

Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

8C 487/2017

Urteil vom 9. November 2017

I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter Maillard, Präsident,
Bundesrichter Wirthlin, Bundesrichterin Viscione,
Gerichtsschreiber Grunder.

Verfahrensbeteiligte
A._____, vertreten durch
CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG,
Beschwerdeführerin,

gegen

Basler Versicherung AG,
Aeschengraben 21, 4051 Basel,
vertreten durch Rechtsanwalt Oskar Müller,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Unfallversicherung (Kausalzusammenhang),

Beschwerde gegen den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau vom 24. Mai 2017 (VBE.2017.45).

Sachverhalt:

A.
Die 1966 geborene A._____ war seit 1. April 2009 bei der B._____ AG angestellt und dadurch bei der Basler Versicherung AG, Basel (im Folgenden: Basler), gegen die Folgen von Unfällen obligatorisch versichert. Am 2. Dezember 2011 glitt der Versicherten eine ca. 8 kg schwere Folienrolle, die sie auf die Maschine zur Produktion von Luftkissen setzen wollte, aus den Händen und fiel ihr auf den linken Mittelfuss (vgl. Auskünfte der Versicherten vom 4. Januar 2012). Der am 5. Dezember 2011 konsultierte Dr. med. C._____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, D._____, stellte eine Schwellung, Bläue und starke Druck- sowie Bewegungsdolenz nach Kontusion der Fusswurzel/des Mittelfusses links ohne radiologisch nachweisbare ossäre Läsion fest (Bericht vom 31. Dezember 2011). Die Basler erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung; Taggeld). Ab 24. Januar 2012 war die Versicherte wieder vollständig arbeitsfähig.
Aufgrund einer Rückfallmeldung vom 27. November 2012, wonach die Versicherte seit 31. Oktober 2012 ärztlich bestätigt wegen der Unfallfolgen vollständig arbeitsunfähig gewesen war, erbrachte die Basler erneut Taggeldleistungen und veranlasste die vertrauensärztliche Aktenbeurteilung des Dr. med. E._____ vom 17. Juli 2013. Gestützt darauf stellte sie ihre Leistungen mit Einspracheentscheid vom 25. September 2013 - in Bestätigung der Verfügung vom 22. Juli 2013 - per geltend gemachtem Rückfalldatum ein, wobei sie auf eine Rückforderung der seither erbrachten Leistungen verzichtete. In teilweiser Gutheissung der hiegegen erhobenen Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Aargau die Sache an die Basler zur weiteren Abklärung zurück (Entscheid vom 12. November 2014). Die Basler holte die auf innermedizinischen, orthopädischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen beruhende Expertise der Zentrum für Medizinische Begutachtung GmbH (ZMB), Basel, vom 10. Dezember 2015 ein und verneinte gestützt darauf einen über den 1. Mai 2012 (hinsichtlich der Fussbeschwerden links) bzw. über den 1. Februar 2012 (hinsichtlich der lumbalen Rückenbeschwerden) hinausgehenden Anspruch auf Versicherungsleistungen, wobei sie darauf verzichtete, die danach erbrachten Leistungen zurückzufordern (Verfügung vom 16. Juni 2016;

Einspracheentscheid vom 29. November 2016).

B.

Die hiegegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Aargau ab (Entscheid vom 24. Mai 2017).

C.

Mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten lässt A._____ beantragen, unter Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheids seien ihr über den 1. März 2012 (Rückenbeschwerden) respektive über den 1. Juni 2012 (Fussbeschwerden) hinaus die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen.

Das Bundesgericht führt keinen Schriftenwechsel durch.

Erwägungen:

1.

1.1. Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzungen gemäss Art. 95 und 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG), doch prüft es, unter Berücksichtigung der allgemeinen Rüge- und Begründungspflicht (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG), nur die geltend gemachten Vorbringen, falls allfällige weitere rechtliche Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (BGE 138 I 274 E. 1.6 S. 280; vgl. auch BGE 141 V 234 E. 1 S. 236; 140 V 136 E. 1.1 S. 137 f.).

1.2. Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Es kann deren Sachverhaltsfeststellung nur berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht (Art. 105 Abs. 2 BGG). Im Beschwerdeverfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Militär- oder Unfallversicherung hingegen ist das Bundesgericht nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden (Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG).

