

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00136 vom 24. Februar 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-02-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00136

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00136 du 24 février 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00136 del 24 febbraio 2006

Erwägungen

E. 1

1.1. B. ____, geboren 1958, arbeitet seit November 2000 bei der A. ____, AG (vgl. Urk. 8/S11) und ist in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Nationalversicherungs-Gesellschaft gegen die Folgen von Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 18. Dezember 2002 erstattete die A. ____, AG der Schweizerischen Nationalversicherungs-Gesellschaft eine Unfallmeldung und schilderte folgendes Vorkommnis vom 4. Dezember 2002 aus der Sicht ihrer Arbeitnehmerin: "Ich wollte Kopien machen. Ich brach mich, beim schnellen Aufrichten bin ich mit voller Wucht in einen Schlüsseltresorschrank aus massivem Eisen geprallt" (Urk. 8/M1). B. ____ wurde am 4. Dezember 2002 via Notfallstation mit Verdacht auf eine Comotio cerebri stationär zur Beobachtung in der Klinik C. ____ aufgenommen (Urk. 3/4), wo sich in der Folge ein postcommotionelles Syndrom einstellte, was den Aufenthalt in der Klinik C. ____ bis am 14. Dezember 2002 verlängerte. Im Austrittsbericht vom 18. Dezember 2002 (Urk. 3/5) führte PD Dr. med. D. ____, Facharzt FMH für Chirurgie, aus, nach dem Anschlagen des Kopfes sei keine Bewusstlosigkeit und keine Amnesie eingetreten. Im Verlauf hätten jedoch Kopfschmerzen eingesetzt, nach einer Stunde zusätzlich Schwindel und Übelkeit, jedoch kein Erbrechen.

1.2. Am 2. Januar 2003 schlug sich B. ____ erneut den Hinterkopf an der Autotür an, wobei die Symptomatik in gleicher Art und Weise exazerbiert sei (Austrittsbericht von Dr. D. ____ vom 16. Januar 2003, Urk. 3/7). In der Folge wurde sie vom 3. bis 11. Januar 2003 erneut in der Klinik C. ____ hospitalisiert (Urk. 3/7), und es erfolgte eine neurologische Beurteilung durch PD Dr. med. E. ____, Spezialarzt für Neurologie (Urk. 3/6). Seit dem 4. Februar 2003 steht B. ____ in Behandlung bei Dr. med. F. ____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 3/9), welcher sie zur neuropsychologischen Untersuchung an Dr. phil. G. ____ (Urk. 3/11) überwies. Mit Schreiben vom 22. November 2003 (Urk. 8/M18) erstattete Dr. med. H. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Stellungnahme zur Frage der Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 4. Dezember 2002 und den gestellten Diagnosen.

1.3. Am 1. April 2004 lief B. ____ gegen eine Glastüre und schlug sich die Nase an, wobei sie sich die rechte Nasenflanke verletzte. Nach einer ersten medizinischen Betreuung in der J. ____ suchte sie am 5. April 2004 das Zentrum für Hals-, Nasen-, Ohren- und plastische Gesichtschirurgie (ORL-Zentrum) der Klinik C. ____ auf, wo Dr. med. I. ____ die Diagnose einer nicht dislozierten Nasenfraktur bei Status nach Nasentrauma am 1. April 2004 stellte (Urk. 8/M29). Am 1. Juni 2004 erfolgte wegen der vorgebrachten Sehstörungen eine Untersuchung bei PD Dr. med. L. ____, Augenarzt FMH, speziell Augenchirurgie (Bericht vom 7. Juni 2004, Urk. 8/M26), und am 8. Juni 2004 wurde B. ____

durch Dr. med. K.____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, begutachtet (Gutachten vom 3. Juli 2004, Urk. 8/M27). In der Folge erklärte die Schweizerische National Versicherungs-Gesellschaft B.____ im Hinblick auf die Unfallfolgen für voll arbeitsfähig und stellte mit Verfügung vom 27. August 2004 (Urk. 8/K45) sämtliche Versicherungsleistungen (Heilkosten, Taggelder) per 31. August 2004 ein. Die dagegen durch Fürsprecher Thomas Laube am 27. September 2004 erhobene Einsprache (Urk. 8/K49) wies die Schweizerische National Versicherungs-Gesellschaft mit Entscheid vom 28. Januar 2005 (Urk. 2) ab.

