

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00347 vom 11. März 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-03-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00347

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00347 du 11 mars 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00347 del 11 marzo 2010

Erwägungen

E. 1

1.1 Die massgebenden rechtlichen Grundlagen, insbesondere betreffend Gegenstand der Unfallversicherung (Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung; UVG) und das Erfordernis des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs, sind im angefochtenen Entscheid und in der Beschwerdeantwort zutreffend wiedergegeben (Urk. 1 S. 3 Erw. 1, Urk. 11 Ziff. III.7). Darauf kann, mit nachstehenden Ergänzungen, verwiesen werden.

1.2 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 Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 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 unfall-bezogene

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 anderen 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).

1.3 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 Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, das psychische Beschwerdebild stehe bereits wenige Monate nach dem Unfallereignis vom 31. August 2006 im Vordergrund. Daher seien die psychischen Unfallfolgen gemäss BGE 115 V 133 zu beurteilen (Urk. 2 S. 5 Erw. 2.b), dies mit dem Ergebnis, dass es am adäquaten Kausalzusammenhang fehle (Urk. 2 S. 5 Erw. 2.c). Ferner könne die Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht anerkannt werden (Urk. 2 S. 5 Erw. 2.d).

2.2 Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber geltend, für die Frage der Kausalitätsbeurteilung sei gemäss bundesgerichtlicher Beurteilung nebst einer genauen Erstabklärung eine eingehende medizinische Abklärung - im Sinne einer polydisziplinären/interdisziplinären Begutachtung - bereits in einer ersten Phase nach dem Unfall vorzunehmen, sofern Anhaltspunkte für ein längeres Andauern oder gar eine Chronifizierung der Beschwerden beständen (Urk. 1 S. 5 unten). Die in den Akten liegenden ärztlichen Berichte würden diese Anforderungen nicht erfüllen (Urk. 1 S. 7 oben). Insbesondere sei die psychische Problematik nicht abgeklärt worden (Urk. 1 S. 7 Mitte), und daher sei ein interdisziplinäres Gutachten einzuholen (Urk. 1 S. 7 unten). Die Adäquanzprüfung sei nach der Schleudertraumapraxis vorzunehmen (Urk. 1 S. 8). Der Unfall sei durchaus besonders eindrücklich gewesen (Urk. 1 S. 9 unten) und die Beschwerdeführerin sei weiterhin in ärztlicher Behandlung (Urk. 1 S. 10 oben). Weiter sei auch der Kriterium der erheblichen Beschwerden und dasjenige der erheblichen Arbeitsunfähigkeit erfüllt (Urk. 1 S. 10 Mitte ff.).

2.3 Strittig und zu prägen ist, ob eine über den Zeitpunkt der erfolgten Leistungseinstellung (21. April 2008) hinaus gehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht, was davon abhängt, ob damals noch vorhandene Beschwerden in rechtsgemäglichem Kausalzusammenhang mit dem erlittenen Unfall standen.

E. 3

3.1. Anlässlich der Erstbehandlung am 31. August 2006 im Spital C.____ wurden im gleichentags erstellten Dokumentationsbogen Nackenschmerzen und muskuloskeletale Befunde Kategorie II diagnostiziert (Urk. 12/3 Ziff. 7). Es wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei frontal in eine Hausmauer geprallt; dabei sei sie angegurtet gewesen und es sei zu keinem Kopfanprall gekommen. Sie sei auf die Kollision gefasst und die Kopfstellung gerade gewesen (Urk. 12/3 Ziff. 2). Weiter sei sie nach dem Unfall nicht bewusstlos gewesen und sie habe auch keine Gedächtnislücke (Urk. 12/3 Ziff. 3). Ferner seien direkt nach dem Unfall Nackenbeschwerden aufgetreten; Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen hätten nicht vorgelegen (Urk. 12/3 Ziff. 4). Als Befunde wurden diffuse Druckschmerzen am Nacken, Rücken und Oberarme genannt. Schmerzen würden bei einer Flexion, Linksdrehung und Seitneigung links vorliegen (Urk. 12/3 Ziff. 6). Ferner wurde eine voraussichtliche Arbeitsunfähigkeit von sieben Tagen attestiert (Urk. 12/3 Ziff. 8).

