

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00200 vom 30. April 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-04-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00200

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00200 du 30 avril 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00200 del 30 aprile 2007

Erwägungen

E. 2

Dagegen reichte die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Peter Jäger, am 20. Juni 2005 Beschwerde ein mit den Anträgen, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen auch nach dem 17. Oktober 2002 zu erbringen; eventualiter sei die Sache an die Allianz zurückzuweisen, damit diese die Versicherte rheumatologisch und neuropsychologisch begutachten lasse, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (Urk. 1). Die Sanitas erhob ihrerseits am 22. Juni 2005 Beschwerde und beantragte, es sei festzustellen, dass die Unfallversicherung ihre gesetzlichen Leistungen auch nach dem 17. Oktober 2002 zu erbringen habe (Urk. 5/1). Mit Verfügungen vom 27. Juni 2005 vereinigte das hiesige Gericht die beiden Verfahren (Urk. 5/4 = Urk. 6, Urk. 8). In der Beschwerdeantwort vom 21. September 2005 schloss die Allianz, vertreten durch Fürsprecher Franz Müller, auf Beschwerdeabweisung (Urk. 13). Nach Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels, im Rahmen dessen die Parteien an ihren Anträgen festhielten (vgl. Urk. 17, Urk. 19, Urk. 22), wurde der Schriftenwechsel schliesslich am 29. November 2005 geschlossen (Urk. 23).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf die Vorbringen der Parteien wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in Kraft getreten. Mit ihm sind zahlreiche Bestimmungen im Sozialversicherungsbereich geändert worden. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 130 V 446 Erw. 1.2), sind im vorliegenden Fall die neuen Bestimmungen nicht anwendbar.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Parteien sind sich richtigerweise darin einig, dass der Treppensturz vom 3. Juli 2002 einen Unfall im Rechtssinne (Art. 9 Abs. 1 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV]) darstellt. Strittig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 17. Oktober 2002 eingestellt hat. Zur Diskussion steht dabei der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den über den 17. Oktober 2002 hinaus fortbestehenden gesundheitlichen Problemen der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 3, Urk. 2 S. 3, Urk. 5/1 S. 1 f.).

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

3.1 Ä Ä Ä Ä Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (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 bzw. 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 entfiel (BGE 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 bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

3.2 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 125 V 461 Erw. 5a, 123 V 103 Erw. 3d, 139 Erw. 3c, 122 V 416 Erw. 2a, 121 V 49 Erw. 3a mit Hinweisen; RKUV 1997 Nr. U 272 S. 172 Erw. 3a).

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).

3.3 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 Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- bzw. 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 augenblicklichen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale bzw. 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).

3.4 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).

3.5 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;

- 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. 28, 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 bzw. 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 auffälliger 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).

3.6 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule, einer dem Schleudertrauma äquivalenten Verletzung oder eines Schädel-Hirntraumas auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c).

Anders als bei den Kriterien, die das Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule oder einer äquivalenten Verletzung und der in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

3.7 Nach der Rechtsprechung ist bei der Beurteilung der Adäquanz von psychischen Unfallfolgeschäden wie folgt zu differenzieren: Zunächst ist abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies der Fall, sind bei Unfällen aus dem mittleren Bereich die in BGE 117 V 366 Erw. 6a und 382 Erw. 4b umschriebenen Kriterien anzuwenden. Andernfalls erfolgt die Adäquanzbeurteilung in den dem mittleren Bereich zuzuordnenden Fällen nach den Kriterien gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa (siehe zur Begründung der teilweise unterschiedlichen Kriterien: BGE 117 V 366 Erw. 6a, letzter Absatz). Ergeben die Abklärungen, dass die versicherte Person ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine diesem äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat, ist zusätzlich zu beurteilen, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Ist dies der Fall, sind für die Adäquanzbeurteilung bei Fällen aus dem mittleren Bereich die in BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden festgelegten Kriterien (und nicht jene für Fälle mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule, äquivalenter Verletzung oder Schädel-Hirntrauma gemäss BGE 117 V 366 Erw. 6a

und 382 Erw. 4b) massgebend (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a).

3.8. Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, so entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein, währenddem die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen nicht genügt (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 76 Erw. 4b; vgl. auch RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b).

