



Fall-Nr.: UV 2008/68
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 09.04.2020
Entscheiddatum: 05.01.2009

Entscheid Versicherungsgericht, 05.01.2009

Art. 6 UVG und Art. 11 UVV. Verneinung eines Rückfalls. Zwischen dem Autounfall und der zwei Jahre später eingetretenen Diskushernie ist die erforderliche Kausalität nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. Januar 2009, UV 2008/68). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_152/2009.

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Entscheid vom 5. Januar 2009

in Sachen

K.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Max Auer, Zürcherstrasse 82, 8640 Rapperswil SG,

gegen

Helsana Unfall AG, Postfach, 8081 Zürich Helsana,

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a Die 1976 geborene K.____ war seit 1. Januar 2001 als Stationshilfe mit einem Beschäftigungsgrad von 60 % in der Klinik E.____ tätig und dadurch bei der Helsana Unfall AG (nachfolgend: Helsana), Zürich, gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 17. August 2004 wurde sie von ihrem Ehemann von der Arbeit abgeholt. Auf der A.____ kam das Fahrzeug wegen nasser Fahrbahn ins Schleudern und prallte seitlich mit der Fahrerseite in ein Geländer (act. G 3.1). Die Versicherte begab sich am folgenden Tag bei Dr. med. B.____, Bezirksarzt, in ärztliche Behandlung. Dieser diagnostizierte im Zeugnis vom 23. August 2004 eine Kontusion im Bereich der LWS (Lendenwirbelsäule) sowie posttraumatische Kopfschmerzen. Die Röntgenuntersuchung ergab keine Auffälligkeiten der LWS (act. G. 3.2.1). Der nachbehandelnde Hausarzt, Dr. med. C.____, Allgemeine Medizin FMH, stellte im Bericht vom 30. September 2004 die Diagnose einer posttraumatischen Lumbalgie und ordnete alle vier Wochen Physiotherapie bis ca. November 2004 an. Ab 24. August 2004 befand er die Versicherte wieder zu 100 % arbeitsfähig (act. G 3.2.2).

A.b Mit Schadenmeldung vom 12. Juli 2006 machte die Versicherte ab 16. Juni 2006 einen Rückfall geltend (act. G. 3.4). Dr. C.____ erklärte in seinem Zwischenbericht UVG vom 22. August 2006, beim Gesundheitsschaden handle es sich um ein lumboradikuläres Syndrom beidseits bei Diskushernie L5/S1. Zur Abklärung der Operationsindikation meldete er die Patientin im Neurozentrum Bodensee in Kreuzlingen an (act. G. 3.2.3). Die Helsana unterbreitete die Akten Dr. med. D.____, Praktischer Arzt FMH, FA manuelle Medizin FMH, FA Vertrauensarzt FMH, zur ärztlichen Beurteilung. Dr. D.____ kam dem Auftrag mit Stellungnahme vom 2. September 2006 nach (act. G 3.4).

A.c Mit Verfügung vom 14. Mai 2007 eröffnete die Helsana der Versicherten, dass die am 12. Juli 2006 als Rückfall gemeldeten Beschwerden nicht mehr unfallbedingt seien. Da die Diskushernie nicht unmittelbar nach dem Unfallereignis aufgetreten sei, bestehe



St.Galler Gerichte

lediglich ein möglicher Zusammenhang, weshalb die leistungsbegründende Voraussetzung nicht erfüllt sei (act. G 3.2.11).

B.

Die gegen diese Verfügung am 15. Juni 2007 erhobene Einsprache wies die Helsana mit Einspracheentscheid vom 19. Mai 2008 ab (act. G. 3.2.17).

C.

C.a Gegen diesen Entscheid richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. Max Auer, Eschlikon, für die Versicherte erhobene Beschwerde vom 20. Juni 2008. Der Rechtsvertreter beantragt die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 19. Mai 2008 sowie der Verfügung vom 14. Mai 2007. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die vertraglichen und gesetzlichen Leistungen aus der Unfallversicherung Police-Nr.____, Schaden-Nr.____ betreffend das Unfallereignis vom 17. August 2004 im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben gemäss UVG zu leisten, insbesondere aber sei die Helsana zur Erbringung der Heilungskosten sowie einer allfälligen UVG-Rente zu verpflichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung bringt der Rechtsvertreter im Wesentlichen vor, zwischen der im Jahre 2006 eingetretenen Diskushernie L5/S1 und dem Unfall vom 17. August 2004 sei ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang aktenmässig erstellt, weshalb die Helsana leistungspflichtig sei. Im Eventualfall beantragt er, zur Frage der Unfallkausalität ergänzende ärztliche Abklärungen in Form eines Arztgutachtens vorzunehmen.

C.b In der Beschwerdeantwort vom 22. August 2008 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

C.c Die Beschwerdeführerin hat auf die Einreichung einer Replik verzichtet.

