

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/23 vom 6. Februar 2012

Sg Versicherungsgericht, 2012-02-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2011_23

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/23 du 6 février 2012

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/23 del 6 febbraio 2012

Regeste

Art. 6 UVG. Leistungseinstellung sieben Jahre nach einem Unfall mit Rückenverletzung. Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden. Anspruch auf Integritätsentschädigung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. Februar 2012, UV 2011/23).

Erwägungen

E. 1

Streitig ist, ob die gesundheitlichen Probleme der Beschwerdeführerin in einem adäquat-kausalen Zusammenhang zum Unfall vom 4. Juli 2003 stehen und ob die Leistungseinstellung auf Ende August 2010 zu Recht erfolgte. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Entscheid die rechtlichen Voraussetzungen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Gesundheitsschädigung und in Frage stehendem Unfall zutreffend dar (Erwägungen 1a, 2a, 2d, 3a); darauf ist zu verweisen. Zu prüfen sind grundsätzlich die Verhältnisse bis zum Datum des angefochtenen Entscheids (22. Februar 2011). Das Gericht zog für die Beurteilung der streitigen Angelegenheit dennoch zusätzlich das ABI-Gutachten vom 15. August 2011 bei (act. G 11), zumal das Gutachten auf zeitnah zum angefochtenen Entscheid durchgeführten Abklärungen vom 14. März 2011 basieren und es überdies auch Umstände betrifft, welche sich lange vor Erlass des angefochtenen Entscheids verwirklichten. Ein Gutachtenbeizug erschien vor diesem Hintergrund gerechtfertigt und auch erforderlich. Hinsichtlich des Ereignisses vom 28. Januar 2010 (Ausrutschen auf einer Eisplatte) hielt Kreisarzt Dr. med. F. ___ in der Beurteilung vom 18. Juni 2010 fest, eine Muskelzerrung heile im Normalfall innerhalb weniger Wochen vollumfänglich ab. Beidseitige Beinschmerzen könnten nicht mit einer Muskelzerrung erklärt werden. Bei der beklagten Situation sei am ehesten von einer Ansatz tendonose auszugehen, welche als degenerative Veränderung der Sehnenansätze zu beurteilen sei. Eine diffuse Symptomatik sei nicht als Unfallfolge zu sehen. Eine Muskelzerrung rufe keine langfristige Arbeitsunfähigkeit hervor. Betreffend das Ereignis vom 4. März 2010 (Ausrutschen in der Duschkabine) vermerkte Dr. F. ___, Kontusionen würden im Normalfall innerhalb weniger Wochen vollumfänglich abheilen. Eine langfristige Arbeitsunfähigkeit sei nicht gerechtfertigt (UV-act. I/153). Mit Blick auf diese Ausführungen ist davon auszugehen, dass die Folgen der Ereignisse vom 28. Januar und 4. März 2010 jedenfalls bis zum streitigen Einstellungszeitpunkt abheilten. Dies blieb von Seiten der Beschwerdeführerin denn auch unbestritten, weshalb nicht weiter darauf einzugehen ist.

