

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00396 vom 16. Juni 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-06-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00396

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00396 du 16 juin 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00396 del 16 giugno 2009

Erwägungen

E. 1.1

1.1.1.1. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

1.1.2. Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitaleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

1.2. 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).

E. 1.3

1.3.1 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).

1.3.2 Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 112 Erw. 2.1).

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 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 134 V 116 Erw. 6.1, 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

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 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;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 116 Erw. 6.1, 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 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. 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).

1.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

E. 2

2.1 Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, die Ärzte der Rehabilitationsklinik Z. ___ seien zum Schluss gelangt, dass die persistierenden Nackenbeschwerden sowie die Schmerzsymptomatik am linken Knie und im Bereich der rechten Schulter mit den objektivierbaren Befunden nicht erklärbar seien. Der Kreisarzt sei zu demselben Ergebnis gelangt. Ergänzend habe er dargelegt, dass kein erheblicher Integritätsschaden gegeben sei. Diese Beurteilungen seien schlüssig und nachvollziehbar. Der Hausarzt begründe seine abweichende Einschätzung nicht und vermöge deshalb die spezialärztliche Beurteilung der Rehabilitationsklinik Z. ___ nicht zu entkräften. In somatischer Hinsicht sei die Einstellung der Versicherungsleistungen somit nicht zu beanstanden. Hinsichtlich psychischer Beschwerden sei die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zu verneinen, weshalb auch dafür keine Leistungen erbracht werden könnten (Urk. 2 S. 3 f.). Mit der Beschwerdeantwort bringt die SUVA sodann vor, die Einstellung der Leistungen per 31. März 2007 sei nicht verfrüht erfolgt, da in jenem Zeitpunkt von weiteren Behandlungen keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr habe erwartet werden können. Die Argumentation der Beschwerdeführerin, sie leide nach wie vor an organischen Beschwerden, sei unzutreffend. Da die Beschwerden teilweise klinisch fassbar seien, würden sie als organisch imponieren; nichtsdestotrotz fehle es aber an einem organischen Substrat im Sinne einer strukturellen Veränderung. Solche Befunde könnten erfahrungsgemäss auch psychisch ausgelöst werden (Urk. 8 S. 3 f.).

2.2 Die Beschwerdeführerin bringt demgegenüber vor, sie habe sich anlässlich des versicherten Unfallereignisses eine Verletzung der rechten Schulter, ein HWS-Distorsionstrauma sowie einen Meniskusriss am Knie zugezogen. Trotz erfolgter Meniskusoperation leide sie nach wie vor unter erheblichen Knieschmerzen. Entsprechend seien die Kosten der noch notwendigen Heilbehandlungen für die Kniebeschwerden weiterhin zu übernehmen und es seien auch die bisherigen Taggeldleistungen weiter auszubezahlen. Entgegen der Auffassung der SUVA treffe es nicht zu, dass keine organischen Beschwerden mehr bestehen würden. Aus den Ärztlichen Berichten gehe vielmehr hervor, dass die Versicherte an unfallbedingten therapieresistenten Schmerzen im Bereich des Nackens und des rechten Armes leide. Damit sei klar, dass sie bei Arbeiten mit ihrer dominanten Hand bleibend eingeschränkt sei und insbesondere keine Überkopfarbeiten mehr verrichten könne. Für die daraus resultierende Einschränkung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 21 % respektive 19,3 % bestehe ein Anspruch auf eine Invalidenrente; ausserdem sei ein Integritätsschaden von mindestens 10 % ausgewiesen (Urk. 1 und 13).

E. 3

3.1.1 Streitig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 31. März 2007 einstellte und weitere Leistungen verweigerte, weil zu diesem Zeitpunkt der natürliche bzw. adäquate Kausalzusammenhang zwischen den noch geklagten Beschwerden und dem versicherten Unfallereignis nicht mehr gegeben war.