Erwägungen:

1.



Die Beschwerdegegnerin lehnt ihre Leistungspflicht sinngemäss mit der Begründung ab, dass vorliegend kein schweres Unfallereignis stattgefunden habe und direkt nach dem Unfall vom 17. August 2004 noch keine Diskushernienproblematik festgestellt worden sei. Demzufolge seien die gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erforderlichen Kriterien, gemäss welchen eine Diskushernie als unfallbedingt betrachtet werden könne, nicht erfüllt. Zu beurteilen ist deshalb, ob bei der Beschwerdeführerin unfallbedingte gesundheitliche Störungen vorliegen, für welche die Beschwerdegegnerin aufzukommen hat. Unbestritten ist dabei, dass die Beschwerdegegnerin den Grundfall vom August 2004 als Unfall anerkannt und die gesetzlichen Leistungen insbesondere in Form von physiotherapeutischen Behandlungen bis November 2004 erbracht hat.

2.

2.1 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. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinn des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist 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. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung oder im Beschwerdefall das Gericht nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Kausalzusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181, BGE 119 V 337 f. E. 1). Die Leistungspflicht



des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolgs 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 Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181, 119 V 337 f. E. 1). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen hat jedoch die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a).

2.2 Gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (Art. 22 UVG; [BGE 127 V 457](#) E. 4b, 118 V 297 E. 2d; SVR 2003 UV Nr. 14 S. 43 E. 4.2). Praxisgemäss handelt es sich bei einem Rückfall um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, sodass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt, während von Spätfolgen dann gesprochen wird, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Laufe längerer Zeit organische oder psychische Folgen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen begrifflich an ein in der Vergangenheit bestandenes Unfallereignis an. Dementsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damals haftbaren Unfallversicherers) nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut vorgebrachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 246 f. E. 2c; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; SVR 2003 UV Nr. 14 S. 43 E. 4 Ingress). Festzuhalten ist in diesem Zusammenhang, dass die für den Grundfall an sich massgebenden kausalen Faktoren mit der Zeit wegfallen können, weshalb der Unfallversicherer bei einem Rückfall nicht automatisch an seiner damaligen Leistungszusage behaftet werden kann. Es obliegt vielmehr dem Leistungsansprecher, den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem ursprünglichen Unfall mit überwiegender



Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 122 V 158 E. 1a und 121 V 210 E. 6c, je mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

2.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden Arztberichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten



(BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen). Auch eine ärztliche Beurteilung auf Grund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. D.____ am 2. September 2006 (Suva-act. G 3.2.4) erstellt wurde, ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweismwürdigung somit als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Beizug eines Gerichtsgutachtens - abschliessen. In solchen Fällen sind an die Beweismwürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (RKUV 1997 Nr. U 281 S. 281 E. 1a).

3.

3.1 In der Unfallmeldung vom 19. August 2004 (act. G 3.1) wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe am 17. August 2004 als Beifahrerin in einem Personenwagen gesessen, als dieser gegen ein Geländer geprallt sei. Dieses Ereignis ist zweifellos als Unfall zu werten, was unter den Parteien nicht bestritten ist. Die Beschwerdeführerin äusserte am 18. August 2004 gegenüber Dr. B.____, dass sie direkt nach dem Autounfall praktisch keine Schmerzen verspürt habe, in der Nacht dann aber unter Kopfschmerzen und Schmerzen der LWS gelitten habe. Dr. B.____ hielt im Zeugnis vom 23. August 2004 als Diagnose eine Kontusion der LWS sowie posttraumatische Kopfschmerzen fest. Im Übrigen stellte er eine freie Beweglichkeit der HWS (Halswirbelsäule) und im Bereich der LWS eine paravertebral verspannte Muskulatur sowie eine leicht eingeschränkte Beweglichkeit fest. Röntgenologisch wurden keine Auffälligkeiten der LWS gefunden. Dr. B.____ schrieb die Beschwerdeführerin ab Unfalldatum zu 100 % arbeitsunfähig und verwies sie zur Bestimmung des Zeitpunkts einer Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit an den Hausarzt. Gemäss dem Bericht von Dr. C.____ vom 30. September 2004 stellte dieser eine posttraumatische Lumbalgie fest. Nach seiner Beurteilung war nicht mit einem bleibenden Nachteil zu rechnen. Da Schmerzmittel und Physiotherapie eine Besserung bewirkten, konnte die Beschwerdeführerin die Arbeit am 24. September 2004 wieder aufnehmen. Dr. C.____ verschrieb ihr Physiotherapie bis "ca. November 2004". Nach diesem Zeitpunkt sind während beinahe zwei Jahren keine ärztlichen Konsultationen oder medizinischen



