

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00162 vom 25. Oktober 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-10-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00162

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00162 du 25 octobre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00162 del 25 ottobre 2010

Erwägungen

E. 2

2.1. Im Folgenden ist der für die Kausalitätsbeurteilung massgebende medizinische Sachverhalt zu präzisieren.

2.2. Die Ärzte des Spitals A. ____, Klinik für Unfallchirurgie (nachfolgend: A. ____), stellten in der Zusammenfassung der Krankengeschichte vom 26. Mai 2006 (Urk. 7/6) fest, dass die Beschwerdeführerin vom 7. Mai 2006 bis zum 29. Mai 2006 im Spital A. ____ hospitalisiert gewesen sei. Bei Spitaleintritt sei die Beschwerdeführerin in einem stabilen Allgemeinzustand und allseits orientiert gewesen und es seien 15 Punkte gemäss der Glasgow-Koma-Skala (GSC) gemessen worden. Die Ärzte des A. ____ stellten die folgenden Diagnosen:

- leichtes Schädelhirntrauma mit
- Comotio cerebri
- nicht dislozierter Fraktur des Okziput rechts
- stabile Kondylenfraktur der Schädelbasis rechts
- Gesichtsschädelverletzung mit Tripodfraktur
- Platzwunde Augenbraue links
- Fraktur des linken Schulterblattes
- offene, dislozierte Unterarmfraktur links
- offene, distale Mittelhandknochenfrakturen links
- subtotale Amputation des rechten Daumenendgliedes

Die Fraktur des Schulterblattes und die Frakturen der Mittelhandknochen seien mittels Osteosynthese, die Unterarmfraktur mittels Spongiosaplastik und das Daumengelenk sei nach subtotaler Amputation des rechten Daumenendgliedes mittels Arthrodese behandelt worden. Der intra- und postoperative Verlauf sei unkompliziert gewesen (Urk. 7/6 S. 1).

2.3. Die Ärzte der Klinik B. ____ stellten in ihrem Bericht vom 23. Juni 2006 fest, dass die Beschwerdeführerin vom 29. Mai bis 22. Juni 2006 hospitalisiert gewesen sei. Unter physiotherapeutischen Massnahmen sei es zu einer stetigen Demregredienz und zu einer leichten Abnahme der Bewegungseinschränkung beider Unterarme gekommen (Urk. 7/19).

2.4. Mit Bericht vom 29. Juni 2006 führten die Ärzte des Spitals A. aus, dass die Beschwerdeführerin neben einer Bewegungseinschränkung, unter Arm- und Handbeschwerden, unter Nacken- und Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die linke Schulter sowie unter einem Linksdrahl bei längerem Gehen leide (Urk. 7/10).

2.5. Am 10. August 2006 erwähnten die Ärzte des Spitals A., dass die Falltendenz nach links sowie die Hörminderung nach wie vor persistent seien, und dass die Schwindelanfälle ergänzend abgeklärt werden sollten (Urk. 7/13).

2.6. Dr. med. C., Fachärztin FMH für Allgemeinmedizin, stellte am 26. September 2006 fest, dass die Beschwerdeführerin unter einer schwierigen psychischen Situation leide. Die Traumaverarbeitung habe erst jetzt begonnen (Urk. 7/20).

2.7. Dr. med. D., Facharzt FMH für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, diagnostizierte mit Bericht vom 31. Oktober 2006 eine mittelgradige symmetrische hochtonbetonte Innenohrschwerhörigkeit sowie eine subjektive Nasenatmungsbehinderung bei diskreter Septumdeviation nach links. Zwischen diesen Befunden und dem Unfall vom 7. Mai 2006 bestehe kein sicherer Zusammenhang (Urk. 7/28).

2.8. Dr. med. E., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, führt in seinem Bericht vom 9. November 2006 aus, dass das bisherige Weltbild der Beschwerdeführerin durch den Unfall vom 7. Mai 2006 zerbrochen worden sei. Die Beschwerdeführerin könne indes zu einem neuen Weltbild kommen, wenn sie ihre Trauer und ihren seelischen Schmerz wahrnehmen könne, und wenn es ihr bewusst sei, welche Art von Unterstützung und Hilfe sie dafür benötige (Urk. 7/30).