E. 3.2

3.2.1 Die Beschwerdeführerin suchte am Tag nach dem Unfall das Spital A. auf, wo sie ambulant behandelt wurde. Gestützt auf klinische und bildgebende Untersuchungen diagnostizierte der diensthabende Arzt, Dr. B., eine Schulterkontusion rechts und verordnete eine Schmerzmedikation (Urk. 9/2).

3.2.2 Nach der Rückkehr in die Schweiz suchte die Beschwerdeführerin am 23. Mai 2005 ihren Hausarzt, Dr. med. C., Facharzt FMH Innere Medizin, auf. Aufgrund der erhobenen Befunde diagnostizierte dieser neben einer Schulterkontusion rechts auch eine paravertebrale Verspannung im Bereich des Musculus Trapezius rechts. Zur Behandlung verordnete er Physiotherapie und eine Schmerzmedikation. Weiter attestierte er eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis 12. Juni 2005 und ab 13. Juni 2005 eine solche von 50 %. Schliesslich hielt er unter den bekannten Vorbefunden eine im April 2004 erhobene Nackenverspannung fest (Bericht vom 9. Juni 2005, Urk. 9/3).

Am 14. Juli 2005 berichtete Dr. C. über ziehende Schmerzen bei längerem Sitzen in der Schulter und im paravertebralen Bereich rechts. Bei Arbeiten über Schulterhöhe sei eine deutliche Schmerzzunahme festzustellen. Zudem würden aktuell auch Knieschmerzen links bei Flexion unter Körperbelastung bestehen. Eine Röntgenuntersuchung des Knies habe keine Pathologien des Skeletts gezeigt. Dr. C. attestierte der Beschwerdeführerin weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und hielt dafür, dass ihr eine geeignete, wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben von Gewichten über 5 kg über Schulterhöhe zugewiesen werden sollte (Urk. 9/5).

3.2.3 Dr. med. D., Facharzt FMH Rheumatologie und Physikalische Medizin sowie Interventionelle Schmerztherapie, dokumentierte in seinem Bericht vom 19. August 2005 verschiedene Bewegungseinschränkungen und Druckdolenz der Wirbelsäule und des Schultergelenks. Er hielt fest, dass keine neurologischen Ausfälle, keine Epikondylopathie und keine Carpal-tunnelsymptomatik gefunden werden konnten. Er führte weiter aus, dass am linken Kniegelenk keine Bewegungseinschränkung bestehe, jedoch ein deutlicher Endphasenschmerz bei maximaler Extension und vor allem am lateralen Dreieck eine deutliche Schwellung und Induration mit Druckdolenz auftrete. Weder sei ein Erguss, noch ein Patellaverschiebeschmerz noch eine Instabilität festzustellen. Zu den Röntgenbefunden führte Dr. D. aus, in der Seitenaufnahme der Halswirbelsäule würden bei C4 bis C6 degenerative Veränderungen mit Spondylophyten ventral bestehen; ausserdem sei ein leichtes Ventralgleiten von C4 festzustellen. Bei C6 bis C7 scheine eine Intervertebralgelenksarthrose vorzuliegen. In der Schultergürtelaufnahme rechts beständen am Humeruskopf und am AC-Gelenk keine pathologischen Befunde. Zur Beurteilung führte Dr. D. aus, bezüglich HWS bestehe sicher ein Status nach Distorsion; es würden aber auch bereits leichte degenerative Veränderungen und eine mögliche Instabilität von C4 vorliegen. Sodann liege eine PHS tendopathica vor, wobei vor allem ein Supraspinatussyndrom im Vordergrund stehe. Das linke Kniegelenk zeige eine deutliche Schwellung und Induration sowie eine Druckdolenz im lateralen freien Dreieck; obwohl dies für ihn unklar sei,

stärken die Befunde im Zusammenhang mit einer Gelenkscapselschwellung (Urk. 9/6).