2.

2.1. Streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht den Einspracheentscheid vom 29. November 2016 bestätigt hat, womit die Basler einen über den 1. Mai 2012 (hinsichtlich Fussbeschwerden links) bzw. einen über den 1. Februar 2012 (hinsichtlich der lumbalen Beschwerden) hinausgehenden Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung verneinte.

2.2. Das kantonale Gericht hat die rechtlichen Grundlagen betreffend den für die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers (Art. 6 UVG) vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem Gesundheitsschaden (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f., 129 V 177 E. 3.1 f. S. 181) richtig dargelegt. Zutreffend ist sodann, dass die Versicherungsleistungen auch bei Rückfällen und Spätfolgen gewährt werden (Art. 11 UVV), 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.). Schliesslich sind auch die vorinstanzlichen Erwägungen zum Beweiswert von Arztberichten, namentlich von im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten medizinischen Gutachten versicherungsexterner Sachverständiger (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. mit Hinweisen und E. 7 S. 471), und des massgebenden Beweisgrades der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) nicht zu beanstanden.

3.

3.1. Das kantonale Gericht ist nach einlässlicher Würdigung der medizinischen Akten zum Schluss gelangt, dass keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit des polydisziplinären Gutachtens der ZMB vom 10. Dezember 2015 bestünden. Die Sachverständigen legten schlüssig dar, dass körperliche Beschwerden nach einer direkten Kontusion im Bereich des Mittelfusses mit einem stumpfen Gegenstand spätestens nach sechs Monaten abgeklungen sein mussten, weshalb aus orthopädischer Sicht die über diesen Zeitraum hinaus geltend gemachten Beeinträchtigungen der Versicherten nicht mehr überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 2. Dezember 2011

zurückzuführen gewesen seien. Angesichts der bildgebend dokumentierten, degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule seien Rückenschmerzen - ungeachtet der Tatsache, ob Beschwerden bereits vor dem Unfall bestanden hätten - infolge einer Fehlbelastung wegen der Beeinträchtigungen am linken Fuss zwar möglich, indessen nicht überwiegend wahrscheinlich. Jedenfalls sei ein lumbales Schmerzsyndrom infolge des Unfalls höchstens für die Dauer von drei Monaten anzunehmen.

3.2. Die Beschwerdeführerin bringt vor, die Basler habe ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem am 27. November 2012 geltend gemachten Rückfall sowohl hinsichtlich der Fuss- als auch der Rückenschmerzen anerkannt. Nach der Rechtsprechung gelte, dass die einmal anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst entfalle, wenn dieser jede kausale Bedeutung von unfallbedingten Ursachen nachgewiesen habe. Dabei genüge die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls nicht. Dieser Beweis könne gestützt auf das Gutachten der ZMB nicht erbracht werden. So seien die Sachverständigen zum Ergebnis gelangt, die geklagten Bursitiden, die Tendinitis sowie die Talussschublade im Bereich des linken Fusses könnten möglicherweise weiterhin auf den Unfall vom 2. Dezember 2011 zurückgeführt werden. Weiter hätten sie einen Status quo sine vel ante spätestens sechs Monate danach postuliert, was in Widerspruch zum Umstand stehe, dass die Basler gestützt auf den gemeldeten Rückfall ab Ende Oktober 2012 erneut Versicherungsleistungen erbracht habe. Sei demnach nicht nachgewiesen, dass die geltend gemachten Fussbeschwerden nach der Rückfallmeldung nicht mehr unfallkausal seien, müsse dies weiterhin auch für das durch die Fehllhaltung des Fusses entstandene lumbospondylogene Schmerzsyndrom gelten.

3.3.

3.3.1. Die Beschwerdeführerin übersieht, dass die obligatorische Unfallversicherung solange, als sie keine Invalidenrente zugesprochen hat, Heilbehandlung und Taggeld ohne Berufung auf Wiedererwägung oder prozessuale Revision einstellen kann mit der Begründung, bei richtiger Betrachtung liege kein versichertes Ereignis vor (BGE 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384). Die vorübergehenden Leistungen können auch rückwirkend eingestellt werden, sofern der Unfallversicherer sie nicht zurückfordern will (vgl. BGE 133 V 57 E. 6.8 S. 65). Die Basler hat mit dem die Verfügung vom 16. Juni 2016 bestätigenden Einspracheentscheid vom 29. November 2016 darauf verzichtet, die nach dem 1. Februar bzw. nach dem 1. Mai 2012 erbrachten Leistungen zurückzufordern. Daher ist aus rechtlicher Sicht die vom kantonalen Gericht in diesem Punkt bestätigte rückwirkende Leistungseinstellung grundsätzlich entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nicht zu beanstanden.