1.4. Am 12. Juli 2005 wurde B.____ von Dr. I.____ an der Klinik C.____ operiert, wobei die ossäre Kantenbildung im Bereich der Nasenflanke und des Nasenrückens rechts abgetragen wurde (Urk. 13/M8).

E. 2

2.1. Mit Eingabe vom 29. April 2005 (Urk. 1) liess B.____ durch Fürsprecher Thomas Laube Beschwerde erheben und beantragen, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr die gesetzlich geschuldeten Leistungen zu bezahlen; unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

E. 2.2

Nachdem die Schweizerische National Versicherungs-Gesellschaft in ihrer Beschwerdeantwort vom 20. Mai 2005 (Urk. 7) um Abweisung der Beschwerde ersucht hatte, wurde der Schriftenwechsel mit Gerichtsverfügung vom 24. Mai 2005 (Urk. 9) als geschlossen erklärt.

2.3. Mit Verfügung vom 9. November 2005 (Urk. 10) stellte das Gericht Dr. I.____ Fragen zur durchgeführten Nasenoperation, welche der Arzt mit Schreiben vom 17. November 2005 (Urk. 14) beantwortete. Mit Eingabe vom 17. November 2005 (Urk. 12) reichte die Schweizerische National Versicherungs-Gesellschaft weitere Unterlagen zur Nasenoperation ein (Urk. 13/M5-8). Auf eine Stellungnahme dazu hat die Beschwerdeführerin verzichtet.

2.4. Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Streitig und zu prüfen sind der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Unfallversicherung in Form von Taggeldzahlungen und der Übernahme der Heilbehandlungskosten über den 31. August 2004 hinaus.

2. In formeller Hinsicht rügt die Beschwerdeführerin, dass weder die Verfügung noch der Einspracheentscheid der Krankenversicherung oder der Pensionskasse des Arbeitgebers eröffnet worden seien. Dazu ist anzumerken, dass zumindest der Einspracheentscheid vom 28. Januar 2005 (Urk. 2) der V.____ zugestellt worden ist. Dagegen ist weder der Krankentaggeldversicherer nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) noch die Pensionskasse an den Entscheid der Unfallversicherung gebunden, weshalb sich auch deren Einbezug in das Verfahren erbringt. Der Einspracheentscheid vom 29. April 2005 ist insofern nicht formell mangelhaft.

E. 3

3.1.1 Die Beschwerdeführerin hat ihre Leistungen per 31. August 2004 eingestellt. Dies begründet sie im Wesentlichen damit, es sei bereits fraglich, ob die Beschwerdeführerin am 4. Dezember 2002 tatsächlich ein Schleudertrauma oder eine ähnliche Verletzung erlitten habe. Entscheidend sei jedoch, dass die Diagnose eines Schädelhirntraumas entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nicht erstellt sei, was indes für die Anwendbarkeit der Schleudertrauma-Praxis Voraussetzung wäre. Im Weiteren verkenne die Beschwerdeführerin, dass ein "typisches Beschwerdebild" nicht überwiegend wahrscheinlich gegeben sei. Auch die Frage der natürlichen Kausalität werde von ärztlicher Seite überwiegend negativ beantwortet. Aus den umfangreichen medizinischen Akten gehe zudem deutlich hervor, dass körperliche Beschwerden von Anfang an keinerlei Rolle gespielt hätten. Es müsse von einer eindeutigen Dominanz psychischer Komponenten gesprochen werden, weshalb die Beurteilung der Adäquanz nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133 ff.) zu erfolgen habe. Da das Unfallereignis vom 4. Dezember 2002 angesichts der Praxis der Kategorie der leichten Unfälle zuzuordnen sei, könne es von vornherein nicht als adäquat-kausal bezüglich der geltend gemachten Beschwerden beziehungsweise der Arbeitsunfähigkeit angesehen werden. Aber selbst bei Bejahung eines mittelschweren Unfalls sei der Kausalzusammenhang zu verneinen, da der Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung nicht geeignet sei, eine derart ausgeprägte psychische Problematik mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit zu begründen.

