

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00258 vom 22. Februar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-02-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00258

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00258 du 22 février 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00258 del 22 febbraio 2011

Erwägungen

E. 1

1.1.1. X., geboren 1973, arbeitete seit dem 1. August 1999 als Restaurantangestellte bei der Genossenschaft Y. und war in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 4. April 2008 wurde sie als Tramfahrgast in eine Auffahrkollision zwischen zwei Trams verwickelt, wobei das Tram, in welchem sie gestanden hatte, vom anderen beteiligten Tram von hinten gerammt wurde (Urk. 8/1, Urk. 8/9.9 unten, Urk. 8/9.11 f., Urk. 8/12 Mitte). Die erstbehandelnden Ärzte des Stadtspitals Z., Chirurgische Klinik, diagnostizierten eine Commotio cerebri mit Kontusion des linken Unterschenkels proximal und des rechten Ellbogens über dem Olecranon sowie einen Verdacht auf Steissbeinfraktur (Urk. 8/3 S. 1 Mitte). Die SUVA trat auf den Schaden ein und gewährte die gesetzlichen Versicherungsleistungen.

1.2. Mit Verfügung vom 8. Januar 2009 (Urk. 8/65) stellte die SUVA die Versicherungsleistungen per 31. Januar 2009 ein. Die von der Versicherten am 22. Januar und am 27. Februar 2009 (Urk. 8/71, Urk. 8/74) sowie die von der Krankenkasse der Versicherten am 11. März und am 24. April 2009 (Urk. 8/76, Urk. 8/81) dagegen erhobenen Einsprachen wies die SUVA mit Entscheid vom 4. Juni 2009 (Urk. 8/84 = Urk. 2) ab.

E. 1.3

1.3.1. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.3.2. Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 112 Erw. 2.1).

1.4. 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 Beschwerdeführerin ging im angefochtenen Entscheid vom 4. Juni 2009 (Urk. 2) davon aus, dass der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 4. April 2008 und den aktuellen Beschwerden nicht mindestens mit Wahrscheinlichkeit erstellt sei und nicht als adäquat gelten könne (Ziff. 7).

2.2 Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend und rügte den Entscheid der Beschwerdeführerin infolge unvollständig und willkürlicher Sachverhaltsabklärung als rechtswidrig (Ziff. II.1, II.8). Im Wesentlichen brachte sie vor, psychiatrisch und rheumatologisch nicht ausreichend abgeklärt worden zu sein (Ziff. II.3 am Ende, Ziff. II.8). Zudem hätten verschiedene Ärzte unfallkausale oder nach dem Unfall aufgetretene Beschwerden und Diagnosen bestätigt, was von der Beschwerdeführerin nicht berücksichtigt worden sei (Ziff. II.3-4, Ziff. II.6-7).

2.3 Streitig und zu präzisieren ist somit, ob die vorliegenden Akten eine ausreichende Entscheidungsgrundlage bilden und ob eine über den Zeitpunkt der erfolgten Leistungseinstellung per Ende Januar 2009 hinausgehende Leistungspflicht der Beschwerdeführerin besteht, mithin ein rechtsgänglicher Zusammenhang zwischen den zu diesem Zeitpunkt noch vorhandenen Beschwerden der Beschwerdeführerin und dem Unfallereignis vom April 2008 gegeben ist.

E. 3

3.1 Betreffend den somatischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin finden sich im Wesentlichen die nachfolgend zitierten medizinischen Berichte in den Akten:

3.2 Nach dem Unfallereignis vom 4. April 2008 wurde die Beschwerdeführerin noch am gleichen Tag im Stadtspital Z. ____, Chirurgische Klinik, untersucht. In ihrem Bericht vom 5. April 2008 (Urk. 8/3) nannten die behandelnden Ärzte folgende Diagnosen (S. 1 Mitte):

- Commotio cerebri mit:
- Kontusion Unterschenkel links proximal und Ellbogen rechts über dem Olecranon
- Verdacht auf Steissbeinfraktur

