

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00464 vom 10. Juni 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-06-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00464

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00464 du 10 juin 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00464 del 10 giugno 2009

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1968, arbeitet seit 7. März 2005 als ?rztebesucherin bei der Y.____ AG (Urk. 7/Z1 Ziff. 1 und 3) und ist dadurch bei der ?Z?rich? Versicherungs-Gesellschaft (nachfolgend: Z?rich) obligatorisch gegen die Folgen von Unf?llen versichert. Am 10. Juni 2006 wurde die Versicherte in ihrer Wohnung Opfer eines Raub?berfalles (Urk. 7/A1 S. 2). Gem?ss Verf?gung der Stadtpolizei Z.____ vom 12. Juni 2006 l?utete der der Versicherten bekannte T?ter um zirka 6.30 Uhr zun?chst an der Wohnungst?r und begab sich danach in den Garten. Dort dr?ckte er die Sitzplatzt?re ein und gelangte so in die Woh?nung, wo er im Wohnzimmer auf die Versicherte traf. Daraufhin kam es zu einem Gerangel, bei welchem der T?ter die Versicherte auf das Sofa dr?ckte, ihr den linken Arm auf dem R?cken fixierte und sie auf das Ges?ss sowie den Oberschenkel schlug. Dabei dr?ckte er sie so stark auf das Sofa, dass sie M?he mit dem Atmen hatte. Anschliessend entwendete der T?ter ein Mobiltelefon sowie eine Filmkamera und fl?chtete in unbekannte Richtung (Urk. 7/A1 S. 3). Gem?ss Unfallmeldung vom 13. Juni 2006 erlitt die Versicherte bei diesem Raub?berfall Verletzungen an H?ftgelenk, Schulter und Oberarm (Urk. 7/Z1 Ziff. 9), wobei der Hausarzt Dr. C.____, welchen die Versicherte gleichentags aufsuchte, eine posttraumatische Diskushernie L4/5 rechts diagnostizierte (Urk. 7/ZM1 Ziff. 1 und 2). In der Folge wurden bei der Versicherten am 30. Juni und 4. Juli 2006 eine Mikrodiskektomie sowie eine Remikrodiskektomie vorgenommen (Urk. 7/ZM5 und ZM6).

Mit Verf?gung vom 15. Februar 2007 stellte die Z?rich ihre Leistungen per 28. Juni 2006 ein (Urk. 7/Z38), wogegen die Versicherte am 15. M?rz 2007 Einsprache erhob (Urk. 7/Z53). Mit Einspracheentscheid vom 17. September 2007 hiess die Z?rich die erhobene Einsprache dahingehend teilweise gut, als die Leistungen per 31. M?rz 2007 eingestellt wurden (Urk. 7/Z73 = Urk. 2).

E. 1.1

Gem?ss Art. 6 des Bundesgesetzes ?ber die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunf?llen, Nichtberufsunf?llen und Berufskrankheiten gew?hrt (Abs. 1). Der Bundesrat kann K?rpersch?digungen, die den Folgen eines Unfalles ?hnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versi?cherung ihre Leistungen bei Sch?digungen, die den Verunfallten bei der Heilbe?handlung zugef?gt werden (Abs. 3).

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gem?ss UVG setzt zun?chst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidit?t, Tod) ein nat?rlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des nat?rlichen

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 entfiel (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

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein 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).

E. 1.4

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).

E. 1.5

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

Gegen den Einspracheentscheid vom 17. September 2007 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 19. Oktober 2007 Beschwerde und beantragte, die Zürih sei auch für die Zeit ab 1. April 2007 zur Leistungserbringung zu verpflichten (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 3. Januar 2008 schloss die Zürih auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), worauf am 21. Januar 2008 der Schriftenwechsel geschlossen wurde (Urk. 8). Am 29. April 2008 2009 reichte die Versicherte weitere Arztberichte ein (Urk. 9 = Urk. 11, Urk. 10/1-2 = Urk. 12/1-2), welche der Zürih am 30. April 2009 zugestellt wurden (Urk. 13).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich für die Leistungseinstellung per 31. März 2007 insbesondere auf das Gutachten von Dr. G.____ sowie den Bericht von Dr. F.____ und ging davon aus, dass ab April 2007 keine organmedizinisch begründbare Arbeitsunfähigkeit im Beruf als Aussendienstmitarbeiterin mehr bestanden habe (Urk. 2 S. 2 Ziff. II.3). Zudem müsse ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen der nach wie vor aus psychischen Gründen bestehenden Arbeitsunfähigkeit und dem Unfall verneint werden (Urk. 2 S. 3 f. Ziff. 4 und 5).

