

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2015/60 vom 23. Mai 2017

Sg Versicherungsgericht, 2017-05-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publikationen_UV_2015_60

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2015/60 du 23 mai 2017

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2015/60 del 23 maggio 2017

Regeste

Art. 6 Abs. 1 UVG. Beweismäßigkeit des Gerichtsgutachtens. Verneinung eines Schädelhirntraumas. Adäquanzprüfung mittels Psycho-Praxis. Verneinung der adäquaten Kausalität (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Mai 2017, UV 2015/60).

Erwägungen

E. 1

1.1 Streitig und zu prüfen ist die Frage, ob die Beschwerdegegnerin zurecht die Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 16. Juni 2008 per 30. November 2013 eingestellt (vgl. dazu das Bundesgerichtsurteil 8C_170/2015 vom 29. September 2015 E. 4.2), den Anspruch auf eine Invalidenrente verneint und eine Integritätsentschädigung von 5% zugesprochen hat.

1.2 Hinsichtlich der massgebenden rechtlichen Grundlagen für die Beurteilung der Leistungspflicht kann auf die Ausführungen des Entscheides vom 27. Januar 2015 (UV 2013/70, E. 2.2 ff.) bzw. die Ausführungen im Urteil des Bundesgerichts vom 29. September 2015 (8C_170/2015) verwiesen werden. 1.3 Zu ergänzen ist bezüglich der Beweiskraft von Gerichtsgutachten, dass das Gericht „nicht ohne zwingende Gründe“ von den Einschätzungen des medizinischen Experten abweicht. Auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat diesbezüglich erwogen, der Meinung eines von einem Gericht ernannten Experten komme bei der Beweismäßigkeit vermutungsweise hohes Gewicht zu (BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen).

E. 2

2.1 Der Beschwerdeführer bringt gegen das asim-Gutachten vor, dass sämtliche beteiligten Gutachter immer wieder frühere Unfälle (Sturz vom Baum 1973 und Autounfall 1986) erwähnt und behauptet hätten, er hätte bei diesen Unfällen (möglicherweise) ein Schädelhirntrauma erlitten. Dabei seien diese beiden Ereignisse nicht aktenmässig dokumentiert. Wie die vorliegende Auseinandersetzung zeige, würden an den Nachweis eines Schädelhirntraumas sehr hohe Anforderungen gestellt und es genüge nicht, wenn ein Schädelhirntrauma in mehreren Arztberichten dokumentiert werde. Es sei deshalb erstaunlich, dass die Gutachter in Unkenntnis der früheren Unfallakten voreilig von (möglichen) früheren Schädelhirntraumen ausgingen. Dabei habe der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung und bereits mehrfach auch in der Vergangenheit ausgeführt, dass er sich beim Autounfall 1986 – im Unterschied zum Autounfall 2008 – keine Kopfverletzung zugezogen habe und dementsprechend kein Schädelhirntrauma diagnostiziert worden sei. Erst später habe Prim. Dr. C.____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, plötzlich von einem erlittenen Schädelhirntrauma 1986 gesprochen. Das

Gleiche gelte für den Sturz im Jahre 1973. Damals, im Alter von zwölf Jahren, habe er nach einem Sturz vom Baum eine leichte Gehirnerschütterung erlitten. In den weiteren Akten sei, gestützt auf die Ausführungen von Dr. C.____, immer wieder von Schädelhirntraumen in früheren Jahren die Rede. Diese Unstimmigkeit sei fälschlicherweise von verschiedenen Ärzten übernommen worden. Vor diesem Hintergrund sei es verfehlt, von früheren Schädelhirntraumen zu sprechen und die objektiv nachweislichen Signalanhebungen im MRI sukortikal frontal als vorbestehend einzuschätzen. Ferner werde bemängelt, dass sich die asim-Gutachter nicht mit dem extrem schweren gemischten obstruktiven zentralen Schlafapnoesyndrom auseinandergesetzt hätten. Ausser einer Erwähnung der Aussage des Suva-Arzt Dr. med. D.____, Neurologie FMH, wonach das Schlafapnoesyndrom nicht Folge des Kopfanpralls beim Unfall gewesen sein könne, fänden sich im Gutachten keine weiteren Ausführungen zur Unfallkausalität. Dies, obwohl das schwere Schlafapnoesyndrom aktenkundig sei. Die neuropsychologische Fachgutachterin gehe fälschlicherweise von einem obstruktiven und nicht von einem gemischten, d.h. einem obstruktiv zentralen Schlafapnoesyndrom aus. Bei der zentralen Schlafapnoe liege eine Fehlsteuerung im Atemzentrum des Gehirns vor. Der Beschwerdeführer leide seit dem Unfall unter Atemproblemen, welche in zahlreichen Arztberichten beschrieben würden. Aus den Berichten von Dr. med. univ. E.____, Facharzt für Innere Medizin, und vom Schlaflabor gehe hervor, dass die Schlafapnoe mit dem erlittenen Schädelhirntrauma zusammenhänge. Es wäre Aufgabe der Gutachter gewesen abzuklären, ob die Schlafapnoe nicht Folge eines erlittenen Schädelhirntraumas sei. Somit könne das Gutachten nicht als umfassend bezeichnet werden. Insgesamt beruhe es auf einem nicht bewiesenen Sachverhalt und sei unvollständig (act. G 38).

