

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00179

vom 31. August 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00179

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00179 du 31 août 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00179 del 31 agosto 2010

Erwägungen

E. 3

3.1. Gemäss Unfallmeldung vom 9. Juni 2006 geschah die Auffahrkollision in der Nacht vom 4. auf den 5. Juni 2006 (Urk. 8/1.1) und gestützt auf die Aussagen der Beschwerdeführerin habe Dr. med. B. ____, Allgemeine Medizin FMH, sie am 5. Juni zuhause aufgesucht, da er der diensthabende Notfallarzt gewesen sei (Urk. 8/6.3). Der erste in den Akten vorhandene ärztliche Bericht datiert hingegen erst vom 10. Juli 2006, worin Dr. B. ____, die Diagnose eines HWS-Distorsionstraumas mit protrahiertem Verlauf festhielt (Urk. 8/7). Nach einer wöchentlich durchgeführten Craniosacral-Therapie (Urk. 8/36, Bericht vom 22. Oktober 2006) wurde am 24. Oktober 2006 eine Schädel-MRT durchgeführt, welche normale Befunde ergab (Urk. 8/40). Es folgten eine kinesiologische Behandlung und Physiotherapie (Urk. 8/59.5, Urk. 8/59.4). Mit Schreiben vom 7. Januar 2007 hielt Dr. med. C. ____, fest, er kenne die Beschwerdeführerin seit dem 24. Januar 2005, da er sie wegen Morbus Crohn behandelt habe. Bereits damals habe sie unter Schwindel gelitten, der möglicherweise durch den Unfall verschlimmert worden sei (Urk. 8/67.4). Ähnliche Angaben ergeben sich aus dem Schreiben vom 9. März 2007, in welchem Dr. med. D. ____, FMH für Arbeitsmedizin und Psychosomatik, beschrieb, die Beschwerdeführerin habe bereits vor dem Ereignis im Jahr 2006 unter starken Schmerzen am ganzen Körper gelitten. Insbesondere habe sie Weichteil-, Knochen- und Gelenkschmerzen, verspüre einen Druck im Kopf, habe Schwindelanfälle, fühle sich oft müde und leide unter Konzentrations- und Schlafstörungen (Urk. 8/76.1). Nach einer Hospitalisation in der Klinik E. ____, vom 26. März bis 21. April 2007, hielten die Ärzte Dres. med. F. ____, Chefarzt, und G. ____, Abteilungsarzt, im Bericht vom 21. Mai 2007 fest, es beständen bei der Versicherten nach der HWS-Distorsion vom 5. Juni 2006 ein persistierendes zervikozephalisches Syndrom und ein Schultergürtelsyndrom, Synkopale Ereignisse unklarer Ätiologie sowie eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F 43.22). Ferner habe sie eine Unterarmfraktur bei einem Verkehrsunfall im Jahr 1996 und einen letzten Morbus Crohn-Schub vor drei Jahren erlitten. Wegen unzureichender psychophysischer Belastbarkeit bestehe im Beurteilungszeitraum keine Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/85.1). Im Verlaufsbericht vom 20. August 2007 berichtete die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH H. ____, es hätten mehrere Konsultationen stattgefunden, wobei eine Besserung der leicht depressiven Symptomatik und der Ängste zu verzeichnen sei (Urk. 8/124.1). Eine am 5. November 2007 von Dr. med. I. ____, Fachärztin für Neurologie, durchgeführte Beurteilung ergab gemäss Schreiben vom 6. November 2007, dass wegen den geklagten Konzentrationsstörungen und der Vergesslichkeit eine konsequente Schmerztherapie indiziert sei (Urk. I/29/10/71B). Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 9.

Januar 2008 schlussfolgerte Dr. med. J.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, das bunte Beschwerdebild passe zu einer kraniozervikalen Beschleunigungsverletzung. Da keine erfolgsversprechenden Therapien ersichtlich seien, müssten die noch geklagten Beschwerden einer Adhärenzprüfung unterzogen werden (Urk. 8/151). Im Bericht vom 6. Mai 2008 diagnostizierten Dr. med. K.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. phil. klin. psych. L.____, Klinischer Psychologe und Supervisor, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) (Urk. 3/10). Dr. med. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, schlussfolgerte hingegen im versicherungspsychiatrischen Gutachten vom 5. Juni 2008, die Versicherte leide an einer remittierten Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) (Urk. 18).