3.3.2. Die Vorinstanz hat sich mit den im bundesgerichtlichen Verfahren wiederholten Einwänden gegen die Beweiskraft des Gutachtens der ZMB vom 10. Dezember 2015 eingehend auseinandergesetzt. Unter anderem hat sie erwogen, dass mangels entgegenstehender Anhaltspunkte in den medizinischen Akten keine Hinweise bestünden, die Versicherte habe seit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit am 24. Januar 2012 bis zum Zeitpunkt der polydisziplinären Untersuchungen bei den Sachverständigen der ZMB ein Schonverhalten gezeigt oder an einer klinisch feststellbar beeinträchtigten Funktion des linken Fusses gelitten. Die geltend gemachten persistierenden Schmerzen sowie die Schmerzexazerbation Ende Oktober 2012 seien daher wenig nachvollziehbar, weshalb eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit über den 23. Januar 2012 hinaus zu verneinen sei. Damit habe sich der orthopädische Sachverständige entgegen der Auffassung der Versicherten eindeutig zur Kausalitätsfrage geäußert. Dasselbe gelte für die Beurteilung des neurologischen Gutachters, der zunächst in Übereinstimmung mit dem geschilderten Unfallgeschehen eine direkte Kontusion sowie eine Belastung der Lendenwirbelsäule durch eine bruske reflektorische Abwehrbewegung ausgeschlossen und Rückenschmerzen infolge einer Fehlbelastung des beim Unfall betroffenen linken Fusses als möglich, jedoch wegen fehlender radiologischer und klinischer Befunde als wenig wahrscheinlich bezeichnet habe.

3.3.3. Mit diesen für die Beurteilung des Streitgegenstands zentralen Erwägungen des kantonalen Gerichts setzt sich die Beschwerdeführerin nicht auseinander. Weder zeigt sie auf, welche der vorinstanzlichen Tatsachenfeststellungen falsch sein sollen und weshalb dies der Fall sei, noch legt sie dar, inwiefern das kantonale Gericht in anderweitiger Hinsicht Bundesrecht verletzt habe. Stattdessen bekräftigt sie ihre Lesart des Gutachtens und ihre Kritik daran, ohne sich mit der vorinstanzlichen Würdigung desselben zu befassen. Insoweit vermag folglich die Begründung den Anforderungen des Art. 42 Abs. 2 BGG nicht zu genügen, wonach in der Beschwerde in gedrängter

Form darzulegen ist, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Letzteres erfordert zwingend, dass die Beschwerde wenigstens kurz auf die vorinstanzliche Begründung eingeht und im Einzelnen aufzeigt, worin die Rechtsverletzung besteht (vgl. BGE 134 II 244 E. 2.1 und 2.3 S. 246 f.). Das gilt gleichermassen für die Feststellung des Sachverhaltes. Auch diesbezüglich hat sich die Beschwerde mit der vorinstanzlichen Würdigung zu befassen, woran auch die Art. 97 Abs. 2 und 105 Abs. 3 BGG (vgl. E. 1.2 hiervor) nichts ändern.

Nach dem Gesagten erübrigt sich eine Prüfung der beschwerdeweisen Vorbringen, zumal offensichtliche Mängel des angefochtenen Gerichtsentscheids, denen im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen Rechnung zu tragen wäre, nicht ersichtlich sind.

3.4. Da die Beschwerde offensichtlich unbegründet ist, ist sie mit summarischer Begründung und unter Verweis auf den angefochtenen Entscheid abzuweisen (Art. 109 Abs. 2 lit. a und 3 BGG).

4.

Der Beschwerdeführer hat als unterliegende Partei die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

3.

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

Luzern, 9. November 2017

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Der Präsident: Maillard

Der Gerichtsschreiber: Grunder