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, auch nach dem 1. April 2007 sei sie vor allem aus organmedizinischen Gründen zu 30 % arbeitsunfähig gewesen. Gestützt auf Berichte von Dr. C.____ und Dr. B.____ sei die organmedizinische, unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit über den 1. April 2007 hinaus ausgewiesen (Urk. 1 S. 5 Ziff. 2). Dass ihre psychischen Leiden einzig auf den Unfall zurückzuführen seien, werde durch Dr. C.____ sowie med. pract. G.____ ausdrücklich bestätigt (Urk. 1 S. 5 Ziff. 3.1). Demgegenüber sei die Beurteilung durch Dr. G.____ erheblich in Zweifel zu ziehen (Urk. 1 S. 5 Ziff. 2). Nachdem es sich beim Raubüberfall in ihrer eigenen Wohnung um ein besonders dramatisches und eindrückliches Ereignis gehandelt habe, sei die Adäquanz des Kausalzusammenhanges zwischen den psychischen Beschwerden und dem Überfall zu bejahen (Urk. 1 S. 7 Ziff. 3.3).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist demnach, ob die Leistungseinstellung per 31. März 2007 zu Recht erfolgte. Dabei stellen sich insbesondere die Fragen, ob einerseits nach wie vor unfallbedingte organmedizinische Leiden bestehen, und andererseits, ob ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den bestehenden psychischen Leiden sowie dem Überfall bestehen.

E. 3.1

Am 20. Juni 2006 wurde in der Privatklinik A.____ eine MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) durchgeführt. Dabei wurde eine grosse, rechts mediolaterale Diskushernie auf Höhe LWK4/5 mit hochgradiger Einengung des Spinalkanals und Einengung des Recessus lateralis von LWK5, rechtsbetont, festgestellt, wobei eine Nervenwurzelreizung von L5 rechts als wahrscheinlich eingestuft wurde. Zudem besteht eine kleine mediane Diskushernie auf Höhe LWK 3/4 sowie eine mittelgradige Spondylarthrose der unteren LWS (Urk. 7/ZM2).

E. 3.2

Dr. med. B.____, Fachärztin für Neurochirurgie, nannte in ihrem Bericht vom 30. Juni 2006 folgende Diagnosen (Urk. 7/ZM3 S. 1):

posttraumatische Diskushernie L4/5 median paramedian rechts mit beginnendem Caudäquinal-Syndrom und Reithosenanästhesie

keine Hinweise auf eine Instabilität gemäss MRI vom 20. Juni 2006 und Röntgen der LWS mit Funktionsaufnahmen vom 29. Juni 2006

Aktuell sei die Beschwerdeführerin vollständig arbeitsunfähig (Urk. 7/ZM3 S. 1; vgl. auch Urk. 7/ZM4). Der Befund der MRI-Untersuchung sowie die klinischen Symptome würden die Indikation zur Mikrodiskektomie L4/5 rechts mit mikrochirurgischer Technik geben. Wegen der traumatischen Ätiologie sei eine postoperative Instabilität nicht ausgeschlossen, welche zu einer Zweitoperation mittels interkorporeller Spondylodese L4/5 führen würde (Urk. 7/ZM3 S. 2).

E. 3.3

Nach der Operation am 30. Juni 2006 diagnostizierte Dr. B.____ im Operationsbericht vom 3. Juli 2006 eine weit nach oben luxierte Diskushernie posttraumatisch L4/5 median paramedian rechts mit Wurzelkompression L5 rechts und L4 rechts in der Axilla und Caudäquinalkompression. Die Beschwerdeführerin sei am 10. Juni 2006 Opfer eines Gewaltverbrechens geworden, wobei durch die brachiale Gewalt des Täters eine starke Flexion/Extension der Wirbelsäule ausgelöst worden sei. In der Folge habe sie ein Wirbelsäulentrauma mit Progredienz einer Lumboischialgie erlitten. Aufgrund der progressiven Reithosenanästhesie und der Caudäquinalkompression habe die Indikation für eine notfallmässige Mikrodiskektomie L4/5 rechts bestanden (Urk. 7/ZM5 S. 1).