3.2 Nachdem die Versicherte am 20. Juli 2008 im Badezimmer gegen die Wanne fiel (Urk. II/29/11/1) diagnostizierte die Assistenzärztin N.____ des Stadtsitals O.____ am 21. Juli 2008 eine Commotio cerebri und eine unklare Alk-Phos-Erhöhung. Ein gleichentags durchgeführtes Schädel-CT sei unauffällig gewesen, doch sei die Patientin wegen Übelkeit und Verwirrung über Nacht hospitalisiert worden (Urk. II/29/11/2.8). Nach mehreren Osteopathie-Behandlungen (Urk. II/29/11/35.1) erfolgte am 28. November 2008 eine MRT des Gehirns, welche einen bedeutungslosen Befund ergab (Urk. II/29/11/36.1). Anlässlich einer neurologischen Untersuchung am 14. und 28. November 2008 gelangte Dr. I.____ in ihrem Bericht vom 1. Dezember 2008 zum Schluss, dass der klinisch-neurologische Befund bei der Beschwerdeführerin seit ihrer letzten Untersuchung im November 2007 unverändert sei, was bedeute, dass, abgesehen von einer Einschränkung der HWS-Beweglichkeit, die Befunde normal seien (Urk. II/29/11/37.2). Im audio-neurootologischen Bericht vom 6. Januar 2009 hielt Dr. med. A.____, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, als Diagnosen fest: Status nach cervico-cephalem Akzeleration/Dezelerationstrauma, Contusio capitis und Commotio cerebri mit HWS-Abknicktrauma, posttraumatisches cervico-encephales und postcommotionelles Syndrom, neuro-psychologische Defizite, zentral-vestibuläre Funktionsstörungen, cervico-visueller Mismatch, cervico-proprio-nociceptive Funktionsstörung (Urk. II/29/11/43/1).

3.3 Entgegen den Bestreitungen und Behauptungen in der Beschwerde sind gestützt auf die Arztberichte, insbesondere auch die bildgebenden Untersuchungen, keine organischen Unfallfolgen ausgewiesen. Daran vermag auch der Bericht der Dr. med. P.____, Fachärztin FMH Radiologie, Zentrum für medizinische Radiologie, vom 27. Februar 2008 nichts zu ändern (Urk. 8/172/3). Denn obschon auch Dr. J.____ eine erhebliche Höhenminderung des Zwischenwirbelraums C5/6 gestützt auf die Röntgenaufnahmen bestätigte, vertrat er nachvollziehbar die Ansicht, dass es sich dabei um degenerative Befunde handle (Bericht vom 14. März 2008, Urk. 8/177). Auch die geäußerten Ansichten des Dr. A.____ lassen keinen anderen Schluss zu. Wie bereits die Beschwerdegegnerin darlegte, gelangte das Bundesgericht zum Ergebnis, dass sich Gleichgewichtsstörungen mit der Untersuchungsmethode der dynamischen Posturographie objektivieren, sich daraus aber keine Informationen zur Ätiologie oder zu einer allfälligen Unfallkausalität entnehmen liessen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. März 2006 [U 197/04 Erw. 3.2 in fine], Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2009 [8C_964/2008]).

Gestützt auf die medizinischen Berichte stehen die heute noch geklagten vielseitigen physischen und psychischen Beschwerden in zumindest teilweiser natürlicher Kausalität zu den Unfallereignissen vom 5. Juni 2006 und vom 20. Juli 2008. Hingegen kann der Beschwerdeführerin bezüglich eines verfrühten Fallabschlusses in beiden Fällen nicht gefolgt werden. Angesichts dessen, dass die Beschwerden der Versicherten im Verlauf trotz Anwendung verschiedener Therapien nicht nachhaltig günstig hatten beeinflusst werden können und auch nach dem stationären Aufenthalt mit intensiver Therapie in der Klinik E. ___ vom 26. März bis 21. April 2007 keine Steigerung des Arbeitspensums realisiert werden konnte, ging die Beschwerdegegnerin zu Recht davon aus, dass bezüglich des Auffahrunfalls im Jahr 2006 im Februar 2008 von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Beschwerdebildes zu erwarten war. Gleiches gilt für den Fallabschluss rund vier Monate nach dem Sturz im Bad am 20. Juli 2008 (BGE 134 V 115 Erw. 4.3). Etwas anderes lässt sich selbst dem Bericht von Dr. A. ___ vom 6. Januar 2009 nicht entnehmen, welcher lediglich bezüglich des Schwindels eine Behandlung in Aussicht stellte, jedoch ohne Aussagen über eine mögliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit (Urk. II/29/11/43/1). Die vorgenommenen Adäquanzprüfungen waren damit nicht verfrüht. Gestützt auf die Diagnosen einer HWS-Distorsion, und obschon psychiatrische Beurteilungen im Recht liegen und die Beschwerdeführerin auch in psychiatrischer Behandlung steht, kann nicht von einer sehr untergeordneten Rolle der physischen Anteile gesprochen werden, weshalb die Adäquanzprüfung nach der Schleudertraumapraxis zu erfolgen hat.

