

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00155 vom 8. Februar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-02-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00155

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00155 du 8 février 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00155 del 8 febbraio 2011

Erwägungen

E. 3

3.1. Gemäss dem Rapport der Stadtpolizei M.____ vom 18. Januar 2007 habe die Beschwerdeführerin am 18. Januar 2007 beim Überqueren der Tramgeleise ein bei der Haltestelle einfahrendes Tram übersehen. Sie sei vom Tram erfasst worden und auf den Boden zwischen den beiden Tramzügen gestürzt. Als sie wieder aufgestanden sei, habe ihr der Tramführer geholfen, ins Tram zu steigen (Urk. 7/65 S. 3 f., vgl. auch Urk. 7/1 Ziff. 6).

Die Beschwerdeführerin selber beschrieb den Unfallhergang in einer Stellungnahme vom 21. September 2008 dahingehend, sie habe die Tramgeleise überquert und dabei bemerkt, dass eine Tasche mit Arbeitskleidern fehle. Sie habe sich nach links umgedreht und ein bis zwei Schritte gemacht. Plötzlich sei ein Tram auf sie zugerast. Sie habe keine Warnsignale gehört. Sie sei mit dem Kopf und dem ganzen Körper auf die Tramscheibe geknallt und anschliessend auf den Boden zwischen zwei Trams gestürzt (Urk. 7/99 Ziff. 1.1).

3.2. Die Erstbehandlung erfolgte im Stadtspital C.____ (Urk. 7/48-49).

Nach einem Bericht der Ärzte, Stadtspital C.____, über die ambulante Behandlung vom 18. Januar 2007 sei die Beschwerdeführerin am Morgen auf dem Weg zur Physiotherapie bei chronischen Rücken-/Beinschmerzen von einem an der Haltestelle einfahrenden Tram an der linken Körperseite erfasst worden. Dabei sei sie nach hinten umgestürzt und habe sich den Kopf angeschlagen. Die Beschwerdeführerin sei nicht bewusstlos gewesen. Sie habe keine Amnesie, keinen Schwindel oder Übelkeit, keine Schmerzen an der Halswirbelsäule oder Kopfschmerzen. Es bestehe keine offensichtliche Blutung. Subjektiv bestehe ein Schmerzgefühl im linken Ellenbogengelenk (Urk. 7/48 oben).

Die Ärzte nannten in dem Bericht als Diagnosen eine Contusio des Kopfes und ein Hämatom hochoccipital links, eine Contusio des linken Handgelenks und eine minim dislozierte Meiselfraktur des Radiusköpfchens links (Urk. 7/48 unten). Es bestehe eine Druckdolenz im Bereich des linken Handgelenkes, ohne motorische Einschränkungen. Im linken Ellenbogengelenk bestehe ein Beugedefizit mit federndem Anschlag. Im Verlauf sei es zu einer Anschwellung und einem Streckdefizit gekommen (Urk. 7/48).

Die Ärzte attestierten der Beschwerdeführerin ab dem 18. Januar bis 2. Februar 2007 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 7/49 Ziff. 8). Der Abschluss der Behandlung werde voraussichtlich in drei Wochen erfolgen (Urk. 7/49 Ziff. 10). Die

Ärzte bestätigten in weiteren Arztzeugnissen eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 2. Februar bis 8. März 2007 (Urk. 7/21-23).

3.3 Vom 28. Februar bis 14. März 2007 fanden drei Konsultationen bei Dr. med. D. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, im Sinne einer Krisenintervention statt (Urk. 3 S. 1 oben).

Dr. D. ____ nannte in einem Bericht vom 27. März 2007 als Diagnosen eine Anpassungsstörung mit Angst, leichter Depressivität und Anspannung mit Zeichen einer leichten posttraumatischen Belastungsstörung (Nachhallerinnerungen im Verkehr, Vermeidung von Stichworten, die an den Unfall erinnern könnten, Urk. 3 S. 1 oben). Die Beschwerdeführerin gebe an, sie habe Angst, von etwas GROSSEM überfahren zu werden. In der Nacht habe sie Angst, die Augen zu schliessen, und Angst, von Arbeitskolleginnen zum Unfallereignis befragt zu werden (Urk. 3 S. 1).

Grundsätzlich bestehe eine günstige Prognose. Eine psychopharmakologische Behandlung sei nicht indiziert (Urk. 3 S. 2 Mitte).

