

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00531 vom 12. Juli 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-07-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00531

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00531 du 12 juillet 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00531 del 12 luglio 2010

Erwägungen

E. 2

2.1. Dagegen liess die Versicherte mit Eingabe vom 7. Dezember 2007 Beschwerde erheben und beantragen, die Sache sei unter Aufhebung des Einspracheentscheids an den Unfallversicherer zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S. 2).

2.2. Mit Beschwerdeantwort vom 20. Dezember 2007 schloss die Unfallversicherung Stadt Zürich auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Replik vom 11. Februar 2008 liess die Beschwerdeführerin an ihrem Antrag festhalten (Urk. 11 S. 1) und den Beizug des - von der Beschwerdegegnerin erwähnten, ihr aber nicht bekannten und sich auch nicht bei den dem Gericht übermittelten Akten befindenden - unfallanalytischen Gutachtens beantragen (Urk. 11 S. 2). Mit Gerichtsverfügung vom 15. Februar 2008 wurde das Doppel der Replik der Beschwerdegegnerin zugestellt und ihr Frist angesetzt, um dazu schriftlich Stellung zu nehmen sowie die bislang aufgelegten Akten nötigenfalls zu vervollständigen und eine Bestätigung über die Vollständigkeit der eingereichten Akten einzureichen (Urk. 13). Mit Duplik vom 3. März 2008 bekräftigte die Beschwerdegegnerin ihren Antrag auf Beschwerdeabweisung und erklärte, anbei die Regressakten sowie ein Aktenverzeichnis über die vollständigen Akten einzureichen (Urk. 15). Mit Stellungnahme zur Duplikenschrift vom 26. Mai 2008 liess die Beschwerdeführerin an ihrem Antrag festhalten (Urk. 20). Mit Verfügung vom 28. Mai 2008 wurde das Doppel der Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 26. Mai 2008 der Beschwerdegegnerin zugestellt und der Schriftenwechsel als geschlossen erklärt (Urk. 21).

2.3. Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Die Beschwerde

1.1. Die Beschwerdeführerin lässt zunächst eine Verletzung des rechtlichen Gehörs im Sinne von Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) geltend machen, welche Sache vorab zu behandeln ist (vgl. BGE 134 I 97 Erw. 2.1, 132 V 387 Erw. 3.1). Dass die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid ein unfallanalytisches Gutachten (vom 13. April 2005) erwähnt hatte, es aber zunächst unterliess, dem hiesigen Gericht das entsprechende Aktenstück zu übermitteln, stellt zwar einen eindeutigen Mangel dar, was antragsgemäss zur gerichtlichen Aufforderung geführt hat, die bislang aufgelegten Akten (nötigenfalls) zu vervollständigen und die Vollständigkeit der eingereichten

Akten zu bestÄrtigen (Urk. 13). Das ist im Rahmen der Duplik (Urk. 15) mit der Einreichung der Regressakten und eines Aktenverzeichnisses soweit geschehen. Der BeschwerdefÄhrerin ist in der Folge Gelegenheit zur erneuten Stellungnahme eingerÄumt worden (Urk. 17). Bestand somit die MÄglichkeit, sich vor einer mit voller Kognition ausgestatteten Beschwerdeinstanz (auch) zum unfallanalytischen Gutachten vom 13. April 2005 zu Äussern, wovon die BeschwerdefÄhrerin Gebrauch gemacht hat (Urk. 20), besteht kein hinreichender Grund, den angefochtenen Einspracheentscheid aus formellen GrÄnden aufzuheben.

1.2ÄÄÄÄ Nichts anderes gilt mit Bezug auf das Vorbringen, der Bericht der behandelnden Ärztin Dr. G.____ vom 31. August 2007 sei im Rahmen des Einspracheverfahrens Äberhaupt nicht berÄcksichtigt worden. Der entsprechende Bericht war im angefochtenen Einspracheentscheid ausdrÄcklich erwÄhnt worden (Urk. 2 Ziff. 3 lit. h). Im Umstand, dass die Beschwerdegegnerin auf die Eigenschaft von Dr. G.____ als behandelnde Ärztin hingewiesen und zur BegrÄndung, weshalb nicht auf deren EinschÄtzung zur ArbeitsfÄhigkeit abgestellt werden kÄnne, unter anderem auf die Rechtsprechung verwiesen hatte, wonach es einer Erfahrungstatsache entspricht, dass HausÄrzte und behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung in ZweifelsfÄllen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. fÄr Viele BGE 125 V 351 Erw. 3a, Urteil des Bundesgerichts vom 6. Juli 2009, 9C_204/2009, Erw. 4.4.1, nicht publiziert in BGE 135 V 254), kann keine GehÄrsverletzung erblickt werden. Im Äbrigen verletzt dies auch den Grundsatz der freien BeweiswÄrdigung nicht (Urteil des Bundesgerichts vom 11. MÄrz 2010, 9C_1061/2009, Erw. 5.2.2, mit Hinweis auf 8C_216/2009, Erw. 4.5 [BGE 135 V 465 Erw. 4.5]).