E. 2.1

Im Austrittsbericht der Rehaklinik G.____ vom 3. November 2003 wurden die Diagnosen einer LWS-Kontusion am 4. Juli 2003 und von Frakturen der Querfortsätze L2 und L3 links (nachträglich diagnostiziert auch L4 und L5 links) sowie ein lumbovertebrales, teils lumbospondylogenes Schmerzsyndrom festgehalten (UV-act. I/12). Nachdem ab Mitte Dezember 2003 eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden hatte und die hausärztliche Behandlung Anfang Februar 2004 abgeschlossen worden war (UV-act. I/16, I/18, I/20), erfolgten nach einem Rückfall vom 3. Oktober 2005 (UV-act. I/23) weitere Behandlungen. Im Gutachten vom 16. Juni 2006 kam Dr. med. H.____, Orthopädische Chirurgie FMH, unter anderem zum Schluss, über die letzten zwei Jahre hätten sich eine Verschlechterung und Ausbildung einer panvertebralen Schmerzsymptomatik und neu auch cervikothorakale Verspannungen ergeben. Die geklagten Schmerzen lumbal seien (auch unter Berücksichtigung vorbestehender degenerativer Veränderungen) unfallbedingt, cervical und cervikothorakal seien sie aufgrund der Schonhaltung eine Folge des Schmerzsyndroms (UV-act. I/31). Eine Arbeitsunfähigkeit bestand damals nicht (UV-act. I/37, I/41). Dr. med. I.____, Orthopädische Chirurgie FMH, hielt in der Beurteilung vom 10. April 2007 fest, die Ursache der beidseitigen, plantaren Fersenschmerzen sei in einer chronischen Ansatzdendinose der Plantaraponeurose zu suchen, ausgelöst durch das posttraumatische lumbale Schmerzsyndrom (UV-act. I/45). Nach Durchführung von weiteren Behandlungen berichtete Kreisarzt Dr. F.____ am 2. August 2007, er könne einen Zusammenhang der geklagten Fussbeschwerden mit dem Unfall nicht bzw. höchstens im möglichen Rahmen sehen. Der medizinische Endzustand im Bereich der LWS sei erreicht, da eine operative Sanierung der Pseudoarthrosen kaum eine Besserung bringen würde. Die Arbeitsfähigkeit sei weiterhin gegeben (UV-act. I/48, I/49). Der Wirbelsäulenorthopäde Dr. med. J.____ hielt im Bericht vom 31. Oktober 2007 unter anderem fest, dass die Patientin trotz ihrer Beschwerden voll arbeitsfähig sei, wobei sich bei sitzender Tätigkeit und beim Heben schwerer Gegenstände eine Schmerzzunahme ergebe (UV-act. 61). In der Beurteilung vom 19. Februar 2008 kam Dr. J.____ unter anderem zum Schluss, langfristig sei die Beschwerdeführerin an ihrem Arbeitsplatz (Maschinenbedienung) höchstens zu 50% arbeitsfähig; dies vor allem infolge der deutlich belastungsabhängigen Schmerzen (UV-act. I/69; vgl. auch UV-act. I/77). In der ärztlichen Beurteilung vom 29. August 2008 hielt Suva-Arzt Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, als Schlussfolgerung fest, es könne weder eine Indikation für eine Entfernung von Querfortsätzen oder von pseudoarthrotischen Fragmenten noch für die Implantation eines Neurostimulators gestützt werden, letzteres zudem nicht als zumindest wahrscheinliche Spätfolge der nicht abgeheilten Frakturen und Vernarbungen in den Weichteilen (UV-act. I/83). In der Folge resezierte Dr. J.____ am 22. Januar 2009 die Pseudoarthrose des Querfortsatzes des zweiten Lendenwirbelkörpers (UV-act. I/90). Kreisarzt Dr. F.____ anerkannte den Eingriff als unfallkausal. Die Pseudoarthrose sei im Rahmen des Unfallereignisses zu sehen. Am Integritätsschaden sollte die Operation nichts ändern (UV-act. I/92). Nach der Operation nahm die Beschwerdeführerin die Arbeit am 20. April 2009 mit einem Pensum von 20% wieder auf und erhöhte es später auf 30% (UV-act. I/95, I/105). Dr. J.____ bestätigte am 23. Juli 2009 die Unfallkausalität der von der Patientin angegebenen Beschwerden im Sinn eines lumbovertebralen Schmerzsyndroms (UV-act. I/102).

E. 2.2

Vom 12. bis 15. Oktober 2009 wurde die Beschwerdeführerin im Spital P.____ unter anderem wegen beidseitiger Beinschwellungen unklarer Genese stationär betreut (UV-act.

