

200 16 553 UV
MAW/IMD/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. Juli 2016

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 11. Mai 2016 (17.70210.15.8)



Sachverhalt:

A.

Der 1956 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als er gemäss Schadenmeldung vom 29. Januar 2015 zwei Tage zuvor beim Aussteigen aus dem Auto auf Glatteis ausgerutscht ist und sich eine Verrenkung am Rücken beidseits zugezogen hat (Akten der SUVA, Antwortbeilage [AB] 1). Die SUVA erbrachte die gesetzlichen Leistungen (AB 2 ff.) und nahm medizinische Abklärungen vor. Gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung vom 1. Dezember 2015 (AB 59) schloss sie den Fall per 31. Dezember 2015 ab, stellte die bisherigen Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) auf diesen Zeitpunkt ein und verneinte den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen, da die noch geltend gemachten Beschwerden nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur seien (AB 60). Die dagegen erhobene Einsprache (AB 63) wies die SUVA mit Entscheid vom 11. Mai 2016 ab (AB 73).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 10. Juni 2016 Beschwerde mit dem Antrag, der Einspracheentscheid vom 11. Mai 2016 sei aufzuheben und die Akten seien zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 13. Juli 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 11. Mai 2016 (AB 73). Streitig ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Unfallversicherung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs 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 ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.2.2 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges 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 Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

2.3

2.3.1 Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. In solchen Fällen hat die Unfallversicherung praxisgemäss auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen (SVR 2009 UV Nr. 1 S. 2 E. 2.3).

2.3.2 Ist die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach dem derzeitigen medizinischen Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss; eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (SVR 2009 UV Nr. 1 S. 2 E. 2.3.1 und 2.3.2).

2.4 Um über den Leistungsanspruch entscheiden zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.5

2.5.1 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.5.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

2.6 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzuge-

ben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.

3.1 Unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass der Beschwerdeführer am 27. Januar 2015 einen Unfall im Rechtssinne (vgl. E. 2.1 hiervor) erlitten hat. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Umstritten ist hingegen, ob er Beschwerdeführer über die von der Beschwerdegegnerin verfügte Leistungseinstellung per 31. Dezember 2015 (AB 73) hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei ist zu prüfen, ob die nach diesem Zeitpunkt weiterhin geklagten Beschwerden in einem anspruchsbegründenden Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 27. Januar 2015 stehen.

3.2 Zu den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.2.1 Im Bericht des Spitals C. _____ vom 28. Januar 2015 (AB 9) wurden eine ISG-Blockade rechts und eine Lendenwirbelsäulen-Prellung diagnostiziert. Radiologisch fänden sich keine Hinweise auf ossäre Läsionen im Bereich der LWS und des Sakrums. Nach ISG-Mobilisation seien die Schmerzen bereits zurückgegangen. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit bis und mit 30. Januar 2015.

Einem weiteren Bericht des Spitals C. _____ vom 23. Juli 2015 (AB 36) ist zu entnehmen, dass eine zwischenzeitlich durchgeführte MRI-Untersuchung eine mässiggradige Degeneration der Bandscheibe L5/S1 mit einer rechtsmediolateralen Protrusion und einen Anulusriss mit einem HIZ gezeigt habe. Wahrscheinlich seien die Beschwerden auf die Diskusdegeneration und den Anulusriss L5/S1 zurückzuführen. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 75 %.

Im Bericht des Spitals C. _____ vom 25. September 2015 (AB 53) wurden eine Bandscheibendegeneration L5/S1 mit therapierefraktärem vorder-

gründigem Rückenschmerz und intermittierender Radikulopathie S1 rechts mit angedeuteter motorischer Schwäche und ein Zustand nach epiduraler Infiltration L5/S1 am 23.07.2015 mit 10-tägiger fast vollständiger Beschwerdefreiheit diagnostiziert.