2.2 Der neurologische Gutachter führt in seinem Teilgutachten aus, dass im Austrittsbericht der Neurologie des F.____ vom 18. Februar 2003 mehrfache Schädeltraumen in Kindheit und Jugend sowie ein Hochtonabsenken links, möglicherweise durch eine Contusio labyrinthi (Schädelhirntrauma 1986) verursacht, aufgeführt seien. Im MRI vom 21. Januar 2003 (vgl. S. 2 und 11) hätten sich vereinzelt unspezifische Demyelinisierungsherde vor allem im subkortikalen Marklager gefunden. Weiter stellt er jedoch klar, dass der Unfall von 1986 nicht dokumentiert sei. Laut Angaben des Beschwerdeführers habe sich dieser damals keine Kopfverletzung zugezogen und es sei damals auch kein Schädelhirntrauma diagnostiziert worden, diese Diagnose sei erst viel später von Dr. C.____ gestellt worden. Eine stattgehabte Commotio cerebri / milde traumatische Hirnschädigung sei aufgrund der Amnesie und abgestützt auf die Plausibilität (das Fahrzeug habe sich mehrfach überschlagen und sei laut Angabe 60 Meter einen Hang hinuntergestürzt) zumindest möglich.

Differentialdiagnostisch sei eine Amnesie im Rahmen eines Alkoholrausches zu erwähnen, die klare retro- und anterograde Abgrenzung spreche aber eher dagegen. Das Gleiche gelte für den Sturz vom Baum 1973, wofür der Beschwerdeführer ebenfalls eine Amnesie angebe und wo vom damals behandelnden Arzt offenbar von einer „leichten Gehirnerschütterung“ gesprochen worden sei (act. G 29, neurologisches Fachgutachten, S. 12). Zudem bezieht sich der Gutachter bei der weiteren Beurteilung des Unfalls vom 18. Juni 2008 und bei der Feststellung, dass „nur“ ein Schädeltrauma im Sinne einer Contusio capitis und nicht eine Hirnverletzung, auch nicht eine milde im Sinne einer Commotio cerebri, stattgefunden habe, nicht weiter auf die Unfälle von 1973 und 1986 (vgl. act. G 29, neurologisches Fachgutachten, S. 14 f.). Insgesamt ist diesbezüglich im Gutachten kein Mangel zu erkennen, da der Gutachter die Akten korrekt wiedergegeben und die vom Beschwerdeführer angegebenen Punkte bezüglich der Unfälle von 1973 und 1986

aufgenommen hat und diese überdies für die Beurteilung der Auswirkungen des Unfalls vom 18. Juni 2008 nicht weiter herangezogen wurden. Seine Schlussfolgerungen sind plausibel. Der Nachweis, dass der Unfall vom 16. Juni 2008 überwiegend wahrscheinlich ein Schädelhirntrauma verursacht hat, misslingt dem Beschwerdeführer somit.

E. 2.3

2.3.1 Knapp viereinhalb Jahre nach dem Unfall wurde beim Beschwerdeführer erstmals ein schweres gemischtes obstruktiv/zentrales Schlafapnoesyndrom nach Schädelhirntrauma diagnostiziert (Bericht der Abteilung Pulmologie, Schlaflabor, des Landeskrankenhauses G.____ vom 25. November 2012, Suva-act. 286). Hinweise auf mögliche Ursachen wurden seitens des Schlaflabors nicht abgegeben. Der Hausarzt des Beschwerdeführers Dr. E.____ führte im Bericht vom 3. Juli 2013 aus, dass der Beschwerdeführer unter einem extrem schweren gemischten obstruktiven/zentralen Schlafapnoesyndrom leide, welches sicherlich auch in erster Linie durch das Schädelhirntrauma ausgelöst worden sei (UV 2013/70, act. G 3.18). Diese Einschätzung begründete der Internist Dr. E.____, der offenbar nicht über spezifische pulmologische oder schlafmedizinische Kenntnisse verfügt, nicht. Er erwähnte lediglich, dass eine vorbestehende COPD aus der Geschichte her nicht bekannt gewesen sei. Dies reicht jedoch für den mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erbringenden Nachweis der Unfallkausalität der Schlafapnoe nicht aus.

