



Fall-Nr.: UV 2007/23
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 05.05.2020
Entscheiddatum: 14.11.2007

Entscheid Versicherungsgericht, 14.11.2007

Art. 51 ATSG. Auch im formlosen Verfahren muss ein Fallabschluss dem Versicherten schriftlich unter Hinweis auf die Möglichkeit, eine Verfügung zu verlangen, eröffnet werden. Ein Aktenbericht, welcher sich auf nicht umfassende Arztberichte stützt und ohne Untersuchung des Versicherten erfolgt, stellt keine ausreichende Entscheidungsgrundlage dar (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. November 2007, UV 2007/23).

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Karin Huber-Studerus; a.o. Gerichtsschreiber Sven Fischer

Entscheid vom 14. November 2007

In Sachen

W.____,

Beschwerdeführer,

gegen

Helsana Versicherungen AG, Versicherungsrecht, Postfach, 8081 Zürich,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen



hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:

I.

A.- Der 1979 geborene W.____ war bei der Firma A.____ als Charting Engineer angestellt und in dieser Funktion bei den Helsana Versicherungen obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 26. Februar 2005 erlitt er einen Unfall, als in einer Kurve ein entgegenkommendes Fahrzeug seitlich mit seinem Auto kollidierte (vgl. Unfallprotokoll act. G 3/K 1). Eine polizeiliche Unfallaufnahme wurde nicht vorgenommen. In der Konsultation vom 2. März 2005 diagnostizierte Dr. med. B.____ ein blockiertes Iliosakralgelenk (ISG), leichte Nackenschmerzen und links Thoraxwandschmerzen. Er schloss die Behandlung gleichentags ab (act. G 3/M 2). Am 5. September meldete sich der Versicherte telephonisch wieder bei Dr. B.____, welcher ihm Physiotherapie im Umfang von neun Sitzungen verordnete (act. G 3/K 17). Im Februar 2006 begab sich der Versicherte erneut in ärztliche Behandlung. Der neue Hausarzt, Dr. med. C.____ diagnostizierte im Arztzeugnis vom 25. März 2006 chronisch rezidivierende Lumbalgien (act. G 3/M 3).

B.- Mit Verfügung vom 12. Mai 2006 lehnte die Helsana ihre Leistungspflicht ab September 2005 ab (act. G 3/K 12). Der Bericht ihres beratenden Arztes, Dr. med. D.____, vom 27. April 2006 kam zum Schluss, dass die Diagnose chronisch rezidivierende Lumbalgien nicht mit dem Unfall in Zusammenhang stehen könne. Die über das Jahr geltend gemachten Beschwerden seien unspezifisch und könnten jederzeit auch ohne Unfallereignis auftreten. Der Befund der Konsultation vom 2. März 2005 weise nicht auf eine ernsthafte Verletzung hin und auch die Tatsache, dass nach der ersten Behandlung über mehrere Monate keine weiteren Behandlungen stattgefunden hätten, spräche gegen weitergehende Unfallfolgen (act. G 3/M 4). Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte mit Schreiben vom 14. Juni 2006 Einsprache (act. G 3/K 15). Mit Entscheid vom 19. Januar 2007 lehnte die Helsana die Einsprache ab (act. G 3/K 21). Als Begründung führte sie an, der Fall sei zu Recht am 22. August 2005 abgeschlossen worden. Bei den seit September 2005 bestehenden Beschwerden handle es sich weder um einen Rückfall noch um Spätfolgen. Der Unfall sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal für die ab September 2005 notwendigen



Behandlungen. Aufgrund des fehlenden natürlichen Kausalzusammenhangs sei die Unfallversicherung für diese Behandlungen nicht mehr leistungspflichtig.

