Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}2}
8C_113/2010

Urteil vom 7. Juli 2010
I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter Ursprung, Präsident,
Bundesrichter Frésard, Bundesrichterin Niquille,
Gerichtsschreiberin Schüpfer.

Verfahrensbeteiligte
G._____,
vertreten durch Rechtsanwalt Tobias Figi,
Beschwerdeführer,

gegen

Schweizerische National-Versicherungs-Gesellschaft AG, Steinengraben 41, 4051 Basel,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Unfallversicherung (Kausalzusammenhang),

Beschwerde gegen den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau
vom 9. Dezember 2009.

Sachverhalt:

A.
A.a Der 1957 geborene G._____ war seit Oktober 1976 bei der X._____ AG tätig und dadurch bei der Schweizerischen National-Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: National) obligatorisch gegen Unfallfolgen versichert. Am 1. November 2004 machte er beim Aussteigen aus einem Zug einen Fehltritt und zog sich dabei eine Distorsion des rechten oberen Sprunggelenks (OSG) zu. Die Unfallversicherung gewährte Heilbehandlung, welche laut Zeugnis des Dr. med. S._____, Facharzt FMH für Chirurgie am Zentrum für Unfallchirurgie an der Klinik Y._____, vom 22. Januar 2009 am 30. November 2004 abgeschlossen wurde.
A.b Mit Schreiben vom 5. Februar 2008 meldete Dr. med. S._____ der National, er habe am rechten oberen Sprunggelenk eine Instabilität festgestellt und schlage zum Ausschluss einer posttraumatischen Arthrose eine Röntgenabklärung vor. Eine Behandlung finde zurzeit nicht statt. Er stellte der Unfallversicherung Rechnung für Lymphdrainagen im Zeitraum vom August bis Dezember 2007. Die National eröffnete G._____ mit Verfügung vom 27. Mai 2008, sie erbringe für die erneut gemeldeten Beschwerden keine Versicherungsleistungen, da sie nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 1. November 2004 ständen. Im Entscheid vom 22. Dezember 2008 wies sie die vom Versicherten und dessen Krankenversicherung (aerosana Versicherungen AG) erhobenen Einsprachen ab.

B.
G._____ und die aerosana führten hiegegen je separat Beschwerde. Das Versicherungsgericht des Kantons Aargau vereinigte die beiden Verfahren und wies die Beschwerden mit Entscheid vom 9. Dezember 2009 ab.

C.
Gegen diesen Entscheid lässt G._____ Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erheben und beantragen, es seien ihm in Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheides und des

Einspracheentscheides ununterbrochen seit dem 1. November 2004 und auch in Zukunft Leistungen nach UVG zu erbringen und eine angemessene Integritätsentschädigung zuzusprechen. Eventuell sei die Sache zur weiteren medizinischen Sachverhaltsabklärung zurückzuweisen.
Die National schliesst auf Abweisung der Beschwerde. Die aerosana schliesst sich den Ausführungen des Beschwerdeführers an. Das Bundesamt für Gesundheit verzichtet auf eine Stellungnahme.

Erwägungen:

1.
1.1 Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten 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. 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 werden (**BGE 135 II 384** E. 2.2.1 S. 389 mit Hinweisen; Urteil 8C_934/2008 vom 17. März 2009 E. 1 mit Hinweisen, nicht publ. in: **BGE 135 V 194**, aber in: SVR 2009 UV Nr. 35 S. 120).

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.
Streitig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der Unfallversicherung insbesondere in Form einer Kostenübernahme für die Behandlung (Lymphdrainagen) für die ab Herbst 2007 geltend gemachten Beschwerden am rechten oberen Sprunggelenk (vgl. Einspracheentscheid vom 22. Dezember 2008).

2.1 Die Rechtsgrundlagen für die Beurteilung der Streitsache sind im angefochtenen Entscheid zutreffend dargelegt worden. Hervorzuheben ist, dass die Leistungspflicht des Unfallversicherers nebst anderem einen natürlichen (**BGE 129 V 177** E. 3.1 S. 181) und adäquaten (**BGE 134 V 109** E. 2.1 S. 112) Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraussetzt. Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die 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 (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326, U 180/93 E. 3b). 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 (**BGE 134 V 109** E. 9.5 S. 125 f. mit Hinweisen) nachgewiesen sein.

2.2 Nach Art. 11 UVV werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (Art. 22 UVG; **BGE 127 V 456** E. 4b S. 457, 118 V 293 E. 2d S. 297; SVR 2003 UV Nr. 14 S. 43 E. 4.2). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder 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 Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (**BGE 118 V 293** E. 2c S. 296 f; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; SVR 2003 UV Nr. 14 S. 43 E. 4).

2.3 Es obliegt der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu

stellen (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c in fine). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil 8C_506/2008 vom 5. März 2009 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.
Der Beschwerdeführer reicht letztinstanzlich verschiedene Berichte des Dr. med. S._____ vom 24. Juni 2009, vom 1. Dezember 2009 und vom 25. Januar 2010 ein. Neue Tatsachen und Beweismittel dürfen letztinstanzlich nur so weit vorgebracht werden, als erst der Entscheid der Vorinstanz dazu Anlass gibt (Art. 99 Abs. 1 BGG). Das gilt auch im Verfahren um Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Militär- und Unfallversicherung (**BGE 135 V 194** E. 2 und 3 S. 196). Der Beschwerdeführer legt nicht dar, inwiefern dies für die von ihm neu aufgelegten Aktenstücke der Fall sein soll, weshalb sie keine Berücksichtigung finden können. Zudem beziehen sich die neu eingereichten medizinischen Untersuchungsergebnisse auf einen Gesundheitszustand ausserhalb des für die Beurteilung zeitlich massgebenden Sachverhalts (vgl. dazu **BGE 121 V 362** E. 1b S. 366; vgl. auch **BGE 131 V 242** E. 2.1 S. 243). Die erst nach Erlass des in zeitlicher Hinsicht regelmässig die Grenze der gerichtlichen Beurteilung bildenden (**BGE 130 V 445** E. 1.2 S. 446 mit Hinweisen) Einspracheentscheides (hier: 22. Dezember 2008) erstellten Unterlagen bleiben daher grundsätzlich unberücksichtigt.