3.2.2 Der Kreisarzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, führte im Bericht vom 1. Dezember 2015 (AB 59) aus, durch das Schadenereignis mit Sturz auf das Gesäss sei kein ossärer Schaden hervorgerufen worden, dies sei radiologisch und in der MRI-Darstellung klar dargestellt. Die MRI-Darstellung zeige zusätzlich eine degenerative Diskusveränderung mit Anulusriss. Eine Unfallkausalität der Diskushernie sei medizinisch nicht herzuleiten. Diese sei gemäss allgemeiner medizinischer Erfahrung gegeben bei sofortigem radikulärem Schmerz und Ausfallserscheinung, meist zusätzlich begleitet von ossären Schäden an den Wirbelkörpern. Der Wirbelsäulenchirurg habe von einer degenerativen Bandscheibenveränderung berichtet. Dieser Befund bestätige sich bei der Durchsicht der MRI-Darstellungen. Aus diesem Grund sei im vorliegenden Fall nach Wirbelsäulenkontusion ohne strukturelle Läsion nach drei, bei nachgewiesenen degenerativen Veränderungen spätestens nach sechs Monaten vom Erreichen eines Status quo sine auszugehen. Die weiterhin vorhandenen Beschwerden seien einerseits durch den anamnestic bekannten langjährigen Verlauf erklärbar, andererseits durch die leichtgradigen Spondylarthrosen sowie die degenerativen Bandscheibenveränderungen auf dem Niveau L5/S1.

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützte die auf Ende Dezember 2015 verfügte Leistungseinstellung auf die kreisärztliche Beurteilung vom 1. Dezember 2015 (AB 59). Diese erfüllt die von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an den Beweiswert ärztlicher Berichte (vgl. E. 2.5 hier vor). Daran ändert nichts, dass der Kreisarzt von einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers abgesehen hat, sind Aktengutachten doch nach der Praxis nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175

E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Dies war vorliegend der Fall; insbesondere standen dem Kreisarzt auch das angefertigte MRI-Bild sowie die Akten bezüglich eines früheren Sturzereignisses zur Verfügung.

Die Beurteilung des Kreisarztes, wonach einerseits die diagnostizierte Diskushernie nicht auf das Sturzereignis vom Januar 2015 zurückzuführen sei und dass andererseits bei der erlittenen Wirbelsäulenkontusion ohne strukturelle Läsion bei nachgewiesenen degenerativen Veränderungen spätestens nach sechs Monaten vom Erreichen eines Status quo sine auszugehen sei, ist nachvollziehbar begründet und schlüssig. Ärztliche Berichte, die dieser Darstellung widersprechen würden, finden sich weder in den Akten noch wurden solche im Rahmen des Einsprache- bzw. des Beschwerdeverfahrens beigebracht.

3.4 Der Beschwerdeführer beanstandet, die Beschwerdegegnerin habe ausser Acht gelassen, dass er aufgrund zweier früherer Unfälle unter Rückenproblemen leide und das Ereignis vom 27. Januar 2015 zu einer richtunggebenden Verschlimmerung eines Vorzustandes geführt habe. Damit vermag er nicht durchzudringen: Nachdem gemäss Bericht des Spitals C._____ vom 25. September 2015 (AB 53) nach einer am 23. Juli 2015 durchgeführten epiduralen Infiltration im Bereich L5/S1 eine zehntägige fast vollständige Beschwerdefreiheit bestanden hat und im Rahmen der radiologischen Untersuchungen eine ossäre Läsion ausgeschlossen werden konnte (AB 9; vgl. auch E. 2.3.2 hiervor), ist eine richtunggebende Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) nachgewiesen.

3.5 Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 31. Dezember 2015 eingestellt. Der Einspracheentscheid vom 11. Mai 2016 (AB 73) ist nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist offensichtlich unbegründet und folglich abzuweisen.

4.

4.1 Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - SUVA, Rechtsabteilung
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.