Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

8C 721/2014

{T 0/2}

Urteil vom 27. April 2015

I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichterin Leuzinger, Präsidentin,
Bundesrichter Frésard, Bundesrichterin Heine,
Gerichtsschreiberin Riedi Hunold.

Verfahrensbeteiligte
A._____,
Beschwerdeführer,

gegen

CSS Versicherung AG,
Recht & Compliance, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Unfallversicherung,

Beschwerde gegen den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen
vom 14. August 2014.

Sachverhalt:

A.
A._____, geboren 1965, war seit 1. August 2007 beim Kanton B._____ angestellt und in dieser Eigenschaft bei der CSS Versicherung AG (nachfolgend: CSS) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 25. Juli 2009 stürzte er bei einer Wanderung mit seinem Sohn während der Ferien in Island und zog sich ein hirnorganisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma sowie eine Maxillarknochen, Jochbogen- und Orbitabodenfraktur zu. Die CSS erbrachte Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: SUVA) übernahm für die CSS die Schadensabwicklung. Am 1. Februar 2011, bestätigt mit Verfügung vom 18. März 2013 und Einspracheentscheid vom 17. Dezember 2013, stellte die CSS gestützt auf die verwaltungsinternen Berichte des med. pract. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, SUVA, vom 8. Oktober 2010 sowie des Dr. med. D._____, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, SUVA, vom 25. Januar 2011 ihre Leistungen ein.

B.
Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen wies die dagegen erhobene Beschwerde mit Entscheid vom 14. August 2014 ab.

C.

A._____ führt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten mit dem sinngemässen Antrag, es sei ihm unter Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheids und unter Berücksichtigung des noch nicht erstellten MEDAS-Gutachtens bezüglich der Untersuchungen vom 7. bis 10. Juli 2014 eine Invalidenrente der Unfallversicherung sowie eine Integritätsentschädigung zuzusprechen. Zudem ersucht er um unentgeltliche Rechtspflege im Sinne der unentgeltlichen Prozessführung.
Die CSS schliesst auf Abweisung der Beschwerde. Das Bundesamt für Gesundheit verzichtet auf eine Vernehmlassung.

D.
Mit Eingabe vom 9. Oktober 2014 reichte A._____ das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 26. September 2014 nach. Am 5. Februar 2015 gab er die Verfügung der Liechtensteinischen AHV/IV/FAK vom 20. Januar 2015 zu den Akten. Mit Eingabe vom 14. April 2015 hielt A._____ an seinen Ausführungen fest.

Erwägungen:

1.

1.1. Die Beschwerde kann wegen Rechtsverletzung gemäss Art. 95 und Art. 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist somit weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden; es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen und es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen (vgl. BGE 130 III 136 E. 1.4 S. 140). Gemäss Art. 42 Abs. 1 BGG ist die Beschwerde hinreichend zu begründen, andernfalls wird darauf nicht eingetreten (Art. 108 Abs. 1 lit. b BGG). Das Bundesgericht prüft grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen; es ist nicht gehalten, wie eine erstinstanzliche Behörde alle sich stellenden rechtlichen Fragen zu prüfen, wenn diese vor Bundesgericht nicht mehr vorgetragen wurden. Es kann die Verletzung von Grundrechten und von kantonalem und interkantonalem Recht nur insofern prüfen, als eine solche Rüge in der Beschwerde vorgebracht und begründet worden ist (Art. 106 Abs. 2 BGG).

1.2. Im Beschwerdeverfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Militär- oder Unfallversicherung ist das Bundesgericht nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden (Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG).

2.
Neue Tatsachen und Beweismittel dürfen nur soweit vorgebracht werden, als erst der Entscheid der Vorinstanz dazu Anlass gibt (Art. 99 Abs. 1 BGG; BGE 135 V 194). Solche Umstände können namentlich in formellrechtlichen Mängeln des angefochtenen Entscheides liegen, mit denen die Partei nicht rechnete und nach Treu und Glauben nicht zu rechnen brauchte, oder darin, dass die Vorinstanz materiell in einer Weise urteilt, dass bestimmte Sachumstände neu und erstmals rechtserheblich werden. Der vorinstanzliche Verfahrensausgang allein bildet noch keinen hinreichenden Anlass im Sinne von Art. 99 Abs. 1 BGG für die Zulässigkeit von unechten Noven, die bereits im kantonalen Verfahren ohne Weiteres hätten vorgebracht werden können. Das Vorbringen von Tatsachen, die sich erst nach dem angefochtenen Entscheid ereigneten oder entstanden (echte Noven), ist vor Bundesgericht unzulässig (Urteil 8C 277/2014 vom 30. Januar 2015 E. 2 mit Hinweis).
Sowohl die Rentenverfügung der Liechtensteinischen AHV/IV/FAK vom 20. Januar 2015 wie auch das MEDAS-Gutachten vom 26. September 2014 stellen echte Noven dar, deren Vorbringen vor Bundesgericht unzulässig ist. Deshalb ist auf diese beiden Dokumente nachfolgend nicht weiter einzugehen.