3.2.4.4 Am 20. September 2005 fand Dr. med. E. ___ bei einer MRI-Untersuchung des linken Knies einen Einriss des Vorderhorns des Aussenmeniscus mit begleitendem Meniscusganglion (Urk. 9/10).

3.2.5.4 Aus dem MRI-Befund von Prof. Dr. med. F. ___ vom 7. Oktober 2005 geht hervor, dass kein Anhalt für eine persistierende Knochenkontusion und kein Nachweis einer Verletzung der Recessus lateralis oder Foramina intervertebralia gefunden werden konnte. Es wurden lediglich leichte degenerative Veränderungen mit beginnenden Retrospondylophytenbildungen der Grundplatten C4, C5 und C6 sowie die Bildung einer leichten Protrusio C5/C6 ohne obliterativen Charakter festgestellt. Eine Verletzung der Recessus lateralis oder Foramina intervertebralia sei nicht nachgewiesen. Bezüglich der Schulter rechts konnte radiologisch eine Reizung der Bursa subacromialis mit diskreter Flüssigkeitsvermehrung vermutlich im Sinne einer reaktiven Bursitis subacromialis gezeigt werden. Weiter zeigte sich ein Enhancement des dorsalen Drittels der Supraspinatussehnen im Sinne eines schweren Zerrungstraumas, allerdings ohne durchgehende Ruptur. Die übrige Rotatorenmanschette schien intakt. Eine Labrum- oder SLAP-Läsion konnte nicht nachgewiesen werden; auch konnten keine postkontusionellen Veränderungen oder indirekte Hinweise für eine stattgefundene Luxation gefunden werden (Urk. 9/17).

3.2.6.4 Am 15. November 2005 fand eine Kniearthroskopie sowie ein laterales Meniskusdebridement mit Resektion des Vorderhorns links statt (Urk. 9/27). Nach dem operativen Eingriff nahm die Beschwerdeführerin die Arbeit am 5. Januar 2006 wieder mit einem Pensum von 50 % auf (Urk. 9/30 und 9/32). Da die Schmerzen persistierten, attestierte der Hausarzt Dr. C. ___ der Beschwerdeführerin ab dem 22. Februar 2006 eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % (Urk. 9/33).

3.2.7.4 Am 15. März 2006 berichtete der Operateur, Dr. med. G. ___, Facharzt FMH Orthopädie/Traumatologie des Bewegungsapparates, die Beschwerdeführerin habe sich nochmals in seiner Sprechstunde gemeldet. Sie berichte nun über beidseitige Knieschmerzen, links mehr als rechts. Auch die rechte Hüfte sei stärker schmerzhaft geworden. Die von der Patientin mitgebrachte Bildgebung der Hüfte von 2002 zeige eine Hüftdysplasie rechts mehr als links. Rechts werde bereits eine subchondrale Zystenbildung und Sklerose im Pfannendach gezeigt. Dr. G. ___ führte weiter aus, dass die Patientin unter multifokalen Beschwerden seitens des Bewegungsapparates leide. Neben den eher diffusen Rückenbeschwerden seien auch die Kniegelenke nach wie vor symptomatisch. Es falle ihm schwer, den Schmerzfokus in den Knien eindeutig zu identifizieren; er habe eher den Eindruck eines vorderen Knieschmerzes als einer eigentlichen Binnenstrukturverletzung. Klar erscheine eine Hüftdysplasie rechts mit nun mehr und mehr symptomatisch werdender Coxarthrose (Urk. 9/43).