3.2. Im ärztlichen Zwischenbericht vom 10. November 2006 diagnostizierte med. pract. D.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, ein Panvertebralsyndrom bei Status nach HWS-Distorsion und Schädeldelkontusion am 31. August 2006 (Urk. 12/7 Ziff. 1). Weiter führte er aus, es würden ein generalisiertes myofaziales Schmerzsyndrom, Panickattacken, Angst und eine reaktive Depression vorliegen. Diese Problematiken hätten sich seit dem Unfall entwickelt (Urk. 12/7 Ziff. 2).

3.3. In seinem Bericht vom 30. November 2006 stellte Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Physikalische Medizin, folgende Diagnose (Urk. 12/11 S. 1):

- dringender Verdacht auf posttraumatisches Belastungssyndrom bei/mit
- Somatisierung
- Status nach HWS-Beschleunigungstrauma, Differentialdiagnose Mild Brain Injury

In seiner Beurteilung führte Dr. E.____ aus, er habe keine nennenswerten Pathologien finden können. Am auffälligsten sei die Inkonsistenz zwischen den Untersuchungsbefunden und den spontanen Bewegungen sowie der Kraft. Die Röntgenaufnahmen der HWS und des Thorax des Spitals C.____ würden ein unauffälliges Beschwerdebild ergeben. Die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden seien aus rein somatischer Sicht nicht erklärbar. Im Vordergrund stünde eine psychische Genese mit Somatisierungstendenz. Weitere somatische Abklärungen seien nicht vorgesehen. Dr. E.____ empfehle eine psychiatrische Beurteilung und eventuell eine psychiatrische Therapie (Urk. 12/11 S. 2 f.). Aus rheumatologischer Sicht seien die therapeutischen Optionen sehr begrenzt. Über längere Sicht werde sich eine Arbeitsproblematik anbahnen. Aus rein rheumatologischer Sicht wäre ein Arbeitsversuch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu einem Pensum von 50 % zumutbar mit Steigerung bis 100 %, da keine somatischen Beschwerden vorliegen, welche eine Invalidität begründen würden. Ob aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit bestehe, müsse Dr. E.____ offen lassen (Urk. 12/11 S. 3).

3.4. Am 22. März 2007 fand eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Chirurgie, statt (Urk. 12/19 S. 1). Im gleichentags erstellten Bericht hielt er fest, die Beschwerdeführerin weise eine symmetrische freie Schulterfunktion auf. Beim Untersuchen der HWS klagte sie bereits bei sanfter Palpation

Über heftige Schmerzen. Die Beschwerdeführerin schildere einen diffusen heftigen Schmerz an der Halswirbelsäule und der umliegenden Muskulatur. Rotation und Seitwärtsneigung nach links seien um zirka einen Drittel eingeschränkt (Urk. 12/19 S. 2 unten). Die konventionellen Röntgenbilder dokumentierten keinen traumatisch bedingten Schaden. Dr. F. ___ gehe davon aus, es bestehe eine Blockwirbelbildung C1 beziehungsweise C2 bis C4. Er stimme der Einschätzung von Dr. E. ___ zu, dass bei der Beschwerdeführerin eine psychische Problematik mit Somatisierungstendenz im Vordergrund liege (Urk. 12/19 S. 3).

3.5 Auf Veranlassung von Dr. F. ___ wurde im Kantonsspital W. ___ am 17. April 2007 durch Dr. med. G. ___, Facharzt FMH für Radiologie, und Dr. med. H. ___, Assistenzarzt, ein MRI des Schädels durchgeführt (Urk. 12/24 S. 1). Das MRI habe eine normale Darstellung des Schädels ohne Hinweis auf traumatische Veränderungen ergeben. Ferner bestehe kein Hinweis auf eine traumatische Veränderung der HWS. Bezüglich des vorgefundenen grossen, abklärungsbedingten Tumors wurden weitere Abklärungen empfohlen (Urk. 12/24 S. 2 unten).