I/145). Dr. J. ___ attestierte aufgrund der Gesamtsituation mit vor allem belastungsabhängigen Beschwerden seit 28. August 2009 eine volle Arbeitsunfähigkeit. Im Bericht vom 25. Januar 2010 hielt er unter anderem fest, neben der Wirbelsäulenproblematik seien auch internistische Probleme (Beinödeme beidseits, Kniegelenksbeschwerden beidseits) aufgetreten, die das Beschwerdebild wesentlich mitprägen würden (UV-act. I/127, I/130). Suva-Arzt Dr. med. L. ___ hielt in der Beurteilung vom 12. Februar 2010 fest, medizinisch werde keine Notwendigkeit für die Abklärungen gesehen, welche Dr. med. M. ___ (Kopfweh-Spezialist) am 25. Januar 2010 vorgeschlagen habe (UV-act. I/131). Auf die Arbeitsfähigkeits-Schätzung von Dr. J. ___ könne nicht abgestellt werden, zumal er auch auf unfallfremde internistische Probleme verweise. Der Eingriff vom 22. Januar 2009 (Teilresektion) habe erwartungsgemäss nichts genützt (UV-act. I/135). Im Bericht vom 24. Februar 2010 hielten die Allgemeinmedizinerin Dr. med. N. ___ und der klinische Psychologe Dr. phil. O. ___, Medizinisches Zentrum R. ___ eine mittelgradige depressive Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und ein chronisches posttraumatisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom fest. Der Beschwerdeführerin sei am 17. Februar 2010 die Durchführung von Einzelspsychotherapiesitzungen angeboten worden. Seit September 2009 bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit (UV-act. I/147). Der Hausarzt Dr. E. ___ berichtete am 9. März 2010, in den letzten Monaten sei es im Rahmen des Stellenverlustes mit zunehmend depressiver Entwicklung zu einer deutlichen Verschlechterung gekommen. Eine Reintegration in den Arbeitsprozess erachte er zur Zeit als praktisch aussichtslos. Seines Erachtens spielten das chronische Schmerzsyndrom, die Anpassungsstörung und die depressive Verstimmung aktuell die grösste Rolle (UV-act. I/139, I/151). Die Ärzte des Spitals P. ___ berichteten am 21. April 2010 über eine weitere Hospitalisation vom 19. bis 23. März 2010 (UV-act. I/148). Dr. med. Q. ___, FMH für orthopädische Chirurgie, diagnostizierte am 17. Mai 2010 einen Verdacht auf Instabilität L3/L4 bei Status nach anamnestic Frakturen der Querfortsätze sowie eine Insomnie (UV-act. I/172 Beilage). Im Bericht des Medizinischen Zentrums R. ___ vom 11. Juni 2010 wurden die bereits im Vorbericht angeführten Befunde bestätigt (UV-act. I/161 Beilage). Kreisarzt Dr. F. ___ nahm in der Beurteilung vom 18. Juni 2010 unter anderem zur Frage von neurologischen Restfolgen des Ereignisses vom 4. Juli 2003 Stellung und kam zum Schluss, dass solche zu verneinen und das Zumutbarkeitsprofil aus dem Jahr 2003 (leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne repetitives Vornüberneigen und Rumpfrotationen, vollschichtig) sowie die Integritätsschadenschätzung weiterhin Gültigkeit hätten (UV-act. I/153).

E. 2.3

Dr. J. ___ stellte sich am 12. August 2010 auf den Standpunkt, die Konsultation vom 9. September 2009, welche über die Krankenkasse abgerechnet worden sei, sei von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen. Der Patientin sei aus internistischen Gründen am 28. August 2009 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Das Resultat der von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen neurologischen Abklärung müsse abgewartet werden. Aus den Untersuchungsberichten des Spitals S. ___ gehe nicht mehr eindeutig hervor, dass die Schmerzen mit dem Unfall von 2003 in Zusammenhang stehen würden und dass immer mehr internistische Probleme für den schlechten Gesundheitszustand verantwortlich seien (UV-act. I/172 Beilage). Im Bericht des Spitals P. ___ vom 20. August 2010 wurde unter anderem festgehalten, aktuell ergebe sich kein Hinweis auf eine Besserung der Beschwerdesymptomatik durch eine chirurgische Intervention. Die Patientin habe weiterhin Physiotherapie erhalten, welche jedoch keine Beschwerdelinderung

gebracht habe (UV-act. I/172 Beilage). Dr. F.____ führte am 16. September 2010 ergänzend unter anderem aus, er habe eine neurologische Untersuchung (nicht Begutachtung) im Bericht vom 25. August 2009 (UV-act. I/107) in Auftrag gegeben. Diese sei bei Dr. M.____ (UV-act. I/131) durchgeführt worden und habe keine radikuläre Symptomatik ergeben, wie dies durch die Voruntersuchungen bereits mehrfach bestätigt worden sei. Eine Verletzung des Sympathikus durch den Eingriff sei aufgrund der anatomischen Gegebenheiten (s. Bilder in UV-act. I/153) nicht nachvollziehbar. Zuvor hätte der Orthopäde eine Läsion der Nervenwurzel gesetzt und eine entsprechende Pathologie hervorgerufen. Am 9. Februar 2010 habe er festgehalten, dass für ihn ein interdisziplinäres Gutachten nicht nachvollziehbar sei. Auch Dr. J.____ bestätige die vollschichtige Zumutbarkeit einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit (vgl. Bericht Dr. J.____ vom 3. März 2009 S. 2; UV-act. 172 Beilage). Die Ausführungen von Dr. Q.____ seien nicht nachvollziehbar (UV-act. I/175). Im Bericht des Medizinischen Zentrums R.____ betreffend eine interdisziplinäre Schmerzbehandlung vom 11. November 2010 wurde unter anderem festgehalten, es bestehe ein chronisches posttraumatisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie ein cerviko-cephales Syndrom. Die volle Arbeitsunfähigkeit seit August 2009 (aus der Sicht der somatischen und psychischen Gesamtsituation) wurde bestätigt. Aus rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Aus somatischer (anästhesistischer) Sicht bestehe eine 60%ige Arbeitsfähigkeit (Beilage zu UV-act. I/180).