E. 3.2

Dagegen lässt die Beschwerdeführerin vorbringen, die Diagnose eines Schädelhirntraumas werde zu Unrecht bestritten. Auch sei von einer HWS-Distorsion auszugehen. Das Gutachten von Dr. K. ___ habe nur geringen Beweiswert, weil es nicht umfassend sei, nicht auf allseitigen Untersuchungen beruhe, die geklagten Beschwerden und die Vorakten nicht berücksichtige und sich nicht mit anderen ärztlichen Meinungen auseinandersetze. Eine Behandlungsbedürftigkeit während 2 bis 3 Jahren nach einem Schleudertrauma der HWS respektive einer äquivalenten Verletzung mit ähnlichem Beschwerdebild sei durchaus möglich. Nach der Rechtsprechung sei erst nach Abschluss der normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesse zu prüfen, ob die geklagten Beschwerden adäquat kausale Unfallfolgen seien. Selbst wenn die Adäquanz aber schon zu prüfen wäre, so sei deren Vorliegen nach der Rechtsprechung zu Schleudertraumen der HWS und Schädelhirntraumen oder ähnlichen Verletzungen zu beurteilen und zu bejahen (Urk. 1).

E. 4

4.1.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, in Kraft seit 1. Januar 2003), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu.

4.2.1 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).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens 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 die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender 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).

4.3.1 Das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) hat in BGE 117 V 360 Erw. 4b bezüglich des natürlichen Kausalzusammenhangs ausgeführt, dass dieser in der Regel zu bejahen ist, wenn ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert ist und das für diese Verletzung typische Beschwerdebild vorliegt. In BGE 119 V 340 Erw. 2b/aa hat das Gericht präzisierend festgehalten, auch bei Schleudermechanismen der HWS würden zuallererst die medizinischen Fakten, wie die fachärztlichen Erhebungen über Anamnese, objektive Befunde, Diagnose, Verletzungsfolgen, unfallfremde Faktoren, Vorzustand usw. die massgeblichen Grundlagen für die Kausalitätsbeurteilung durch Verwaltung und Gerichtsinstanzen bilden; das Vorliegen eines Schleudertraumas wie seine Folgen müssten somit durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein; treffe dies zu und sei die natürliche Kausalität - auf Grund fachärztlicher Feststellungen in einem konkreten Fall - unbestritten, so könne der natürliche Kausalzusammenhang ebenso aus rechtlicher Sicht als erstellt gelten, ohne dass ausführliche Darlegungen zur Beweiswürdigung nötig wären (vgl. auch Urteil des EVG in Sachen M. vom 26. März 2003, U 125/01, Erw. 2.2).

4.4.1 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).

Für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges nicht entscheidend ist, ob die im Anschluss an ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2) auftretenden Beschwerden medizinisch eher als organischer oder als psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 117 V 364 Erw. 5d/aa). Die Unterscheidung ist jedoch insoweit von Belang, als die Adäquanzbeurteilung nicht nach den für Schleudertraumen der HWS und äquivalente Verletzungen (BGE 117 V 359 ff.), sondern nach den für psychische Unfallfolgen (BGE 115 V 138 ff.) geltenden Regeln zu erfolgen hat, wenn die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten (BGE 123 V 99 Erw. 2a).

4.5. Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Eidgenössische Versicherungsgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas (BGE 117 V 382 f. Erw. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 Erw. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2).

E. 5

5.1. Im Bericht vom 9. Dezember 2002 (Urk. 3/4) über die notfallmässige Hospitalisation vom 4. Dezember 2002 äusserten Dr. D. ___ und Dr. med. S. ___ den Verdacht auf Commotio cerebri. Der klinisch-neurologische Status der Beschwerdeführerin sei unauffällig. Lokal würden sich keine Wunden nach Trauma zeigen. Die GCS-Überwachung sei immer unauffällig gewesen. Die Beschwerdeführerin werde zur weiteren Überwachung für 24 Stunden hospitalisiert.

Im Austrittsbericht vom 18. Dezember 2002 über die Hospitalisation vom 4. bis 14. Dezember 2002 (Urk. 3/5) diagnostizierte Dr. D. ___ eine Commotio cerebri und ein postcommotionelles Syndrom. Nach dem Anschlagen des Kopfes sei keine Bewusstlosigkeit und auch keine Amnesie aufgetreten. Im Verlaufe hätten jedoch Kopfschmerzen eingesetzt, nach einer Stunde zusätzlich Schwindel und Übelkeit, jedoch kein Erbrechen. Die Beschwerdeführerin sei von Dr. S. ___ wegen eines Verdachts auf Commotio cerebri zur weiteren Abklärung und Überwachung überwiesen worden. Kurz nach der Hospitalisation habe sich sehr schnell ein postcommotionelles Syndrom eingestellt. Die Beschwerdeführerin habe vor allem unter Photophobie, Schwindel, Kopfschmerzen und ausgesprochen rascher Ermüdbarkeit gelitten.