2.9. Die Ärzte der Klinik F., Fachklinik für kardiale und psychosomatische Rehabilitation, erwähnten in ihrem Bericht vom 1. Februar 2007, dass die Beschwerdeführerin vom 27. Dezember 2006 bis 23. Januar 2007 hospitalisiert gewesen sei und diagnostizierten eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion sowie einen Status nach Unfall vom 7. Mai 2006 mit leichtem Schädelhirntrauma (Urk. 7/51/1). Die Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion sei durch den Unfall vom 7. Mai 2006 ausgelöst worden. Dieser habe zu Ohnmachtsgefühlen und zu einem Kontrollverlust geführt. Es falle der Beschwerdeführerin schwer, die durch den Unfall verursachte reduzierte Leistungsfähigkeit zu akzeptieren (Urk. 7/51/2). Bis zum 13. Februar 2007 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 7/51/4).

2.10. Mit Bericht vom 7. März 2007 stellten die Ärzte des Spitals A. fest, dass die Beschwerdeführerin trotz intensiver Handtherapie weiterhin in der Beweglichkeit der Fingergrundgelenke von Ring- und Kleinfinger eingeschränkt sei. Bis zum 5. Oktober 2006 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden (Urk. 7/57).

2.11. Dr. E. führte am 20. März 2007 aus, dass die Beschwerdeführerin gebetsmähenartig wiederhole, nicht mehr arbeiten zu können, und dass sie sich von dieser Überzeugung durch nichts abbringen lasse (Urk. 7/60).

E. 2.12

Dr. med. G., Facharzt für Neurologie FMH, stellte in seinem Bericht vom 3. April 2007 keine Hinweise für eine vestibuläre oder zerebelläre Funktionsstörung oder für eine Läsion der langen sensiblen Bahnen fest. Die aktuelle Symptomatik sei zwar nicht ganz sicher von möglichen geringen residuellen Störungen abzugrenzen. In

Anbetracht der psychischen Situation der Beschwerdeführerin handle es sich bei der geklagten Gangunsicherheit und dem Schwindel vor allem um eine Symptomatik im Rahmen einer Anpassungsstörung. Diese sei als phobisch oder als somatoform zu qualifizieren (Urk. 7/61/2).

2.13. Eine magnetresonanztomographische (MRT) Untersuchung des Schädels und der HWS der Beschwerdeführerin vom 24. April 2007 ergab einen normalen Schädel-MRT-Befund mit ausgeprägter Osteochondrose in den Bereichen C5/C6 und C6/C7 mit einer dorsalen Spondylophytenbildung, insbesondere im Bereich C5/C6 mit leichter Eindellung des Myelons, jedoch ohne Nachweis einer zervikalen Myelopathie (Urk. 7/70).

2.14. Am 1. Juni 2007 wurde von den Ärzten des Spitals A. das Osteosynthesematerial im Bereich des linken Unterarms der Beschwerdeführerin entfernt (Urk. 7/82).

2.15. SUVA-Kreisarzt Dr. med. H., Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, stellte im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 21. September 2007 fest, dass bei klinischer Beurteilung ein sehr ansprechendes Behandlungsergebnis bestehe. Die Frakturen am Schädel seien längst konsolidiert und hätten keiner Behandlung bedurft. Residuen der Fraktur des Schulterblattes seien keine fassbar. Die Unterarmfraktur habe zu einer marginalen Funktionseinschränkung des linken Handgelenks geführt. Die Mittelhandknochenfrakturen am fünften Finger seien mit einem Rotationsfehler konsolidiert, der beim Faustschluss etwas störe. Die von der Beschwerdeführerin geklagten Bewegungseinschränkungen im Bereich der Finger seien auf pathologisch/anatomischer Ebene nicht zu erklären (Urk. 7/95 S. 4). Im Vordergrund stehe das Verhalten der Beschwerdeführerin. Sie wirke emotional instabil mit einer Neigung zum Katastrophieren. Möglicherweise liege eine Konversionssymptomatik vor (Urk. 7/95 S. 5).

2.16. Dr. med. I., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erwähnte in seinem Gutachten vom 28. Januar 2008, dass psychische Beschwerden der Beschwerdeführerin erstmals etwa vier Monate nach dem Unfallereignis von der Hausärztin beschrieben worden seien. Die von der Hausärztin eingeleitete psychiatrische Abklärung (durch Dr. E.) habe keine typische, nach einem Unfall auftretende, psychopathologische Symptomatik ergeben. Vielmehr sei die Beschwerdeführerin darauf hingewiesen worden, dass sie sich in einer veränderten persönlichen und gesundheitlichen Situation zurecht finden müsse. Damit übereinstimmend sei von den Ärzten der Klinik F. eine Anpassungsstörung diagnostiziert worden (Urk. 7/106 S. 11). Die psychopathologische Reaktion habe zu Beginn einer Anpassungsstörung eher leichter Natur entsprochen. Wider Erwarten sei es nach einer Zeit von zwei Jahren indes nicht zur Remission, sondern zu einem eher gegenteiligen Verlauf gekommen. Vor allem die subjektiv erlebte, persistierende Schmerzhaftigkeit und der Einbruch der psychophysischen Leistungsfähigkeit habe zu einer Verletzung und Kränkung des bisherigen Selbstverständnisses und damit zur Ausbildung einer depressiven Symptomatik geführt (Urk. 7/106 S. 13). Zur Ausbildung der depressiven Symptomatik habe es einer persönlichen Disposition bezüglich des Selbstwertes bedurft. Ob eine Konversionssymptomatik mitbeteiligt ist, könne anhand der vorliegenden Befunde nicht beantwortet werden. In differentialdiagnostischer Sicht müsse auch eine Verdeutlichungstendenz in Betracht gezogen werden (Urk. 7/106 S.