E. 3.1

Die im Anschluss an den Rückfall vom Herbst 2005 bestehenden lumbalen Beschwerden waren - jedenfalls im Sinn eines Teilzusammenhangs – unbestrittenermassen auf das Ereignis vom 4. Juli 2003 zurückzuführen (vgl. UV-act. I/31). Zu prüfen ist vorab, ob aus neurologischer Sicht für die Zeit nach August 2010 von Unfallrestfolgen auszugehen ist. In diesem Zusammenhang bestätigte der Neurologe Dr. med. T.____ am 13. September 2007 unauffällige Verhältnisse ohne neurologische Ausfälle (UV-act. I/56); dies bestätigte der Arzt ein Jahr später (UV-act. I/81). Eine MRI-Abklärung der LWS vom 1. Juli 2008 hatte unter anderem das Fehlen von Anhaltspunkten für eine direkte Wurzelkompression ergeben (UV-act. I/78). Auch der Rheumatologe Dr. med. U.____, Spital P.____, hielt im Nachgang zu einem stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin im Bericht vom 29. Oktober 2009 fest, neurologisch fänden sich keine radikuläre Reiz- oder Ausfallerscheinungen; die Gelenkbeweglichkeit an den unteren Extremitäten sei nicht eingeschränkt. Es bestehe ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom, ohne dass sich aktuell ein sicherer Anhalt für eine lumboradikuläre Ausfallssymptomatik finde; auch im MRI ergebe sich hierfür kein Hinweis. Der klinische Hauptbefund sei im Wesentlichen muskulär im Bereich der paravertebralen Muskulatur lumbal linksseitig zu finden (UV-act. I/146). In der Folge stellte Dr. M.____ in einer Stellungnahme vom 25. Januar 2010 - rund sechseinhalb Jahre nach dem Unfall - ohne nähere Ausführungen eine Sympathikusläsion erstmals zur Diskussion ("Nach der Lokalisation des Traumas muss ich annehmen, dass die Schmerzen im Bein vor allem durch Verletzungen des Sympathicus bedingt sind." [UV-act. I/131]). Kreisarzt Dr. F.____ führte dazu am 18. Juni 2010 (sowie bestätigend am 16. September 2010) aus, die Beschwerdeführerin sei bereits vor dem 25. Januar 2010 (Stellungnahme Dr. M.____) neurologisch untersucht worden. Eine Sympathikusläsion sei zuvor nicht diskutiert worden. Ebenfalls habe keine radikuläre Symptomatik nachgewiesen werden können. Auch Dr. M.____ bestätige keine Radikulopathie. Im MRI hätten sich keine Hinweise auf ein Wurzelkompressionssyndrom gefunden. Auch im Spital P.____ hätten sich keine Hinweise