4.1.1.1.1.1.1.

4.1.1.1.1.1. Am 11. Juli 2002 berichtete Dr. med. G. von der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des B. über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin nach ihrem Unfall vom 3. bis zum 5. Juli 2002. In diagnostischer Hinsicht erwähnte sie eine Commotio cerebri und eine Kontusion der Wirbelsäule nach dem Sturz am 3. Juli 2002. Nach dem Unfall sei die Beschwerdeführerin zunächst in der chirurgischen Notfallstation behandelt und anschliessend zur Überwachung in die Rheumatologie überwiesen worden. Dabei habe sich ein weitgehend komplikationsloser Verlauf gezeigt. Bei der Entlassung aus der Klinik hätten keine neurologischen Auffälle mehr vorgelegen, und die Wirbelsäulenbeweglichkeit sei endphasig zwar schmerzhaft, aber uneingeschränkt gewesen. Weiterhin hätten okzipitale und frontale Kopfschmerzen sowie eine Dolenz der Wirbelsäule betont lumbosakral und rechts paravertebral lumbal bestanden. Dr. G. attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 3. bis zum 7. Juli 2002 (Urk. M3). Am 27. August 2002 erstellte Dr. med. H. vom neuroradiologischen und radiologischen Institut I. eine axiale CE-Darstellung des Schädels sowie konventionelle Bilder des Sacrums. Die Bilder ergaben keine besonderen Befunde (Urk. M4).

4.1.1.1.1.2. Am 29. September 2002 vermeldete die weiterbehandelnde Hausärztin Dr. C. einen prolongierten Verlauf mit fortbestehender 100%iger Arbeitsunfähigkeit infolge Schwindel, Kopf-, Nacken- und Steissbeinschmerzen. Die Beschwerdeführerin habe auch über vegetative Symptome mit Alpträumen und nächtlichem Schwitzen geklagt. Nach einer Behandlung mit Saroten hätten die Schwindelgefühle sowie die Schlafprobleme vor allem im Laufe des Augusts etwas nachgelassen; die Schmerzkomponente habe hingegen persistiert. Nach wie vor leide die Beschwerdeführerin unter Kopfschmerzen und Schwindel, so dass eine Physiotherapie nicht durchgeführt werden könne. Aufgrund der fortbestehenden Symptome bat Dr. C. die Ärzte der Rheumatologischen Klinik des B. um ergänzende Abklärungen und Einleitung einer stationären Therapie (Urk. M6).

4.2.1.1.1.1. Vom 17. bis zum 22. Oktober 2002 hielt sich die Beschwerdeführerin erneut im Stadtpital B. auf. Im diesbezüglichen Bericht vom 30. Oktober 2002

fÄ¼hrte Dr. med. J.____ bei den Diagnosen eine schwere Depression mit akuter SuizidalitÄ¼t sowie ein zervicozephal und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom auf. Weiter berichtete sie, die BeschwerdefÄ¼hrerin sei am Tag vor dem Spitaleintritt nach einem starken Schwindelanfall kollabiert. Ein deswegen erfolgtes HNO-Ä¼rztliches Konsilium habe keine den Schwindel erklÄ¼rende Befunde gebracht. Aufgrund der unauffÄ¼lligen klinischen Untersuchung der Hals- und LendenwirbelsÄ¼ule seien lediglich konventionell-radiologische Bilder gefertigt worden, bei welche im Vergleich zu den Voraufnahmen unauffÄ¼llig gewesen seien und keine degenerativen VerÄ¼nderungen ergeben hÄ¼tten. Im Nacken- und Schultermuskulaturbereich habe allerdings ein deutlicher Muskelhartspann mit Myogelosen erhoben werden kÄ¼nnen. Aufgrund der von Anfang an sehr bedrÄ¼ckten Stimmungslage der BeschwerdefÄ¼hrerin sei ein psychiatrisches Konsilium veranlasst worden, bei welchem sich eine akute SuizidalitÄ¼t gezeigt habe, weshalb am 22. Oktober 2002 die sofortige Verlegung in die geschlossene L.____ erfolgt sei. Das zervicozephal und lumbospondylogene Syndrom sei sicher zu einem grossen Teil durch die Depression beeinflusst, welche nun vorrangig behandelt werden mÄ¼sse. Im Anschluss empfehle sich bei fortbestehenden Nacken- und Kreuzschmerzen eine aktive Physiotherapie (Urk. M7).