14).¹

2.17¹ Dr. H. ___ f¹hrte in seinen Stellungnahmen vom 29. Februar 2008 (Urk. 7/111) und vom 7. M¹rz 2008 (Urk. 7/113) aus, dass die Beschwerdef¹hrerin auf Grund des versicherten Unfalls unter einer marginal eingeschr¹nkten Kraft und Geschicklichkeit der linken Hand leide. Die Fehlstellung des 5. Fingers der linken Hand sei indes operativ korrigierbar. Eine Integrit¹tseinbusse sei nicht ausgewiesen. Im Vordergrund st¹nden organisch nicht objektivierbare Beschwerden, welche durch die bestehende schwere psychische St¹rung verursacht w¹rden.

2.18¹ Dr. med. J. ___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte mit Bericht vom 18. Juni 2008 eine Anpassungsst¹rung mit depressiven Symptomen und ¹ngsten. Differentialdiagnostisch sei die Diagnose einer mittelgradigen depressiven St¹rung in Betracht zu ziehen. Es best¹nden keine Hinweise auf eine vorbestehende psychische St¹rung. Die Symptomatik habe sich erst nach dem versicherten Unfall entwickelt (Urk. 7/121).

¹ ¹ ¹ ¹ ¹ ¹ Am 18. September 2008 erw¹hnte Dr. J. ___, dass es durch den Unfall zu einem Verlust der bisherigen leistungsorientierten Identifikation der Beschwerdef¹hrerin, zu einer ausgepr¹gten depressiven Reaktion und zu ¹ngsten gekommen sei. Seit dem Unfall vom 7. Mai 2006 bis auf Weiteres bestehe eine volle Arbeitsunf¹higkeit. Es sei nicht anzunehmen, dass die Beschwerdef¹hrerin in Zukunft wieder arbeitsf¹hig werde (Urk. 7/140).

E. 3

3.1¹ ¹ ¹ ¹ Vorerst zu pr¹fen ist anhand der medizinischen Akten, ob organisch objektiv ausgewiesene somatische Unfallfolgen vorliegen, bei denen sich die ad¹quate weitgehend mit der nat¹rllichen Kausalit¹t deckt (BGE 134 V 112 Erw. 2.1). Nach der Rechtsprechung kann von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abkl¹rungen best¹tigt werden (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 9 Ingress S. 122, 117 V 359 E. 5d/aa S. 363; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 Erw. 5.4 mit Hinweisen, U 479/05; Urteile des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, Erw. 8.2, vom 10. Juli 2008, 8C_614/2007, Erw. 4.3, vom 10. Juni 2008, 8C_452/2007, Erw. 2.2.2, vom 15. Mai 2008, 8C_37/2008, Erw. 3.2, vom 6. Dezember 2007, U 455/06, Erw. 4.1). Diese Untersuchungsmethoden m¹ssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Mai 2008, 8C_152/2007, Erw. 5.1 mit Hinweisen).

3.2¹ ¹ ¹

3.2.1¹ ¹ In orthop¹discher Hinsicht stellte Dr. H. ___ in seinem Bericht vom 21. September 2007 fest, dass die Frakturen am Schulterblatt und am Sch¹del konsolidiert seien und keiner Behandlung bedurft h¹tten. Demgegen¹ber sei es infolge der Unterarmfraktur zu einer marginalen Funktionseinschr¹nkung des linken Handgelenks und infolge der Mittelhandknochenfraktur im Bereich des f¹nften Finger zu einem beim Faustschluss etwas st¹renden Rotationsfehler gekommen (Urk. 7/95 S. 4). In seinen Stellungnahmen vom 29. Februar 2008 (Urk. 7/111) und vom 7. M¹rz 2008 (Urk. 7/113) stellte Dr. H. ___ alsdann fest, dass auf Grund der bleibenden marginalen Funktionseinschr¹nkung des linken Handgelenks im Sinne einer marginal eingeschr¹nkten Kraft und Geschicklichkeit der linken Hand und infolge der Fehlstellung des f¹nften Fingers der linken Hand, welche operativ zu korrigieren sei, keine

Integritätseinbusse resultiere.