2.ÄÄÄÄÄÄ

2.1ÄÄÄÄ Materiellrechtlich streitig und zu prÄfen ist, ob die Beschwerdegegnerin, welche ihre Leistungspflicht im Anschluss an den Unfall vom 8. September 2001 anerkannte, Äber den 31. Oktober 2006 hinaus Leistungen zu erbringen hat. Dies wird von der Beschwerdegegnerin mit der BegrÄndung verneint, dass sich das natÄrlich kausal auf das fragliche Ereignis zurÄckzufÄhrende Cervicalsyndrom nach HWS-Schleudertrauma nicht mehr einschrÄnkend auf die ArbeitsfÄhigkeit auswirke und die grÄsstenteils unfallfremde AnpassungsstÄrung abgeheilt sei. Davon abgesehen fehle es jedenfalls an der AdÄquanz des Kausalzusammenhangs.

2.2ÄÄÄÄ Die BeschwerdefÄhrerin stellt sich im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass sie, wie namentlich den Berichten des Dr. F.____, der Klinik D.____ und der behandelnden Ärztin Dr. G.____ entnommen werden kÄnne, nach wie vor an Unfallfolgen leide und behandlungsbedÄrftig sei. Entgegen den Verlautbarungen des C.____ sei es nicht nachvollziehbar, weshalb die frÄher diagnostizierte, zumindest teilursÄchliche AnpassungsstÄrung nicht mehr vorhanden sein sollte und trotz nicht wesentlich geringerer Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich nun plÄtzlich eine volle ArbeitsfÄhigkeit gegeben sei. Im Äbrigen sei der adÄquate Kausalzusammenhang bei der gegebenen Unfallschwere - insbesondere angesichts des chronifizierten Verlaufs, der deutlichen Limitierung in Bezug auf den erlernten Beruf als Krankenschwester (mit Diplomniveau 1) und der Äber Jahre hin durchgefÄhrten zielgerichteten Behandlungen - zu bejahen.

3.ÄÄÄÄÄÄ

Befunde" wurden eine eingeschränkte HWS-Beweglichkeit, Druckdolenz sowie Konzentrationsschwierigkeiten erwähnt, Sensibilitätsstörungen beziehungsweise neurologische Ausfälle dagegen verneint. Dr. Z. ___ diagnostizierte eine HWS-Distorsion und -Kontusion "mit starken persistierenden Kopf- und Nackenschmerzen" und bescheinigte der Beschwerdeführerin ab 19. November 2001 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit, wobei er auf gewisse leistungsbedingte Einschränkungen insbesondere beim Heben und Tragen von Gewichten von mehr als 5 kg hinwies (Urk. 18/M12).

4.2.1 Am 23. Oktober 2001 suchte die Beschwerdeführerin den Notfalldienst der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Spitals A. ___ auf, wo ein cervico-cephales Schmerzsyndrom mit leichtgradiger Einschränkung der HWS-Mobilität und beidseitiger Kettentendomyose bei ansonsten unauffälligem Neurostatus festgestellt wurde. Für eine cerebrale, spinale (cervicale) oder radikuläre Affektion bestanden klinisch keine Anhaltspunkte. Radiologisch (Funktionsaufnahmen) zeigten sich keine Hinweise für ossäre Läsionen oder eine Makroinstabilität. Die Ärzte verordneten eine symptomatische Schmerztherapie (Voltaren) sowie eventuell Muskelrelaxantien (Mydocalm); ferner die Weiterführung der Physiotherapie, ein schrittweises Absetzen des Halskragens und mehrmals wöchentlich entspanntes Schwimmen (Bericht vom 23. Oktober 2001; Urk. 16/3b).