5.2. Nach der erneuten Hospitalisation der Beschwerdeführerin in der Klinik C. ___ vom 3. bis 11. Januar 2003, welche durch das Anschlagen des Kopfes an der Autotüre am 2. Januar 2003 notwendig geworden war, diagnostizierte Dr. D. ___ im Austrittsbericht vom 16. Januar 2003 (Urk. 3/7) ein reaktiviertes postcommotionelles Syndrom mit chronischer Migräne sowie einen Status nach Commotio cerebri und postcommotionellem Syndrom Dezember 2002. Durch das erneute Anschlagen des Hinterkopfes sei die Symptomatik nun in gleicher Art und Weise exazerbiert.

Während des stationären Aufenthaltes in der Klinik C.____ wurde die Beschwerdeführerin ebenfalls durch Dr. E.____ untersucht. Der Spezialarzt für Neurologie führte in seinem Bericht vom 6. Januar 2003 (Urk. 3/6) dazu aus, die Symptome seien charakteristisch für das Vorliegen einer chronischen Migräne. Diese sei wahrscheinlich traumatisch ausgelöst worden. Der Begriff der traumatischen Migräne sei bekannt. Das Phänomen komme immer wieder vor. Ungewöhnlich sei das erstmalige Auftreten migräniformer Symptome. Die Beschwerdeführerin habe erklärt, dass sie früher eigentlich selten Kopfschmerzen und nie Migräneanfälle gehabt habe. Nach einer Injektion von 12 mg Fortecortin seien die Symptome deutlich zurückgegangen. Auch die depressiven Aspekte hätten sich zurückgebildet, wenn auch nicht vollständig.

5.3 Am 4. Februar 2003 gab sich die Beschwerdeführerin in Behandlung bei Dr. F.____. Im seinem Bericht vom 10. März 2003 (Urk. 3/9) diagnostizierte der Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie ein postcontusionelles Syndrom mit Kopfschmerzen und leichter kognitiver Störung (ICD 10:F06.7) und eine posttraumatische Angststörung im Sinne einer Panikstörung mit Agoraphobie (ICD 10:F40.01). Dr. F.____ überwies die Beschwerdeführerin zudem an Dr. phil. G.____ zur neuropsychologischen Untersuchung, welche am 10. März 2003 stattfand. Dr. G.____ attestierte eine neuropsychologische Funktionsstörung, beobachtbar in Form von stark reduzierten Konzentrationsleistungen. Das Lernen sei im Enkodierungsprozess reduziert; das Erlernete werde behalten. Es bestehe eine reduzierte kognitive Dauerbelastbarkeit/Erschöpfung. Unberechenbar seien zusätzlich auch die Belastungstoleranz und die Angststörung mit Benommensein und Zittern bei gleichzeitig perfektem Arbeiten (Bericht vom 22. August 2003, Urk. 3/11).

5.4 Am 1. April 2004 lief die Beschwerdeführerin gegen eine Glas- und schlug sich dabei die Nase an. Am 5. April 2004 untersuchte Dr. I.____ sie in seiner Praxis und stellte einen lokalen Befund eines Hämatoms im Bereiche der Wangen-Weichteile fest. Im Weiteren habe sich eine Weichteilschwellung über dem Nasenrücken ossär rechts gezeigt. Endonasal fanden sich unauffällige Verhältnisse und die Nase erscheine nicht disloziert (Bericht vom 3. Mai 2004, Urk. 8/M29).

Dr. L.____, der die Beschwerdeführerin wegen den vorgebrachten Sehstörungen untersuchte, hielt in seinem Bericht vom 7. Juni 2004 (Urk. 8/M26) fest, es beständen zwei Hauptsensationen. Das farbige binokulare Nachklingen einer Sensation, welche als orange in der oberen Gesichtsfeldhälfte und als schwarz in der unteren Gesichtsfeldhälfte geschildert werde. Hier handle es sich sehr wahrscheinlich doch um eine gelegentlich bei Schädeltrauma angegebene halluzinatorische Sensation ungeklärter Genese. Daneben klagte die Beschwerdeführerin über offenbar eindeutige Sensationen (rechtes Auge) von blauen Flecken, welche ab und zu auftreten würden, allerdings ebenfalls belastungsabhängig in der Intensität seien. Wegen der Einseitigkeit könne es sich allenfalls tatsächlich um eine einseitige Sehnervenläsion handeln.

