

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00161 vom 18. August 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-08-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2004.00161

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00161 du 18 août 2005

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00161 del 18 agosto 2005

Erwägungen

E. 1

1.1 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 beziehungsweise 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 entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

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

Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

1.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der

Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

Bei organisch nachweisbaren Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung praktisch keine Rolle, indem die Unfallversicherung auch für seltenste, schwerwiegendste Komplikationen haftet, welche nach der unfallmedizinischen Erfahrung im Allgemeinen gerade nicht einzutreten pflegen (vgl. BGE 128 V 172 Erw. 1c, 123 V 102 Erw. 3b, 118 V 291 Erw. 3a, 117 V 365 Erw. 5d/bb mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; RKUV 2004 Nr. U 505 S. 249 Erw. 2.1). Insbesondere bei psychogenen Störungen, den typischen Beschwerden nach einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS), einer dem Schädeltrauma ähnlichen Verletzung der HWS oder einem Schädel-Hirntrauma ist jedoch die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung zu präferieren (BGE 118 V 291 Erw. 2a mit Hinweisen).

E. 1.3

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b). Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2). Bei der Einteilung der Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 91).

Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall

nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6a). Bei schweren Unfällen ist hingegen der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 140 Erw. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 Erw. 3b).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: Besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls, die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, körperliche Dauerschmerzen, ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

Die SUVA ging bei der Leistungseinstellung vom Fehlen behandlungsbedürftiger organischer Unfallfolgen aus und qualifizierte die Beschwerden ausschliesslich als psychisch bedingt. Diesbezüglich verneinte sie das Vorhandensein eines adäquaten Kausalzusammenhangs (Urk. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit der Beschwerde wird vorgebracht, dass es beim Unfall zu einer beträchtlichen Krafteinwirkung auf Kopf und Halswirbelsäule gekommen sei und eine anschliessende kurze Bewusstlosigkeit, Schwindel, Übelkeit, Nacken- und Kopfschmerzen aktenkundig seien. Die SUVA habe keine spezialärztlichen Abklärungen vorgenommen, wie sie namentlich im Hinblick auf eine allfällige HWS-Distorsion erforderlich seien. Entsprechend fehle es auch an einer neurologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Aussage über den Verlauf der unfallkausalen Arbeitsfähigkeit (Urk. 1).

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

3.1 Ä Ä Ä Ä Der Austrittsbericht des Spitals C.____ vom 10. September 2002 enthält die Diagnosen Status nach Comotio cerebri, Polyarthrose und chronische Unterbauchschmerzen sowie den Hinweis darauf, dass die Versicherte seit dem Unfall vom 28. August 2002 unter anhaltenden Kopfschmerzen, Schwindel und Nausea leide, weshalb sie bettlägerig geworden sei. Nach der am 1. September 2002 erfolgten Selbsteinweisung habe sie analgetisch und antiemetisch wirkende Medikamente sowie Physiotherapie erhalten, ohne dass eine deutliche Besserung habe erreicht werden können. Die Abklärungsergebnisse wurden im Bericht insgesamt als unauffällig beschrieben; namentlich eine Fraktur oder eine intrazerebrale Blutung wurde aufgrund des Schädel-Computertomogramms (CT) ausgeschlossen. Die Ärzte kamen daher zum Schluss, dass das Krankheitsbild am ehesten mit einem Status nach Comotio cerebri zu interpretieren sei, und wiesen darauf hin, dass die Versicherte insgesamt depressiv wirke (Urk. 7/17).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dem von Dr. B.____ am 24. September 2002 verfassten Arztzeugnis UVG ist zu entnehmen, dass der Kopf der Beschwerdeführerin während der Arbeit von einer aus ca. zwei Metern Höhe fallenden, ein bis zwei Kilo schweren Kiste supraorbital links getroffen wurde. Daraufhin sei es wahrscheinlich zu einer kurzen Bewusstlosigkeit gekommen, und es seien starke Kopfschmerzen, Schwindel, Nausea und Nackenschmerzen links aufgetreten. Dr. B.____ diagnostizierte eine Comotio cerebri. Als Befunde erhob er eine Kontusionsmarke supraorbital links sowie muskuläre Verspannung zervikal beidseits. Neurologie und ORL bezeichnete er als unauffällig. Im übrigen verwies er auf die Ergebnisse der im Spital C.____ erfolgten Röntgen- und CT-Abklärung. Dr. B.____ ging davon aus, dass nicht ausschliesslich Unfallfolgen vorliegen, denn die Versicherte könne den Unfall nicht gut verarbeiten und entwickle eine starke Angst vor weiteren Folgen dieses Traumas. Dementsprechend schlug er als besondere Massnahme eine psychiatrische Betreuung vor (Urk. 7/3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Bericht vom 1. Oktober 2002 über die vom 16. September bis 2. Oktober 2002 dauernde Hospitalisation im Spital C.____ wurden die nach wie vor vorhandenen Kopfschmerzen und der Schwindel nunmehr differentialdiagnostisch als funktionell und postkommotionell beurteilt, und die Ärzte erklärten: "Insgesamt sehen wir die Symptomatik als im Rahmen einer Depression mit deutlicher Angstsymptomatik auftretend." Unter Erhöhung der Seropram-Dosis habe sich der Zustand etwas gebessert; Kopfschmerzen und Nausea seien zurückgegangen, doch der intermittierend auftretende Schwindel habe persistiert. Ferner wurde unter anderem festgehalten, bezüglich der geklagten wechselnden Sensibilitätsausfälle und Beinschwächen seien in neurologischer Hinsicht keine sicheren Sensibilitätsausfälle oder Kraftverminderungen aufgefallen, die Reflexe seien allseits symmetrisch. Eine Liquorpunktion habe ein