3.
Streitig ist die Leistungseinstellung durch die CSS. Die Vorinstanz hat diese bestätigt mit der Begründung, es fehle am natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den noch geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 25. Juli 2009. Der Versicherte rügt eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (keine polydisziplinäre Abklärung, kein Beizug eines aktuellen MRIs) sowie eine unzutreffende Beweiswürdigung (nur Aktengutachten) und verlangt eine polydisziplinäre Abklärung resp. den Beizug der im Auftrag der Invalidenversicherung er-

folgten MEDAS-Abklärung vom Juli 2014.

4.

4.1. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne 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. 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 entfiele (BGE 129 V 181 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 119 V 337 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

4.2. Die Anerkennung der Leistungspflicht durch den Unfallversicherer ist in rechtlicher Hinsicht von Belang. Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt
die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 E.2.2 mit Hinweisen, 8C 354/2007; vgl. auch SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen, 8C 901/2009, und Urteil 8C 419/2014 vom 23. September 2014 E. 3.2).

4.3. Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind, ist in BGE 125 V 351 E. 3 S. 352 ff. festgelegt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 mit Hinweis).

4.4. Anspruch auf ein Gerichtsgutachten besteht rechtsprechungsgemäss, wenn die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweiswertig sind (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.5 S. 265). Zu beachten ist diesbezüglich, dass Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zukommt, wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten. Soll ein Versicherungsfall ohne

Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470; vgl. auch Urteil 8C_ 410/2013 vom 15. Januar 2014 E. 6.1).

5.
Die Vorinstanz hat die massgeblichen ärztlichen Berichte ausgiebig dargelegt. Darauf wird verwiesen.

6.

6.1. Gemäss den dem Unfall zeitnahen ärztlichen Berichten erlitt der Versicherte am 25. Juli 2009 einen Jochbein- und Orbitabodenbruch sowie eine Commotio cerebri (Dr. med. E._____ vom 27. Juli 2009) resp. eine Jochbein- und eine Orbitabodenfraktur rechts sowie ein organisches Psychosyndrom (Dr. med. F._____, HNO-Abteilung, Krankenhaus G._____, vom 18. August 2009) bzw. ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma am 25. Juli 2009 durch Sturz mit Fraktur von Oberkiefer, Jochbein und Orbitaboden rechts, leicht bis mittelschwer beeinträchtigtem kognitivem Leistungsprofil und postkontusionellen Hämosiderinablagerungen im Marklager beidseits sowie vorbestehender längerdauernder depressiver Episode 2007 nach Trennungskonflikt (Frau Dr. med. H._____, Oberärztin, Klinik für Neurologie, Klinik I._____ vom 12. Februar 2010). Gestützt auf die andauernde ambulante Behandlung attestierte Prof. Dr. med. J._____, Chefarzt, Klinik für Neurologie, Klinik I._____, wiederholt eine andauernde Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf infolge neuropsychologischer Einschränkungen, wobei der Gesundheitszustand besserungsfähig sei (vgl. etwa Berichte vom 12. Juli 2010 und vom 4. August 2010). Auch die weiteren behandelnden
Beteiligten bescheinigten dem Versicherten andauernde, auf den Unfall vom 25. Juli 2009 zurückzuführende Einschränkungen, namentlich infolge des organischen Psychosyndroms (vgl. etwa die Berichte des lic. phil. K._____, Psychologe FSP, vom 3. September 2010, der Frau Dr. L._____, Klinische Psychologin, vom 21. Juli 2010 oder des Dr. med. M._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. April 2010 und vom 31. Juli 2010 sowie des Dr. med. N._____, Facharzt für Innere Medizin, vom 29. Juli 2010).