2.3.2 Der Beschwerdeführer betont, dass bei der Form der zentralen Schlafapnoe eine Fehlsteuerung im Atemzentrum des Gehirns vorliege (act. G 38, S. 3 oben), und wirft den asim-Gutachtern vor, sie hätten zu Unrecht nicht abgeklärt, ob die Schlafapnoe nicht Folge eines erlittenen Schädelhirntraumas sei. Dr. D.____ kam in der neurologischen Beurteilung vom 20. Dezember 2012 zum Schluss, dass das im Landeskrankenhaus G.____ festgestellte „schwere, gemischt obstruktiv und zentrale Schlafapnoesyndrom“ nicht die Folge des Kopfanpralles anlässlich des Unfalles vom 18. Juni 2008 gewesen sein könne. Es habe nie ein Schädelhirntrauma von relevantem Ausmass mit in irgendeiner Weise nachweisbarem strukturellem Defizit oder auch Funktionsbeeinträchtigung stattgefunden, insoweit sei bereits die Annahme eines kausalen Konnexes verfehlt (Suva-act. 278, S. 11). Im asim-Gutachten wird das extrem schwere gemischte obstruktiv/zentrale Schlafapnoesyndrom unter den unfallfremden Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit erwähnt (act. G 29, S. 10 f.). Da die Gutachter zum Schluss kamen, dass sich der Beschwerdeführer beim Unfall vom 18. Juni 2008 ein Schädeltrauma im Sinne einer Schädelprellung mit einer RQW, jedoch keine Hirnverletzung im Sinne einer MTBI zugezogen habe, und sie somit eine Contusio capitis mit RQW frontal diagnostizierten (act. G 29, S. 10), kann das Schlafapnoesyndrom jedenfalls nicht auf ein anlässlich des Unfalls vom 18. Juni 2008 erlittenes Schädelhirntrauma zurückgeführt werden.

2.3.3 Weitere Abklärungen zur Frage, ob die erlittene Schädelprellung die Schlafapnoe verursacht haben könnte, drängen sich nicht auf. Es ist nämlich davon auszugehen, dass ein dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit genügender Beweis einer solchen Verursachung unmöglich ist. Dr. D.____ hatte bereits festgehalten, es sei bekannt, dass regelhaft ein schweres Schlafapnoesyndrom, welches durch Obstruktion im naso-pharygealen Bereich entstehe, auch Anteile eines nachweisbaren zentralen Apnoegeschehens mit sich bringe (Suva-act. 278, S. 11; zu Studien über die Koexistenz obstruktiver und zentraler Apnoen siehe SANDRA LEISTNER, Prävalenz des Komplexen Schlafapnoesyndroms, Inaugural-Dissertation Philipps-Universität Marburg, Marburg 2009, S. 20 f.). Die Ursachen sowohl der obstruktiven als auch der zentralen Schlafapnoe können offenbar vielfältig sein, die Zuordnung einzelner Ursachen ist kaum möglich. Naheliegenderweise

sind denn auch Ätiologie und Pathophysiologie der kombinierten Form unklar (vgl. LEISTNER, a.a.O., S. 10 ff., insbes. S. 20). In den Akten finden sich keine konkreten Hinweise darauf, dass aus medizinischer Sicht ein Zusammenhang zwischen einer Contusio capitis und der gemischten Schlafapnoe auch nur möglich ist; die Nachweisbarkeit eines solchen Zusammenhangs mit dem höheren Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist im konkreten Fall in antizipierender Beweiswürdigung zu verneinen. Diesbezüglich fällt nicht nur das zeitlich deutliche Auseinanderfallen von Unfall und Diagnosestellung ins Gewicht. Zu berücksichtigen ist auch die Vielschichtigkeit der vom Beschwerdeführer empfundenen Beeinträchtigungen und die hohe Komplexität der Ursachenermittlung, die sich aus dem ausführlichen asim-Gutachten insgesamt sehr anschaulich ergibt. Gemäss der neuropsychologischen Gutachterin des asim ist im Übrigen keineswegs klar abgrenzbar nur die Schlafapnoe für die von ihr auf ca. 20% geschätzte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verantwortlich. An erster Stelle erwähnte die Neuropsychologin die eingenommenen Psychopharmaka als die geistige Leistungsfähigkeit einschränkend (S. 20 und 26 des neuropsychologischen Gutachtens). Sie hielt zudem fest, dass die derzeit vorhandene Literatur keinen endgültigen Schluss darüber zulasse, ob und in welchem Ausmass kognitive Leistungseinbussen auf ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom zurückzuführen seien. Kontroverse Ergebnisse betreffen auch die Art der Leistungseinbussen (S. 20 f.). Weiter betonte sie, dass die von ihr erhobenen kognitiven Defizite ihrer Natur nach auch durch die vom neurologischen Teilgutachter diagnostizierte vaskuläre Encephalopathie (mit)bedingt sein könnten (S. 21 des neuropsychologischen Teilgutachtens). Der neurologische Gutachter hatte der vaskulären Encephalopathie (die bereits 2003 - also vor dem Unfall - als Verdachtsdiagnose erhoben, dann aber wieder verworfen worden war, vgl. S. 14 oben des neurologischen Gutachtens) keine Unfallkausalität zugeschrieben und den Risikofaktor der beim Beschwerdeführer seit längerem vorliegenden arteriellen Hypertonie erwähnt (S. 14 des neurologischen Teilgutachtens).