auf eine Sympathikus-Pathologie gefunden. Auch fänden sich in den Extremitäten keine einseitigen trophischen Veränderungen, welche auf eine Sympathikuspathologie hinweisen würden. Die Oedeme seien an beiden Beinen beschrieben worden (Austrittsbericht Spital P. ___ vom 29. Oktober 2009) und könnten nicht zumindest wahrscheinlich auf eine einseitige Verletzung zurückgeführt werden. Die Schwellungen würden zudem erst seit kurzem beklagt. Nach dem Unfall seien keine entsprechenden Symptome aufgetreten. Durch den Eingriff (vom 22. Januar 2009; UV-act. I/90) sei eine isolierte Sympathikusläsion zudem nicht erklärbar. Die Verletzung der Nervenwurzel müsste postoperativ überwiegend wahrscheinlich erwartet werden (UV-act. I/153, I/175). Diese einlässlich begründeten Darlegungen sind nachvollziehbar und stehen mit den früheren Abklärungen in Einklang bzw. stellen auf diese ab. Konkrete Anhaltspunkte für eine Unrichtigkeit der Schlussfolgerungen von Dr. F. ___, welche sich implizit auch im ABI-Gutachten bestätigt finden (act. G 11 S. 21f), werden weder geltend gemacht noch sind solche aus den Akten ersichtlich. Was im Übrigen den Einwand der Beschwerdeführerin gegen die ABI-Begutachtung betrifft, wonach ihr anlässlich der rheumatologischen Untersuchung unter anderem verboten worden sei, sich über ihre Beschwerden zu äussern und sie angehalten worden sei, nur die gestellten Fragen zu beantworten (act. G 16 Ziffer 3), ist festzuhalten, dass dies das Begutachtungsergebnis nicht in Frage zu stellen vermag. Für weitere orthopädische Untersuchungen bestand anlässlich der Begutachtung kein Anlass, nachdem diesbezüglich die Situation bereits durch frühere Berichte zureichend dokumentiert war. Zu dem von Dr. Q. ___ am 17. Mai 2010 diagnostizierten Verdacht auf Instabilität L3/L4 (UV-act. I/172 Beilage) legte Dr. F. ___ am 16. September 2010 dar, dieser Befund sei nicht nachvollziehbar. Weder durch Dr. H. ___ noch durch Dr. J. ___ und alle anderen beurteilenden Ärzte habe bis anhin eine Instabilität nachgewiesen werden können. Auch in den Röntgenabklärungen hätten entsprechende Veränderungen nicht bestätigt werden können. Bei einer Instabilität wäre eine unisegmentale Degeneration auf Höhe der Läsion zu erwarten. In den vorliegenden Bildern fänden sich aber mehrsegmentale leichte Diskopathien ohne Hinweise auf eine segmentale Läsion. Insgesamt hätten sich keine neuen Pathologien gefunden (UV-act. I/175). Auch die ABI-Gutachter bestätigten, dass klinisch keine Hinweise für eine radikuläre Symptomatik oder Instabilität bestünden (act. G 11 S. 23 und 24). Zusätzlich wurden Hinweise auf eine Instabilität im Bericht des Zentrums für medizinische Radiologie vom 7. Juni 2011 (betreffend MRI-Untersuchung der LWS vom 6. Juni 2011; Beilage zum ABI-Gutachten, act. G 11) verneint. Die unfallbedingte somatische Situation ist bei diesem Sachverhalt als ausgewiesen zu erachten, und auch die Beschwerdeführerin vermag diesbezüglich keine konkreten Anhaltspunkte für fehlerhafte Annahmen zu nennen. Ihr Vorbringen, dass sie vor dem Unfall gesund und arbeitsfähig gewesen sei, vermöchte - selbst wenn dies durch den Hausarzt Dr. D. ___ bestätigt würde (vgl. act. G 7 S. 1) - eine Unfallkausalität für die Zeit nach dem 31. August 2010 nicht zu belegen.

E. 3.2

Nach dem einstweiligen Abschluss der Unfall-Behandlung im Februar 2004 kam es bei der Beschwerdeführerin nach gut eineinhalbjähriger voller Erwerbstätigkeit im Herbst 2005 zur Meldung eines Rückfalls (UV-act. I/20, I/23), wobei damals und auch in der Folgezeit jedenfalls bis ca. Ende 2007 die Arbeitsfähigkeit weiterhin nicht eingeschränkt war (vgl. UV-act. I/37, I/41, I/48, I/61). Im Bericht vom 19. Februar 2008 bescheinigte Dr. J. ___ eine schmerzbedingt auf 50% eingeschränkte Arbeitsfähigkeit (UV-act. I/69), und später ab Ende August 2009 eine volle Arbeitsunfähigkeit, welche er vor allem auch mit den (nicht