Nachdem am 3. Juli 2006 ein Rezidiv der Diskushernie median L4/5 festgestellt worden war, wurde am 4. Juli 2006 eine Remikrodiskektomie vorgenommen (Urk. 7/ZM6 S. 1). Im Bericht vom 7. Juli 2006 hielt Dr. B.____ fest, es zeigten sich keine motorischen Ausfälle, die Reithosenanästhesie sei wieder regredient und die Beschwerdeführerin könne spontan und ohne Katheter Wasserlassen (Urk. 7/ZM6 S. 3).

E. 3.4

Der Hausarzt Dr. med. C.____, Allgemeine Medizin FMH, welcher die Beschwerdeführerin am 10. Juni 2006 wegen akuter Schmerzen der Lendenwirbelsäule behandelt hatte (Urk. 7/ZM1 Ziff. 1 und 3.a) diagnostizierte in seinem Bericht vom 19. Juli 2006 eine posttraumatische Diskushernie L4/5 rechts (Urk. 7/ZM1 Ziff. 2) und hielt eine volle Arbeitsunfähigkeit bis zirka Mitte bis Ende September 2006 fest, dann müsse die Arbeitsfähigkeit neu beurteilt werden (Urk. 7/ZM1 Ziff. 6).

E. 3.5

In ihrem Bericht vom 25. Juli 2006 führte Dr. B.____ aus, die Beschwerdeführerin sei aus der Rehaklinik D.____ vorzeitig ausgetreten und habe grosse Fortschritte gemacht (Urk. 7/ZM7 S. 1). Die Beschwerdeführerin leide jedoch noch unter starken Ängsten und habe Panikattacken und Depressionen. Das Traumaerlebnis des brutalen Überfalles habe sie sehr destabilisiert und aus dem Gleichgewicht geworfen. Sie sei in psychiatrischer Behandlung und erhalte entsprechende Medikamente zur Unterstützung. Aus neurochirurgischer Sicht könne man von einem guten Resultat sprechen, die präoperativen neurologischen Defizite der motorischen Ausfälle und der Reithosenanästhesie mit Caudakompression hätten sich komplett erholt (Urk. 7/ZM7 S. 2). Die volle Arbeitsunfähigkeit bleibe bis Mitte September 2006 bestehen (Urk. 7/ZM7 S. 3).

E. 3.6

Am 24. August 2006 äusserte sich Dr. B.____ erneut zufrieden mit der Erholung der neurologischen Ausfälle der Caudaquina-Kompression, es bestehe auch keine residuelle Miktionsstörung. Da die DIAM-Stabilisation eine dynamische Komponente beinhalte, empfehle sie weitere Physiotherapie zur Stabilisation der LWS (Urk. 7/ZM8 S. 3). Die Beschwerdeführerin nehme weiterhin Psychotherapie in Anspruch. Sie erledige zu Hause Arbeiten am PC, gehe jedoch nicht an den Arbeitsplatz. Die Arbeitsunfähigkeit betrage aktuell 100 % (Urk. 7/ZM8 S. 2).

E. 3.7

Bezüglich der Arbeitsunfähigkeit attestierte Dr. B.____ am 14. Dezember 2006 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 19. Juni bis 24. September 2006, eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % vom 25. September bis 20. November 2006, eine solche von 75 % vom 21. November 2006 bis 14. Januar 2007 sowie eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab 15. Januar 2007 (Urk. 7/ZM10).