3.4 Die Beschwerdeführerin wurde am 5. und 20. April 2007 durch Dr. med. E. ____, Fachärztin Neurologie FMH, untersucht (Urk. 7/51 S. 1).

Dr. E. ____ nannte in einem Bericht vom 25. April 2007 als Diagnosen (Urk. 7/51 S. 1):

- Status nach Unfall am 18. Januar 2007 mit/bei
- Kopfanprall links parietal, Kontusionen an Handflächen und am linken Oberschenkel
- Radiuskopffraktur, konservativ behandelt
- residual muskuloskelettales Schmerzsyndrom (Überlappung mit radikularem Reizsyndrom bei Diskushernie bei C4/5 und C5/6 links möglich)
- Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung
- Diskusprotrusion auf Höhe des Brustwirbels 11/12 ohne Wurzelkompression
- Diskusprotrusion auf Höhe von L5/S1 rechts ohne Wurzelkompression, klinisches oder elektrophysiologisches Korrelat.

Unmittelbar nach dem Aufprall habe sie stärkste Kopfschmerzen gehabt. Es sei eine Ruhigstellung des Ellenbogengelenkes in einer dorsalen Gipsschiene in 90° für eine Woche erfolgt. Danach sei eine Physio- und Ergotherapie eingeleitet worden (Urk. 7/51 S. 3 oben).

Die detaillierte neurologische Untersuchung habe kooperationsunabhängig keine pathologischen Befunde ergeben. Die von der Beschwerdeführerin angegebene Schmerzsymptomatik im Bereich der mittleren Brustwirbelsäule und in den Armen und Fingern sei unter Berücksichtigung der übrigen klinischen und elektrophysiologischen Befunde mit Überwiegender Wahrscheinlichkeit weichteilrheumatischer Genese. Aufgrund des klinischen Eindruckes stehe eine erhebliche Verarbeitungsstörung im Vordergrund (Urk. 7/51 S. 1 f.).

3.5 Dr. E. ____ antwortete in einem Bericht vom 25. Juli 2007 auf die Fragen der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/57). Auf die Frage, weshalb der status quo ante noch nicht erreicht sei, antwortete Dr. E. ____, soweit aus neurologischer Sicht beurteilbar werde der

Heilungsverlauf neben den fortbestehenden muskuloskelettalen Schmerzen durch eine Verarbeitungsstörung verzögert. Der Verdacht sei durch eine fachärztliche psychiatrische Beurteilung zu evaluieren (Urk. 7/57 Ziff. 3.1). Die Prognose sei aus neurologischer Sicht bei aktuell normalen neurologischen und elektrophysiologischen Befunden günstig (Urk. 7/57 Ziff. 3.3). Im Hinblick auf die Untersuchung (Kernspintomographie der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule) vom 17. April 2007 (vgl. Urk. 7/50) antwortete Dr. E., unter Berücksichtigung der Anamnese und der aktuellen Befunde, wonach keine Hinweise für eine radikuläre Schädigung beständen, sei anzunehmen, dass der Befund der Kernspintomographie keinen kausalen Zusammenhang zu den Unfallfolgen habe (Urk. 7/57 Ziff. 4.1).

Bei dem Unfall vom 18. Januar 2007 handle es sich überwiegend wahrscheinlich um eine Ursache für die Gesundheitsstörung (Urk. 7/57 Ziff. 4.2). Auf die Frage, ob die durch den Unfall mindestens überwiegend wahrscheinlich mitverursachten Gesundheitsstörungen früher oder später auch ohne den Unfall im heutigen Ausmass aufgetreten wären, antwortete Dr. E., wahrscheinlich nicht im heutigen Ausmass (Urk. 7/57 Ziff. 4.3).

3.6 Nach einem Bericht des behandelnden Arztes, Dr. med. F., vom 28. August 2007 sei die Wiedereingliederung der Beschwerdeführerin in den Arbeitsablauf wünschenswert und zum jetzigen Zeitpunkt medizinisch vertretbar (Urk. 7/61 S. 2 Ziff. 6.2). Die Beschwerdeführerin sei in ihrer Leistungsfähigkeit nach wie vor eingeschränkt, insbesondere bei länger anhaltenden einseitigen Belastungen mit langem Stehen, Sitzen und Heben. Eine zeitliche Begrenzung zwischen einer halben und einer Stunde sollte daher nicht überschritten werden. Ein Arbeitsversuch mit einem Arbeitspensum von 3 ½ Stunden pro Tag mit zwischenzeitlichen Pausen von zirka einer halben Stunde sei mit mässigem Erfolg verlaufen. Es sei ein weiterer Arbeitsversuch unter Reduktion der zeitlichen Belastung und Vermeidung von einseitigen Belastungen durchzuführen (Urk. 7/61 S. 3 Ziff. 6.4-6.5).