3.2.8.4 Auf Zuweisung des Kreisarztes, Dr. med. H. ___, hielt sich die Beschwerdeführerin vom 31. Mai bis 13. Juli 2006 in der Rehabilitationsklinik Z. ___ auf. Im Austrittsbericht vom 18. August 2006 wurde ausgeführt, dass die Versicherte 13 Monate nach dem Unfall mit Schulterprellung rechts eine diffuse Schmerzsymptomatik zeige. Die Schulterbeweglichkeit sei soweit gut, die Mitbewegung der Skapula werde von der Patientin aktiv verhindert. Die persistierenden Nackenbeschwerden könnten bei der klinischen Untersuchung mit guter HWS-Funktion bei Druckdolenz der Dornfortsätze

und im Nackenbereich rechts aufgrund der radiologischen Befunde nicht erklärt werden. Die Schmerzsymptomatik am linken Knie könne bei guter Beweglichkeit ohne Flexions- oder Extensionsdefizit konventionell radiologisch und mittels MRI ebenfalls nicht erklärt werden. Global bestehe bei der Beschwerdeführerin im Bereich der rechten Schulter und am linken Knie eine Schmerzproblematik, die mit den objektivierbaren Befunden nicht erklärt werden könne. Durch die fehlende Motivation und die leichte Anpassungsstörung mit Somatisierungstendenz bedingt beruhe die Einschätzung für die Zumutbarkeit einer beruflichen Tätigkeit vorwiegend auf medizinisch-theoretischen Überlegungen, ergänzt durch Beobachtungen im Behandlungsprogramm. Die Ärzte der Rehabilitationsklinik Z. ___ hielten schliesslich eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ganztags für zumutbar; da physiotherapeutisch während des Rehabilitationsaufenthalts keine wesentliche Besserung zu erzielen war, rieten sie von weiteren physiotherapeutischen Massnahmen ab (Urk. 9/55).

E. 3.3

3.3.1.1. Aus den vorstehend zitierten Arztberichten, insbesondere aus der Beurteilung der Rehabilitationsklinik Z. ___ ergibt sich, dass den noch geklagten Nacken-, Schulter- und Kniebeschwerden kein hinreichendes organisches Substrat mehr zugrundeliegt. Da Bewegungseinschränkungen und Muskulaturveränderungen kein klar fassbares organisches Korrelat eines Beschwerdebildes zu begründen vermögen (vgl. etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 3. August 2005 in Sachen SUVA c. M., U 9/05, Erw. 4), was bei den nicht der Schleudertraumapraxis zu Grunde liegenden Verletzungen von Belang ist, steht dem auch die abweichende Einschätzung der behandelnden Ärzte nicht entgegen, wie dies mit der Beschwerde geltend gemacht wird (vgl. Urk. 3 und 9/64+65).

3.3.2.1. Der erstversorgende Arzt im Spital A. ___, Dr. B. ___, diagnostizierte aufgrund seiner klinischen und bildgebenden Untersuchungen lediglich eine Schulterkontusion (Urk. 9/2); auch der Hausarzt beschrieb in seinem ersten Bericht vom 9. Juni 2005 neben einer Schulterkontusion rechts bloss eine paravertebrale Verspannung im Bereich des rechten Trapeziusmuskels (Urk. 9/3). Ein für eine erlittene HWS-Distorsion typisches buntes Beschwerdebild dagegen wird in den ersten ärztlichen Berichten nirgends beschrieben; es ist daher trotz der später gestellten Diagnose von Dr. D. ___ nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erwiesen, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des versicherten Unfallereignisses ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule erlitten hat. Entsprechend ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs nicht nach der in BGE 117 V 359 begründeten und in BGE 134 V 109 präzisierten Schleudertrauma-Praxis, sondern nach den in BGE 115 V 133 genannten Kriterien (Psycho-Praxis) zu beurteilen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Fraglich ist sodann, ob der im September 2005 mittels MRI-Untersuchung dokumentierte Einriss des Vorderhorns des Aussenmeniskus auf den Unfall zurückzuführen ist. Der Hausarzt der Beschwerdeführerin berichtete erstmals am 14. Juli 2005, mithin erst rund zwei Monate nach dem Unfallereignis, von Knieschmerzen links bei Flexion (Urk. 9/5). Gegenüber dem orthopädischen Spezialisten Dr. D. ___ erzählte die Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung vom 19. August 2005, sie sei nach dem Aussteigen aus dem Unfallfahrzeug an der Bleschung gestürzt und habe sich dabei eine Distorsion des linken Kniegelenks zugezogen (Urk. 9/15 S. 1). Im Bericht über die Kreisärztliche Untersuchung vom 21. September 2005 wurde schliesslich erwähnt, die Beschwerdeführerin habe angegeben,