E. 3.8

Am 23. November 2006 erstattete Dr. med. E.____, Orthopädische Chirurgie FMH, sein im Auftrag der Beschwerdegegnerin erstelltes Aktengutachten. Dabei führte er aus, dass es bisher unter experimentellen Bedingungen unter Wahrung von physiologischen Auslenkungen und physiologisch axialen Belastungen nicht gelungen sei, durch eine einmalige Einwirkung eine altersgemäss normale Bandscheibe rupturieren zu lassen. Die Ursache - Wirkung im Zusammenhang zwischen Unfall und Bandscheibenvorfall sei an sehr hohe Anforderungen geknüpft. Es müsse eine erhebliche Gewalteinwirkung auf die Wirbelsäule stattfinden, die auch geeignet sei, eine gesunde Bandscheibe zu zerreißen. Zudem müssten ein eindeutiger zeitlicher Zusammenhang mit sofortigen Beschwerden, eine vollständig unauffällige prätraumatische Anamnese und dürften im ersten Bild nach dem Unfall keine Abnutzungserscheinungen im betroffenen Segment vorliegen. Diese Voraussetzungen seien praktisch nie erfüllt. Zudem sei festzuhalten, dass ein Unfallereignis mit Traumatisierung einer Bandscheibe zusätzliche perifokale Verletzungen auslösen würde und die isolierte Verletzung einer Bandscheibe nur mittels rein axialer Belastung, nicht aber durch Rotations-, Hyperextensions- oder Hyperflexionsbewegungen herbeigeführt werden können (Urk. 7/ZM11 S. 4 f. Ziff. 1). Vorliegend sei sicher ein Vorzustand anzunehmen, auch wenn die Beschwerdeführerin diesbezüglich früher keine Beschwerden gehabt habe und dieser Vorzustand nicht bekannt gewesen sei (Urk. 7/ZM11 S. 5 Ziff. 2). Da ein multisegmentales Geschehen mit breitbasiger Diskusprotrusion L3/4, L4/5 und L5/S1 sowie einer mittelgradigen Spondylarthrose L4 - S1 vorliege, könnten aufgrund der

medizinischen Akten degenerative Faktoren festgestellt werden (Urk. 7/ZM11 S. 5 Ziff. 3). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit müsste die natürliche Kausalität verneint werden (Urk. 7/ZM11 S. 5 Ziff. 4), die Unfallkausalität der Diskushernie sei nicht überwiegend wahrscheinlich. Umgekehrt verhalte es sich möglicherweise betreffend die Kausalität in Bezug auf die psychische Reaktion der Beschwerdeführerin auf das Ereignis (Urk. 7/ZM11 S. 6).

E. 3.9

Dr. B. ___ attestierte in ihrem Bericht vom 21. März 2007 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vom 15. Januar bis 27. Februar 2007, von 25 % vom 27. Februar bis 21. März 2007, von 40 % vom 21. März bis 30. April 2007 sowie von 30 % ab 30. April 2007. Die nächste Kontrolle sei für zwölf Monate postoperativ, demnach im Juni 2007, geplant. Bis zu diesem Zeitpunkt gebe es aus neurochirurgischer Sicht keinen Anhaltspunkt, die aktuelle Arbeitsfähigkeit von 70 % zu steigern. Die Beschwerdeführerin brauche immer noch zeitweise Pausen während der Arbeitszeit (Urk. 7/ZM14a).

E. 3.10

Am 25. Mai 2007 äusserte sich Dr. med. F. ___, Facharzt für Neurochirurgie FMH, zum Gutachten von Dr. E. ___ und schloss sich dessen Einschätzung an, wonach Diskushernien in den seltensten Fällen unfallbedingt entstehen würden. Im vorliegenden Fall seien auf den MRI-Bildern vom 20. Juni 2006 auch degenerative Veränderungen ersichtlich im Sinne einer Osteochondrose sowie einer Dehydrierung der Bandscheiben. Aufgrund des aus den Akten ersichtlichen Verlaufes müsste aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass das Ereignis vom 10. Juni 2006 als auslösender Faktor für die Symptomatik verantwortlich sei. Da zunehmend neurologische Symptome aufgetreten seien, sei nichts anderes übriggeblieben, als die Diskushernie zu operieren. Daher sei die Operation vom 30. Juni 2006, nicht aber die Diskushernie als Folge des Ereignisses vom 10. Juni 2006 anzusehen (Urk. 7/ZM13 S. 1). Es sei aber davon auszugehen, dass der unfallbedingte Endzustand sechs Monate nach der zweiten Operation erreicht worden sei (Urk. 7/ZM13 S. 2).