Sie führten aus, die Beschwerdeführerin habe angegeben, den Unterschenkel links, den Kopf und den Ellebogen rechts angeschlagen zu haben, das Steissbein aber am meisten schmerze. Im Rahmen der Erhebung des Lokalstatus sei eine leichte Schwellung des rechten Ellbogens mit Hämatom über dem Olecranon sowie eine Schwellung der Tibia links mit Hämatom und Druckdolenz feststellbar gewesen. Des Weiteren habe eine kleine Schürfwunde am Haaransatz rechts bestanden. Die Hirnnerven seien grobkursorisch intakt gewesen und eine Klopf- oder Druckdolenz am Kopf habe nicht bestanden. Was die Halswirbelsäule anbelange, so habe keine Druckdolenz über dem Processus Spinosi bestanden. Ebenfalls keine Klopf- und Druckdolenz habe über der

Brustwirbelsäule (BWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) bestanden. Rektal sei die Untersuchung bei Druck in Richtung Steissbein schmerzhaft gewesen (S. 1 unten). Das Röntgen des Steissbeins und des linken Unterschenkels habe keine ossären Läsionen zum Vorschein gebracht, ebenso wenig die Beckenübersicht. Eine intrakranielle Blutung habe mittels Computertomographie (CT) ausgeschlossen werden können (S. 1 unten, S. 2). Die Ärzte berichteten schliesslich, sie hätten die Beschwerdeführerin nach einer unauffälligen Commotio-Überwachung während 24 Stunden unter Mitgabe von Analgetika entlassen (S. 2).

3.3.3 Die Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. med. A. ____, Allgemeine Medizin FMH, berichtete am 1. Juli 2008 (Urk. 8/18) und führte aus, die Beschwerdeführerin klage trotz intensiver Schmerzmedikation und Physiotherapie weiterhin über starke Schmerzen. Zusätzlich durchgeführt Bildgebungen (LWS ap/lat. vom 4. Juni 2008, MRI Knie links und MRI LWS vom 25. Juni 2006) seien indes unauffällig ausgefallen. Die Schmerzen der schwer adipösen Beschwerdeführerin seien nicht erklärbar.

3.4.4 Am 28. Juli 2008 wurde die Beschwerdeführerin durch SUVA-Kreisarzt Dr. med. B. ____, Orthopädische Chirurgie FMH, untersucht. In seinem Bericht vom 30. Juli 2008 (Urk. 8/26) führte dieser aus, die Beschwerden im linken Bein und am rechten Ellbogen seien mittlerweile weitgehend verschwunden. In der Zwischenzeit angefertigte Kernspintomographien (MRI) der LWS, des Schädels und des Sakrums mit angrenzenden Strukturen (vgl. Bericht Klinik D. ____, Neuroradiologie, vom 3. Juli 2008, Urk. 8/21) hätten unauffällige Verhältnisse gezeigt, traumatisch verursachte Strukturen hätten ausgeschlossen werden können. Auch die kürzlich durchgeführt neurologische Untersuchung bei Dr. med. C. ____, Facharzt FMH für Neurologie (vgl. dessen Bericht vom 22. Juli 2008, Urk. 8/23), sei unauffällig gewesen (S. 4 Mitte).

4.4.4 Bei der Konsultation habe die Beschwerdeführerin am prominentesten Schmerzen tieflumbal, sakral und coccygeal angegeben, daneben typischerweise auftretende Kopfschmerzen und ein seit einem Monat bestehender Tinnitus (S. 4 unten). Sowohl während der Befragung im Sitzen als auch stehend und bei praktisch allen Untersuchungsschritten habe die Beschwerdeführerin durch lautes Stöhnen eine Schmerzhaftigkeit sakral und coccygeal signalisiert und entsprechend auch eine Druckschmerzhaftigkeit in diesem Bereich angegeben. Objektivierbare, harte klinische Befunde bezüglich struktureller Läsion hätten sich aber nicht feststellen lassen, dies in Übereinstimmung mit den durchgeführten bildgebenden Abklärungen. Er habe entsprechend mehr, die heute angegebenen Beschwerden noch als Unfallfolge anzusehen (S. 4 unten).