4.3.1 Wegen starker, teilweise zunehmender Schulter- und Nackenschmerzen wurde die Beschwerdeführerin vom Hausarzt zur intensiven stationären Neurorehabilitation (mit intensiver Einzel- und Gruppengymnastik im Trockenen und im Wasser, mit Therapie und Instruktion eines Heimprogramms sowie mit Schwimmen, Heublumenwickeln und Schulter- und Nackenmassagen) an die Klinik B. ___ überwiesen, wo sie sich vom 3. bis 14. September 2002 aufhielt. Bei Klinikeintritt klagte sie über "Ruheschmerzen im Bereich des Hinterkopfs sowie der HWS mit mässiger Intensität mit Ausstrahlung in beide Schultern, linksbetont, gelegentlichen Kribbelparästhesien in beiden Händen, Exazerbation der Beschwerden bei körperlicher sowie psychischer Belastung und Wetterwechsel und teilweise neuropsychologische Defizite wie Anforderung bei Stresssituationen und leichte Konzentrationsschwäche". Aus klinischer Sicht zeigte der Neurostatus einen unauffälligen Befund. Die HWS-Beweglichkeit war schmerzbedingt zu etwa einem Drittel eingeschränkt. Die Diagnose lautete auf einen Status nach HWS-Distorsionstrauma mit zervikozephallem Schmerzsyndrom. Gemäss ärztlicher Angaben konnte das Beschwerdebild unter den vorgenannten Therapien nur partiell beeinflusst werden. Die Beschwerdeführerin berichtete aber über eine Zunahme der Ausdauer sowie der körperlichen und psychischen Belastbarkeit und darüber, dass sie sich in der Klinik, die sie aus Ausbildungsgründen vorzeitig verliess, habe befriedigend erholen können. Die Schulter- und Nackenschmerzen nahmen wegen der Aktivierung der Muskulatur zwar leichtgradig zu, was aber weiterhin keine Verabreichung von Analgetika nötig machte (Urk. 18/M13).

4.4.1

4.4.1.1 Auf Veranlassung des Unfallversicherers erfolgte am 11. August 2005 eine interdisziplinäre internistische, rheumatologische und psychiatrische Begutachtung am C. ___, wo - mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - ein tendomyotisches Cervicalsyndrom nach craniocervikalem Dezelerationstrauma am 8. September 2001 sowie eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.23) diagnostiziert wurden (Expertise vom 8. September 2005; Urk. 7/M17 S. 16).

Bei der rheumatologischen Untersuchung fand sich eine normosome 27-jährige Frau, die ihre Arme und den Kopf unbehindert bewegen konnte. Im Bereich der HWS wurden lediglich Edphasenextensions- und -rotationsschmerzen bei sonst freier segmentaler Beweglichkeit angegeben. Der muskuläre Tonus im Nacken- und Schulterbereich war nicht erhöht. Es liessen sich palpatorisch minime Tendomyosen nachweisen, jedoch bestanden keine wesentlichen Irritationszonen. Neurologisch fand sich eine seitengleiche Kraft und Sensibilität. Die restliche Wirbelsäule und die Extremitätengelenke waren altersentsprechend normal und indolent beweglich. Die Röntgenaufnahme der HWS präsentierte sich völlig unauffällig. Das Ausmass der Schmerzwahrnehmung stand in Diskrepanz zu den gemachten Beobachtungen. Aus strukturell-rheumatologischer Sicht wurde für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Krankenschwester auf einer Dialyseabteilung eine derzeit 90%ige Leistungsfähigkeit bei vollem Arbeitspensum angegeben. Es sei damit zu rechnen, dass die Leistungsfähigkeit unter adäquater Therapie innert vier Monaten wieder 100 % betragen werde (Urk. 7/M16 S. 18).

Anlässlich der psychiatrischen Exploration erschien die Beschwerdeführerin bewusstseinsklar und allseits orientiert. Beim Gespräch wirkte sie sehr müde, wobei auch ihre Aufmerksamkeit und Konzentration etwas eingeschränkt waren. Im formalen Gedankengang war sie leicht verlangsamt und stark auf ihre schwierige Situation fixiert. Gewisse Zukunftsängste waren vorhanden, jedoch keine Zwänge; auch bestanden keine Anhaltspunkte für Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Psychomotorisch sei die Explorandin unruhig gewesen, habe angegeben, ständig gestresst zu sein und nie zur Ruhe zu kommen. Sie sei durch die jetzige Lebenssituation überfordert und zeige sich nicht in der Lage, sich adäquat anzupassen. So sei es nach dem Autounfall zu einer Anpassungsstörung gekommen mit dem Gefühl, einem hohen Druck ausgesetzt zu sein. Auch nach der Geburt der Tochter im März 2005 sei ihr die Anpassung an die neue Lebenssituation nicht gelungen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von etwa 20 % (Urk. 7/M16 S. 18).