C.- Gegen den Einspracheentscheid vom 19. Januar 2007 erhob der Versicherte am 20. Februar 2007 Beschwerde vor dem Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen. Er verlangt sinngemäss die Aufhebung des Einspracheentscheids und die Bestätigung des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und den bestehenden körperlichen Beschwerden. Als Begründung führt er in der Beschwerdeschrift aus, dass die Schmerzen seit ihrem Auftreten am Abend des Unfalltags nie abgeklungen seien. Aus dem Umstand, dass er nach der ersten medizinischen Behandlung erst wieder im September einen Arzt konsultiert habe, könne kein Abschluss des Verfahrens abgeleitet werden. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin weise zudem verschiedentlich Fehler in der Sachverhaltsdarstellung auf. So sei der Unfall nicht bloss eine Bagatelle, sondern ein schweres Ereignis gewesen.

D.- In der Beschwerdeantwort vom 23. März 2007 beantragt die Helsana die Abweisung der Beschwerde. Bezüglich der Begründung wird auf den Einspracheentscheid verwiesen. Weiter führt die Beschwerdegegnerin aus, dass eine allfällige Beschwerdelosigkeit vor dem Unfall nicht zur Begründung einer überwiegend wahrscheinlichen Kausalität herangezogen werden könne. Wohl bestehe die Möglichkeit, dass die Beschwerden auf den Unfall zurückzuführen seien, eine überwiegende Wahrscheinlichkeit sei indes nicht nachgewiesen.

E.- In seiner Replik vom 27. April 2007 bestreitet der Beschwerdeführer die Ausführungen der Versicherung in der Beschwerdeantwort. Er weist erneut darauf hin, dass die ab September 2005 geltend gemachten Beschwerden seit dem Unfall ununterbrochen vorhanden gewesen seien.

F.- In der Duplik vom 16. Mai 2007 hält die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag fest.

II.

1.- Im vorliegenden Verfahren ist streitig, ob für die Behandlungen ab September 2005 eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht.



a) Gemäss ständiger Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) kann ein nach einem versicherten Unfall aufgetretenes 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 129 V 181, 119 V 337, 118 V 289, 115 V 133 und 399; ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 263). Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181, 119 V 338 und 118 V 289). Nicht erforderlich ist, dass der 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 und mithin eine Teilursache für - allenfalls erst nach einem Rückfall eintretende - gesundheitliche Störungen darstellt (BGE 119 V 337 E. 1, 118 V 289 E. 1b, 117 V 360 E. 4a, 376 f. E. 3a). Der Unfallversicherung haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen, wobei für die Adäquanz nicht die subjektive, sondern die objektive Voraussehbarkeit des eingetretenen Erfolges entscheidend ist (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Adäquat ist der Kausalzusammenhang dann, wenn ein Ereignis geeignet ist, den eingetretenen Erfolg zu bewirken, so dass an andere Ursachen vernünftigerweise nicht zu denken ist (BGE 117 V 359 und 112 V 30). Ob zwischen einem schädigende Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber das Gericht im Beschwerdefall im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 119 V 338 E. 1 m.w.H.; 118 V 289 E. 1b). Dabei bilden zuallererst die medizinischen Fakten, wie die fachärztlichen Erhebungen über Anamnese, objektiven Befunde, Diagnosen, Verletzungsfolgen, unfallfremde Faktoren, Vorzustand etc. die massgebliche Grundlage für die Kausalitätsbeurteilung durch die Gerichtsinstanzen. Der Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und dem Gesundheitsschaden ist grundsätzlich Aufgabe des Arztes, wobei das Gericht nicht an dessen Feststellungen gebunden ist (BGE 123 III 110 E. 3a, 122 V 415 E. 2c), es würdigt die ärztlichen Berichte und Gutachten frei. Der Kausalzusammenhang muss durch Beweise oder



Indizien hinreichend ausgewiesen sein (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Mai 2005 i.S. R. [U 3/05] E. 2.3).

b) Gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt, wobei Rückfälle und Spätfolgen besondere revisionsrechtliche Tatbestände im Sinn von Art. 22 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) darstellen (vgl. BGE 118 V 293; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326). Praxisgemäss liegt ein Rückfall vor, wenn ein vermeintlich geheiltes Leiden wieder aufflackert, so dass es erneut zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise zu einer Arbeitsunfähigkeit kommt. Dagegen spricht man von Spätfolgen, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlauf längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung wiederum ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 f. E. 2c mit Hinweis; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 f. E. 2).

c) 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 (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Insofern darf das Gericht in seiner Beweiswürdigung auch Gutachten folgen, welche der Unfallversicherer im Administrativverfahren einholt, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc; RKUV 2000 Nr. U 377 S. 186 E. 4a).

d) 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), was vorliegend – wie zu zeigen sein wird – noch nicht zutrifft.