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Bis zum 24. Oktober hielt sich die BeschwerdefÄ¼hrerin anschliessend in der Psychiatrischen D.____ Kilchberg auf. Im Austrittsbericht vom 4. November 2002 erwÄ¼hnte Dr. med. M.____ in diagnostischer Hinsicht eine AnpassungsstÄ¼rung mit depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) und SuizidalitÄ¼t sowie differentialdiagnostisch eine beginnende posttraumatische BelastungsstÄ¼rung (ICD-10: F43.1) nach Arbeitsunfall und belastender Vorgeschichte. Bereits kurz nach der notfallmÄ¼ssigen Aufnahme habe sich die BeschwerdefÄ¼hrerin von der SuizidalitÄ¼t distanzieren kÄ¼nnen. Im Rahmen von GesprÄ¼chen habe sich ergeben, dass die SuizidalitÄ¼t ihren Ursprung in der Perspektivlosigkeit und Ratlosigkeit im Umgang mit den Schwindelattacken und AngstzustÄ¼nden gehabt habe. Der Verlauf der Symptomatik deute auf eine sich ausbildende posttraumatische BelastungsstÄ¼rung nach dem Arbeitsunfall hin, bei einer zusÄ¼tzlich belastend wirkenden traumatischen Vorgeschichte. Zur weiteren AbklÄ¼rung und ambulanten psychotherapeutischen Nachbetreuung sei die BeschwerdefÄ¼hrerin an Dr. E.____ verwiesen worden (Urk. M9).

4.3Ä¼ Ä¼ Ä¼ In einer Stellungnahme zu Handen des vertrauensÄ¼rztlichen Dienstes der Allianz vom 5. Dezember 2002 vertrat Dr. J.____ vom Stadtspital B.____ die EinschÄ¼tzung, das zervicozephal und lumbospondylogene Syndrom werde durch psychosoziale Belastungsfaktoren beeinflusst. AnlÄ¼sslich der Hospitalisation vom 17. bis zum 22. Oktober 2002 hÄ¼tten diese Faktoren im Vordergrund gestanden (Urk. M11). Am 19. Dezember 2002 sowie am 16. Januar 2003 wurde die BeschwerdefÄ¼hrerin zwecks AbklÄ¼rung der Genese des rezidivierenden Schwindels und der Synkopen durch den Kardiologen Dr. med. N.____ untersucht. In seinem Bericht vom 17. Januar 2003 konnte er keine kardiologische Ursache der Symptomatik vermelden. Am ehesten seien die Leiden orthostatisch beziehungsweise vasovagal bedingt, wobei eine zusÄ¼tzliche funktionelle Ä¼berlagerung im Sinne von Panikattacken wohl ebenfalls eine Rolle spiele (Urk. I15). Am 19. April 2003 beantwortete Dr. E.____ einen Fragenkatalog der Allianz und fÄ¼hrte bei den Diagnosen neben dem bekannten zervicozephal und lumbospondylogenen Schmerzsyndrom eine posttraumatische BelastungsstÄ¼rung (ICD-10: F43.1) nach Arbeitsunfall mit Angst- und Depressionssymptomatik sowie sozialem RÄ¼ckzug auf.

Zurzeit leide die Beschwerdeführerin an einer schweren psychischen Erkrankung. Weiter hielt sie fest, dass die ersten psychischen Beschwerden unmittelbar nach dem Unfall aufgetreten seien, wobei für die Zeit vor dem Unfall keine solchen Beschwerden bekannt seien. Das aktuelle psychische Zustandsbild weise auf eine teilweise organische Genese im Sinne neuropsychologischer Defizite hin, teilweise seien die Symptome aber auch psychogen. Es liege eine psychische Fehlverarbeitung des Unfalls vom 3. Juli 2002 vor. Ob auch unfallfremde Faktoren einen Einfluss auf das Beschwerdebild hätten, sei schwer zu beurteilen. Allenfalls würden die Beschwerden noch durch psychosoziale Faktoren beeinflusst (Urk. M13-14). Am 10. Juli 2003 beurteilte Dr. F. ___ als Vertrauensarzt der Allianz die Unfallkausalität der persistierenden Beschwerden. Gestützt auf die damals vorliegenden medizinischen Unterlagen kam der Chirurg zum Ergebnis, dass die psychiatrische Hospitalisation ab dem 22. Oktober 2002 in der Klinik Kilchberg mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit in keinem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehe (Urk. M19).