3.7 Die Beschwerdeführerin wurde sodann in der interdisziplinären Schmerzprechstunde im Universitätsspital G. (G.) untersucht. Die Ärzte des G. führten in einem Bericht von 5. März 2008 (Urk. 7/92 S. 1) aus, die Beschwerdeführerin benenne eine Reihe an sich typischer Symptome wie Hyperarousal und Albträume, wie sie nach traumatisierenden Ereignissen häufig berichtet würden. Die Intensität der Beschwerden sei im Verlauf der letzten Monate rückläufig (Urk. 7/92 S. 3 unten). Bei der Beschwerdeführerin mit Migrationshintergrund bestehe seit dem Unfall ein chronisches Schmerzsyndrom mit Betonung cervikocephaler Kopfschmerzen. Im Kernspintogramm der spinalen Achse vom April 2007 zeigten sich diesbezüglich multisegmentale leichte bis mittelgradige Bandscheibenprotrusionen cervical und lumbal mit lediglich leichtgradiger Einengung der Nervenwurzel L5/S1 rechts. Klinisch neurologisch zeige die Beschwerdeführerin keine zuordenbaren fokale neurologischen Ausfälle (Urk. 7/92 S. 4 oben). Aus psychiatrischer Sicht leide die Beschwerdeführerin an verschiedenartigen körperlichen Symptomen, wobei sie auffallend wenig emotional beteiligt sei beziehungsweise emotionale Aspekte des Unfallgeschehens und der Unfallfolgen abspalte. Unklar bleibe, ob sie tatsächlich ein Schädel-Hirntrauma oder eine Schädelprellung erlitten habe. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht sei ein abklingendes posttraumatisches Störungsbild zu diskutieren (Urk. 7/92 S. 4 oben).

3.8 Die Beschwerdeführerin wurde im Auftrag der Beschwerdegegnerin am 14. und 16. Mai 2008 im Institut für A. (A.) neurologisch und psychiatrisch untersucht (Urk. 7/98 S. 1). Das Gutachten datiert vom 22. August 2008 und ist von Dr. med. H., Facharzt für Neurologie FMH, und Dr. med. I., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, unterzeichnet. Das Gutachten beruht auf den dem A. zur Verfügung gestellten Akten und den Untersuchungen der Fachärzte.

Die Gutachter stellten folgende Diagnosen (Urk. 7/98 S. 18 unten):

Status nach Sturz am 18. Januar 2007 mit/bei

- Contusio capitis, Commotio cerebri nicht sicher auszuschliessen
- Contusio Handgelenk links
- Radiusknochenfraktur links
- sekundäre Schmerzchronifizierung bei
- Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, weitgehend remittiert (gewisser Freudverlust noch vorhanden)
- posttraumatische Belastungsstörung, weitgehend remittiert, allenfalls noch leichtgradig
- gemischte Angststörung

Die Gutachter führten aus, die Beschwerdeführerin gebe an, sie habe heute, im Vergleich zum Unfall, wieder mehr Kraft. Sie könne die Hand besser bewegen, könne besser laufen und schlafen und habe insgesamt weniger Schmerzen. Auch die Ängste seien nicht mehr so extrem wie nach dem Unfall vorhanden. Durch die verschiedenen Therapien seien ihre Beschwerden etwas besser geworden. Allerdings sei sie noch nicht gesund genug, um arbeiten zu können (Urk. 7/98 S. 6 unten). Die Beschwerdeführerin berichte, dass sie unter ständigen Schmerzen am ganzen linken Arm, am Schultergürtel, am Kopf, im Bereich der Halswirbelsäule sowie lumbal leide. Sie könne deswegen fast nichts machen. Die linke Hand sei immer noch sehr stark betroffen, mittlerweile jedoch etwas besser dank Ergo- und Physiotherapie. Nach wie vor verursache eine Belastung der linken Hand gewaltige Schmerzen am gesamten linken Arm sowie im Nacken und am Hinterkopf. Die Hand sei auch ungeschickt und beginne manchmal zu zittern (Urk. 7/98 S. 7 oben). Seit dem Unfall seien drei Arbeitsversuche erfolgt. Auch der dritte Versuch im Dezember 2007 sei gescheitert (Urk. 7/98 S. 9 unten).