2.- Die Beschwerdegegnerin hatte die Leistungspflicht für das Unfallereignis vom 26. Februar 2005 anerkannt und kam für die Erstbehandlung beim früheren Hausarzt, Dr. B.____, im März 2005 auf. Die Beschwerdegegnerin schloss den Grundfall laut eigenen Angaben, gestützt auf den Behandlungsabschluss von Dr. B.____ vom 2. März 2005 (act. G 3/M 1), am 22. August 2005 ab. Der Abschluss ist offensichtlich ohne Verfügung und ohne schriftliche Eröffnung an den Beschwerdeführer erfolgt. Im September 2005 kam es erneut zu Konsultationen und Behandlungen (vgl. act. G 3/M 2 und M 3). Während die Beschwerdegegnerin davon ausgeht, dass es sich dabei um einen Rückfall handelt, wird vom Beschwerdeführer in der Beschwerdeschrift (act. G 1) geltend gemacht, der Grundfall hätte nicht abgeschlossen werden dürfen, weil seine Schmerzen nie verschwunden seien.

a) Gemäss Art. 49 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) muss der Versicherer über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, schriftlich verfügen. Verfügungspflichtige Anordnungen im Sinn von Art. 49 Abs. 1 ATSG sind grundsätzlich alle Entscheide, die in der Abwicklung eines konkreten Rechtsverhältnisses gefällt werden. Dabei werden beispielsweise auch Entscheide über die Zuständigkeit, den Ausstand, die Sistierung oder die Ablehnung von Beweisanerbieten oder Zwischenverfügungen im Sinn von Art. 45 Abs. 2 VwVG als Verfügungen betrachtet (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Basel/Genf/Zürich 2003, Art. 49, Rz. 6). Demgegenüber regelt Art. 51 Abs. 1 ATSG, dass



Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die nicht unter Art 49 Abs. 1 ATSG fallen, in einem formlosen Verfahren behandelt werden können. Die Fallabwicklung erfolgt somit primär durch Erlass schriftlicher Verfügungen nach Art. 49 Abs. 1 ATSG und nur wo dieser nicht verlangt ist, kann die Entscheidung im formlosen Verfahren ergehen (KIESER, a.a.O. Art. 51 Rz. 4). Hier ist bezüglich der Ausgestaltung jedoch Art. 51 Abs. 2 ATSG zu beachten, welcher bestimmt, dass im formlosen Verfahren der Erlass einer formellen Verfügung verlangt werden kann. Damit werden die Mindestanforderungen an das formlose Verfahren festgelegt, wozu insbesondere die Schriftlichkeit, das Erfordernis der Eröffnung der Entscheidung sowie der Hinweis auf die Möglichkeit, eine Verfügung zu verlangen, gehören (KIESER, a.a.O., Art. 51 Rz. 8f.). Auch ein formloser Fallabschluss ist verbindlich, bzw. rechtskraftsfähig. Da es ohne die Verbindlichkeit formloser Entscheidungen nicht geht, muss ihnen ab einem bestimmten Zeitpunkt diese Verbindlichkeit zugeschrieben werden (so wird beispielsweise in der Militärversicherung nach sechs Monaten ab Eröffnung einer schriftlichen formlosen Entscheidung, welche den Hinweis auf das Recht auf eine formelle Verfügung enthielt, keine solche mehr erlassen (FRANZ SCHLAURI, Verfahrensfragen in der Sozialversicherung, in: RENÉ SCHAFFHAUSER/FRANZ SCHLAURI [Hrsg.], Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse, Band 40, S. 57).