sie habe sich beim Unfall am Knie eine Schnittwunde zugezogen (Urk. 9/12 S. 1). Heute lässt die Beschwerdeführerin vorbringen, die Schädigung des Meniskus rühre nicht von einer Verdrehung des Knies her, sondern sie habe sich beim Aufprall des Fahrzeugs in die Betonmauer eine Kontusion des linken Knies zugezogen (Urk. 13 S. 2). Im Bericht des erstversorgenden Spitals A. sind allerdings weder Hinweise auf eine Schnittwunde, noch auf eine Distorsion oder eine Kontusion des linken Knies zu finden (Urk. 9/2). Auch im Bericht des Hausarztes über die erste Konsultation nach der Rückkehr in die Schweiz vom 23. Mai 2005 wird keine Verletzung des Knies erwähnt (Urk. 9/3). Damit kann der natürliche Kausalzusammenhang zwischen der mit der MRI-Untersuchung des linken Kniegelenks vom 20. September 2005 gefundenen Meniskusläsion und dem versicherten Unfallereignis vom 5. Mai 2005 nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit erstellt werden (vgl. auch die medizinische Beurteilung des für die Abteilung Versicherungsmedizin der SUVA tätigen Dr. med. I., Facharzt FMH für Chirurgie, vom 15. November 2007, Urk. 10). Selbst wenn der natürliche Kausalzusammenhang mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden könnte, würde allerdings feststehen, dass den ein halbes Jahr nach dem operativen Eingriff vom 15. November 2005 noch geklagten Kniebeschwerden kein klar fassbares organisches Substrat mehr zugrundelag (vgl. vorne Erw. 3.2.8); damit wäre die Adäquanz des Kausalzusammenhangs gleich wie bei der Schulter- und HWS-Problematik nach den in BGE 115 V 133 genannten Kriterien zu beurteilen.

3.3.3.3. Im angefochtenen Einspracheentscheid wurde dafür gehalten, dass es sich beim Verkehrsunfall vom 5. Mai 2005 um ein mittelschweres Ereignis an der Grenze zu den leichten Unfällen handle. Bei der Bestimmung des Schweregrades eines Unfallereignisses ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen: Die Lenkerin des Unfallfahrzeuges musste auf einer 4,5 Meter breiten Strasse einem entgegenkommenden Personenwagen ausweichen, geriet in der Folge von der Strasse ab und schlitterte mit ihrem Personenwagen der Marke "Hyundai" seitlich in eine Mauer. Die Versicherte, welche als Beifahrerin unterwegs war, konnte das Fahrzeug selbständig verlassen; im Spital A. fand anderntags bloss eine ambulante Behandlung wegen der erlittenen Schulterkontusion statt (Urk. 9/2). Angesichts des Sachschadens und der erlittenen Schulterkontusion kann zwar nicht von einem banalen Unfall gesprochen werden, vor dem Hintergrund der neueren bundesgerichtlichen Rechtsprechung rechtfertigt es sich jedoch nicht, von einem mittelschweren Unfall des mittleren Bereichs auszugehen; so wurde beispielsweise bei folgenden - zum Teil eher schwerer wiegenden - Konstellationen ein mittelschwerer Unfall an der Grenze zu den leichten angenommen:

Die Versicherte K. wurde von einer umstürzenden Leiter an der rechten Körperseite getroffen und erlitt eine beidseitige Handgelenkskontusion, eine Thoraxkompression rechts, Kontusionen der rechten Schulter und des rechten Oberschenkels sowie eine Distorsion des rechten oberen Sprunggelenks (Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichts vom 4. August 2008, 8C_697/2007, Sachverhalt und Erw. 2 und 3);