4.4.2 Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde attestierten die Ärzte der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer sowie psychiatrischer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit, wobei davon ausgegangen wurde, dass sie unter adäquater Therapie innert eines halben Jahres wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erlangen könnte. Als Möglichkeiten zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit wurden ein Ausdauertraining (dreimal pro Woche Ruckschwimmen) und eine ambulante Psychotherapie mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt zum Erlernen von Copingstrategien empfohlen (Urk. 7/M16 S. 18 f.). Fragen nach der Unfallkausalität wurden dahingehend beantwortet, dass das tendomyotische Cervicalsyndrom mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 8. September 2001 zurückzuführen sei. Was die Anpassungsstörung angehe, könne angenommen werden, dass hier vorwiegend die neue Lebenssituation mit der Geburt der Tochter und der damit verbundenen Überforderungssituation zu Hause für das Beschwerdebild verantwortlich sei. Die betreffende Störung stehe somit nur möglicherweise mit dem HWS-Distorsionstrauma in einem Zusammenhang (Urk. 7/M16 S. 19).

4.5

4.5.1.1. Laut dem auf Veranlassung des Unfallversicherers verfassten Zusatzgutachten des C.____ vom 4. Mai 2006 (Urk. 7/M19) hatten die rheumatologischen Befunde seit der letzten Exploration im August 2005 trotz durchgeführter Therapien kaum eine Veränderung erfahren. Es wurden nach wie vor Endphasenextensions- und Rotationsschmerzen im Bereich der HWS bei sonst freier segmentaler Beweglichkeit festgestellt. Der muskuläre Tonus im Nacken- und Schulterbereich war nicht erhöht. Es fanden sich lediglich vereinzelte Triggerpunkte im Bereich der paracervicalen Muskulatur mit Auslösung einer "referred pain"-Symptomatik im linken Arm; neurologisch bestanden keine Defizite. Die kurz zuvor durchgeführte MRI-Untersuchung der HWS hatte einen ebenfalls völlig unauffälligen Befund ohne nachweisbare degenerative oder posttraumatische Läsionen ergeben. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit liess sich aus rheumatologisch-somatischer Sicht nicht mehr begründen, weshalb der Beschwerdeführer ab sofort ein 100%-Pensum zugemutet wurde (Urk. 7/M19 S. 7). Psychisch erschien die Beschwerdeführer stabiler als bei der letzten Begutachtung. Sie habe sich inzwischen an die neue Lebenssituation anpassen können und zeige keine depressiven Symptome. Die früher diagnostizierte Anpassungsstörung schein somit nicht mehr vorzuliegen, so dass auch aus psychiatrischer Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten wurde die Beschwerdeführer als zu 100 % arbeitsfähig eingestuft. Sie arbeite jetzt zu 60 % als Krankenschwester und zu 40 % als Hausfrau und Mutter, was eine "ideale Mischung" zu sein schein (Zusatzgutachten des C.____ vom 4. Mai 2006; Urk. 7/M19 S. 8)

4.5.2. Die Frage, ob der im MRZ-Gutachten vom 8. September 2005 anvisierte Zustand ("...wobei anzunehmen ist, dass sie unter adäquater Therapie innert eines ½ Jahres wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erlangen könnte") heute erreicht sei, wurde - im Wissen um die noch nicht völlige Beschwerdefreiheit - bejaht (Urk. 7/M19 S. 8). Die weitere Frage, ob von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden könne, wurde dahingehend beantwortet, dass eine Triggerpunkt-Behandlung der cervicalen Tendomyosen sowie die Fortsetzung der bisherigen ärztlichen Behandlung zu empfehlen sei. In Anbetracht des jetzigen Verlaufs sei anzunehmen, dass die Beschwerdeführer noch drei bis sechs Monate von einer solchen Therapie profitieren würde (Urk. 7/M19 S. 9).