3.2.2.1.1 Nach der Rechtsprechung obliegt die Beurteilung der einzelnen Integritätseinbussen den ärztlichen Sachverständigen und es ist den Gerichten nicht möglich, die Beurteilung aufgrund der aktenkundigen Diagnosen selbst vorzunehmen, da die Ausschöpfung des in den Tabellen zur Beurteilung des Integritätsschadens der SUVA offengelassenen Bemessungsspielraums entsprechende Fachkenntnisse voraussetzt (RKUV 1998 Nr. U 296 S. 235 Erw. 2d; Urteile des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts, EVG, in Sachen S. vom 28. Mai 2008, 8C_505/2007, Erw. 3.2, in Sachen A. vom 23. April 2007, U 121/06, Erw. 4.2, in Sachen R. vom 13. Januar 2002, U 191/00, Erw. 2c).

3.2.3.1.1 Vorliegend gilt es zu beachten, dass der Bericht von Dr. H.____ vom 21. September 2007 (Urk. 7/95) sowie dessen Stellungnahmen vom 29. Februar 2008 (Urk. 7/111) und vom 7. März 2008 (Urk. 7/113) die nach der Rechtsprechung für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (Beweiseignung) vorausgesetzten Kriterien erfüllen. Denn einerseits verfügte Dr. H.____, welcher Facharzt für orthopädische Chirurgie ist, über die erforderliche fachärztliche Spezialisierung zur Beurteilung der Funktionseinschränkung in den Bereichen des linken Handgelenks und der Finger der linken Hand. Andererseits hatte Dr. H.____ Kenntnis der gesamten medizinischen Vorakten und setzte sich eingehend mit den geklagten Beschwerden auseinander. Die nachvollziehbare Beurteilung durch Dr. H.____ vermag sodann auch inhaltlich zu überzeugen, so dass darauf abgestellt werden kann. Gestützt darauf, ist demnach davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin durch die bleibenden, unfallbedingten, marginalen Funktionseinschränkungen im Bereich des linken Handgelenks und des fünften Fingers der linken Hand keine Integritätseinbusse erlitt.

3.3.1.1.1

3.3.1.1.1 Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals A.____ stellten in der Zusammenfassung der Krankengeschichte vom 26. Mai 2006 unter anderem ein leichtes Schädelhirntrauma mit einer Commotio cerebri, mit einer nicht dislozierten Fraktur des Okziputs, mit einer stabilen Kondylenfraktur der Schädelbasis und mit einer Gesichtsschädelverletzung fest. Bei Spitaleintritt sei die Beschwerdeführerin allseits orientiert gewesen und es seien 15 Punkte der Glasgow-Koma-Skala gemessen worden (Urk. 7/6). In ihrem Bericht vom 26. Mai 2006 stellten die Ärzte des Spitals A.____ indes weder eine bleibende Hirnverletzung noch Nacken- oder Kopfschmerzen fest. Den Befund von Nacken- und Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die linke Schulter sowie von Schwindel im Sinne eines Linksdralls erhoben sie erstmals in ihrem Bericht vom 29. Juni 2006 (Urk. 7/10).

3.3.2.1.1 Für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis muss nach der Rechtsprechung innerhalb einer Latenzzeit von 72 Stunden zwar nicht das gesamte Beschwerdebild eines Schleudertraumas oder eines Schädelhirntraumas gegeben sein. Es müssen indes innerhalb dieses Zeitraums zumindest Nacken- und/oder Kopfschmerzen aufgetreten sein (Urteil des Bundesgerichts in Sachen G. vom 16. Juni 2010, 8C_785/2009, Erw. 6.4; SVR 2007 UV Nr. 23 S. 75, U 215/05 Erw. 5). Vorliegend stellten die Ärzte des Spitals A.____ erstmals in ihrem Bericht vom 29. Juni 2006 betreffend einer Konsultation vom 27. Juni 2006 (Urk. 7/10) Nackenschmerzen fest. Dies genügt grundsätzlich nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis.