6. Am 8. Juni 2004 wurde die Beschwerdeführerin durch Dr. K.____ begutachtet. In seinem Bericht vom 3. Juli 2004 (Urk. 8/M27) führte der Arzt aus, beim Anschlagen des Kopfes sowohl am 4. Dezember 2002 wie auch am 2. Januar 2003 handle es sich aus biomechanischer Sicht im Prinzip um ein kombiniertes Schädel-/Hirn-/HWS-Trauma. Bezüglich des Gehirns sei jedoch ganz eindeutig keine Schädigung eingetreten. Die Beschwerdeführerin habe weder eine Commotio noch eine

Contusio cerebri erlitten. Ohne Bewusstlosigkeit und ohne Erinnerungslücken (Amnesie) - mindestens minimal - dürfte die Diagnose einer Commotio cerebri (Hirnerschütterung) nicht gestellt werden. Auch komme eine Contusio cerebri kaum in Frage. Eine solche sei schliesslich computertomographisch ausgeschlossen worden. In der Klinik C.____ sei korrekterweise nicht eine Commotio diagnostiziert, sondern eine Überwachung wegen Verdachts auf Commotio vorgenommen worden. Wichtiger scheine die Traumatisierung der HWS (Halswirbelsäule) zu sein, was bekanntlich gleiche vegetative Symptome auslösen könne wie eine Hirnerschütterung, nämlich Schwindel und Erbrechen. Anfanglich hätten die Kopfschmerzen als Folge der direkten äusseren Hautkontusion im Vordergrund gestanden, die Nackenschmerzen seien erst etwas verzögert aufgetreten, was zu einem leichtgradigen HWS-Trauma passe. Das Krankheitsgeschehen sei in der Folge absolut durch eine auffällige und schwere psychische Erkrankung mit massiven Phobien dominiert worden, so dass die Beschwerdeführerin nicht einmal mit dem Zug nach Zürich habe fahren können. Diese psychische Erkrankung erkläre wahrscheinlich die neuropsychologisch festgestellte Hirnfunktionsstörung. Vordergründig stelle sich nun die Frage, ob die schwere psychische Erkrankung in Zusammenhang mit dem Unfall stehe. Aus neurochirurgisch-somatischer Sicht scheine dies absolut ausgeschlossen zu sein. Auf jeden Fall könne mit Sicherheit gesagt werden, dass es sich weder um eine postkommotionelle noch um eine postkontusionelle psychische Störung handle. Beim Anschlagen der Nase handle es sich ebenfalls um ein Bagatellereignis, das mit Sicherheit bedeutungslos sei. Zusammenfassend seien die heutigen residuellen Nacken- und Kopfschmerzen vorwiegend psychisch bedingt, möglicherweise teilweise somatisch auf Grund der Schonungsphase mit muskulärer Dysbalance und teilweise auf Grund altersbedingter degenerativer Veränderungen, wie sie im Alter von 45 Jahre (wenn auch radiologisch noch nicht sichtbar) stets vorhanden seien. Die nun glücklicherweise im Abklingen begriffene psychische Erkrankung mit den massiven Phobien sei aus neurochirurgischer Sicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht in Zusammenhang mit dem Unfall zu sehen. Der Zusammenhang sei rein zufällig zeitlicher Natur, möglicherweise durch die Situation und Änderung am Arbeitsplatz bedingt. Kämme man von der vermeintlichen Hirnverletzung ab, so liesse sich eine ganz andere Ursache finden. Auf Grund der sich nun einstellenden deutlichen Besserung werde dies wahrscheinlich nicht mehr notwendig sein.

7. Mit Schreiben vom 16. April 2004 (Urk. 3/14) nahm Dr. F.____ und mit Schreiben vom 25. April 2005 (Urk. 3/20) Dr. med. P.____, Spezialarzt FMH für physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankung, vom Rheumazentrum C.____ Stellung zum Gutachten von Dr. K.____. Dr. F.____ bejahte dabei die Diagnose einer Commotio cerebri und eines postkommotionellen Syndroms zweifelsfrei. Zur Frage der Persistenz der Beschwerden über mehr als zwei Jahre müsse eingeräumt werden, dass die meisten Patienten nach dieser Zeit weitgehend symptomfrei seien, jedoch nicht alle. Die Beschwerdeführerin sei vor allem wegen einer Panikstörung mit Agoraphobie an ihn überwiesen worden. Diese Störung habe durch eine reine kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie ohne Medikation vollständig geheilt werden können, könne jedoch sehr wohl als Unfallfolge verstanden werden. Dr. P.____ verneinte ein klassisches kraniocervikales Beschleunigungstrauma (sogenannter Wiplash). Aufgrund des massiven Stosses sei jedoch von einer forcierten Hyperextension der HWS, beziehungsweise einer axialen Stauchung auszugehen. Die myofaszialen Untersuchungsbefunde, welche in der segmentalen, manuellen Untersuchung nachweisbar

vorübergehend den Heilungsprozess verzögert und die Behandlung beeinträchtigt, sei aber seit langem völlig abgeheilt (Bericht vom 16. April 2004, Urk. 3/14).