3.6 Am 31. Oktober 2007 wurde ein weiteres MRI des Schädels und der HWS durchgeführt. Im Bericht vom 1. November 2007 hielt Dr. med. I. ___, Facharzt FMH für Radiologie, fest, dass keine intraaxialen posttraumatischen Veränderungen, keine fokalen Hyperintensitäten und keine Glioseherde vorliegen würden. Das supra- und infratentorielles Hirnparenchym sei normal ausgelegt, es bestehe eine normale Weite der äusseren und inneren Liquorräume. Weiter lägen reizlose Meningen, geringgradige Schleimhautschwellung im Sinus frontalis rechts und im Sinus maximalis rechts sowie in den rechten Ethmoidzellen entsprechend einer Polysinusitis vor. Weiter bestehe ein harmonisches Alignment der zervikalen und hochthorakalen Wirbelkörper. Die Bandscheiben seien normal und es würde kein Hinweis auf ligamentäre und ossäre Verletzungen vorliegen. Ferner seien das zervikale Myelon und die paraspinalen Weichteilstrukturen normal. Der grosse Knoten auf Höhe C5-Th1 sei am ehesten ein grosser Strumaknoten mit regressiven Veränderungen (Urk. 12/34).

3.7 In einem Nachtrag zur kreisärztlichen Untersuchung vom 23. (richtig: 22.) März 2007 führte Dr. F. ___ im Bericht vom 15. November 2007 aus, gemäss des MRI des Schädels und der HWS vom 31. Oktober 2007 im Kantonsspital Winterthur habe ein traumatisch bedingter Schaden nicht nachgewiesen werden können. Organisch imponiere eine geringe Einschränkung der Rotation der HWS nach links sowie der Seitwärtsneigung nach links. Nach der geltenden Rechtsprechung zum Schleudertrauma und schleudertraumaäquivalenten Verletzungen sei die Beschwerdeführerin der Kategorie II zuzuordnen. Massgebend sei jedoch der administrativ-juristische Entscheid (Urk. 9/36).

3.8 In seinem Bericht vom 8. Januar 2008 diagnostizierte Dr. med. J. ___, Facharzt FMH für Neurologie, einen Status nach HWS-Trauma am 31. August 2006 und einen Verdacht auf eine chronische posttraumatische Belastungsstörung sowie keinen Hinweis auf eine traumatische Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems (Urk. 12/44 S. 1 Mitte). Er hielt in seiner Beurteilung fest, das Aktenstudium, die eingehende Befragung und auch die klinisch-neurologische Untersuchung hätten keine Hinweise darauf ergeben, dass durch den Unfall vom 31. August 2006 das zentrale oder periphere Nervensystem geschädigt worden wären. Dr. J. ___ stimme Dr. E. ___ und Dr. F. ___ zu und gehe ebenfalls von einer im Vordergrund stehenden psychischen Problematik aus (Urk.

12/44 S. 2 Mitte).

3.9. Im Bericht vom 18. Februar 2008 stellte der behandelnde Therapeut der Beschwerdeführerin, K.____, folgende Diagnose (Urk. 12/50 S. 1):

- posttraumatische Belastungsstörung
- Nervosität, Vergesslichkeit, Ängste, Schlafstörungen, Alpträume
- unsichere und instabile Persönlichkeit