3.5.4 Vom 29. Juli bis 12. August 2008 war die Beschwerdeführerin im Stadtspital Z. ____, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, hospitalisiert. In der Zusammenfassung der ärztlichen Patientendokumentation vom 13. August 2008 (Urk. 8/39.1-4) führten die behandelnden Ärzte aus, es bestehe weiterhin kein Nachweis einer ossären Läsion sowie einer entsprechenden degenerativen Veränderung der betroffenen Strukturen und in der Wirbelsäule sowie keine Hinweise für eine Diskopathie oder eine Wurzelkompression. Aus rheumatologischer Sicht sei die Prognose sehr gut (S. 1 unten).

3.6. Am 24. Oktober 2008 wurde die Beschwerdeführerin erneut durch SUVA-Kreisarzt Dr. B. ___ untersucht. In seinem vom gleichen Tag datierenden Bericht (Urk. 8/46) führte er aus, die Beschwerdeführerin klagte heute über Nacken- und ausstrahlende Kopfschmerzen, ebenfalls über beidseitige Beschwerden im Schultergürtel und rechtsseitige Ausstrahlung bis in den Unterarm. Daneben bestünden konstante Schmerzen am lumbosakralen Übergang, im Bereich des Sakrums und des Coccyx. Sie habe zudem unverändert einen Tinnitus sowie auch eine Lärmintoleranz angegeben und nach wie vor komme es zu Alpträumen (S. 6 oben).

Die klinische Untersuchung habe ein massives Übergewicht und ein ausgeprägtes Schmerzdemonstrationsverhalten mit konstanten Handbewegungen zur schmerzhaft erlebten unteren Wirbelsäule und dem Sakrum, dauerndem lautem Stöhnen und Seufzen/tiefer Atmung bis Hyperventilation gezeigt. Klinisch objektivierbare pathologische Befunde habe er nicht erheben können, insbesondere sei die Wirbelsäule gut beweglich. Die diffuse Druckschmerzhaftigkeit über der unteren Wirbelsäule, dem Sakrum und Coccyx sei bei bledem Röntgen- und MRI-Befund nicht zu erklären, eine erhebliche Kontusion dieser Knochenanteile wäre bei der MRI-Untersuchung festgestellt worden (S. 6 Mitte).

Aus rheumatologischer Sicht habe er heute keine Hinweise, das strukturelle Unfallfolgen für die heute noch geklagten Beschwerden verantwortlich sein könnten. Bei zuerst intensiver ambulanter und später über längere Zeit hinweg auch stationärer Rehabilitation habe sich keine Verbesserung des Krankheitsbildes ergeben, man habe im Gegenteil früh-posttraumatisch sogar eine Symptomausweitung. So sei beispielsweise der Tinnitus erst Monate nach dem Ereignis erstmals manifest. In dieser Situation werde man wohl von einer weiteren Behandlung keine wesentlichen Verbesserungen des Gesundheitszustandes mehr erwarten dürfen (S. 6 unten).

E. 4

4.1. Die Beschwerdeführerin wurde noch am Unfalltag im Stadtspital Z. ___ behandelt. Die von den dortigen Ärzten erhobenen Befunde fielen nicht eindrucklich aus. Feststellbar war ein bei Druck schmerzhaftes Steissbein, ein leicht geschwollener rechter Ellbogen mit Hämatom, eine druckdolente, geschwollene Tibia links mit Hämatom sowie eine kleine Schürfwunde am Haaransatz rechts. Aus Sicht der Beschwerdeführerin standen die Schmerzen am Steissbein im Vordergrund. Eine Fraktur des Steissbeins konnte indes mittels konventioneller Bildgebung nicht nachgewiesen werden und auch im Bereich des Beckens und des linken Unterschenkels konnten keine ossären Läsionen objektiviert werden. Ein des Weiteren angefertigtes CT des Schädels fiel ebenfalls unauffällig aus (Erw. 3.2).