E. 3.11

Am 21. Juni 2007 erstattete Dr. med. G. ___, Spezialarzt FMH Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, gestützt auf eine eigene Befragung und Untersuchung am 18. Juni 2007 sowie die ihm vorgelegten Akten und Röntgenbilder im Auftrag der Beschwerdegegnerin ein Gutachten (Urk. 7/ZM14b S. 1). Dabei nannte er folgende Diagnosen (Urk. 7/ZM14b S. 6):

Status nach Mikrodiskektomie L4/5 rechts am 30. Juni 2006

Status nach Remikrodiskektomie L4/5 rechts und links wegen Diskushernien-Rezidiv mit Implantation einer interspinösen DIAM-Stabilisation am 4. Juli 2006

mässiggradiges diskoprives (L4/5) und degeneratives (L5/S1) lumbovertebrales Syndrom

Bezüglich der aktuellen Leistungsfähigkeit würden neben Rückenschmerzen ein nicht-erholsamer Schlaf mit im Verlaufe der Alltagsbewältigung gesteigert wahrgenommenem Müdigkeitsempfinden verbunden mit als Konzentrationschwäche beschriebener mentaler Ermüdbarkeit sowie gesteigertem Schlaf- und Erholungsbedürfnis an den Wochenenden genannt. Angesichts der Schwere der subjektiv erlebten Beeinträchtigung und vor dem Hintergrund existenter reaktiver Angstsymptomatik in

Verbindung mit dem Ereignis vom 10. Juni 2006 seien allerdings erhebliche Zweifel in Bezug auf das Vorliegen eines eigenständigen organmedizinisch erklärbaren Leidens angebracht. Es sei davon auszugehen, dass die vorliegende Angst- und Erschöpfungssymptomatik das subjektive Schmerzerleben und -verarbeiten und damit die Heildauer der Diskushernie beeinflusst habe und heute gegenüber den organmedizinischen Faktoren das Krankheitsgeschehen ganz überwiegend bestimme (Urk. 7/ZM14b S. 7). Vom rein somatischen (organmedizinischen) Heilergebnis her bestehe heute keine Arbeitsunfähigkeit in der beruflichen Tätigkeit als Aussendienstmitarbeiterin mehr. In Berücksichtigung des gesamtmedizinischen Gesundheitszustandes sei die derzeit realisierte 70%ige Arbeitsfähigkeit durchaus ausgewiesen und die von der Beschwerdeführerin ins Auge gefasste zweimonatliche Steigerung um 10 % realistisch. Es sei damit davon auszugehen, dass ab April 2007 keine organmedizinisch begründbare Arbeitsunfähigkeit im Beruf als Aussendienstmitarbeiterin mehr bestanden habe. Arbeitsmedizinische Einschränkungen betreffend Körperbelastungen / Verrichtungen / Arbeiten im Beruf als Ärztin gebe es nicht. Der organmedizinische Zustand des Rückens bedürfe keiner weiteren medizinischen Behandlungen mehr. Angesichts des gesamtmedizinischen Gesundheitszustandes werde jedoch die (Wieder-)Betreuung durch einen psychiatrischen Facharzt empfohlen (Urk. 7/ZM14b S. 8).

E. 3.12

In ihrem Bericht vom 28. April 2009 nannte Dr. B. ___ zusätzlich zu den bereits bekannten Diagnosen intermittierende lumboradikuläre Reizungen L4 und L5 rechts (Urk. 10/1 S. 1 = Urk. 12/1 S. 1). Die Beschwerdeführerin habe eine progressive Instabilität entwickelt, welche mit dem Trauma vom 10. Juni 2006 in Beziehung stehe. Sie brauche dringend eine Stabilisations-Operation mittels einer Spondylodese L4 bis S1. Eine Zweitmeinung von Dr. H. ___ habe eine schwere Segmentdegeneration L4/5 und L5/S1 sowie eine schwere foraminale Stenose mit Wurzelkompression L4 und L5 rechts mit einer absoluten Indikation zur mikrochirurgischen Dekompression und Stabilisation besttigt (Urk. 10/1 S. 2 = Urk. 12/1 S. 2).

E. 4.1

Bei der Beschwerdeführerin bestehen seit dem Überfall am 10. Juni 2006 sowohl körperliche Beeinträchtigungen am Rücken als auch psychische Beschwerden. Bezüglich der Beschwerden im Zusammenhang mit den Diskushernien stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Beurteilung durch Dr. F. ___ vom 25. Mai 2007 und das Gutachten von Dr. G. ___ vom 21. Juni 2007 (Urk. 2 S. 2 f. lit. II.3). Diese beiden Berichte erfüllen die praxisgemässen Kriterien (vgl. vorstehend Erw. 1.5) vollumfänglich, so dass die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf abstellen durfte.

