall keineswegs einer eindeutigen somatischen Gesundheitsstörung zugeordnet (vgl. dazu Erwägung 3.2), womit auch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gefolgert werden kann, die nach dem Unfall geklagten Kopfschmerzen seien andersartig. Bezüglich der ebenfalls vorbestehenden Nackenschmerzen stellt sich die Sachlage gleich dar, nachdem deren Ursächlichkeit ausdrücklich als unklar bezeichnet wurde (KTG-Akten: Ärztliches Zwischen-/Schlusszeugnis von Dr. M. ___, Chiropraktor, vom 7. März 2009). Massgebend ist jedoch letztlich, dass der Beschwerdeführer nach den Darlegungen in Erwägung 3.4.1 klarerweise schon bereits vor dem Unfall vom 1. Dezember 2009 unter einer psychischen Komponente - einer somatoformen Schmerzstörung und einer Angststörung - litt, welche sich nach dem Unfall - unter Hinzutreten weiterer psychiatrischer Diagnosen - im Wesentlichen identisch fortsetzte. Der Umstand, dass Schwindelgefühle und Übelkeit als unabhängige Beschwerden ausdrücklich erst nach dem Unfall vom 1. Dezember 2009 in den medizinischen Akten angeführt werden und sich damit das Beschwerdebild allenfalls ausgeweitet oder verändert hat, vermag nicht als Beweis für eine Unfallkausalität zu gelten. Gerade im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung, aber auch im Zusammenhang mit anderen psychiatrischen Diagnosen bildet eine Symptorausweitung oder -veränderung ein bekanntes Phänomen. Insgesamt ist somit festzustellen, dass mit dem unfallfremden psychischen Vorzustand des Beschwerdeführers mit posttraumatisch fortgesetzter psychischer Komponente ein massgebendes zusätzliches, gegen die Unfallkausalität seiner Beschwerden sprechendes Indiz vorliegt.

E. 3.5

Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass eine überwiegend wahrscheinliche kausale Bedeutung des Unfallereignisses für die Schwindelgefühle und die Übelkeit im Sinn einer durch den Unfall klar ausgewiesenen, objektivierten Gesundheitsschädigung nicht nachgewiesen ist.

E. 4

Die Prüfung allfälliger Unfallfolgen nach einem Schädel-Hirntrauma oder einer HWS-Distorsion, d.h. einer schleudertraumaähnlichen Verletzung (vgl. dazu BGE 134 V

109 und BGE 117 V 359) kann im konkreten Fall ausbleiben. Die vorbestehenden Kopf- und Nackenschmerzen (vgl. KTG-Akten: Gutachten von Dr. L.____, S. 3; Ärztliches Zwischen-/Schlusszeugnis von Dr. M.____, vom 7. März 2009), welche zwar durchaus nach einer schleudertaumähnlichen Verletzung auftreten können, sowie die vorbestehende psychische Problematik, die sich nach dem Unfall vom 1. Dezember 2009 mit weitgehend identischen Diagnosen fortsetzte und bekanntermassen Nacken- und Kopfschmerzen hervorrufen kann, lässt für eine von den Vorzuständen unabhängige Unfallkausalität der Schwindelgefühle und Übelkeit keinen Raum. Gleichfalls lassen die Darlegungen in Erwägung 3.4.2 nicht den Schluss zu, die Schwindel- und Gleichgewichtsstörungen könnten als psychische Gesundheitsschädigung unfallkausal sein (vgl. dazu BGE 115 V 133). Beide Kausalitäten werden denn auch vom beschwerdeführenden Rechtsvertreter nicht geltend gemacht.

E. 5

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. Januar 2012 (act. K12) abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 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.