E. 5

5.1.1.1. Beim Auffahrunfall vom 8. September 2001 hatte die Beschwerdeführer eine HWS-Distorsion erlitten, in deren Anschluss es zumindest teilweise zu dem nach solchen Verletzungen typischen Beschwerdebild (namentlich mit Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Übelkeit und später Konzentrationsstörungen; vgl. Urk. 18/M1a, 18/M2 und 18/M12) gekommen war. Dies genigte der Beschwerdegegnerin, in Bejahung der initialen leistungsbegrenzenden (natürlichen) Kausalität zwischen dem Unfall und den danach geklagten Beschwerden vorübergehende Leistungen zu erbringen (vgl. zum Ganzen BGE 134 V 109 Erw. 9.1 und 9.2).

5.2.1.1. Ob für die hier massgebende Zeit ab November 2006 unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens - soweit er die Arbeitsfähigkeit überhaupt relevant beeinträchtigt - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ihre kausale Bedeutung ganz

(zum Genügen einer Teilursächlichkeit zur Bejahung der Kausalität vgl. BGE 123 V 43 Erw. 2b mit Hinweis, 134 V 109 Erw. 9.5) verloren haben, wofür die Beweislast bei der Beschwerdegegnerin liegt (Erw. 3.2 hievov), kann aufgrund der nachfolgenden Erwägungen offen bleiben (BGE 135 V 465 Erw. 5.1, ferner etwa Urteil des Bundesgerichts vom 22. April 2010, 8C_946/2009, Erw. 2.3). Denn eine Prüfung der natürlichen Unfallkausalität eines Gesundheitsschadens kann sich erbringen, wenn sich zeigt, dass dessen Adäquanz zum versicherten Unfallereignis ohnehin nicht gegeben ist und es damit an einer für die Leistungspflicht nebst der natürlichen Kausalität kumulativ erforderlichen Voraussetzung fehlt.

E. 6

6.1 Nach Lage der Akten zeigten die durchgeführten bildgebenden Verfahren durchwegs unauffällige Befunde (vgl. Urk. 18/M1a-c). Weder ergaben sich Hinweise auf posttraumatische (ossäre) Läsionen oder eine Makroinstabilität (Urk. 16/3b) noch fanden sich neurologisch objektivierbare Ausfallerscheinungen. Die anlässlich der C.____-Begutachtung klinisch festgestellten Endphasenextensions- beziehungsweise Rotationsschmerzen bei sonst freier segmentaler Beweglichkeit und die palpatorisch minimen cervicalen Tendomyosen (Urk. 18/M16 S. 12) lassen - wie schon die initial erhobene eingeschränkte HWS-Beweglichkeit und die Druckdolenzen (Urk. 18/M1b) - für sich allein nicht auf ein klar fassbares unfallbedingtes organisches Korrelat des geklagten Beschwerdebildes (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 26. April 2010, 8C_46/2010, Erw. 4.3) schliessen. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann - ungeachtet allfällig abweichender ärztlicher Benennung (vgl. Erw. 4.1 hievov) - erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich auf breiter Basis anerkannt sind (vgl. BGE 134 V 231 f. Erw. 5.1, 109 Erw. 9; ferner für viele auch Urteil des Bundesgerichts vom 20. Januar 2010, 8C_736/2009, Erw. 3.2, mit weiteren Hinweisen).

6.2 Kein organisch objektiv ausgewiesenes organisches Substrat im Sinne der erwähnten Rechtsprechung stellt auch der von Dr. F.____ erwähnte Befund (nach wie vor bestehende "ausgeprägte myofasziale Symptomatik im Bereich des linken Trapezius, Sternocleidomastoideus, Levator scapulae und Nackenmuskulatur mit wahrscheinlicher Funktionsstörung im Bereich der Kopfgelenke mit stark eingeschränkter Inklination und Inklination kombiniert mit Rotation nach beiden Seiten"; Urk. 18/M20) dar. Im Übrigen ist der Beweiswert des mittels funktionellem CT erhobenen Befundes eines instabilen Rotationsverhaltens des Atlas mit Hypermobilität nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft rechtsprechungsgemäss zu verneinen (vgl. BGE 134 V 231 Erw. 5.2 bis 5.5 mit Hinweisen).