3.4. Sodann gilt es zu beachten, dass die Ärzte des Spitals A. am 26. Mai 2006 ein leichtes Schädelhirntrauma mit einer Commotio cerebri sowie einen Wert von 15 Punkten gemäss der Glasgow-Koma-Skala feststellten (Urk. 7/6). Nach der medizinischen Lehre handelt es sich bei der Glasgow-Koma-Skala um einen Bewertungsmaßstab bei Bewusstseinsstörungen, insbesondere nach Schädelhirntraumen, wobei ein Punktwert von 15 - 14 als leichtes Schädelhirntrauma interpretiert wird (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, Berlin/New York 2002, S. 603). Eine in ihrer Intensität den Umfang einer Commotio cerebri übersteigende Hirnverletzung, wie beispielsweise eine Contusio cerebri, stellten die beteiligten Ärzte nicht fest. Dr. G. schloss in seinem Bericht vom 3. April 2007 vielmehr Hinweise für eine vestibuläre oder zerebelläre Funktionsstörung oder für eine Läsion der langen sensiblen Bahnen ausdrücklich aus (Urk. 7/61/2). Sodann ergab eine am 24. April 2007 durchgeführte magnetresonanztomographische Untersuchung des Schädels und der HWS der Beschwerdeführerin neben einer Osteochondrose in den Bereichen C5/C6 und C6/C7 einen normalen Befund ohne Nachweis einer zervikalen Myelopathie (Urk. 7/70). Demnach ist auf Grund der medizinischen Akten mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 7. Mai 2006 ein leichtes Schädelhirntrauma vom Schweregrad einer Commotio cerebri zuzog, welches jedoch nicht im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri zu liegen kam. Dies genügt nach der Rechtsprechung grundsätzlich nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (Urteile des Bundesgerichts in Sachen R. vom 11. Dezember 2007, U 588/06, Erw. 4.2.2, in Sachen G. vom 24. März 2006, U 419/05, Erw. 4.1, in Sachen S. vom 13. Juni 2005, U 276/04, Erw. 2.2 und in Sachen K. vom 6. Mai 2003, U 6/03, Erw. 3).

3.5. In psychischer Hinsicht hielt Dr. C. erstmals am 26. September 2006 eine psychisch deutlich schwierige Situation fest (Urk. 7/20). Eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung stellte auch Dr. E. fest, als er am 9. November 2006 davon ausging, dass das bisherige Weltbild der Beschwerdeführerin infolge des Unfalls zerbrochen worden sei (Urk. 7/30). Die Ärzte der Klinik F. diagnostizierten am 1. Februar 2007 eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (Urk. 7/51/1). Schliesslich ging Dr. I. in seinem Gutachten vom 28. Januar 2008 davon aus, dass die psychischen Beschwerden erstmals etwa vier Monate nach dem Unfallereignis aufgetreten seien, vorerst im Rahmen einer Anpassungsstörung eher leichter Natur. In der Folge sei es zur Ausbildung einer depressiven Symptomatik gekommen (Urk. 7/106 S. 13 f.). Demgegenüber vertrat Dr. J. die Meinung, dass die Beschwerdeführerin an einer Anpassungsstörung mit depressiven Symptomen und längsten leide und zog differentialdiagnostisch eine mittelgradige depressive Störung in Betracht (Urk. 7/121).

3.6. Auf Grund der Akten ist das Vorliegen organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen nach Abheilung der primären somatischen Unfallfolgen zu verneinen und es steht fest, dass die Beschwerdeführerin an einer psychischen Gesundheitsschädigung von Krankheitswert leidet. Ob die psychische Störung, an welcher die Beschwerdeführerin leidet, zumindest teilweise auf den Unfall vom 7. Mai 2006 zurückzuführen ist, was für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt (BGE 119 V 338 Erw. 1; vgl. auch BGE 129 V 181 Erw. 3.1 und 406 Erw. 4.3.1), braucht vorliegend nicht näher abgeklärt zu werden. Denn praxisgemäss kann auf weitere Beweisvorkehren zur natürlichen Kausalität verzichtet werden, wenn der

adäquate Kausalzusammenhang ohnehin zu verneinen ist, was hier zutrifft (Erw. 6
Â hiernach; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 3c; Urteile des Bundesgerichts in Sachen B.
vom 16. Mai 2008, 8C_355/2007, Erw. 3.3.1, vom 31. Januar 2008, U 70/07, Erw. 5.1, und
vom 16. Januar 2008, U 42/07, Erw. 3.3 mit Hinweisen). Mangels organisch klar
ausgewiesener Unfallfolgen, hat die Adäquanzprüfung demnach nach Massgabe der
Rechtsprechung zur Adäquanz bei psychischen Unfallfolgen gemäss BGE 115 V 133
Erw. 6c/aa zu erfolgen.