Die Halswirbelsäule sei in der Untersuchung für Rotation, Seitneigung und Inklination/Reklination ohne Einschränkung beweglich (Urk. 7/98 S. 11 Mitte). Die Beschwerdeführerin zeige in der Untersuchung ein groteskes Gangbild mit angedeuteten Stürzen, mit jedoch sicheren Ausweich- und Auffangbewegungen. (Urk. 7/98 S. 11 unten).

Zusammenfassend berichte die Beschwerdeführerin über persistierende Beschwerden körperlicher wie kognitiver Art, insbesondere über eine Verlangsamung des Denkens und motorische Probleme mit der linken Hand und beim Gehen sowie über Schmerzen am gesamten Körper mit Ausnahme der Brustwirbelsäule (Urk. 7/98 S. 19 Mitte). Die heutige klinisch-neurologische Untersuchung zeige einen unauffälligen Status ohne sensomotorische Auffälle und ohne Hinweise für unwillkürliche Bewegungen oder eine Erkrankung des

extrapyramidalen Systems. Für das geschilderte intermittierende Zittern des linken Armes seien keine Hinweise für eine organische Genese, insbesondere für eine extrapyramidale Bewegungsstörung, zu finden (Urk. 7/98 S. 19 unten). Bei einer Contusio capitis und fraglicher kurzer Bewusstlosigkeit könne eine durchgemachte Commotio cerebri nicht ausgeschlossen werden. Die Folgen (sog. postcommotionelles Syndrom) würden normalerweise im Verlauf von Wochen bis Monaten abklingen. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Störungen von Gedächtnis und Konzentration, die teilweise bei der Begutachtung zu beobachten gewesen seien, seien am ehesten im Rahmen der chronischen Schmerzen und der psychiatrischen Symptomatik zu interpretieren (Urk. 7/98 S. 20 oben).

Die den ganzen Körper mit Ausnahme der Brustwirbelsäule betreffenden Schmerzen, das beschriebene Zittern des Kopfes und der Arme und Hände, die generalisierte Kraftlosigkeit nach Physiotherapie und Kernspintomographie-Untersuchung und insbesondere die groteske und offenbar nur situationsabhängig auftretende Gangstörung liessen sich somatisch durch die unfallbedingt erlittenen Verletzungen nicht erklären. Aus psychiatrischer Sicht erschienen die Beschwerden im Zusammenhang mit den diagnostizierten psychiatrischen Störungen plausibel (Urk. 7/98 S. 26 f. Ziff. 5). Die Beschwerdeführerin habe den Zusammenstoss mit einer Strassenbahn aus psychiatrischer Sicht als sehr stark lebensgefährlich und als Schock erlebt (Urk. 7/98 S. 27 Ziff. 6 oben). Für die Chronifizierung der Schmerzen spiele neben den bekannten allgemeinen Faktoren (Migration, wenig Bildungschancen) wahrscheinlich auch die subjektiv wenig unterstützend erlebte medizinische Behandlung eine Rolle. Dazu komme eine psychiatrische Komorbidität bei einer initial leichten posttraumatischen Belastungsstörung, einer depressiven Anpassungsstörung, vielen Ängsten sowie bestimmten ungünstigen Persönlichkeitsfaktoren (überangepasst, Delegation von Verantwortung an Ärzte und an die Versicherung, starke Leistungsorientierung), welche allerdings per se nicht als pathologisch anzusehen seien (Urk. 7/98 S. 27 Ziff. 6 unten). Die beschriebenen psychischen Störungen seien weitgehend als psychogen, das heisst als durch den Unfall verursachte psychische Reaktion zu verstehen (Urk. 7/98 S. 28 Ziff. 9). Auf die Frage nach dem Vorliegen des status quo ante oder des status quo sine antworteten die Gutachter, ein psychiatrischer status quo ante werde allenfalls erreicht sein, wenn die vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen erfolgreich seien (Urk. 7/98 S. 28 Ziff. 10.6). Ein stationärer Aufenthalt in einer psychosomatischen Einrichtung sei indiziert. Zudem sei eine regelmässige und verbindliche ambulante psychiatrische Behandlung zu errichten (Urk. 7/98 S. 30 Ziff. 13). Insgesamt bestehe aktuell weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit eine verwertbare Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/98 S. 30 Ziff. 16.1). Die zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer angestammten und angepassten Tätigkeit betrage aktuell weniger als 10 % (Urk. 7/98 S. 31 Ziff. 16.2).