2.4 Zusammenfassend liegt die Unfallkausalität der Schlafapnoe höchstens im Bereich des Möglichen, ist also nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt und auch nicht erstellbar. Im Übrigen wäre auch der quantitative und qualitative Einfluss der Schlafapnoe auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht ausgewiesen. Es besteht Beweislosigkeit, deren Folgen nach der massgebenden Beweislastverteilung der Beschwerdeführer zu tragen hat. Seine Vorbringen vermögen insgesamt keine Zweifel an dem auf umfassenden Untersuchungen beruhenden, in Kenntnis der vollständigen Aktenlage und in Berücksichtigung des gesamten Leidensbildes ergangenen, nachvollziehbaren asim-Gutachten hervorzurufen, weshalb auf dieses abgestellt werden kann.

E. 3

3.1 Gestützt auf das asim-Gutachten ist die Verursachung eines Schädelhirntraumas durch den Unfall vom 18. Juni 2008 zu verneinen. Somit kommt vorliegend die sogenannte Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) zur Anwendung. Die Prüfung der Adäquanzt, d.h. der Fallabschluss, ist in diesem Fall in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 29. September 2015, 8C_170/2015, E. 5.2 mit Verweis auf BGE 134 V 109 E. 6.1). Gemäss kreisärztlicher Untersuchung vom 6. Mai 2013 ergeben sich aus somatischer Sicht keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dem Beschwerdeführer seien leichte bis mittelschwere vollschichtige

Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung ohne Einnehmen von Zwangshaltungen in Reklinations- und Inklinationspositionen der Wirbelsäule zuzumuten. Er bedürfe keiner weiteren medizinischen Behandlungsmassnahmen (UV-act. 287, S. 10 f.). Auch aus dem asim-Gutachten ergibt sich keine davon abweichende Beurteilung. Aus somatischer Sicht ist der gesundheitliche Endzustand eingetreten, womit der Fallabschluss und die Prüfung der Adäquanz per 30. November 2013 nicht zu beanstanden ist. Ebenfalls ist somit die Einstellung der Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen per 30. November 2013 nicht zu beanstanden. 3.2 Bezüglich der Adäquanzprüfung gemäss der Psycho-Praxis kann auf die Ausführungen im Entscheid vom 27. Januar 2015 verwiesen werden (UV 2013/70, E. 6). Die Adäquanz ist zu verneinen, womit der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 3.3 Gemäss asim-Gutachten besteht weder ein physischer noch ein psychiatrischer Integritätsschaden (act. G 29, S. 17). Der Suva-Arzt Prof. Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, hielt in der Beurteilung vom 13. Januar 2011 fest, aus orthopädisch-traumatologischer Sicht bestehe ein Status nach stabiler ventraler Kompressionsfraktur des 1. LWK, der in einem Kyphosewinkel von 14 Grad in der Sagittalebene konsolidiert sei. Auch in der Frontalebene habe sich ein allerdings geringfügigerer seitlicher Keilwirbel durch das Trauma eingestellt. Es bestünden belastungsabhängige Beschwerden, die in Ruhe meistens rasch wieder abklingen würden. Entsprechend dem bekannten Tabellenwerk der Suva stehe für den Status nach Frakturen im LWS-Bereich bei einem Kyphosewinkel von 10 bis 20 Grad bei mässigen Beanspruchungsschmerzen, in Ruhe selten oder keine, mit guter, rascher Erholung eine Integritätsentschädigung von 5 bis 10% zur Diskussion. Vorliegend sei die Symptomatik eher als gering einzustufen, weshalb die Einschätzung bei 5% anzusetzen sei. Diese Einschätzung ist plausibel. Somit ist die Integritätsentschädigung von 5% nicht zu beanstanden (vgl. im Übrigen die Ausführungen in UV 2013/70, E. 7).

E. 4

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer für das Verfahren UV 2013/70 eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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