E. 4

4.1 Â Â Â Die Adäquanzprüfung ist grundsätzlich zu dem Zeitpunkt
vorzunehmen, in dem keine behandlungsbedingten organischen Unfallfolgen mehr
vorliegen. Bei den psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall (BGE 115 V 133) haben die
psychischen Unfallfolgen auf den Zeitpunkt der Adäquanzbeurteilung keine Auswirkung,
weshalb die Adäquanzprüfung zu dem Zeitpunkt vorzunehmen ist, in welchem von
einer Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine
namhafte Besserung mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 116 Erw. 6.1; SVR 2007 UV
Nr. 29 S. 99, Erw. 3.1, U 98/06). Was unter einer namhaften Besserung des
Gesundheitszustandes zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Nach der
Rechtsprechung ist der Begriff der namhaften Besserung namentlich nach Massgabe der zu
erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit
unfallbedingt beeinträchtigt, auszulegen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des
Begriffes namhaft durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu
erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss, und dass unbedeutende Verbesserungen
nicht genügen (BGE 134 V 115 Erw. 4.3; Urteile des damaligen Eidgenössischen
Versicherungsgerichts, EVG, vom 20. Mai 2005, U 244/04, Erw. 2 und vom 5. Juli 2001, U
412/00, Erw. 2a).

4.2 Â Â Â Wie vorstehend (Erw. 3.6) erwähnt ist auf Grund der medizinischen
Aktenlage das Vorliegen organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen und insbesondere
ein Schädelhirntrauma in einer für die Anwendung der Schleudertraumapraxis
genügenden Intensität zu verneinen. Gemäss der Beurteilung durch Dr. H. ____ vom
21. September 2007 haben die Frakturen am Schädel keiner Behandlung bedurft und
sind zwischenzeitlich konsolidiert. Auch die Frakturen am Schulterblatt sind ausgeheilt
(Urk. 7/95 S. 4). Sodann ist davon auszugehen, dass nach der am 1. Juni 2007
durchgeführten Osteosynthesematerialentfernung (Urk. 7/81) auch die Frakturen im
Bereich des linken Unterarms zum Zeitpunkt der Untersuchung der Beschwerdeführerin
durch Dr. H. ____ konsolidiert und verheilt waren. Infolge der Mittelhandknochenfraktur im
Bereich des fünften Fingers sei es zu einem beim Faustschluss etwas stehenden
Rotationsfehler gekommen (Urk. 7/95 S. 4). Gemäss der Beurteilung durch Dr. H. ____
kann die Fehlstellung des fünften Fingers der linken Hand operativ korrigiert werden. Es
ist indes davon auszugehen, dass von einem solchen operativen Eingriff keine
Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten ist, weshalb mit überwiegender
Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass spätestens zum Zeitpunkt der
kreisärztlichen Untersuchung vom 12. September 2007 (Urk. 7/95) von einer weiteren
Behandlung der somatischen Unfallfolgen keine namhafte Besserung mehr zu erwarten
war. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Prüfung der
Adäquanz bei Erlass der leistungsverneinenden Verfügung vom 10. Juli 2008 (Urk.
7/122) vornahm.

E. 5

5.1. Zu prägen ist im Hinblick auf die Adäquanzfrage die objektive Schwere des Unfallereignisses vom 7. Mai 2006.

5.2. Am 7. Mai 2006 stürzte die Beschwerdeführerin als Fahrradlenkerin auf der Strasse, wobei keine weiteren Verkehrsteilnehmer am Unfall beteiligt waren (Urk. 7/1). Es befindet sich kein Polizeirapport zum Unfall bei den Akten. Gemäss den Aussagen der Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin vom 17. Oktober 2006 sei die Beschwerdeführerin in der Nähe ihres Wohnortes mit dem Fahrrad gestürzt. An den Unfallhergang könne sie sich nicht erinnern (Urk. 7/23 S. 1). Dr. I. ___ erwähnt in seinem Gutachten vom 28. Januar 2008, dass sich die Beschwerdeführerin an den genauen Unfallhergang nicht mehr erinnern könne. Gemäss den Aussagen ihres Sohnes sei die Beschwerdeführerin wahrscheinlich vom Fahrradweg abgekommen und mit einem kleinen Baum kollidiert. Ihr Fahrrad sei beim Unfall nicht beschädigt worden (Urk. 7/106 S. 6).