4.
4.1 Die Vorinstanz hat nach eingehender Darstellung der medizinischen Aktenlage erwogen, der status quo sine sei drei Monate nach dem Unfall erreicht gewesen. Die anderslautenden Zeugnisse des Dr. med. S._____ seien nicht glaubhaft, da sie der von ihm selbst verfassten Krankengeschichte widersprechen würden. Zusammenfassend sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass zwischen den geltend gemachten Beschwerden am rechten OSG und dem Ereignis vom 1. November 2004 kein Kausalzusammenhang bestehe, weshalb die Unfallversicherung ihre Leistungspflicht zu Recht verneint habe.

4.2 Demgegenüber lässt der Beschwerdeführer im Wesentlichen vorbringen, in medizinischer Hinsicht sei auf die Angaben des behandelnden Unfallchirurgen S._____ und nicht auf diejenigen des "parteiischen Vertrauensarztes" Dr. med. B._____, Facharzt für Innere Medizin FMH, vom 17. Dezember 2008 abzustellen. Dieser habe den Versicherten nicht selbst untersucht und auch die Röntgenbilder nicht gesichtet. Der medizinische Sachverhalt sei von der Beschwerdegegnerin nicht genügend abgeklärt worden, da kein medizinisches Gutachten erstellt wurde und Dr. med. B._____ kein Facharzt für Bänderverletzungen sei.

5.
5.1
5.1.1 Der detaillierten Krankengeschichte des behandelnden Arztes, Dr. med. S._____, kann entnommen werden, dass bereits am Unfalltag, dem 1. November 2004 ein "Status nach rezidivierenden Distorsionen des rechten OSG" bestand. Der Arzt behandelte die "erneute Distorsion" mittels Stützverband und Polsterbinden. Bereits am 30. November 2004 wird von einer Besserung bezüglich des Sprunggelenkes berichtet. In den folgenden Jahren findet das rechte obere Sprunggelenk in der umfassenden Krankengeschichte trotz zahlreichen Arztkonsultationen keine Erwähnung mehr. Der Umstand, dass sich der Beschwerdeführer am 27. November 2004 - mithin nur vier Wochen nach der Sprunggelenksverletzung - beim Sturz von einer Leiter eine Fraktur an der Wirbelsäule zuzog, belegt darüber hinaus die Besserung der Fussverletzung. Damit ist von einem Behandlungsabschluss Ende November 2004 (Schreiben des Dr. med. S._____ vom 22. Januar 2009), spätestens aber im Februar 2005 auszugehen (vgl. Schreiben der National an Dr. med. S._____ vom 4. März 2008).
5.1.2 Der ursprüngliche Unfall wurde administrativ formlos abgeschlossen, was angesichts des Umstandes, dass keine Arbeitsunfähigkeit bestand und lediglich Heilbehandlung geleistet wurde, nicht zu beanstanden ist (Art. 51 Abs. 1 ATSG). Einzig der Beschwerdeführer selbst gibt an, immer unter Schmerzen gelitten zu haben. Mit Blick auf die vollständig vorliegende Krankengeschichte fehlt es an nachgewiesenen Brückensymptomen zwischen dem Unfall und der im Jahre 2008 geltend gemachten gesundheitlichen Beeinträchtigung, weshalb der Beschwerdeführer den Kausalzusammenhang zwischen den geltend gemachten neuen Beschwerden im Sinne eines Rückfalls oder Spätfolgen und dem versicherten Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen hat (E. 2.3).

5.2 Im angefochtenen Entscheid werden die Arztberichte und medizinischen Stellungnahmen umfassend dargestellt und eingehend begründet - worauf verwiesen wird -, weshalb die Vorinstanz auf die Stellungnahme des beratenden Arztes der National vom 17. Dezember 2008 abgestellt hat und

weshalb die Ausführungen des Dr. med. S._____ angesichts der eindeutigen Krankengeschichte wenig glaubhaft sind. Letzteres wird vom Beschwerdeführer in Frage gestellt. Ob seine Kritik insgesamt oder in einzelnen Punkten gerechtfertigt ist, kann letztlich offengelassen werden, da er selbst nicht nachweist, dass die im Jahre 2008 geltend gemachten Beschwerden am rechten Fussgelenk - welche eine Lymphdrainage notwendig gemacht hätten - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den versicherten Unfall vom 1. November 2004 zurückzuführen sind. Daher hat die National ihre Leistungspflicht für den hier zu beurteilenden Zeitraum bis zum Erlass des Einspracheentscheides vom 22. Dezember 2008 zu Recht verneint.

6.
Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind die Gerichtskosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 66 Abs. 1 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.
Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.
Die Gerichtskosten von Fr. 750.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

3.
Dieses Urteil wird den Parteien, der aerosana Versicherungen AG, dem Versicherungsgericht des Kantons Aargau und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 7. Juli 2010
Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts
Der Präsident: Die Gerichtsschreiberin:

Ursprung Schüpfer