9.4.4 Dr. H. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher im Auftrag der Beschwerdeführerin aufgrund der medizinischen Akten eine Stellungnahme zur Kausalitätsfrage verfasste (Schreiben vom 22. November 2003, Urk. 8/M18), ging grundsätzlich von einer Schädelcontusion aus. Aus dem Verdacht auf eine Commotio cerebri sei in nicht erklärbarer Weise die Diagnose eines "postcontusionellen Syndroms mit Kopfschmerzen und leichter kognitiver Störung" entstanden. Als dann aus neuropsychologischer Sicht Funktionsstörungen hätten festgestellt werden müssen, die mit einem Schädel-Hirntrauma vereinbar waren, habe dies zur definitiven Diagnose eines Zustandes nach Schädel-Hirntrauma mit einer leichten kognitiven Störung nach ICD 10 F 06.7 mit belastungsabhängigen posttraumatischen Kopfschmerzen geführt. Dazu sei zunächst festzuhalten, dass die Diagnose einer leichten kognitiven Störung aus den Angaben in den Akten nicht mit genügender Wahrscheinlichkeit begründet werden könne. Auch die zweite Diagnose, diejenige eines belastungsabhängigen posttraumatischen Kopfschmerzes, könne aufgrund der vorliegenden Akten nicht zweifelsfrei nachvollzogen werden. Zusammenfassend sei das Zustandsbild aus neurologischer Sicht unklar und sollte dementsprechend fachärztlich beurteilt werden. Aus rein psychiatrischer Sicht habe Dr. F. ____, die Diagnose einer schweren posttraumatischen Angststörung, aktuell noch Agoraphobie mit Panikstörung, gestellt und habe diese Diagnose mit F 40.01 und F 43.1 kodiert. Die Diagnose F 40.01 entspreche tatsächlich einer Agoraphobie mit Panikstörung. Es handle sich dabei um ein etiologisch unspezifisches Zustandsbild, das allerdings auch nach einem Unfall auftreten könne. Dr. F. ____, verknüpfte damit aber die Codierung F 43.1. Dabei handle es sich um die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung. Eine solche entstehe gemäss ICD 10 als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Im konkreten Fall eine derartige Diagnose zu stellen, sei unverhältnismässig. Das sogenannten "Traumakriterium" in der Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung müsse objektiv nachgewiesen sein und könne nicht einer subjektiven Bedrohung nach Anschlägen des Kopfes und Überwachung im Spital entspringen. Aufgrund der Aktenlage könne diagnostisch allenfalls die Diagnose einer Anpassungsstörung in Frage, sofern aus neurologischer Sicht davon auszugehen sei, dass die Beschwerdeführerin effektiv noch an Traumafolgen leide. Im konkreten Fall sei das lange Anhalten der Symptomatik nach diesem Unfall aber ungewöhnlich, und auch die Ausprägung der Symptomatik mit diesen phobischen Symptomen und der Panikstörung übersteige die Symptome einer Anpassungsstörung. Der kausale Zusammenhang zum Unfall könne höchstens aufrecht erhalten werden, falls die Explorandin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch an physischen Unfallfolgen leiden würde.

E. 9.5

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich aufgrund der Arztberichte nur schwer beantworten lässt, unter welchen Beschwerden die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch litt. Zu dem von ihr subjektiv geäußerten Beschwerdebild findet sich kein klares somatische Korrelat. Für die durch Dr. K. ____, gestellte Diagnose des psychosomatisch chronifizierten cervico-cephalen Schmerzsyndroms bei somatoformer

Schmerzt rzung nach leichtem HWS-Trauma am 14. Dezember 2002, 2. Januar 2003 und 1. April 2004 und der psychischen Erkrankung mit Phobien unbekannter Genese (Urk. 8M/27 S. 9) verneint der Gutachter im Weiteren in klarer Weise einen natürlichen Kausalzusammenhang. Diese Einschätzung deckt sich im Wesentlichen denn auch mit der Stellungnahme von Dr. H.____. Nicht von der Hand zu weisen lassen sich jedoch auch die davon divergierenden Meinungen, vorab diejenigen von Dr. F.____ (Urk. 3/14) und der Neuropsychologin Dr. G.____ (Urk. 3/11). Letztendlich kann es im Ergebnis jedoch offen gelassen werden, ob ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den Unfallereignissen und den geklagten cervico-cephalen Beschwerden der Beschwerdeführerin vorliegt, da eine weitergehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin am Fehlen der Adäquanz scheitert.