3.9 Die Beschwerdeführerin reichte dem Gericht sodann einen Bericht von Dr. med. J. ____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie (so sein Briefkopf), vom 28. Juli 2009 ein (Urk. 10).

Dr. J. ____, nannte in dem Bericht als Diagnosen einen Status nach einem Tramunfall am 18. Januar 2007 mit Kopfanprall links parietal und Radiuskopffraktur links; anhaltende cervico-cephale Beschwerden, ein intermittierendes Zittern der linken Hand und einen Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (Urk. 10 S. 1).

Dr. J. ___ führte zur Anamnese aus, nach dem Unfall seien ständige Nacken- und Kopfschmerzen und Schmerzen im oberen Bereich der Brustwirbelsäule sowie Schmerzen im linken Arm geblieben. Dann trete immer wieder ein Zittern der linken Hand auf. In der Nacht erwache die Beschwerdeführerin mehrmals wegen der Schmerzen. Sie gebe auch Angst- und Panikgefühle und wiederkehrende Erinnerungen an die Kollision an (Urk. 10 S. 1 unten). Betreffend des Kopftraumas gebe die Beschwerdeführerin eine kurze Bewusstlosigkeit an. Es sei somit von einer leichten Commotio cerebri auszugehen. Hinweise für eine fassbare Läsion seien nicht zu finden (Urk. 10 S. 2 oben).

Es bestehe ein cervico-cephales Schmerzsyndrom mit Verdacht auf neuropsychologische Defizite bei einem Status nach einem Trauma mit einer Distorsion der Halswirbelsäule. Bei einem cervico-cephalen Schmerzsyndrom mit neuropsychologischen Defiziten handle es sich um ein typisches Beschwerdebild bei Status nach einem Trauma mit einer Distorsion der Halswirbelsäule. Klinisch bestehe ferner eine Commotio cerebri. Die Beschwerdeführerin leide unter den typischen postcommotionalen Beschwerden. Diese seien per Definition als Unfallfolgen zu betrachten (Urk. 10 S. 2 Ziff. 2.1-2.2 unten). Die Beschwerdeführerin zeige im Weiteren die typischen klinischen Zeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Hyperarousal, flash backs und Vermeidungsverhalten (Urk. 10 S. 3 Ziff. 3).

4.1

Die Beschwerdeführerin hat sich bei dem Unfall vom 18. Januar 2007 im Wesentlichen eine Contusio capitis, eine Kontusion des Handgelenkes links und eine Radiusköpfchenfraktur links zugezogen. Nicht auszuschließen ist, dass sie bei dem Unfall auch eine Commotio cerebri erlitten hat. Nach dem A. ___-Gutachten ist es in psychiatrischer Hinsicht in Folge des Unfalles zu einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (zum Zeitpunkt der Begutachtung weitgehend remittent), einer posttraumatischen Belastungsstörung (weitgehend remittent) und einer gemischten Angststörung gekommen (Urk. 7/98 S. 23 Ziff. 3 unten).

Die Beschwerdeführerin beantragte in der Beschwerde ergänzend eine neuropsychologische Abklärung (Urk. 1 S. 8 Ziff. 14). Nach den erfolgten umfangreichen Abklärungen ist unbestritten, dass zwischen den Beschwerden und dem Unfall ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Von weiteren Abklärungen des medizinischen Sachverhalts sind daher keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb auf die beantragte neuropsychologische Abklärung zu verzichten ist.

Die Beschwerdegegnerin gewährte der Beschwerdeführerin im Hinblick auf die Einstellung der Versicherungsleistungen in einem Schreiben vom 27. November 2008 das rechtliche Gehör (Urk. 7/105). Nachdem sich die Beschwerdeführerin zu der vorgesehenen Einstellung der Leistungen äussern konnte, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fall gestützt auf das Gutachten des A. ___ vom 22. August 2008 auf den 1. September 2008 abgeschlossen hat und sie zur Prüfung der Adäquanz übergegangen ist.

4.3

Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden ist wie folgt zu differenzieren (BGE 127 V 103 Erw.

5b/bb): Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 Erw. 3; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (vgl. dazu: BGE 117 V 360 Erw. 4b) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten (BGE 123 V 99 Erw. 2a; RKUV 2002 Nr. U 465 S. 438 f. Erw. 3a und b).

Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule oder einer äquivalenten Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Bundesgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1; ferner BGE 134 V 127 Erw. 10.2 f.).