Insbesondere aus der Beurteilung durch Dr. F. ___ ergibt sich, dass degenerative Veränderungen vorliegen und der Überfall vom 10. Juni 2006 lediglich als auslösendes Moment für die in der Folge notwendig gewordenen Operationen zu betrachten ist, nicht jedoch für die Diskushernien an sich (Urk. 7/ZM13 S. 1). Diese Einschätzung deckt sich sodann auch mit dem Bericht von Dr. E. ___, welcher am 23. November 2006 aufgrund der medizinischen Akten degenerative Faktoren festgestellt hatte (Urk. 7/ZM11 S. 5 Ziff. 3) und ebenfalls davon ausging, dass sicher ein Vorzustand vorgelegen habe (Urk. 7/ZM11 S. 5 Ziff. 2). Dementsprechend liess die während des Raubüberfalles erlittene Gewalteinwirkung die Diskushernien zwar aus, es handelte sich dabei aufgrund der

festgestellten degenerativen Veränderungen jedoch um eine vorübergehende Verschlimmerung eines bestehenden Vorzustandes. Gestützt auf die Berichte von Dr. G.____ und Dr. F.____ ist daher davon auszugehen, dass der unfallbedingte Endzustand sechs Monate nach der zweiten Operation am 4. Juli 2006 erreicht worden war und ab April 2007 keine organmedizinisch begründbare Arbeitsunfähigkeit mehr bestand, welche auf den Unfall vom 10. Juni 2006 zurückzuführen wäre.

An dieser Einschätzung vermögen auch die Berichte von Dr. B.____ nichts zu ändern. Dr. B.____ attestierte zwar eine über den 1. April 2007 hinaus bestehende Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/ZM14a), machte jedoch insgesamt keine begründeten Ausführungen zum Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 10. Juni 2006 und den Rückenbeschwerden und setzte sich insbesondere auch nicht mit den bestehenden degenerativen Veränderungen auseinander. Insgesamt ergeben sich aus ihren Berichten keine Hinweise darauf, ob die von ihr attestierte Arbeitsunfähigkeit auf den Unfall oder den degenerativen Vorzustand zurückzuführen ist, und ihre Berichte erscheinen daher weniger aussagekräftig als diejenigen von Dr. G.____, Dr. F.____ und Dr. E.____, weshalb nicht darauf abgestellt werden kann.

Zusammenfassend ist der Beschwerdegegnerin daher dahingehend beizupflichten, dass bezüglich der somatischen Beschwerden ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den nach dem 1. April 2007 bestehenden Beschwerden zu verneinen ist.

E. 4.2

Zu prüfen bleibt damit der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall am 10. Juni 2006 und den psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin.

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).

E. 4.3

Beide Parteien gingen übereinstimmend und zu Recht davon aus, dass der Raubüberfall im mittleren Bereich einzuordnen ist (Urk. 1 S. 6 Ziff. 3.2, Urk. 2 S. 3 Ziff. 4.b). 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 erheblichen gesundheitlichen 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 Arbeitsunfähigkeit 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).

E. 4.4

Die Beschwerdeführerin machte geltend, das Kriterium der besonders dramatischen Eindringlichkeit sei vorliegend in derart ausgeprägter Weise erfüllt, dass der adäquate Kausalzusammenhang allein schon deshalb zu bejahen sei (Urk. 1 S. 7 Ziff. 3.3). Der Angriff durch einen der Beschwerdeführerin bekannten Täter in der eigenen Wohnung ist