Behandlungen mehr ausgewiesen. Insbesondere wurden keine Beschwerden im Zusammenhang mit einer Diskushernie beklagt. Am 12. Juli 2006 meldete die Arbeitgeberin der Beschwerdegegnerin einen Rückfall an. Sie hielt fest, dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeit ab dem 16. Juni 2006 ausgesetzt habe. Als Ursache der Arbeitsunfähigkeit diagnostizierte Dr. C.____ im Arztbericht vom 22. August 2006 ein lumboradikuläres Syndrom beidseits bei Diskushernie L5/S1. Er verneinte eine Einwirkung unfallfremder Faktoren und ordnete erneut eine medikamentöse Behandlung und Physiotherapie an. Zudem überwies er die Beschwerdeführerin zur Abklärung einer Operationsindikation ans Neurozentrum Bodensee in Kreuzlingen. Zur Dauer und Höhe der Arbeitsunfähigkeit machte er keine Angaben. Er bemerkte lediglich, es könne zur Zeit nicht beantwortet werden, ob ein bleibender Nachteil zu erwarten sei. Im Gegensatz zu Dr. C.____ ging Dr. D.____ in seiner Beurteilung vom 2. September 2006 davon aus, dass zwischen dem Unfallereignis und der Diskushernie nur ein möglicher und damit kein leistungs begründender Zusammenhang bestehe.

3.2 Im Bereich des Versicherungsrechts entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache, 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Juli 2008 i.S. S. [8C_677/2007] E. 2.3 mit Hinweisen). Gemäss dem Geschehensablauf, der sich aus der Unfallmeldung vom 19. August 2004 ergibt, ist der vorliegende Autounfall als leichtes Unfallereignis zu werten. Dabei konnte es nicht zu Kräfteinwirkungen auf die Wirbelsäule kommen, die geeignet gewesen wären, eine Diskushernie zu verursachen. Auf Grund der medizinischen Akten ist offensichtlich, dass die sichtbaren Unfalleinwirkungen auf die LWS relativ harmlos waren. Insbesondere der Röntgenbefund ergab keine Auffälligkeiten der LWS. Auch im Anschluss an den Unfallhergang traten keine Beschwerden oder Symptome einer Diskushernie auf. Somit



kann die Diskushernie bereits aus diesen Gründen nicht auf den Unfall vom 17. August 2004 zurückgeführt werden.

3.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Diskushernie nicht durch den Unfall vom 17. August 2004 verursacht wurde. In Betracht fällt somit lediglich die Möglichkeit, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall eine Prellung der LWS erfahren hat. Dass diese sodann aber vollständig abheilte, zeigt sich darin, dass die Beschwerdeführerin ab dem 24. August 2004 wieder während zwei Jahren uneingeschränkt arbeitete. Dies entspricht auch der medizinischen Erfahrungstatsache, dass solche Verletzungen normalerweise innert kurzer Zeit folgenlos abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden (vgl. dazu Bär/Kiener, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 68, S. 17). Im Übrigen bleibt anzufügen, dass eine chronische Wirbelsäulendegeneration ein laufender Prozess ist, der unmerklich schleichend, aber auch unvermittelt und schlagartig, kompliziert werden kann (Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 878). Es ist daher nicht auszuschliessen, dass sich eine solche vorliegend innerhalb von zwei Jahren entwickelt hat.

3.4 Auf Grund dieser Ausführungen ist davon auszugehen, dass der in Frage stehende Unfall vom 17. August 2004 nicht geeignet war, im Sinn der natürlichen Kausalität eine Diskushernie zu verursachen. Mithin liegt kein Rückfall im Sinn des UVG vor. Von Spätfolgen kann aufgrund der medizinischen Unterlagen ebenfalls nicht die Rede sein. Somit lässt sich der angefochtene Einspracheentscheid nicht beanstanden, da es bereits an der faktischen Seite des die Leistungspflicht voraussetzenden Kausalitätsprinzips fehlt (vgl. BGE 118 V 286 E. 1b).

4.

Schliesslich bleibt festzustellen, dass die medizinischen Akten weder unklar noch in Bezug auf die Diagnosen der körperlichen Schädigungen widersprüchlich sind. Lediglich in der Beurteilung der Unfallkausalität weicht der unbegründet gebliebene Bericht von Dr. C.____ vom 22. August 2006 von der Stellungnahme von Dr. D.____ vom 2. September 2006 ab. Da Letzterer seine Beurteilung jedoch auf die versicherungsrechtlichen Kriterien zur Unfallkausalität abstützt, ist darauf abzustellen.



An diesem Ergebnis würde auch ein medizinisches Gutachten nichts ändern. Es kann deshalb auf die Erstellung eines ärztlichen Gutachtens zur Frage der Unfallkausalität verzichtet werden.

5.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass zwischen der im Juni 2006 aufgetretenen Diskushernie und dem Unfallereignis vom Juli 2004 kein mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehender Zusammenhang gegeben ist.

6.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 19. Mai 2008 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.