Die Beschwerdeführerin sei seit 1. Februar 2007 bei ihm in Therapie. Anfangs habe sie mit verschränkten Armen und verkrampt im Sessel gesessen und nichts gesprochen. Ihr Mann habe jeweils alles übersetzen müssen. Sie habe immer wieder über starke Schmerzen geklagt. Allmählich sei es ihr zumutbar gewesen, alleine in die Therapiestunden zu kommen, und sie sei gesprächiger gewesen (Urk. 12/50 S. 2 oben). Sie erzählte, dass sie an vielen Formen von Angst leide. Sie habe immer wieder den Knall des Unfalls und könne nicht alleine zu Hause bleiben. Während der Spaziergänge habe sie Angst, wenn sie Autos habe. Am 10. Dezember 2007 sei sie zum ersten Mal mit ihrem Ehemann und unter Aufsicht von K.____ eine kleine Runde mit dem Fahrzeug auf dem Parkplatz gefahren. Trotz einer Therapie von beinahe einem Jahr befinde sich die Beschwerdeführerin immer noch in der Aufbauphase. Nur langsam könne sie das notwendige Vertrauen aufbauen, um mit ihren Ängsten umzugehen. Hinzu komme die Sprachbarriere. Die Ängste hätten somatische Auswirkungen. Die Therapie müsse regelmäßig, kontinuierlich und über längere Zeit geführt werden (Urk. 12/50 S. 2 Mitte).

3.10. In einem weiteren Bericht vom 2. Oktober 2008 verwies K.____ auf seinen Bericht vom 18. Februar 2008 (vgl. vorstehend Erw. 3.9). Ferner führte er zu den in diesem Bericht genannten Diagnosen aus, dass die dort aufgeführten Störungen direkte Folge der akuten Belastung und des Traumas der Beschwerdeführerin seien. Da die Beschwerdeführerin vor dem Unfall keine der genannten Symptome aufgewiesen habe, sei das Unfallereignis vom 31. August 2006 kausal für die vorliegenden Störungen (Urk. 3 S. 1 Ziff. 2). Bezüglich posttraumatischer Belastungsstörung hielt K.____ fest, das Unfallereignis sei als Verursacher der posttraumatischen Belastungsstörung anzusehen (Urk. 3 S. 2 oben Ziff. 2). Im Rahmen einer Umschulung oder durch eine Tätigkeit in einer geschützten Werkstatt könnten die Tagesstrukturen der Beschwerdeführerin wieder aufgebaut werden (Urk. 3 S. 2 Ziff. 3). Weiter sei sie längerfristig auf eine psychotherapeutische Begleitung angewiesen (Urk. 3 S. 2 Ziff. 4).

E. 4

4.1. Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass im Anschluss an das Unfallereignis vom 31. August 2006 vorerst Nackenschmerzen das Beschwerdebild der Beschwerdeführerin prägten. Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen hätten nicht vorgelegen (Urk. 12/3 Ziff. 4). Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von voraussichtlich sieben Tagen attestiert (Urk. 12/3 Ziff. 8). Jedoch bestätigen die medizinischen Beurteilungen, dass das Beschwerdebild im Anschluss an den Unfall vom 31. August 2006 frühzeitig von einer psychischen Komponente geprägt wurde, die im hier massgebenden Zeitpunkt der Leistungseinstellung (21. April 2008) eindeutig im Vordergrund gestanden hat.

So fÄhrte Dr. E.____ bereits drei Monate nach dem Unfall aus, es bestehe der dringende Verdacht auf eine posttraumatische BelastungsstÄrfung. Ferner fÄhrte er aus, er habe keine nennenswerten Pathologien finden kÄnnen. Die RÄntgenaufnahmen der HWS und der Thorax des Spitals C.____s wÄrden ein unauffÄlliges Beschwerdebild ergeben. Aus rein somatischer Sicht seien die von der BeschwerdefÄhrerin geltend gemachten Beschwerden nicht erklÄrbar. Im Vordergrund stÄnde eine psychische Genese mit Somatisierungstendenz. Ferner seien auch keine weiteren somatischen AbklÄrungen vorgesehen (Urk. 12/11 S. 2 f.). Auch med. pract. D.____ ging in seinem Bericht vom 10. November 2006 von einem depressiven Zustandsbild aus (Urk. 12/7 Ziff. 2).