6.3 Damit ist anders als bei Gesundheitsschädigungen mit organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen, bei welchen der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel mit dem natürlichen (hier offengelassen; vgl. Erw. 5.2 hievov) bejaht werden kann, eine besondere Adäquanzprüfung vorzunehmen. Ob diese nach den in BGE 115 V 133 genannten Kriterien (Psycho-Praxis) oder nach der mit BGE 117 V 359 begründeten und in BGE 134 V 109 präzisierten Schleudertrauma-Praxis zu erfolgen hat, kann offen bleiben, da auch die Beurteilung nach letzterer, für die Beschwerdeführerin vorteilhafteren Rechtsprechung zur Verneinung der Adäquanz führt, wie nachfolgend zu zeigen ist.

6.4. Dem sinngemässen Einwand der Beschwerdeführerin, der medizinische Endzustand sei Ende Oktober 2006 noch nicht erreicht gewesen, ist entgegenzuhalten, dass seit bereits geraumer Zeit über mehr oder weniger unveränderte Befunde berichtet worden war. Im insoweit schlüssigen Zusatzgutachten des C. (vom 4. Mai 2006; Urk. 7/M19) ist die Rede davon, dass die Beschwerdeführerin voraussichtlich noch während drei bis sechs Monaten von einer Triggerpunkt-Behandlung der cervicalen Tendomyosen würde profitieren können. Selbst Dr. G. äusserte sich dahingehend, dass die bisher durchgeführte regelmässige Physiotherapie und medikamentöse Therapie (lediglich der Stabilisierung des erreichten Zustandes beziehungsweise der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit diene (Bericht vom 31. August 2007; Urk. 18/M23). Damit kann nicht gesagt werden, dass bei Fallabschluss von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mit entsprechenden Auswirkungen auf die erwerbliche Leistungsfähigkeit (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 Erw. 4.1 und 4.3) hätte erwartet werden können. Einem Fallabschluss auf den 31. Oktober 2006 stand daher nichts im Wege, zumal ein solcher nicht voraussetzt, dass eine medizinische Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 2. Dezember 2009, 8C_747/2009, Erw. 5.2.2.2).

E. 7

7.1. Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist im Einzelnen zu verlangen, dass der Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf (vgl. SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 Erw. 5.3.1 [U 2/07] - zwischen banalen beziehungsweise leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang oder als direkte beziehungsweise indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen.

7.2. Als adäquanzrechtlich massgebende Kriterien gelten nach der in BGE 134 V 109 neu gefassten Umschreibung (vgl. Katalog in BGE 134 V 109 Erw. 10.3): Besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.1), die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.2), eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.3), erhebliche Beschwerden (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.4), eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.5), ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.6) sowie eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7). Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten

Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder es müssen mehrere herangezogen werden (BGE 134 V 109 Erw. 10.1, 117 V 359 Erw. 6, 369 Erw. 4b und c).

E. 8

8.1 Die Beschwerdeführerin war am 8. September 2001 als Beifahrerin eines Personenwagens (VW Golf) in einen Auffahrunfall verwickelt, bei welchem der VW Golf durch ein auffahrendes Fahrzeug (Fiat Punto) nach vorne geschoben beziehungsweise kurzfristig beschleunigt wurde und anschliessend mit dem sich davor befindlichen Fahrzeug (Citroen XM) kollidierte (vgl. Urk. 17/R15.3, 17/R2 und 17/R1). Laut unfallanalytischem Gutachten vom 13. April 2005 (zum Beweiswert vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 4. Januar 2010, 8C_786/2009, Erw. 4.6.1 mit Hinweisen) betrug die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) des VW Golf zwischen 10,1 und 14,6 km/h und jene beim zweiten Anstoss (VW Golf/Citroen XM) zwischen 5,2 und 10,0 km/h. In diesem Zusammenhang wurde darauf hingewiesen, dass Geschwindigkeitswerte nahe an der Toleranzgrenze als wenig wahrscheinlich zu bezeichnen seien (Urk. 17/R15.3 ff.). Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin den Unfall im Einspracheentscheid (Urk. 7) in Übereinstimmung mit der Praxis bei Auffahrkollisionen auf ein haltendes Fahrzeug (SVR 2007 UV Nr. 26 S. 86 [U 339/06 Erw. 5.2]; RKUV 2005 Nr. U 549 Erw. 5.1.2 mit Hinweisen) zu Recht als mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert.