5.3. Im Urteil in Sachen Z. vom 19. November 2007, U 2/07, Erw. 5.3.1, hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung zur Unfallschwere konkretisiert. Danach bestimmt sich die Schwere des Unfalles nach dem augenfälligen Geschehensablauf (BGE 115 V 133 Erw. 6 Ingress S. 139) mit den sich dabei entwickelnden Kräften (vgl. RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207), nicht jedoch nach den Folgen des Unfalles oder nach den Begleitumständen, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Solchen Faktoren ist gegebenenfalls bei den Kriterien, welche bei der Beurteilung der Adäquanz bei mittelschweren Unfällen Beachtung finden, Rechnung zu tragen. Dies gilt etwa für die - ein eigenes Kriterium bildenden - Verletzungen, welche sich die versicherte Person zuzieht, aber auch für - unter dem Gesichtspunkt der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindringlichkeit des Unfalls zu prägende - äussere Umstände, wie eine allfällige Dunkelheit im Unfallzeitpunkt oder Verletzungs- oder Todesfolgen, die der Unfall für andere Personen nach sich zieht (Urteile des Bundesgerichts bzw. des EVG in Sachen Z. vom 19. November 2007, U 2/07, Erw. 5.3.1; in Sachen K. vom 17. August 2006, U 503/05, Erw. 3.1 und 3.2). Kein Anlass zu einer Qualifikation eines Ereignisses als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen oder gar als schwerer Unfall ergibt sich insbesondere bei einer im Rahmen einer biomechanischen Beurteilung festgestellten kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung (Δv) von 10-15 Kilometern in der Stunde (Urteil des Bundesgerichts in Sachen P. vom 12. Februar 2008, 8C_579/2007, Erw. 3.2; Urteil des EVG vom 12. Januar 2004, U 441/03, Erw. 4.1).

5.4. Aufgrund des Geschehensablaufs und der Verletzungen, die sich die Beschwerdeführerin anlässlich des Ereignisses vom 7. Mai 2006 zuzog, handelt es sich hierbei unbestrittenermassen (vgl. Urk. 1 S. 6 f., Urk. 2 S. 7) um ein mittelschweres Ereignis im mittleren Bereich. Damit die Adäquanz bejaht werden könnte, müssten somit entweder mehrere der massgeblichen Kriterien erfüllt sein oder hätte eines davon in besonders ausgeprägter Weise vorzuliegen (BGE 117 V 367 f. Erw. 6b, 384 Erw. 4c, 115 V 140 f. Erw. 6c/bb).

E. 6

6.1. Dem Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindringlichkeit des Unfalls liegt der Gedanke zugrunde, dass solche

Umstände geeignet sind, beim Betroffenen während des Unfallgeschehens oder nachher psychische Abläufe in Bewegung zu setzen, die an den nachfolgenden psychischen Fehlentwicklungen mitbeteiligt sein können. Dabei sind objektive Massstäbe anzuwenden. Vorliegend sind besonders dramatische Umstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls indes zu verneinen. Den Akten sind keine Anhaltspunkte zu entnehmen, woraus zu schliessen wäre, dass das Unfallereignis vom 7. Mai 2006, ein Sturz mit dem Fahrrad, sich unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet hätte. Demnach ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich der Unfall vom 7. Mai 2006 nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignete und - objektiv betrachtet - nicht von besonderer Eindrücklichkeit im Sinne der Rechtsprechung war.

6.2. Ebenfalls nicht erfüllt ist das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen somatischen Verletzungen. Denn die Diagnose einer HWS-Distorsion (oder eines Schädelhirntraumas oder einer anderen, adäquanzrechtlich gleich zu behandelnden Verletzung) genügt für sich allein nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma oder eines Schädelhirntraumas typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (BGE 134 V 128 Erw. 10.2.2; SVR 2007 UV Nr. 26 S. 86, Erw. 5.3, U 339/06; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236, Erw. 5.2.3, U 380/04 mit Hinweisen). Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen. Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma, der äquivalenten Verletzung der HWS oder dem Schädelhirntrauma beim Unfall zugezogen hat, können bedeutsam sein (BGE 134 V 128 Erw. 10.2.2 mit Hinweisen).