Weiter stimmte Kreisarzt Dr. F.____ im Bericht vom 22. MÄrz 2007 Dr. E.____ zu, das im vorliegenden Fall eine psychische Problematik im Vordergrund stÄnde. Weiter hielt er fest, die RÄntgenbilder dokumentierten keinen traumatisch bedingten Schaden (Urk. 12/19 S. 3). Ferner bestehe eine erhebliche Schmerzempfindlichkeit. Bei der Untersuchung der HWS klage die BeschwerdefÄhrerin bereits bei sanfter Palpation Äber heftige Schmerzen. Sie schildere einen diffusen heftigen Schmerz an der HWS und der umliegenden Muskulatur. Rotation und SeitwÄrtsbewegung nach links seien um zirka einen Drittel eingeschrÄnkt (Urk. 12/19 S. 2 unten). Des Weiteren hat sich nach der Untersuchung des SchÄdels vom 17. April 2007 mittels MRI eine normale Darstellung des SchÄdels ergeben. Ferner bestehe kein Hinweis auf VerÄnderung der HWS (Urk. 12/24 S. 2 unten). Nach einem weiteren Untersuch des SchÄdels und der HWS am 31. Oktober 2007 mittels MRI seien keine posttraumatische VerÄnderungen, keine fokale HyperintensitÄten sowie keine Gliosherde erkennbar gewesen. Es bestehe kein Hinweis auf ligamentÄre und ossÄre Verletzungen (Urk. 12/34). Weiter kam auch Dr. J.____ in Äbereinstimmung mit Dr. E.____ und Dr. F.____ zum Schluss, dass das Hauptproblem psychischer Natur im Sinne einer posttraumatischen BelastungsstÄrfung sein dÄrfte (Urk. 12/44 S. 2 Mitte). Hiezu ist aber anzumerken, dass gemÄss ICD-10 F43.1 das Erleben einer lebensbedrohlichen, existenziellen GefÄhrdung fÄr die Diagnose einer posttraumatischen BelastungsstÄrfung vorausgesetzt wird, das heisst, dass allein AlptrÄume und AngstzustÄnde dÄfÄr nicht genÄgen. Sodann hielt K.____ fest, die BeschwerdefÄhrerin sei seit 1. Februar 2007 bei ihm in psychotherapeutischer Behandlung (Urk. 12/50 S. 2).

4.2 Die Vorbringen der BeschwerdefÄhrerin vermÄgen an diesem Beweisergebnis nichts zu Ändern, weshalb es - entgegen ihren diesbezÄglichen Vorbringen (Urk. 1) - angesichts der schlÄssigen medizinischen Aktenlage keiner zusÄtzlichen AbklÄrung bedarf. Von ergÄnzenden Beweismassnahmen oder der RÄckweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Einholung eines medizinischen Gutachtens ist daher abzusehen (antizipierte BeweiswÄrdigung; BGE 124 V 94 Erw. 4b, 122 V 162 Erw. 1d mit Hinweis; RKUV 2006 Nr. U 578 S. 176 Erw. 3.6).

4.3 DemgemÄss ist gestÄtzt auf diese medizinischen EinschÄtzungen davon auszugehen, dass mit hÄchster Wahrscheinlichkeit bereits kurz nach dem Unfall die psychisch bedingten Beschwerden der BeschwerdefÄhrerin dominant waren. Dies umso mehr, als zum sogenannten ÄbuntenÄ Beschwerdebild eine HÄufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und GedÄchtnisstÄrfungen, Äbelkeit, rasche ErmÄdbarkeit, VisusstÄrfungen, Reizbarkeit, AffektlabilitÄt, Depression, WesensverÄnderung usw. (BGE 117 V 360

Erw. 4a) vorausgesetzt wird, was vorliegend nicht der Fall ist (vgl. Urk. 12/3 Ziff. 4). Daher hat die Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs - entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 8) - nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur psychischen Fehlentwicklung nach Unfällen, wie sie in BGE 115 V 133 umschrieben wurde, zu erfolgen.

E. 5

5.1 Im Hinblick auf die Adäquanzprüfung ist zuerst die Schwere des Unfallereignisses zu wärdigen. Gemäss dem Bericht der Kantonspolizei Zürich vom 1. September 2006 (Urk. 12/23) und der biometrischen Kurzbeurteilung vom 18. Januar 2008 (Urk. 12/45) ist die Beschwerdeführerin mit ihrem Fahrzeug nach einer Streifkollision mit einem anderen von rechts kommenden Fahrzeug gegen die angrenzende Liegenschaft geprallt (Urk. 12/23 S. 4 ff., Urk. 12/45 S. 1 f.).