E. 10

10.1   Die Adäquanz ist nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) erst nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses zu prüfen und nicht, solange von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch immer eine Besserung erwartet werden kann (Urteile K. vom 6. Mai 2003, U 6/03; R. vom 9. September 2002, U 412/01; A. vom 6. November 2001, U 8/00; D. vom 16. März 2000, U 127/99, H. vom 29. März 2001, U 114/00). Die Beschwerdegegnerin richtete der Beschwerdeführerin ab dem Zeitpunkt des ersten Unfalls am 4. Dezember 2002 bis Ende August 2004 Leistungen aus. Zu diesem Zeitpunkt kann davon ausgegangen werden, dass zumindest der normale, unfallbedingt erforderliche Heilungsprozess in Zusammenhang mit der Schädel-/Hirn-/Halswirbelverletzung abgeschlossen war, zumal die weiteren Unfälle lediglich Bagatelldarstellungen aufweisen und höchstens zu gewissen R ckfallserscheinungen führen konnten. Aus den medizinischen Akten ergeben sich denn auch keinerlei Hinweise auf weiterführende notwendige Therapien zur Behandlung von allfälligen (somatischen) Unfallfolgen. Würde man in diesem Zusammenhang die Rechtmässigkeit der Überprüfung der Adäquanz verneinen, so müsste die Beschwerdegegnerin unter Umständen über einen weiteren Zeitraum hinweg Leistungen für Gesundheitsschäden erbringen, welche nicht als Folgen der Unfälle zu betrachten sind. Lediglich die Nasenfraktur führte zu einer weiteren, notwendigen Heilbehandlung (Operation am 12. Juli 2005, Urk. 14).  ber die Leistungen in diesem Zusammenhang wird die Beschwerdegegnerin denn auch noch zu verfügen haben (vgl. Erw. 11).

10.2   Zu einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule gehört ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. Insofern ist nicht entscheidend, ob die im Anschluss an ein Schleudertrauma oder eine  quivalente Verletzung der HWS auftretenden Beschwerden medizinisch eher als organischer oder als psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 117 V 364 Erw. 5d/aa), sofern die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen im Vergleich zur psychischen Problematik nicht ganz in den Hintergrund treten (BGE 123 V 99 Erw. 2a). Im vorliegenden Fall ist der adäquate Kausalzusammenhang daher nach den in BGE 117 V 359 ff. aufgestellten Kriterien zu beurteilen, auch wenn im Anschluss an die Unfälle mehr und mehr die psychischen Beschwerden (Agoraphobie) in den Vordergrund getreten sind, die nach Angaben des

behandelnden Psychiaters Dr. F.____ indes vollständig abklagen.

10.3. Bei der Beurteilung der Adäquanz ist vom Unfallereignis selbst und nicht vom Erleben des Betroffenen auszugehen, wobei die Unfälle in drei Gruppen einzuteilen sind: banale oder leichte Unfälle, schwere Unfälle und Unfälle im mittleren Bereich.

Am 4. Dezember 2002 prallte die Beschwerdeführerin mit dem Kopf an einen Schlüsseltresorschrank aus massivem Eisen und am 2. Januar 2003 schlug sie sich den Hinterkopf an der Autotür an. Am 1. April 2004 lief sie gegen eine Glasüre und schlug sich die Nase an, wobei sie sich die rechte Nasenflanke verletzte.

Ein blosses Anschlagen des Kopfes ohne Fremdeinwirkung ist objektiv betrachtet, entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin, als leichter Unfall oder gerade noch als mittlerer, aber bereits deutlich zum Grenzbereich der leichten Unfälle gehörend, einzustufen. Ein leichter Unfall ist nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in der Regel nicht geeignet, nachfolgende psychische Gesundheitsstörungen auszulösen. Bei einem mittleren Unfall, der aber bereits zum Grenzbereich der leichten Unfälle zu zählen ist, ist die Schwelle für die Bejahung der Adäquanz relativ hoch.