Die Beschwerdeführerin erlitt anlässlich des versicherten Unfallereignisses lediglich ein leichtes Schädelhirntrauma mit einer Commotio cerebri. Ein leichtes Schädelhirntrauma genügt jedoch nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung. Auch die Frakturen im Bereich des Schädels genügen nicht zur Bejahung des Kriteriums, da für deren Heilung keine besonderen Behandlungsmassnahmen notwendig waren. Des Gleichen wurde das Kriterium durch die Fraktur im Bereich des linken Unterarms nicht erfüllt. Denn die Unterarmfraktur hat ausser einer marginalen Funktionseinschränkung des linken Handgelenks zu keinen weiteren bleibenden Schädigungen geführt. Auch die Mittelhandknochenfrakturen sind ausser einem beim Faustschluss etwas störenden Rotationsfehler im Bereich des fünften Fingers folgenlos verheilt und stellen keine schwere oder besondere Art der Verletzung dar. Eine solche stellt auch nicht die subtotale Amputation des Daumenendgliedes, welche eine operative Behandlung des Daumenendgelenks mittels Arthrodesese erforderte, dar. Denn dadurch wurde die Funktionsfähigkeit der linken Hand nur marginal beeinträchtigt. Nach der Rechtsprechung stellt eine geringe Verkürzung eines Fingerendgliedes verbunden mit einer Arthrodesese des Fingerendgelenks an der linken Hand bei Personen, die ihre linke Hand nicht für feinmechanische Arbeiten benutzen, keine schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung dar (Urteil des EVG in Sachen A. vom 22. November 2001, U 25/99, Erw. 4c mit Hinweisen).

6.3. Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. Denn die somatischen Unfallfolgen heilten nach der durchgeführten adäquaten medizinischen Behandlung vergleichsweise schnell aus. Sodann gilt es zu beachten, dass eine Physiotherapie sowie eine medikamentöse Schmerztherapie das Kriterium für sich allein nicht erfüllen (Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2008, 8C_52/2008, Erw. 8.2). Auf Grund der Akten ist davon auszugehen, dass nach Abheilung der unmittelbaren Folgen der Osteosynthesematerialentfernung vom 1. Juni 2007 (Urk. 7/81) von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung der somatischen Unfallfolgen keine namhafte Besserung mehr erwartet werden konnte. Unter diesen Umständen kann das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung nicht als erfüllt gelten. Die Behandlung der psychischen Unfallfolgen hat im Rahmen der Adäquanzbeurteilung unberücksichtigt zu bleiben.

6.4. Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der erheblichen körperlichen Dauerschmerzen. Denn für somatische Dauerschmerzen lassen sich den medizinischen Akten keine Anhaltspunkte entnehmen. Auf Grund der Akten ist vielmehr davon auszugehen, dass die von der Beschwerdeführerin nach Heilung der somatischen Unfallfolgen geklagten Beschwerden weit überwiegend durch die im Vordergrund stehende psychische Störung verursacht wurden.

6.5. Von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die somatischen Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, kann nicht gesprochen werden, ebenso wenig von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen. Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten erheblichen Beschwerden - welche eigene Kriterien darstellen - darf nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf und/oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigten (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008, 8C_57/2008, Erw. 9.6.1; Urteile des EVG in Sachen Z. vom 4. Mai 2004, U 89/03 und in Sachen F. vom 10. September 2003, U 343/02). Solche Gründe liegen hier nicht vor.

6.6. Nicht als erfüllt gelten kann sodann das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff.). Denn auf Grund der medizinischen Aktenlage ist davon auszugehen, dass die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin bereits vor der Osteosynthesematerialentfernung vom 1. Juni 2007 (Urk. 7/81) weit überwiegend auf psychische Gründe zurückzuführen war. Eine durch ein psychisches Leiden verursachte Arbeitsunfähigkeit ist jedoch nicht zu berücksichtigen.

7.

7.1. Nach dem Gesagten ist kein einziges Kriterium erfüllt. Da somit weder ein einzelnes Beurteilungskriterium in besonders ausgeprägter Weise noch mehrere der massgebenden Beurteilungskriterien erfüllt sind, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Unfallereignis vom 7. Mai 2006 und der psychischen Leiden zu verneinen.

7.2. Entgegen der diesbezüglichen Eventualvorbringen (Urk. 1 S. 2) der Beschwerdeführerin ist daher von ergänzenden Beweismassnahmen und insbesondere von einer Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme einer medizinischen Begutachtung abzusehen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94

Erw. 4b, 122 V 162 Erw. 1d mit Hinweis; RKUV 2006 Nr. U 578 S. 176 Erw. 3.6; SVR 2001 IV Nr. 10 Erw. 4b S. 28).

8. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 11. März 2009 mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Unfall vom 7. Mai 2006 und den organisch nicht objektivierbaren Beschwerden die Versicherungsleistungen per 31. Juli 2008 einstellte und die Ansprüche der Beschwerdeführerin auf Ausrichtung einer Invalidenrente und einer Integritätsentschädigung für die Folgen des Unfalls vom 7. Mai 2006 verneinte (Urk. 2 S. 10). Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Reto Caflisch
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- 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.