4.4.4.4 Am 15. Juli 2003 berichtete Dr. C. ___ zu Händen der IV-Stelle über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und erwähnte als Erstdiagnose eine schwere Depression und Angststörung bei posttraumatischer Belastungsstörung nach dem Arbeitsunfall am 3. Juli 2002 und sodann ein chronifiziertes zervicozephales und lumbales Schmerzsyndrom. Der Gesundheitszustand sei stationär bis sich verschlechternd, aktuell sei die Beschwerdeführerin bei den alltäglichen Lebensverrichtungen auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen. Sie habe während und nach den Hospitalisationen eine schwere Depression mit Ängsten, Zwängen und sozialem Rückzug entwickelt, wobei die somatischen Symptome (Kopfweg, Schwindel, Rückenweh) im Lauf der letzten Monate gegenüber den psychischen etwas in den Hintergrund getreten seien. Die aktuell bestehende ganztägige Arbeitsunfähigkeit sei aber sowohl psychisch als auch somatisch bedingt. Nach einer Stabilisierung im psychischen Bereich käme allenfalls eine stationäre physiotherapeutische Behandlung in Frage (Urk. I36). Ebenfalls am 15. Juli 2003 beantwortete Dr. C. ___ Fragen der DAS Rechtsschutzversicherung und präziserte in diesem Zusammenhang die aktuell noch bestehenden somatischen Beschwerden. Danach litt die Beschwerdeführerin damals noch unter messerstichartigen Kopfschmerzen und Schwindel bei Bewegung des Kopfes im Sinne des diagnostizierten zervicozephalen Schmerzsyndroms. Der persistierende Schwindel sei wohl durch das zervicozephale Syndrom und/oder die Commotio cerebri bedingt. Lumbale Schmerzen kämen insbesondere beim Bücken vor aufgrund einer muskulären Verkürzung infolge Schonhaltung. Dazu kämen, ebenfalls als direkte oder indirekte Folgen der Wirbelsäulen-Kontusion, Steiss- und Sitzbeinschmerzen, insbesondere beim Sitzen. Bei der zum jetzigen Zeitpunkt bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit stehe die psychische Erkrankung zwar im Vordergrund, allerdings bestehe auch eine Wechselwirkung zwischen der psychischen Erkrankung und den körperlichen Beschwerden. Die Arbeitsfähigkeit sei auch wegen der fortdauernden somatischen Symptome eingeschränkt (Urk. 3/4). Ebenfalls zu Händen der IV-Stelle hielt Dr. E. ___ in ihrem Bericht vom 15. August 2003 bei den Diagnosen das bekannte Schmerzsyndrom sowie die posttraumatische Belastungsstörung fest, wobei neu auch noch wahnhaftes Züge beständen (Urk. I36-37). In einem ärztlichen Zwischenbericht vom 16. August 2004 erwähnte Dr. C. ___ neben der schweren depressiven Entwicklung neu somatoforme Störungen. Die Depression befinde sich seit einigen Monaten in einem stationären Zustand. Die Beschwerdeführerin leide immer noch unter Schwindel und

Kopf- sowie Rückenschmerzen. Als Nebendiagnose erwähnte Dr. C. ___ noch eine seit Juni 2004 bestehende Diskushernie L5/S1 (Urk. M22).

5. Die Allianz argumentierte im angefochtenen Einspracheentscheid, aus den Akten ergebe sich, dass die somatischen Beschwerden der Beschwerdeführerin mit fortlaufender Entwicklung des Leidensbildes rasch, nämlich bereits nach drei Monaten, in den Hintergrund getreten seien, und dass ab dann von einer psychischen Überlagerung der Beschwerden auszugehen sei. Obwohl das Vorliegen einer Commotio cerebri mit sich in der Folge entwickelnder zervicozephaler Problematik nicht ausgeschlossen werden könne, stünde diese Symptomatik eindeutig im Hintergrund. Daher sei die adäquate Unfallkausalität der verbleibenden Beschwerden nach den für rein psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen geltenden Kriterien zu beurteilen. Die für Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit einem Schleudertrauma oder einer Commotio cerebri, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, praxisgemäß nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung geltenden Kriterien für die Adäquanzprüfung seien vorliegend nicht anwendbar. Unter diesen Umständen müssten der adäquate Kausalzusammenhang der fortdauernden Beschwerden verneint und die Leistungen per 17. Oktober 2002 eingestellt werden (Urk. 2 S. 5 ff.).