Der Versicherte G. stürzte von einem ungefähr 1,5 m hohen Podest und zog sich Kontusionen am Schädel (mit Oberlidhämatomen beidseits und Rissquetschwunde an der Stirn links), am Thorax (mit minimalem Pneumothorax links) und an der linken Schulter zu (Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichts vom 17. August 2007, U 27/07, Sachverhalt und Erw. 4);

Der Versicherte K. hielt mit seinem mit einer Anhängerkupplung versehenen Geländefahrzeug des Typs "Toyota Landcruiser" vor einem Fußgängerstreifen an, worauf der nachfolgende Personenwagen mit seinem Heck kollidierte (delta-v 10-15 km/h), wobei er ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule erlitt (Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichts vom 9. Oktober 2008, 8C_655/2008, Erw. 3; ebenso Urteil vom 28. Juli 2008, 8C_141/2007, Erw. 5.4.2, Urteil vom 3. Juli 2007, U 419/06, Erw. 4.3 und Urteil vom 26. Januar 2007, U 408/05, Erw. 9 [Auffahrunfall auf Autobahn mit einem delta-v von 12-17 km/h]);

Der Versicherte S. prallte mit der rechten Frontecke des von ihm gelenkten Personenfahrzeug des Typs "Mercedes-Benz 190 E" in den hinteren rechten Seitenbereich eines entgegenkommenden, über die vom Versicherten benutzte Fahrspur hinweg abbiegenden Personenwagens des Typs "Renault Espace", wobei die von ihm aufgesuchte Ärztin ein HWS-Distorsionstrauma diagnostizierte (Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2007, U 17/07, Sachverhalt und Erw. 3.4).

Nach den Schilderungen der Beschwerdeführerin ereignete sich der Unfall an einem 5. Mai um 17.30 Uhr bei regnerischer Witterung, mithin bei normalen Tageslichtverhältnissen (Urk. 9/4). Dramatische Umstände oder eine besondere Eindringlichkeit des Unfallereignisses können nicht ausgemacht werden; es handelte sich vielmehr um einen Unfall, wie er sich bisweilen auf relativ schmalen Landstrassen ereignen kann. Die von der Beschwerdeführerin erlittenen Verletzungen waren auch nicht schwer oder von besonderer Art; eine ambulante ärztliche Behandlung fand ausserdem erst am Tag nach dem Unfallereignis statt (Urk. 9/2). Von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung kann sodann nicht gesprochen werden; die Rehabilitationsklinik Z.____ hielt denn auch rund 13 Monate nach dem Unfall dafür, dass keine behandlungsbedingten physischen Unfallfolgen mehr vorliegen würden (Urk. 9/55 S. 2 f.). Nicht ersichtlich ist sodann eine ärztliche Fehlbehandlung. Da der Beschwerdeführerin nach Auffassung des Kreisarztes ab 3. Mai 2006 die angestammte Tätigkeit zu 50 % wieder zumutbar war (Urk. 9/45 S. 5) und die Rehabilitationsklinik Z.____ dafür hielt, dass der Patientin ab Austritt Mitte Juli 2006 eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ganztags zumutbar sei (Urk. 9/55 S. 1), ist das Kriterium der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht in der erforderlichen Ausprägung gegeben. Ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sind bei der dargestellten medizinischen Aktenlage zu verneinen. Ob das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen zu bejahen wäre, kann offengelassen werden, da dieses jedenfalls nicht in ausgeprägter Weise erfüllt ist. Damit ist aber die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zu verneinen.

3.3.4 Nach dem Gesagten ist die Beschwerdegegnerin mangels adäquatem Kausalzusammenhang nicht über den 31. März 2007 hinaus leistungspflichtig. Entsprechend ist die Beschwerde abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Petra Oehmke
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- Bundesamt für Gesundheit
- '___'

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit 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 Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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