unfallbedingten) internistischen Problemen begründete (UV-act. I/130 S. 2). Später bestätigte Dr. J.____, dass immer mehr internistische Probleme für den schlechten Gesundheitszustand verantwortlich seien (UV-act. I/172 Beilage [Bericht vom 12. August 2010]). Die Arbeitsfähigkeit wurde sodann ärztlicherseits ab Anfang 2010 auch mit dem Auftreten der psychischen Beschwerden gänzlich verneint (UV-act. I/147); diese standen gemäss Bericht von Dr. E.____ vom 9. März 2010 im Vordergrund (UV-act. I/139, I/151). Die ABI-Gutachter hielten im Gutachten vom 15. August 2011 fest, es gebe weder aus Sicht des Bewegungsapparates noch aus psychiatrischer oder anderweitiger somatischer Sicht Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten, wie die der Produktionsmitarbeiterin, längerfristig relevant eingeschränkt gewesen wäre (act. G 11 S. 26). Wenn Dr. F.____ am 18. Juni 2010 unter Berücksichtigung der rein unfallbedingten Gegebenheiten (vgl. auch vorangehende Erw. 3.1) aus somatischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für eine wechselbelastende Tätigkeit ohne repetitives Vornüberneigen und Rumpfrotationen bestätigte (UV-act. I/153), so lässt sich dies nicht beanstanden.

E. 4.1

Mit Bezug auf die ab 2010 - über sechs Jahre nach dem streitigen Unfall - bestätigten psychischen Probleme der Beschwerdeführerin und der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit kann die Frage der natürlichen Unfallkausalität, wie nachstehend zu zeigen ist, offen bleiben (vgl. SVR 1995 UV Nr. 23, S. 68 Erw. 3c). Damit brauchen auch die von der Beschwerdeführerin gegen die psychiatrische ABI-Begutachtung vorgebrachten Einwände nicht weiter diskutiert zu werden. - Während in einem (übersetzten) Bericht des Gesundheitszentrums C.____ das Ereignis vom 4. Juli 2003 offenbar als "Sturz von einer Leiter aus 4-5 Meter" angegeben wurde (UV-act. I/3), blieb während des ganzen nachfolgenden Verwaltungsverfahrens unbestritten, dass die Beschwerdeführerin - wie in der Unfallmeldung festgehalten - von einem Dachziegel am Rücken getroffen worden war. Unbestritten blieb auch, dass der Unfall zu Körperverletzungen am Rücken führte, weshalb es gerechtfertigt erscheint, auf die nachträgliche Klärung der erwähnten abweichenden Unfallschilderung zu verzichten. Für die Beurteilung der Adäquanz der psychischen Beschwerden ging die Beschwerdegegnerin beim Unfall vom 4. Juli 2003 mit linksseitigen Querfortsatzfrakturen des zweiten bis fünften Lendenwirbelkörpers (vgl. UV-act. I/1, I/3, I/4) im angefochtenen Entscheid von einem mittelschweren Ereignis aus. Dies steht – sowohl für den Dachziegelbefall als auch für den Leitersturz – mit der einschlägigen Praxis (vgl. A. Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 54-56; Urteil des Bundesgerichts vom 29. November 2002, U 130/02, Erw. 2.3.1) in Einklang. Bei den mittelschweren Ereignissen ist der Unfall jedoch nicht dem Grenzbereich zu den schweren Unfällen zuzuordnen. Was die im Zusammenhang mit mittelschweren Unfällen von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien betrifft (vgl. angefochtener Entscheid, Erw. 3a), können dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit nicht bejaht werden. Die erlittenen Verletzungen waren zwar zweifellos erheblich. Eine Verletzung besonderer Art oder Schwere mit erfahrungsgemässer Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, lässt sich jedoch dem aktenmässigen Verlauf nicht entnehmen.

E. 4.2

Die versicherte Person hat solange Anspruch auf die zweckmässige Behandlung (Art. 10 Abs. 1 UVG) der Unfallfolgen, als von ihrer Fortsetzung eine namhafte Besserung des