E. 6

6.1. Wie gesagt präferierte die Allianz die adäquate Kausalität sämtlicher Beschwerden nach den rechtsprechungsgemässen für die Adäquanzprüfung psychischer Gesundheitsschäden geltenden Kriterien. Wie nachfolgend noch darzulegen sein wird, kann dieser Sichtweise nicht ohne weiteres gefolgt werden.

6.2. In einem ersten Schritt ist die Unfallkausalität der rein psychischen Symptome zu prüfen. Ob eine natürliche (Teil-)Kausalität des Unfalls für das von den übrigen Beschwerden abgrenzbare rein psychische Leidensbild (als posttraumatische Belastungsstörung interpretierte schwere Depressions- und Angstsymptome mit teilweise wahnhaften Zügen; vgl. insbesondere Urk. M7, Urk. M9, Urk. M14, Urk. M22 sowie Urk. I23) zu bejahen ist, kann vorliegend offen gelassen werden, so dass auch nicht weiter auf den Beweiswert der diesbezüglichen Stellungnahme des Dr. F. ___ (Urk. M19) eingegangen werden muss. Eine adäquate Unfallkausalität der doch schweren psychischen Symptome muss nämlich auf jeden Fall verneint werden. Selbst wenn man - wie die Sanitas - das Ereignis vom 3. Juli 2002 als mittelschweren Unfall an der Grenze zu den leichten Unfällen qualifiziert (Urk. 5/1 S. 2; vgl. auch Urk. 2), so ist im Hinblick auf die Aktenlage mit der Vorinstanz festzustellen, dass die verschiedenen von der Rechtsprechung aufgestellten Adäquanzkriterien bei der Beschwerdeführerin weder in gehäufteter Form gegeben waren noch eines in besonders ausgeprägter Weise zu bejahen war (vgl. vorstehend Erw. 3.5). Es kann hier auf die diesbezüglich eingehenden Ausführungen der Allianz im angefochtenen Einspracheentscheid verwiesen werden (Urk. 2 S. 8 ff.). Für die der Beschwerdeführerin aufgrund der rein psychischen Symptome entstehenden Schäden hat die Allianz nicht aufzukommen.

6.3. Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass auch nach dem 17. Oktober 2002 rein somatische Befunde vorlagen, welche sich von den psychischen Problemen der Beschwerdeführerin klar abgrenzen lassen und insofern bei der Beurteilung der Unfallkausalität gesondert zu betrachten sind. So erwähnten die Ärzte des B. ___ in

ihrem Bericht vom 30. Oktober 2002 einen deutlichen Muskelhartspann mit Myogelosen im Nacken- und Schultermuskulaturbereich, welcher mittels Physiotherapie mit Gymnastik und kräftigender Therapie zu behandeln sei (Urk. M7). Die Hausärztin Dr. C. sprach in ihrem Bericht vom 15. Juli 2003 unter anderem von lumbalen Schmerzen, welche durch eine muskuläre Verkürzung infolge Schonhaltung bewirkt würden, sowie von Steiss- und Sitzbeinschmerzen, welche allesamt direkte oder indirekte Folgen der Wirbelsäulen-Kontusion vom 3. Juli 2002 seien (Urk. 3/4).