b) Aus den Korrespondenzakten der Beschwerdegegnerin ist nicht ersichtlich, dass zumindest eine schriftliche Mitteilung im Sinne von Art. 51 Abs. 2 ATSG erfolgt wäre. Ein bloss interner, rein administrativer Abschluss des Verfahrens am 22. August 2005 ohne Mitteilung an den Beschwerdeführer vermag den Erfordernissen eines formlosen Verfahrensabschlusses im Sinne von Art. 51 ATSG auf jeden Fall nicht zu genügen. Nachdem im vorliegenden Fall somit kein rechtskräftiger Fallabschluss vorliegt und der Beschwerdeführer innerhalb von sechs Monaten nach der ersten Konsultation wieder einen Arzt zwecks Behandlung der gleichen Beschwerden wie bei der ersten Konsultation aufsuchte, ist hier verfahrensmässig weiterhin von einem fortdauernden Grundfall auszugehen. Dies hat grundsätzlich zur Folge, dass bei der Kausalitätsbeurteilung eine allfällige Beweislosigkeit zu Lasten der Beschwerdegegnerin ginge (vgl. Erwägung 1d).



3.- a) Die Beschwerdegegnerin bestreitet, dass zwischen dem Unfall vom 26. Februar 2005 und den Beschwerden ab September 2005 ein Kausalzusammenhang bestehe, wobei sie sich insbesondere auf den Bericht von Dr. D.____ stützt. Der Beschwerdeführer ist demgegenüber der Ansicht, dass die Kausalität zwischen dem Unfall und Beschwerden gegeben sei, zumal die Schmerzen nie ganz abgeklungen seien und er vor dem Unfall nie Rückenbeschwerden gehabt habe.

b) Als medizinische Akten liegen zwei UVG-Arztzeugnisse von Dr. B.____ (act. G 3/M 1 und M 2), ein UVG-Arztzeugnis von Dr. C.____ (act. G 3/M 3) sowie der Bericht von Dr. D.____ vor (act. G 3/M 4). Wenn auch die die beiden UVG-Arztzeugnisse von Dr. B.____, sowie jenes von Dr. C.____ die Kausalität nicht ausdrücklich bejahen, so schliessen sie zumindest unfallfremde Faktoren für die Beschwerden ab September 2005 aus. Es kann aber nicht nachvollzogen werden, ob mit der Verneinung unfallfremder Faktoren auch die Bejahung der Kausalität einhergeht oder ob nicht einfach der beweisrechtlich unzulässigen Formel "post hoc ergo propter hoc" gefolgt wurde (BGE 119 V 341 E 2b/ bb). Auch der Bericht von Dr. D.____ stellt diesbezüglich keine genügende Entscheidungsgrundlage dar. Zwar ist er in seinen Ausführungen an sich nicht widersprüchlich, und es trifft erfahrungsgemäss auch zu, dass die geltend gemachten Rückenbeschwerden jederzeit auch ohne Unfall auftreten können. Dennoch ist die Aussagekraft des Berichts von Dr. D.____ sehr beschränkt. Dies in erster Linie deshalb, weil er sich ausschliesslich auf drei keine umfassenden Informationen enthaltenden UVG-Arztzeugnisse, nicht aber auf eine hier erforderlich erscheinende persönliche Untersuchung des Versicherten stützt.

c) Ob der Unfall vom 26. Februar 2005 natürlich kausal für die ab September 2005 behandelten Beschwerden ist, kann nach dem Gesagten aufgrund der bestehenden Aktenlage mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit weder bejaht noch verneint werden. Damit ergibt sich, dass der Sachverhalt nicht ausreichend abgeklärt wurde. Die Beschwerdegegnerin wird die geltend gemachten Rückenproblematik anlässlich einer kreisärztlichen Untersuchung des Beschwerdeführers zu beurteilen haben.

4.- Im Sinn der vorangehenden Erwägungen wird die Sache zwecks Einholung weiterer Abklärungen und anschliessendem neuem Entscheid an die Verwaltung



zurückgewiesen. Der Einspracheentscheid vom 19. Januar 2007 wird aufgehoben.
Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 19. Januar 2007 aufgehoben und die Streitsache zur Durchführung ergänzender medizinischer Abklärungen und anschliessender neuer Entscheidung über die Anspruchsberechtigung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.