Laut biomechanischer Kurzbeurteilung vom 18. Januar 2008 (Urk. 12/45) sei aufgrund der zur Verfügung stehenden Informationen davon auszugehen, dass das Fahrzeug der Beschwerdeführerin durch die Frontalkollision mit der Liegenschaftsfassade eine Geschwindigkeitsänderung (Δv) im Sinne einer Verlangsamung erfuhr, die innerhalb oder oberhalb eines Bereiches von 20 - 30 km/h gelegen haben dürfte. Die Beschwerdeführerin habe sich daher relativ zu ihrem Fahrzeug nach vorne bewegt (Urk. 12/45 S. 2 Mitte). Die Experten der Arbeitsgruppe für Unfallmechanik hielten weiter fest, dass frontale Kollisionen auf die HWS grundsätzlich einen günstigeren Bewegungsablauf haben und eine geringere Belastung bewirken als Heckkollisionen (Urk. 12/45 S. 3 Mitte). In den Akten bestehe ein Hinweis auf einen Kopfanprall am Lenkrad; dies sei jedoch widersprüchlich, so dass darauf nicht einzugehen sei. Aus biomechanischer Sicht ergebe sich hier aufgrund der technischen Triage und der medizinischen Unterlagen, dass die anschliessend an das Ereignis bei der Beschwerdeführerin festgestellten Beschwerden der HWS und die Befunde durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall erklärbar seien (Urk. 12/45 S. 4 oben).

Aufgrund dieser Umstände ist der Unfall zu den mittelschweren Ereignissen zu zählen. Mit Blick auf die Rechtsprechung kann der Unfall nicht als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Unfällen qualifiziert werden. Ein solcher wurde angenommen bei einem Reifenplatzer auf der Autobahn bei ca. 95 km/h mit anschliessendem Überschlagen des Fahrzeugs aufs Dach; bei Überschlagen eines Fahrzeuges infolge Reifenplatzer mit Kontusionen an Thorax, Schultern und Halswirbelsäule; bei Herausschleudern eines Versicherten durch das Fenster eines Autos nach Frontalzusammenstoss, wobei er mit dem Bein bis zur Hüfte im umgestürzten Wagen eingeklemmt blieb und sich eine Gehirnerschütterung, eine Kopfverletzung, einen Mittelhandbruch und Verletzungen in der Leistengegend zuzog (RKUV 2005 S. 325).

5.2 Ferner kann offengelassen werden, ob das Unfallereignis als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten oder als mittelschwer im engeren Sinne anzusiedeln ist, denn in beiden Fällen ist für die Bejahung der Adäquanz gefordert, dass ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien (besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls; Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung; ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; körperliche Dauerschmerzen; ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; erheblicher Grad und lange Dauer der

psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit) in besonders ausgeprägter Weise gegeben ist oder die zu berücksichtigenden Kriterien insgesamt in gehäuft oder auffälliger Weise erfüllt sind (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb; vgl. Erw. 1.2).

E. 6

6.1 Die Beschwerdeführerin machte geltend, der Unfall habe sie völlig aus der Bahn geworfen und zudem zu massiven Angstzuständen geführt, an denen sie bis heute leide. Der Unfall sei für die Beschwerdeführerin insgesamt sehr eindrücklich gewesen (Urk. 1 S. 9 Mitte).

Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindruckslichkeit des Unfalls gegeben sind, beurteilt sich objektiv und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens beziehungsweise Angstgefühls der versicherten Person (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207 Erw. 3b/cc; Urteile U 503/06 vom 7. November 2007, Erw. 7.1, und U 67/06 vom 31. Januar 2007, Erw. 5.2). Dieses Kriterium ist hinsichtlich des Unfalls vom 31. August 2006 nicht erfüllt. Hieran ändert die subjektive Vorstellung und Fassung der Beschwerdeführerin nichts.