Es kann ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass das Unfallereignis vom 3. Juli 2002 für diese somatischen Beschwerden natürlich und adäquat kausal war. Obwohl sich herausstellte, dass die diesbezügliche Behandlung mittels Physiotherapie aufgrund der zwischenzeitlich in den Vordergrund getretenen Depression und des seit dem Unfall bestehenden Schwindels vorläufig unmöglich war - weshalb die Physiotherapie sistiert werden musste - wiesen die Ärzte darauf hin, dass sich bei Fortbestehen der Nacken- und Kreuzschmerzen nach der Behandlung der psychischen Symptomatik die Einleitung einer aktiven Physiotherapie empfehle (Urk. M6, Urk. M7). Dies führt zur Feststellung, dass die Allianz auf jeden Fall auch für die Zeit nach dem 17. Oktober 2002 für die Kosten einer auf die Behandlung der rein somatischen Befunde abzielenden Physiotherapie aufzukommen hat, solange noch solche mit dem Unfall natürlich und adäquat kausal zusammenhängende Beschwerden fortbestehen und sofern der psychische Gesundheitszustand und die Entwicklung der Schwindelbeschwerden eine solche Behandlung wieder zulassen.

6.4.1

Den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin seit der Entlassung aus dem Stadtpital B. nach der notfallmässigen Hospitalisation vom 3. Juli 2002 unter Kopf- und Nackenschmerzen (Urk. M3) sowie in der Folge auch unter Schwindel und Konzentrationsstörungen litt (Urk. M5, Urk. M6, Urk. M10, Urk. I24 S. 3 ff.). Diese Symptome bestanden auch noch zwei Jahre nach dem Unfall, wie sich aus dem Bericht der Dr. C. vom 16. August 2004 ergibt (Urk. M22), wobei weder eine HNO-ärztliche Untersuchung noch ein kardiologisches Konsilium eine Erklärung für den Schwindel liefern konnten (vgl. Urk. M7, Urk. I15). Die Beschwerdeführerin gab ihrer Psychotherapeutin Dr. E. gegenüber auch weitere Beschwerden wie enorme Müdigkeit und Erschöpfbarkeit, Ängstlichkeit, eine gedrückte Stimmungslage, Lärmempfindlichkeit sowie innere Unruhe an (vgl. Urk. M14), welche zusammen mit den obgenannten Symptomen an das für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typische Beschwerdebild erinnern (vgl. BGE 119 V 337 Erw. 1; 117 V 360 Erw. 4b). Angesichts des Unfallablaufs, des geschilderten Symptomenkomplexes sowie des Fehlens nachweisbarer organischer Funktionsausfälle zur Erklärung dieser Beschwerden drängt sich die Frage auf, ob dieses vielfältige Beschwerdebild weitgehend als direkte Folge (im Sinne der natürlichen Kausalität) der am 3. Juli 2002 im Zuge des Treppensturzes erlittenen Commotio cerebri, welche den leichten Schädelhirntraumen zugeordnet wird, anzusehen ist. Dabei geht es um die genaue diagnostische Zuordnung der geschilderten Symptome. Bei der gegenwärtigen Aktenlage ist eine zufriedenstellende Antwort nicht möglich. Es wird von den berichtenden Ärzten zu wenig deutlich dazu Stellung genommen, ob der geschilderte Symptomenkomplex als Einheit betrachtet und von den übrigen psychischen und somatischen Beschwerden hinreichend abgegrenzt werden kann, und ob er bejahendenfalls klar mit einem durchgemachten Schädelhirntrauma erklärt werden

kann, oder ob die einzelnen Symptome verschiedenen psychischen oder somatischen Diagnosen zuzuordnen sind. Trotz entsprechender Indizien wird nicht klar, ob hier Folgen eines Schädelhirntraumas vorliegen. Diese Frage ist deshalb von Bedeutung, weil für Schädelhirntraumata bei der Adäquanzprüfung die auch für Schleudertraumata der Halswirbelsäule geltenden Regeln anwendbar sind (vgl. vorstehend Erw. 3.6).

6.4.2 Ergeben die von der Allianz in die Wege zu leitenden fachärztlichen Untersuchungen, dass ein wesentlicher Teil der Beschwerden schlüssig auf die erlittene Commotio cerebralis zurückgeführt werden kann, wird sie die adäquate Kausalität der diesbezüglich nach dem 17. Oktober 2002 fortbestehenden Gebrechen nach der für Schädelhirntraumata geltenden Rechtsprechung zu prüfen haben (vgl. vorstehend Erw. 3.7). Dabei wird die Allianz zu beachten haben, dass bei unter diese Rechtsprechung fallenden Beschwerden die besondere, mit der natürlichen Kausalität nicht mehr deckungsgleiche Adäquanzbeurteilung erst in Betracht fällt, wenn die Beeinträchtigungen nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehen (vgl. BGE 117 V 265 Erw. 5d/bb). In Präzisierung der Wendung der "gewissen Zeit nach dem Unfall" hat das Eidgenössische Versicherungsgericht in neueren Entscheiden festgehalten, dass die Adäquanz erst nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses zu prüfen sei (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen K. vom 11. Februar 2004, U 246/03, Erw. 2.4 mit Hinweisen).