erhöhtes Protein bei sonst unauffälligem Befund ergeben; namentlich HSV 1+2, CMV und Borrelien-AK hätten nicht nachgewiesen werden können. Gemäss Schädel-MRI sei der Befund altersentsprechend und ohne Hinweise für multiple Sklerose (Urk. 7/18/2).

Im Bericht vom 11. Oktober 2002, über die notfallmässige Behandlung der Versicherten im Spital C.____ wegen akuter Suizidalität figuriert unter anderem weiterhin die Diagnose eines status nach Comotio cerebri am 28. August 2002 (Urk. 7/18).

Laut Bericht vom 5. November 2002 hatte das Schädel-MRI am 23. September 2002 altersentsprechende normale Befunde ergeben. Es war durch unklaren Schwindel, fluktuierende Sensibilitätsstörungen, Schwäche in den Beinen und eine Gangstörung veranlasst worden (Urk. 7/7).

Dr. B.____ erklärte im Schreiben vom 5. November 2002, die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit willkürlich festgelegt und diese für den Zeitraum vom 29. August bis 15. September 2002 als unfallbedingt und danach als krankheitsbedingt bezeichnet zu haben. Ob diese weiterhin unfallbedingt sei, sei selbstverständlich diskussionswürdig (Urk. 7/9).

Die Ärzte der psychiatrischen Klinik E.____ führten im Zeugnis vom 8. November 2002 Krankheit als Grund für die von ihnen bescheinigte ganze Arbeitsunfähigkeit an (Urk. 7/19). In ihrem Bericht vom 14. Januar 2003 figuriert eine schwere depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F 32.21) als Hauptdiagnose und der Status nach Comotio cerebri als eine von verschiedenen Begleitdiagnosen. Die Psychiater wiesen auf die zweimalige, durch Schwindel, chronische Kopfschmerzen und Polyarthrose bedingte Hospitalisierung im Spital C.____ hin und hielten fest, die Patientin gebe an, diese Symptome seit dem Betriebsunfall zu haben, bei dem ihr eine Kiste auf den Kopf gefallen sei und sie eine Comotio cerebri erlitten habe. Die sorgfältigen und umfangreichen somatischen Abklärungen hätten keine pathologischen Befunde ergeben. Auch bemerkten die Ärzte, es könne nicht abschliessend beurteilt werden, inwiefern die depressive Symptomatik mit dem erlittenen Arbeitsunfall in Zusammenhang stehe. Allerdings seien keine vor dem Unfall bestehenden behandlungsbedürftigen psychischen Probleme bekannt (Urk. 7/19.1).