6.2. Der Versicherte macht geltend, dass er im strittigen Zeitpunkt (Datum des Einspracheentscheids, mithin dem 17. Dezember 2013; BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243; 121 V 362 E. 1b S. 366) noch unter nachweisbaren organischen Beschwerden litt, welche auf den Unfall vom 25. Juli 2009 zurückzuführen seien und damit die Leistungseinstellung der CSS nicht zulässig sei.
Bezüglich der erlittenen Frakturen im Gesicht ist unbestritten, dass der Versicherte im massgebenden Zeitpunkt nicht mehr an behandlungsbedürftigen Folgen litt und diese sich auch nicht mehr negativ auf ihn auswirkten. Strittig ist hingegen, wie es sich mit dem Schädelhirntrauma und dessen Folgen verhält.

7.

7.1. Die CSS stützt ihre Leistungseinstellung massgeblich auf die Gutachten des med. pract. C._____ vom 8. Oktober 2010 und des Dr. med. D._____ vom 25. Januar 2011. Bei diesen beiden Gutachten handelt es sich einerseits um verwaltungsinterne Gutachten, andererseits um reine Aktengutachten. Dies ist im Rahmen der Beweiswürdigung zu berücksichtigen.

7.2. Der vorliegend zu beurteilende Gesundheitsschaden berührt angesichts der beim Unfall vom 25. Juli 2009 erlittenen Verletzungen mehrere Fachrichtungen. Nachdem die CSS ihre Leistungseinstellung lediglich auf eine psychiatrische und eine neurologische Beurteilung abstützte, kann nicht gesagt werden, der Gesundheitszustand des Versicherten sei allseitig abgeklärt worden. Anzufügen bliebt, dass auch keine interdisziplinäre Diskussion der beiden beteiligten SUVA-Ärzte stattgefunden hat.

7.3. Nach der Rechtsprechung (vgl. zu den Anforderungen an eine psychiatrische Begutachtung etwa Urteil I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1; vgl. auch RKUV 2001 Nr. U 438 S. 345 E. 3d, U 492/00) bedarf es zu einer überzeugenden psychiatrischen Exploration in aller Regel eines Gesprächs mit dem Patienten, ist doch

gerade im Rahmen der Psychiatrie der persönliche Eindruck von ausschlaggebender Bedeutung. Weder med. pract. C._____ noch Dr. med. D._____ haben jedoch den Versicherten persönlich gesehen, sondern sich alleine auf die vorhandenen Akten gestützt. Aktengutachten sind jedoch nur beweistauglich, sofern es im Wesentlichen lediglich um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Dies ist vorliegend nicht der Fall, da insbesondere streitig ist, ob der Versicherte im Nachgang zum Schädelhirntrauma eine Persönlichkeitsveränderung durchgemacht hat und im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch unter den Folgen eines organischen Psychosyndroms leidet. Weiter konnten die beiden Ärzte mangels persönlichen Eindrucks keine zuverlässigen Schlussfolgerungen über den aktuellen Stand der Beschwerden bei Leistungseinstellung abgeben.
Namentlich fehlt es am Einbezug der aktuell noch geklagten Beschwerden, da diese - mangels persönlicher Begutachtung - nicht erhoben wurden. Diese Mängel werden auch durch die einlässliche Auseinandersetzung mit den Vorakten nicht aufgehoben, zumal die behandelnden Beteiligten, welche verschiedenen Fachrichtungen angehören, eine gegenteilige Meinung äussern und begründen.

7.4. Wie es sich mit der Rüge des Versicherten, wonach mangels eines aktuellen MRIs die Beurteilung des Neurologen Dr. med. D._____ nicht beweiskräftig sei, verhält, kann nach dem Gesagten offen bleiben.

7.5. Insgesamt bilden die Aktengutachten des Dr. med. D._____ und des med. pract. C._____ keine ausreichende Grundlage, um die Leistungseinstellung zu begründen. Der vorinstanzliche Entscheid ist demnach aufzuheben und die Sache an die Verwaltung zurückzuweisen, damit sie den Leistungsanspruch unter Einbezug einer externen polydisziplinären Begutachtung neu beurteile.

8.
Dem Verfahrensausgang entsprechend sind die Gerichtskosten von der CSS als unterliegender Partei zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG) und das Gesuch des Versicherten um unentgeltliche Rechtspflege als gegenstandslos zu bezeichnen.

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.
Die Beschwerde wird gutgeheissen. Der Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. August 2014 und der Einspracheentscheid der CSS Versicherung AG vom 17. Dezember 2013 werden aufgehoben. Die Sache wird zu neuer Verfügung an die CSS Versicherung AG zurückgewiesen.

2.
Die Gerichtskosten von Fr. 800.- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 27. April 2015

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Die Präsidentin: Leuzinger

Die Gerichtsschreiberin: Riedi Hunold