Gesundheitszustands erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario). Nach komplikationslosem Verlauf nach dem Unfall nahm die Beschwerdeführerin ab Mitte Dezember 2003 ihre Erwerbstätigkeit wieder vollumfänglich auf; die hausärztliche Behandlung wurde im Februar 2004 abgeschlossen (UV-act. I/16, I/18, I/20). Nachdem wegen des im Herbst 2005 aufgetretenen lumbovertebralen Schmerzsyndroms weitere Behandlungen und im Januar 2009 auch ein operativer Eingriff (UV-act. I/92) durchgeführt worden waren, vermerkte Dr. J. ___ am 3. März 2009, dass trotz diverser intensiver Therapien keine Besserung habe erreicht werden können (UV-act. I/172 Beilage). Suva-Arzt Dr. L. ___ hielt am 12. Februar 2010 fest, dass die Teilresektion vom Januar 2009 erwartungsgemäss nichts gebracht habe (UV-act. I/135). Am 12. August 2010 erklärte Dr. J. ___, dass immer mehr internistische Probleme für den schlechten Gesundheitszustand verantwortlich seien (UV-act. I/172 Beilage). Ab Anfang 2010 traten psychische Beschwerden in den Vordergrund (UV-act. I/139, I/147, I/151). Weitere ärztliche Bemühungen umfassten in somatischer Hinsicht im Wesentlichen Abklärungsmassnahmen, nicht jedoch eigentliche Behandlungen (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts vom 6. März 2006, U 219/05, Erw. 6.4.2, und vom 16. August 2006, U 258/05, Erw. 4.3.3). Mit Blick auf die nach der Rückfallmeldung rund fünf Jahre andauernden Versuche, die Beschwerdesituation auf der somatischen Ebene zu verbessern, ist eine lange Dauer der ärztlichen (somatischen) Behandlung unter Vorbehalt von unfallfremden Behandlungsmassnahmen zu bejahen. Nachdem das Zustandsbild und damit auch Schmerzempfinden jedenfalls ab 2010 in erheblichem Umfang durch die psychische Situation und unfallfremden somatischen Probleme beeinflusst war, kann jedoch das Kriterium von körperlichen (unfallbedingten) Dauerschmerzen im Einstellungszeitpunkt (31. August 2010) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erfüllt betrachtet werden. Das Kriterium eines schwierigen Heilungsverlaufs bzw. von erheblichen Komplikationen lässt sich insofern nicht bejahen, als die eigentliche Unfallbehandlung bereits im Februar 2004 abgeschlossen war. Einzig der Umstand, dass die nach dem Rückfall vom Herbst 2005 durchgeführten Behandlungen nicht zu einer eigentlichen Besserung führten, belegen weder einen schwierigen Verlauf noch erhebliche Komplikationen. Im Weiteren ist eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmerte, weder behauptet noch aus den Akten ersichtlich.

E. 4.3

Nach dem streitigen Unfall war die Beschwerdeführerin seit Mitte Dezember 2003 bis ca. 2007 in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Angesichts des bereits geschilderten Arbeitsfähigkeits-Verlaufs (vgl. vorstehende Erw. 3.2) und insbesondere des Umstands, dass Dr. J. ___ - übereinstimmend mit Dr. F. ___ (UV-act. I/153) - im Bericht vom 3. März 2009 körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen ohne Heben von schweren Lasten vollzeitlich als zumutbar erachtete und im Bericht vom 12. August 2010 eine Arbeitsunfähigkeit vorab aus internistischen Gründen (Beinödeme, beidseitige Kniebeschwerden) bescheinigte (Beilagen zu UV-act. I/172), kann eine langdauernde, somatisch (unfallbedingt) begründete Arbeitsunfähigkeit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als nachgewiesen gelten. Soweit aus den ärztlichen Berichten und Gutachten eine Arbeitsunfähigkeit hervorgeht, ergingen die entsprechenden Einschätzungen weitgehend unter Berücksichtigung der psychischen bzw. nichtorganischen Faktoren sowie unfallfremden Beschwerden, die vorliegend ausser Acht bleiben müssen. Damit muss der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen Beschwerden – bei Erfüllung lediglich eines Kriteriums – verneint werden.

Dabei ist darauf hinzuweisen, dass gemäss Rechtsprechung für die Bejahung einer Unfallkausalität bei mittelschweren Unfällen (Schleudertrauma-Bereich) im engeren Sinn die Erfüllung von drei Adäquanzkriterien vorausgesetzt wird, während bei mittelschweren Ereignissen an der Grenze zu den leichten Fällen vier Adäquanzkriterien erfüllt sein müssen (Urteil des Bundesgerichts vom 2. Oktober 2009, 8C_421/2009).

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin verfügte im angefochtenen Einspracheentscheid (Erw. 5c) die ersatzlose Aufhebung der zuvor zugesprochenen Integritätsentschädigung. Formellrechtlich handelte es sich dabei nicht um eine neue Verfügung, sondern um die materielle Beurteilung der gegen die Verfügung vom 10. August 2007 (UV-act. I/50) erhobenen Einsprache (UV-act. I/55), wobei der Beschwerdeführerin zuvor die drohende Schlechterstellung angekündigt worden war.