3.2 Wenn der Hausarzt und die Ärzte der psychiatrischen Klinik E.____ das Bestehen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem Arbeitsunfall und der akuten Krankheit auch nicht ausdrücklich verneinen, so geben sie doch klar zu erkennen, dass sie die seit dem Unfall bestehenden Beschwerden mit der schweren depressiven Episode in Zusammenhang bringen, die bereits anlässlich der Hospitalisation vom 1. September 2002 erkennbar gewesen war. Beim zweiten Spitaleintritt am 16. September 2002 war dann die Symptomatik nicht mehr vereinbar mit der aufgrund der ursprünglich geklagten Beschwerden diagnostizierten Comotio cerebri, weshalb nach weiteren Ursachen wie multiple Sklerose und Herpes- oder Borrelien-Infektion (HSV 1 und 2, CMV, Borrelien-AK) gesucht und das Beschwerdebild schliesslich der klar feststellbaren Depression mit Angstsymptomatik zugeordnet wurde. Entsprechend beschränkte sich die Behandlung auf die Verabreichung eines Antidepressivums, und dem Unfall wurde nur noch insoweit eine Bedeutung zuerkannt, als die Symptomatik damit ihren Anfang genommen hatte. An dieser Beurteilung änderte sich auch nichts, als die

Beschwerdeführerin mit dem Eintritt in die psychiatrische Klinik E. ___ in fachärztliche Behandlung kam. Auch die dortigen Ärzte sahen sich offenbar nicht veranlasst, die Gründe für die schwere depressive Episode auf der somatischen Ebene zu suchen.

Bei dieser Sachlage ist es nicht überwiegend wahrscheinlich, dass nach dem 16. September 2002 noch Folgen der erlittenen Commotio cerebri vorhanden waren.

3.3 Weitere fachärztliche Abklärungen erübrigen sich. Denn die Beschwerdeführerin war - auch nach Meinung der Ärzte der psychiatrischen Klinik E. ___ - bereits anlässlich der ersten stationären Behandlung im Spital C. ___ somatisch sorgfältig und umfassend untersucht, und vom Schädel waren ein CT und ein MRI erstellt worden. Dass der Unfall anstelle oder zusätzlich zur anfänglich diagnostizierten Commotio cerebri eine HWS-Distorsion bewirkte, ist aufgrund des Unfallhergangs unwahrscheinlich. Selbst wenn dies der Fall gewesen wäre, ändert dies nichts daran, dass die Symptomatik nach kurzer Zeit nur noch mit dem depressiven Zustandsbild vereinbar war. In den Berichten der beiden Spitäler werden denn auch - anders als noch im Zeugnis des Hausarztes - nur noch Kopfschmerzen und Schwindel, nicht aber Nackenschmerzen erwähnt. Auch in dieser Hinsicht können von Zusatzuntersuchungen keine neuen Erkenntnisse erwartet werden.

Ebenso wenig besteht bezüglich eines allfälligen Kausalzusammenhangs zwischen der diagnostizierten Depression und dem Unfall weiterer Abklärungsbedarf. Die diesbezügliche Adäquanz kann nämlich von vornherein verneint werden, ist doch der Unfall höchstens dem mittelschweren Bereich zuzuordnen und ist keines der rechtsprechungsgemäss erforderlichen Zusatzkriterien erfüllt, die eine psychische Fehlentwicklung erfahrungsgemäss begünstigen.

3.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass spätestens Mitte September 2002 der leistungsbezügliche Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Unfall und den weiterbestehenden Beschwerden der Versicherten dahingefallen war. Die per 16. September 2002 erfolgte Leistungseinstellung und die Ablehnung von Dauerleistungen sind daher nicht zu beanstanden.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dominique Chopard

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit

- Helsana Versicherungen AG

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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