6.2 Die Beschwerdeführerin hat keine schweren Verletzungen und insbesondere keine Verletzungen erlitten, die erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

Das Kriterium ist demnach nicht erfüllt.

6.3 Zur möglicherweise ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist die Art und Intensität der Behandlung von Bedeutung sowie die Frage, inwieweit davon noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist und ob von einer kontinuierlichen, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichteten ärztlichen Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer gesprochen werden kann (Entscheid des EVG i.S. B. vom 20. Oktober 2006 Erw. 3.2.3, U 488/05, mit Hinweisen).

Der Unfall hat sich im August 2006 ereignet. Im Bericht vom 30. November 2006 von Dr. E. wurden keine somatischen Therapieempfehlungen gemacht; er empfehle eine psychiatrische Therapie (Urk. 12/11 S. 2 f.). Auch die anderen Ärzte führten aus, dass kein somatischer behandlungsbedürftiger Befund mehr vorliege. Dies lässt darauf schliessen, dass die darüber hinausgehende Behandlung sich ausschliesslich auf die psychischen Beschwerden, was auch gestützt auf den Bericht vom 18. Februar 2008 von K. ersichtlich ist, richtet. Die psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit wird jedoch bei der Adäquanzprüfung nicht miteinbezogen.

Das Kriterium kann deshalb nicht als erfüllt betrachtet werden.

6.4 Hinsichtlich Arbeitsunfähigkeit führte die Beschwerdeführerin aus, sie sei nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 1 S. 11 Mitte).

Vorliegend ist die Beschwerdeführerin gemäss Dr. E. bereits kurz nach dem Unfall aus rheumatologischer Sicht in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 50 % mit Steigerung bis 100 % arbeitsfähig (Urk. 12/11 S. 3). Bereits gestützt auf die Ausführungen von Dr. E. kann nicht von einer unfallbedingten, lange andauernden Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Ferner werden in den

späteren ärztlichen Beurteilungen nur noch psychische Beschwerden aufgeführt und jeweils festgehalten, dass die geltend gemachten Beschwerden organisch nicht erklärbar seien. Für eine allenfalls später vorliegende Leistungseinbusse konnten somit keine unfallbezogenen organischen Ursache ausgemacht werden. Die Tatsache, dass das Beschwerdebild frühzeitig durch eine psychische Komponente geprägt ist und keine traumatischen Veränderungen vorliegen, führt zum Schluss, dass das Kriterium der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit vorliegend zu verneinen ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Daher ist dieses Kriterium nicht erfüllt.

6.5 Ä Ä Ä Ä Für das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen gilt das Gleiche. Betrachtet man nur die physisch bedingten Leiden, so muss das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen als nicht erfüllt qualifiziert werden. Diese müssen zwar vorhanden sein, sind aber hauptsächlich psychisch bedingt, was sich aus den ärztlichen Berichten ergibt (vgl. vorstehend Erw. 3.1-3.9).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit ist das Kriterium der Dauerschmerzen zu verneinen.

6.6 Ä Ä Ä Ä Weiter sind aus den Akten auch keine Anzeichen für eine ärztliche Fehlbehandlung, die die körperlichen Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, oder einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen ersichtlich. Dies wurde von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht.

6.7 Ä Ä Ä Ä Zusammengefasst ergibt sich, dass keines der massgebenden Kriterien in ausgeprägter Art erfüllt ist, oder mehrere Kriterien in gehäuft oder auffälliger Weise erfüllt sind. Somit ist die Adäquanz des Kausalzusammenhanges zwischen den Beschwerden im Zeitpunkt der Leitungseinstellung (21. April 2008) und dem am 31. August 2006 erlittenen Unfall zu verneinen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit erweist sich der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin als rechtens, und die Beschwerde ist daher abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt lic. iur. Werner Bodenmann

- Rechtsanwältin Barbara Klett

- Bundesamt für Gesundheit

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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.