4.3.2 Gestützt auf die medizinischen Akten ist nicht auszuschliessen, dass sich die Beschwerdeführerin bei dem Unfall vom 18. Januar 2007 ein Schädel-Hirntrauma zugezogen hat. Wie namentlich die Begutachtung im A. ___ ergab, sind die noch bestehenden Beschwerden jedoch psychisch bedingt und standen von Beginn an im Vordergrund. Die Prüfung der Adäquanz hat daher nach der mit BGE 115 V 133 entwickelten Rechtsprechung zu erfolgen.

4.4 Die Beschwerdeführerin wurde am 18. Januar 2007 beim Überqueren der Tramgeleise von einem Tram angefahren und fiel anschliessend zu Boden. Wie dargelegt (vgl. Erw. 1.4 hiervor), kommt es bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle gerade nicht auf das subjektive Erleben des betroffenen Versicherten an. Vorliegend konnte die Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Unfall wieder aufstehen, worauf ihr der Tramchauffeur half, ins Tram zu steigen (Urk. 7/65 Polizeirapport S. 4). Der Unfall ist nach Lage der Akten daher dem mittleren Bereich an der Grenze zu den leichten Unfällen zuzuordnen. Das Vorliegen des adäquaten Kausalzusammenhangs ist daher aufgrund der von der Rechtsprechung für Unfälle aus dem mittleren Bereich entwickelten Kriterien (vgl. Ziff. 1.5) zu beurteilen.

Die Beschwerdeführerin machte geltend, sie sei bei der Kollision an der Scheibe des Trams geklebt und habe Todesängste erlitten (Urk. 1 S. 6 Ziff. 11 oben). Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin ist bei objektiver Betrachtung indes nicht von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindringlichkeit des Unfalls auszugehen, auch wenn die Beschwerdeführerin das Ereignis subjektiv als bedrohlich empfunden haben mag. Die Beschwerdeführerin erlitt bei dem Unfall verschiedene Kontusionen, eine Radiusknochenfraktur links sowie mutmasslich eine Commotio cerebri. Von einer besonderen Schwere oder einer besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist damit nicht auszugehen. Auch kann bei einer Behandlung von rund zwei Jahren bis zum Abschluss des Falles durch die

Beschwerdegegnerin (der Arztbericht von Dr. J.____ datiert vom 28. Juli 2009, Urk. 10) nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung gesprochen werden.

Die Beschwerdeführerin beklagte anlässlich der Begutachtung im A.____ ständige Schmerzen am ganzen linken Arm, am Schultergürtel, am Kopf, im Bereich der Halswirbelsäule sowie lumbal (Urk. 7/98 S. 7 oben). Das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen ist nach den glaubhaften Schilderungen der Beschwerdeführerin grundsätzlich zu bejahen. Anzeichen für eine ärztliche Fehlbehandlung liegen dagegen nicht vor.

Nach Lage der Akten fehlt es an erheblichen Komplikationen. Ob gegebenenfalls von einem schwierigen Heilungsverlauf auszugehen ist, kann offen bleiben, da das Kriterium "schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen" überwiegend als nicht erfüllt anzusehen ist.

Die A.____-Gutachter attestierten der Beschwerdeführerin eine psychisch bedingte volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/98 S. 30 Ziff. 16.1). Indessen fehlt es jedenfalls an einer besonders langen Dauer der Arbeitsunfähigkeit bis zum Zeitpunkt des Fallabschlusses, so dass auch das Kriterium einer besonderen psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt ist. Da nur das Kriterium der körperliche Dauerschmerzen und allenfalls das Kriterium eines schwierigen Heilungsverlaufes und erheblicher Komplikationen erfüllt sind, aber auch diese nicht in ausgeprägter Weise, sind die Kriterien überwiegend nicht erfüllt. Es fehlt daher an einem adäquaten Kausalzusammenhang der noch bestehenden Beschwerden zum Unfall vom 18. Januar 2007.

Zusammenfassend fehlte es zum Zeitpunkt der Einstellung der gesetzlichen Versicherungsleistungen auf den 1. September 2008 durch die Beschwerdegegnerin an einem adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den noch bestehenden Beschwerden und dem Unfall vom 18. Januar 2007. Der Einspracheentscheid vom 18. März 2009 erweist sich damit als rechens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Hans Hegetschweiler, unter Beilage einer Kopie von Urk. 13

- SWICA Versicherungen AG

- Bundesamt für Gesundheit

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.