8.2 Ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf, insbesondere unter Berücksichtigung des Unfallhergangs sowie der Schäden an den betroffenen Fahrzeugen (vgl. unfallanalytisches Gutachten vom 13. April 2005 mit Auszügen aus dem Unfallprotokoll und mit Bildern der Fahrzeugschäden; Urk. 17/R15.3), sind keine Faktoren ersichtlich, die zu einem abweichenden Ergebnis führen würden. Der von der Beschwerdeführerin hervorgehobene Umstand, dass ihr Personenwagen durch das auffahrende Auto in das vor ihr stehende Fahrzeug geschoben wurde (Doppelkollision, Resonanzeffekte), rechtfertigt bei objektiver Betrachtungsweise keine andere Beurteilung (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008, 8C_252/2007, Erw. 6.2). Dass der Fahrzeugschaden am VW Golf versicherungstechnisch als "Totalschaden" eingestuft wurde, belegt keinen schweren Aufprall, sondern bedeutet nur, dass die Reparaturkosten (Fr. 8'831.--) den Vorunfallwert des Fahrzeugs (Fr. 6'500.--) überstiegen (vgl. Urk. 17/15.3 S. 5 f.). Damit die Adäquanz bejaht werden könnte, müsste somit ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein oder es müssten die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise gegeben sein (BGE 134 V 109 Erw. 10.1, 117 V 359 Erw. 6).

E. 9

9.1 Der Unfall vom 8. September 2001 ereignete sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen noch war er von besonderer Eindringlichkeit. Das Kriterium wurde auch schon bei deutlich eindringlicheren Unfallabläufen verneint (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 22. August 2008, 8C_609/2007, Sachverhalt A und Erw. 4.2.1; ferner Urteil U 258/06 vom 15. März 2007, Erw. 5.3). Sodann vermag die Diagnose einer HWS-Distorsion für sich allein noch nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung zu genügen. Es bedürfte hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden

oder besondere Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen könnten (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.2; SVR 2007 UV Nr. 26 S. 86 [U 339/06 Erw. 5.3]; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 [U 380/04 Erw. 5.2.3 mit Hinweisen]). Solche Faktoren wie etwa eine beim Unfall eingenommene besondere Körperhaltung und dadurch bewirkte Komplikationen liegen nicht vor.

9.2 Die ambulante Behandlung direkt nach dem Unfall beschränkte sich auf das Anlegen eines Halskragens sowie auf die Verabreichung von schmerzlindernden Medikamenten (Urk. 18/M2). Später wurden Physiotherapie (Fango, Ultraschall, peripheres Muskeltraining und Massage; vgl. Urk. 16/3b S. 2), mehrmals wöchentlich entspanntes Schwimmen und ein schrittweises Absetzen des Halskragens verordnet (Urk. 16/3b). Nach der vom 3. bis 14. September 2002 dauernden stationären Neurorehabilitation mit Schwimmen, Heublumenwickeln, Schulter- und Nackenmassagen sowie Gymnastik und Instruktion eines entsprechenden Heimprogramms (Urk. 18/M 13) folgten Akupunkturmassagen, ambulante Craniosacraltherapie (vgl. Urk. 18/M16 S. 2 ff., 18/M5 und M6), Heileurhythmie und rhythmische Massage (vgl. Urk. 18/M16 S. 8). Bei dieser Sachlage aber kann nicht von einer fortgesetzten spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung (beziehungsweise von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung nach früherer Schleudertrauma-Praxis) entsprechend dem Sinngehalt dieses Kriteriums ausgegangen werden (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts vom 20. August 2008, 8C_33/2008, Erw. 8.3.1 und vom 29. Januar 2010, 8C_879/2009, Erw. 5.2).

9.3 Eine Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, ist ebenso wenig anzunehmen wie ein schwieriger Heilungsverlauf und/oder erhebliche Komplikationen. Besondere Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt hätten, sind nicht ersichtlich. Dass ärztlicherseits von einem chronifizierten Verlauf gesprochen wurde und trotz diverser Therapien keine vollständige Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte, wie die Beschwerdeführerin vorbringt, genügt zur Bejahung des letzteren Kriteriums nicht (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 22. August 2008, 8C_623/2007, Erw. 8. 6). Das weitere Kriterium der erheblichen Beschwerden (beziehungsweise Dauerbeschwerden nach früherer Praxis) - auch wenn man dieses mit der Beschwerdegegnerin bejahen wollte - läge jedenfalls nicht in besonders ausgeprägter Weise vor.