durchaus als eindrücklich und dramatisch zu werten. Ob jedoch - wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht - eine außerordentliche Eindrücklichkeit zu bejahen ist, erscheint fraglich. Gemäss den Akten der Stadtpolizei Z.____ war der Täter nicht bewaffnet. Zwar drückte er sie auf das Sofa und setzte sich auf den Rücken der Beschwerdeführerin, weshalb sie fast keine Luft bekam. Die Beschwerdeführerin erlitt jedoch gemäss ihren Aussagen anlässlich der ersten Einvernahme keine Todesängste (Urk. 7/A1 S. 9). Damit unterscheidet sich der vorliegende Fall vom Sachverhalt, welcher einem Urteil des Bundesgerichts vom 6. Mai 2008 zu Grunde lag. Damals waren vermurmelte Täter in eine Wohnung eingedrungen, schlugen dem Opfer mit Eisenstangen auf den Kopf und nahmen damit skrupellos gravierende Verletzungen in Kauf (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 6. Mai 2008, U 382/06, Erw. 4.3.1). In RKUV Nr. U 440 S. 350 ff. musste sodann ein Sachverhalt beurteilt werden, bei welchem eine Frau in ihrer Wohnung vom Sohn ihres Partners angegriffen wurde. Dabei warf dieser sie zu Boden, versuchte sie zu erwürgen, schlug mehrere Male ihren Kopf auf den Boden und versetzte ihr Kniestosse in Rücken und Nieren (RKUV Nr. U 440 S. 352). Insgesamt ist damit das Kriterium der dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit zwar als erfüllt zu betrachten, jedoch im Gegensatz zu den erwähnten Entscheidungen nicht in derart ausgeprägter Weise, als dass dies alleine zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges genügen würde.

E. 4.5

Was die Dauer der ärztlichen Behandlung betrifft, ist davon auszugehen, dass ab April 2007 keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Rückenbeschwerden mehr bestand. Damit war die medizinische Behandlung aufgrund der Unfallfolgen zehn Monate nach dem Raubüberfall abgeschlossen, so dass eine ungewöhnlich lange Dauer zu verneinen ist.

Ebenfalls ohne Weiteres zu verneinen ist das Vorliegen einer ärztlichen Fehlbehandlung.

Nachdem bei der Beschwerdeführerin degenerative Veränderungen festgestellt worden waren und der Überfall als auslösendes Moment für die Operationen, nicht aber die Diskushernien an sich zu betrachten sind, ist auch das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen zu verneinen.

Ebenso zu verneinen ist sodann ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen. Aus den Berichten von Dr. B.____ ergibt sich, dass der Heilungsverlauf bei der Beschwerdeführerin zufriedenstellend verlief und diese sogar frühzeitig aus der Rehaklinik D.____ entlassen werden konnte (Urk. 7/ZM7 S. 1, Urk. 7/ZM8 S. 3).

Was sodann körperliche Dauerschmerzen betrifft, klagte die Beschwerdeführerin im Juni 2007 nach wie vor über Rückenschmerzen (Urk. 7/ZM14b S. 7). Nachdem jedoch gemäss dem Gutachten von Dr. G.____ vom 21. Juni 2007 aus organmedizinischer Sicht keine Behandlung mehr notwendig war und auch keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestand (Urk. 7/ZM14b S. 8), kann dieses Kriterium nicht als erfüllt betrachtet werden.

E. 4.6

Zu prüfen bleibt somit das Kriterium der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Gemäss den Berichten von Dr. B.____ bestand zunächst eine volle Arbeitsunfähigkeit bis 24. September 2006. In der Folge konnte die Arbeitsunfähigkeit kontinuierlich in Abstufen von jeweils zirka zwei Monaten auf zunächst 80 % und 75 % gesenkt werden, bis ab 15. Januar 2007 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestand (Urk. 7/ZM10). Vom 27. Februar bis 21.

März 2007 betrug die Arbeitsunfähigkeit noch 25 %, stieg jedoch vom 21. März bis 30. April 2007 wieder auf 40 % an und betrug gemäss den Angaben von Dr. B.____ ab 30. April 2007 noch 30 % (Urk. 7/ZM14a). Insgesamt war die Beschwerdeführerin somit aufgrund der nach dem Überfall notwendig gewordenen Operationen während mehrerer Monaten wesentlich in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, so dass dieses Kriterium als erfüllt zu betrachten ist.

E. 4.7

Zusammengefasst sind damit zwei Kriterien erfüllt, wenn auch nicht in übermässiger ausgeprägter Weise. Daraus folgt, dass bei der gegebenen Unfall schwere die Adäquanz der im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch bestehenden Beschwerden zu verneinen ist.

In Ermangelung eines rechtsgenügenden Kausalzusammenhanges besteht somit über den Zeitpunkt der erfolgten Leistungseinstellung per 31. März 2007 hinaus keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin und es kann offen bleiben, ob ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Somit erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. September 2007 als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

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