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 Eindrücklichkeit 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;
- Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

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 z.B. 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.

Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin mangelt es im vorliegenden Fall sowohl an den besonders dramatischen Begleitumständen und besonderen Eindrücklichkeit wie auch an der Schwere der erlittenen Verletzungen. Von einem schwierigen Heilungsverlauf oder erheblichen, über das übliche Mass hinausgehenden Komplikationen kann ebenfalls nicht ausgegangen werden. Zwar war die Beschwerdeführerin über längere Zeit hinweg arbeitsunfähig, wobei sich dafür aus den Akten weder eine Begründung aus psychischer noch aus somatischer Sicht finden lässt. Umso weniger kann aus der Dauer der Arbeitsunfähigkeit als einziges der unfallbezogenen Kriterien daher auf die notwendige Adäquanz der geklagten Beschwerden geschlossen werden.

E. 10.4

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass, selbst wenn man davon ausgeht, dass die Beschwerdeführerin anlässlich ihres Unfalls vom 4. Dezember 2002, allenfalls verschlimmert durch die weiteren Vorkommnisse am 2. Januar 2003 und am 1. April 2004, eine HWS-Distorsion oder ein Schädel-Hirntrauma erlitt, der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den allenfalls noch bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen und den Unfällen zu verneinen ist.

11. Zu einem anderen Ergebnis gelangt man lediglich in Bezug auf die somatischen Folgen der Nasenfraktur.

In seinem Bericht vom 17. November 2005 (Urk. 14) führt Dr. I. aus, es sei korrekt, dass im Bericht der J. vom 29. April 2004 keine Hinweise für eine ossäre Läsion beschrieben und auch nach seiner Beurteilung vom 3. Mai 2004 eine nicht dislozierte Nasenfraktur bei Status nach Nasentrauma am 1. April 2004 festgehalten worden seien. Diese Beurteilung sei auf Grund der damaligen medizinischen Untersuchungen und auf Grund des Erfahrungswertes ergangen, dass nicht oder kaum dislozierte Nasenfrakturen in der Regel folgenlos abheilen würden. Dies sei bei der Beschwerdeführerin aber nicht der Fall gewesen. Im weiteren Verlauf sei eine leichtgradige Kantenbildung im Bereiche der Frakturstelle aufgetreten. Dieser Befund habe zu einer störenden Beeinträchtigung im Sinne von Schmerzen, insbesondere beim Tragen der Brille geführt. Wegen einer persistierenden Symptomatik habe im Juli 2005 dann die Indikation gestellt werden müssen, die störende ossäre Kantenbildung im Bereich der rechten Nasenflanke abzutragen. Die Durchführung des Eingriffs sei erfolgreich abgelaufen. Auch der weitere Verlauf sei insgesamt erfreulich, und die Beschwerdeführerin habe von den Schmerzen im Bereiche der Nasenflanke rechts beim Tragen der Brille befreit werden können.

Dr. I. führt somit die Operation vom 12. Juli 2005 in klarer Weise auf den Unfall vom 1. April 2004 zurück. An seinen Ausführungen bestehen denn auch keine Zweifel, zumal dieses Vorkommnis nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung dazu geeignet erscheint, eine Fraktur der Nase hervorzurufen. Zudem führt Dr. I. glaubhaft aus, dass die Operation aufgrund der störenden Kantenbildung medizinisch notwendig war. In diesem Zusammenhang ist daher der

natürliche und adäquate Kausalzusammenhang zu bejahen, und die Behandlung sowie die Taggeldleistungen aus der allenfalls damit verbundenen Arbeitsunfähigkeit sind als Unfallfolgen von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen. Diesbezüglich erweist sich die Einstellung der Leistungen per 31. August 2004 als nicht rechtmässig, weshalb der Einspracheentscheid vom 28. Januar 2005 dahingehend abzuändern ist.

12. Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Vorliegend erscheint im Hinblick auf das nur geringfügige Obsiegen eine Parteientschädigung von Fr. 400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) als angemessen.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 28. Januar 2005 dahingehend abgeändert, als festgestellt wird, dass die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht in Zusammenhang mit der Operation der Nase vom 12. Juli 2005 an der Klinik C. (Heilungskosten und Taggeldleistungen) trifft. Im übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fürsprecher Thomas Laube
- Schweizerische National Versicherungs-Gesellschaft
- Bundesamt für Gesundheit

5. 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.