9.4 Nach dem Unfall vom 8. September 2001 bescheinigte der erstbehandelnde Hausarzt Dr. Z. der Beschwerdeführerin ab 19. November 2001 bereits wieder eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, nicht mit Heben und Tragen von Gewichten von mehr als 5 kg verbundenen Tätigkeit (Urk. 18/M12). Ihre im Oktober 2000 begonnene Ausbildung zur Krankenschwester konnte sie planmässig - wenn auch nicht schmerzfrei und unter anerkennenswerter Anstrengung - Ende Oktober 2003 abzuschliessen. Später wurde ihr erneut eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert (Berichte des Spitals H. vom 11. Juni 2004 und 21. Januar 2005; Urk. 18/M14 und Urk. 18/M15). Im Zeitpunkt der C.-Begutachtung vom 11. August 2005 bestand nach Einschätzung des Rheumatologen in der Tätigkeit als Krankenschwester auf einer Dialyseabteilung eine 90%ige Arbeitsfähigkeit. Aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht wurde das Leistungsvermögen auf 80 % (Expertise vom 8. September 2005; Urk. 7/M17 S. 18) und später wie prognostiziert auf 100 % beziffert (Zusatzgutachten des C. vom 4. Mai 2006; Urk. 7/M19 S. 8). Eine als erheblich zu

bezeichnende Arbeitsunfähigkeit bis zum Fallabschluss (beziehungsweise das frühere Kriterium des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit) liegt damit nicht vor (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 2. März 2010, 8C_623/2009, Erw. 4.3.4, wonach eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit zur Bejahung der Erheblichkeit nicht genügt). Dies gilt um so mehr, als die mitberücksichtigte Anpassungsleistung nicht zum sogenannten typischen Beschwerdebild nach Schleudertraumen und schleudertraumähnlichen Verletzungen der HWS gehört (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 9.5) und sich das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengung entgegen der offenbaren Auffassung der Beschwerdeführerin nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf bezieht (vgl. RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 [U 56/00]; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 Erw. 8.6.1 [U 479/05]).

Die ins Feld geführte Einschätzung der behandelnden Ärztin Dr. G., wonach der Beschwerdeführerin die aktuelle angepasste Tätigkeit als Dialyseschwester nur zu 60 % zumutbar sei, findet in den übrigen medizinischen Akten keine Stütze, erscheint eher als Abbild der tatsächlichen Arbeitsaufteilung und ist vor dem Hintergrund der (in Erw. 1.2 hievorerwähnten) Erfahrungstatsache zu wärdigen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Dr. F. seinerseits hielt denn auch ausdrücklich fest, dass die aktuelle Arbeitsaufteilung (60%ige Tätigkeit im Beruf und 40%ige Tätigkeit als Hausfrau und Mutter) nichts mit dem Unfall, sondern mit der Doppelrolle der Beschwerdeführerin zu tun habe; er veranschlagte die Arbeitsunfähigkeit als Dialyseschwester immerhin auf bis zu 80 % und diejenige als Stationschwester mit vermehrt administrativen Aufgaben auf "etwas mehr" (Bericht vom 4. September 2006, Urk. 18/M20). Schliesslich kann auch aus der Bemerkung im Zusatzgutachten des C. vom 4. Mai 2006 (Urk. 7/M19), auf die sich die Beschwerdeführerin beruft ("Sie arbeitet jetzt zu 60 % als Krankenschwester und ist zu 40 % als Mutter und Hausfrau zuhause tätig, was subjektiv und objektiv eine ideale Mischung zu sein scheint"), keine namhafte Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden. Nichts anderes ergibt sich aus dem Bericht über die Konsultation in der Klinik D. (vom 9. März 2006; Urk. 18/M17; samt Ergebnis der durchgeführten MR-Untersuchung; Urk. 18/M18), die lediglich dem (bestätigten) Ausschluss einer radikulären Symptomatik diene.

Zusammenfassend ist höchstens das Kriterium der erheblichen Beschwerden (beziehungsweise Dauerbeschwerden nach früherer Praxis) - und dieses nicht ausgeprägt - gegeben. Der adäquate Kausalzusammenhang der von der Beschwerdeführerin über den 31. Oktober 2006 hinaus geltend gemachten Beschwerden mit dem Unfallereignis vom 8. September 2001 ist somit zu verneinen.

Das Gericht erkennt:

- Die Beschwerde wird abgewiesen.
- Das Verfahren ist kostenlos.
- Der Beschwerdegegnerin wird keine Prozessentschädigung zugesprochen.
- Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Michael Ausfeld
 - Unfallversicherung Stadt Zürich

- Bundesamt für Gesundheit

5. Gegen diese Entscheidung 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.