E. 4

4.1 Einfache Verkehrsunfälle, wie Heckkollisionen werden im Rahmen der Adäquanzbeurteilung in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (vgl. RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237 Erw. 5.1.2). Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs bezüglich des Auffahrunfalls im Jahr 2006 wäre daher zu bejahen, wenn ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, oder die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise gegeben sind (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb).

4.2 Das Unfallereignis ist weder unter besonders dramatischen Begleitumständen geschehen noch war es von einer besonderen Eindringlichkeit. Die Diagnose eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumähnlichen Verletzung der HWS vermag die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Februar 2006, U 79/05). Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen (RKUV 2003 Nr. U 489 S. 361 Erw. 4.3). Solche Umstände sind hier nicht gegeben, auch nicht aufgrund der Tatsache, dass die Versicherte im Jahr 1996 bereits einen Auffahrunfall erlitten hatte. Denn aus den medizinischen Akten ergeben sich keine Angaben, dass dieser Unfall zu einer namhaften Verschärfung der HWS geführt hätte, welche nun zu berücksichtigen wäre. Ausgewiesen ist lediglich eine Unterarmfraktur (Urk. 8/85). Ebenfalls klar zu verneinen sind das Kriterium einer die Unfallfolgen erheblich verschlimmernden ärztlichen Fehlbehandlung, wie auch ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen. Trotz der physiotherapeutischen, kinesiologischen und

psychotherapeutischen Behandlungen ist auch das Kriterium der fortgesetzten spezifischen, die versicherte Person belastenden ärztlichen Behandlung nicht erfüllt. Hingegen erfüllt ist das Kriterium der Arbeitsunfähigkeit, da die Versicherte seit dem ersten Unfall durchgehend 100 % arbeitsunfähig ist. Jedoch nicht in erheblichem Masse, denn betreffend der Arbeitsunfähigkeit hielt das Bundesgericht in BGE 134 V 109 fest, dass nicht die Dauer massgeblich für die Erheblichkeitsbemessung sein könne, sondern vielmehr der Wille der Versicherten, die Arbeitsunfähigkeit überwinden zu wollen. Aus den Akten ergeben sich keinerlei Hinweise, wonach die Versicherte in irgendeiner Form versucht hätte, raschmöglichst wieder in den Arbeitsprozess integriert zu werden, obschon sie im Stande ist, ihren Tagesablauf zu strukturieren und ihren sonstigen Aufgaben nachzukommen. So ist sie in der Lage, die unterschiedlichsten Therapien aufzusuchen, zu turnen und mit Freunden spazieren zu gehen sowie den Haushalt für sich und ihre Tochter zu führen (Urk. 18). Dem Grundsatz der Schadenminderungspflicht nach kann somit nicht gesagt werden, dass die Versicherte alles ihr Zumutbare unternommen hat, um ihre Arbeitsunfähigkeit zu mindern. Das Kriterium der erheblichen Dauerbeschwerden kann zwar ebenfalls als erfüllt betrachtet werden, jedoch nicht in ausgeprägter Form, da diese nicht ausschliesslich durch die Unfallfolgen bewirkt werden. Kein anderes Resultat ergibt die Adäquanzprüfung bezüglich des Sturzes im Bad im Jahr 2008, weshalb auf die obigen Erwägungen verwiesen wird. Somit sind zwei der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien, jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise, erfüllt, weshalb die Unfalladäquanz der geltend gemachten Beschwerden zu verneinen ist. Demnach erbringt sich die Prüfung der Rentenverfügung und der Frage der Integritätsentschädigung.

5. Die Einspracheentscheide der SUVA vom 22. April 2008 und vom 29. Januar 2009, mit welchen die Versicherungsleistungen per 1. Februar 2008 respektive per 19. Dezember 2008 eingestellt wurden, bestehen mithin zu Recht, was zur Abweisung der Beschwerden führt.

6. Die SUVA hat die Kosten von Fr. 1'300.-- für die von der Versicherten eingeholte Beurteilung des Dr. A. nicht zu tragen, da damit keine entscheiderelevanten Fakten vorgelegt wurden und die SUVA mithin den Untersuchungsgrundsatz nicht verletzt hat (RKUV 2005 Nr. U 547 S. 221 Erw. 2.1).

Das Gericht erkennt:

- Die Beschwerden werden abgewiesen.
- Das Verfahren ist kostenlos.
- Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur
 - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf
 - 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.