Dieser für die Adäquanzprüfung massgebende Zeitpunkt, bei dem der normale, unfallbedingt erforderliche Heilungsprozess abgeschlossen ist, darf dabei nicht gleichgesetzt werden mit dem Zeitpunkt, zu dem im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann. Während nämlich beim Zeitpunkt des Behandlungsabschlusses im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG massgebend ist, ob effektiv der medizinische Endzustand erreicht ist, der durch weitere Behandlungen nicht mehr namhaft verändert werden kann, wird beim Zeitpunkt des Abschlusses des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses im Sinne der Rechtsprechung zur Adäquanzprüfung danach gefragt, wann dieser Abschluss unter Berücksichtigung des konkreten medizinischen Befundes erwartungsgemäss hätte erfolgt sein müssen (vgl. hierzu auch die Bemerkungen zum Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 11. Februar 2004 von Schatzmann/Wernli in:

Adäquanzprüfung: Wann ist der richtige Zeitpunkt?, HAVE/REAS 2/2004 S. 121 f.).

Von diesem Zeitpunkt an kann ungeachtet dessen, ob der Behandlungsabschluss tatsächlich bereits erfolgt und der Endzustand erreicht ist, von der natürlichen Unfallkausalität nicht mehr ohne weiteres auf die Unfalladäquanz geschlossen werden (vgl. Urteil des hiesigen Gerichts in Sachen G. vom 23. September 2005, Erw. 2.3.3, UV.2004.00211). Die Allianz wird daher bei den beauftragten Fachärzten gegebenenfalls auch in Erfahrung zu bringen haben, ab wann der normale, durch die Commotio cerebri erforderlich gewordene Heilungsprozess erwartungsgemäss als abgeschlossen zu betrachten ist beziehungsweise hätte abgeschlossen sein müssen und sie zur Prüfung der Adäquanz der verbleibenden Beschwerden im Sinne der genannten Rechtsprechung schreiten kann. Dabei erscheint der Hinweis angebracht, dass die Leistungseinstellung bereits drei Monate nach dem Unfall angesichts der in solchen Fällen üblichen Behandlungsdauer als eher zu knapp bemessen erscheint. Schliesslich werden die

beauftragten Fachärzte auch zur durch die rein somatischen Beschwerden (vgl. vorstehend Erw. 6.3) sowie gegebenenfalls die mit der Comotio cerebri zusammenhängenden Symptome bewirkten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im zeitlichen Verlauf Stellung zu nehmen haben, so dass der Anspruch auf Taggelderleistungen und allfällige weitere Leistungen der Unfallversicherung nach dem 17. Oktober 2002 geprüft werden kann. Nach all diesen Abklärungen wird die Allianz neu über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Unfallversicherung für die Zeit nach dem 17. Oktober 2002 zu befinden haben. Die Sache ist daher an die Allianz zurückzuweisen. In diesem Sinne sind die Beschwerden der Versicherten sowie der Sanitas gutzuheissen und der angefochtene Einspracheentscheid ist aufzuheben.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

7. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin 1 verlangt eine Parteientschädigung (Urk. 1 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) und Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. In Berücksichtigung dieser Kriterien erscheint eine Prozessentschädigung von Fr. 1'550.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerden werden in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 23. März 2005 aufgehoben und die Sache an die Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen verfähre und über den Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung nach dem 17. Oktober 2002 neu verfähre.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Versicherten für das vorliegende Verfahren eine Prozessentschädigung von Fr. 1'550.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Peter Jäger
- SANITAS Grundversicherungen AG
- Fürsprecher und Notar Franz Müller
- Bundesamt für Gesundheit

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren BegrÄ¼ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in HÄ¼nden hat (Art. 42 BGG).

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