E. 5.2

Dr. F.____ schätzte am 2. August 2007 die von der Beschwerdeführerin durch den Unfall vom 4. Juli 2003 an der Wirbelsäule erlittene Integritätseinbusse aufgrund der chronischen Lumbalgie mit den sich an den Querfortsätzen des zweiten und dritten Lendenwirbelkörpers ausgebildeten Pseudoarthrosen auf 5% (UV-act. I/49). Dr. J.____ kam in der Beurteilung vom 19. Februar 2008 zum Schluss, dass aufgrund der Suva-Tabellen und den gegebenen Verletzungen eine Integritätsentschädigung von nicht mehr als 5-10% zu erwarten sei; dies insbesondere auch deshalb, weil es sich nicht um eine Wirbelkörperfraktur, sondern um eine Fraktur des Querfortsatzes handle (UV-act. I/69). Mit dem operativen Eingriff vom 27. Januar 2009 reziesierte Dr. J.____ die Pseudoarthrose (UV-act. I/90), welche soweit ersichtlich zur Zuspreehung einer Integritätsentschädigung geführt hatte. Während Suva-Arzt Dr. K.____ in der Beurteilung vom 29. August 2008 (vor dem Eingriff) zum Schluss gelangt war, dass keine Indikation für eine Entfernung von Querfortsätzen oder von pseudoarthrotischen Fragmenten gestellt werden könne (UV-act. I/83), hielt Dr. F.____ am 25. August 2009 fest, dass die Operation vor allem im Bereich der lokalen messerstichartigen Beschwerden auf Höhe L2 erfolgreich gewesen sei. Die Beschwerdeführerin habe bestätigt, dass sie unter keinen messerstichartigen Beschwerden mehr leide. Jedoch hätten nach dem Eingriff die Beinschmerzen links zugenommen. Zur Beurteilung der postoperativen Verhältnisse werde er die Beschwerdeführerin für ein MRI der LWS anmelden (UV-act. I/107). Dieses wurde am 23. September 2009 durchgeführt und ergab neben einer ausgeprägten Fehlhaltung unter anderem eine geringe Diskopathie ohne Hernien und ohne Neurokompression sowie insbesondere keine abgrenzbaren relevanten Narbenbildungen im Operationsbereich (UV-act. I/122). Hierauf bestätigte Dr. F.____ seine Integritätsschadenschätzung im Bericht vom 18. Juni 2010 (S. 3 oben) ausdrücklich (UV-act. I/153) und verneinte auch nach Kenntnisnahme von weiteren ärztlichen Berichten am 16. September 2010 das Vorliegen neuer Tatsachen (UV-act. I/175 S. 2 unten). Auch Dr. J.____ bestätigte im Übrigen im Bericht vom 12. August 2010 (S. 2), dass die nach der Operation eingetretene Beschwerdebesserung nicht von Dauer war (UV-act. I/172 Beilage). Die Beschwerdegegnerin vermag unter diesen Umständen im angefochtenen Entscheid (Ziff. 5a) nicht zureichend zu begründen, wieso die Integritätsschadenschätzung aus dem Jahr 2007 nunmehr nicht mehr zutreffen sollte. Der Umstand, dass sich für die Zeit nach August 2010 eine unfallkausale Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit nicht bejahen lassen, schliesst als solcher einen Integritätsschaden noch nicht aus. Dieser Meinung war vorerst offenbar auch die

Beschwerdegegnerin, als sie die am 10. August 2007 verfügte Integritätsentschädigung in der Verfügung vom 10. August 2010 (UV-act. I/169 S. 2 oben) ausdrücklich bestätigte. Andererseits fehlt es auch an konkreten Anhaltspunkten für unzutreffende Annahmen bei der Integritätsschadenschätzung durch Dr. F.____. Von dieser Schätzung ist deshalb auszugehen.

E. 6

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung von Ziff. 2 des Dispositivs des Einspracheentscheids vom 22. Februar 2011 in dem Sinn teilweise gutzuheissen, dass die am 10. August 2007 verfügte und am 10. August 2010 bestätigte Integritätsentschädigung von 5% der Beschwerdeführerin zuerkannt wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung von Ziff. 2 des Dispositivs des Einspracheentscheids vom 22. Februar 2011 in dem Sinn teilweise gutgeheissen, dass die am 10. August 2007 verfügte sowie am 10. August 2010 bestätigte Integritätsentschädigung von 5% der Beschwerdeführerin zuerkannt wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.