4.2. Anlässlich einer Befragung durch einen Vertreter der Beschwerdegegnerin Ende Mai 2008 führte die Beschwerdeführerin aus, das Steissbein sei das grösste Problem. Sie gab aber auch Beschwerden am linken Bein, Nacken- und Kopfschmerzen sowie manchmal auftretende Schmerzen an der rechten Schulter an (Urk. 8/12.2 Mitte). Anlässlich der Untersuchung durch SUVA-Kreisarzt Dr. B. ___ im Juli 2008 beklagte sie sodann vornehmlich Schmerzen tieflumbal, sakral und coccygeal, tglich auftretende Kopfschmerzen sowie einen seit Juni 2008 bestehenden Tinnitus (Erw. 3.4). Im Oktober 2008 machte sie Dr. B. ___ gegenüber zusätzlich Nackenschmerzen, beidseitige Beschwerden im Schultergürtel und eine rechtsseitige

Die medizinische Aktenlage betreffend den objektiven, organischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ist vollständig. Die Beschwerdeführerin wurde verschiedentlich abgeklärt und weitere Untersuchungen sind nicht angezeigt.

4.5 Im Zusammenhang mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Nackenschmerzen bleibt anzumerken, dass diese insbesondere nicht gestützt auf die im Zusammenhang mit Schleudertraumen der Halswirbelsäule (HWS) entwickelte bundesgerichtliche Rechtsprechung als natürlich kausale Unfallfolge gewertet werden können. Für die Annahme eines Schleudertraumas ist praxisgemäss notwendig, dass sich innert der massgebenden Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden Beschwerden in der Halsregion und der HWS manifestieren (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen E. vom 12. August 1999, U 264/97, bestätigt mit Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 30. Oktober 2007, U 17/07). Diese Voraussetzung ist hier nicht gegeben, wie die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 4. Juni 2009 zutreffend festgehalten hat (Urk. 2 S. 5 f. lit. b). Unmittelbar nach dem Unfallereignis beklagte die Beschwerdeführerin keine Nackenschmerzen und die erstbehandelnden Ärzte des Stadtspitals Z. vermerkten in ihrem Bericht vom Unfalltag ausdrücklich, im Bereich der Halswirbelsäule habe keine Druckdolenz bestanden. Des Weiteren enthält ihr Bericht auch keine Hinweise darauf, dass während der 24-stündigen Commotio-Überwachung Nackenbeschwerden aufgetreten wären. Vielmehr geht daraus hervor, dass die Beschwerdeführerin nach unauffälliger Überwachung nach Hause entlassen wurde. Ein HWS-Distorsionstrauma wurde von den erstbehandelnden Ärzten weder thematisiert noch diagnostiziert (Erw. 3.2). Dass in der Folge während der massgebenden Latenzzeit doch noch Nackenbeschwerden aufgetreten wären, ist sodann mittels keines echtzeitlichen ärztlichen Zeugnisses belegt. Nachdem die Beschwerdeführerin am 5. April 2008 aus dem Stadtspital Z. entlassen worden war, suchte sie am 7. April 2008 ihre Hausärztin auf (vgl. Urk. 8/18). Abgesehen davon, dass zu diesem Zeitpunkt seit dem Unfallereignis bereits mehr als 72 Stunden vergangen waren (der Unfall ereignete sich am 4. April 2008 um 05.25 Uhr, Urk. 8/1 Ziff. 4), geht auch aus dem Schreiben der Hausärztin vom 1. Juli 2008 (Urk. 8/18), in welchem sie besagte Konsultation erwählte, nicht hervor, dass die Beschwerdeführerin damals über Nackenschmerzen geklagt hätte. Nackenbeschwerden machte die Beschwerdeführerin erst zu einem späteren Zeitpunkt geltend, erstmals am 20. Mai 2008 gegenüber einem Vertreter der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/12 S. 3 Mitte).

Somit ist nicht davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalles im April 2008 ein Schleudertrauma der HWS erlitten hat. Nicht zu überzeugen vermag vor diesem Hintergrund die gegenteilige, nicht näher begründete Auffassung von Dr. med. E., Spezialarzt FMH für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, in seinen Berichten vom 2. und 3. Dezember 2008 (Urk. 8/62 S. 1 unten, Urk. 8/63 S. 2 oben).

E. 5

5.1 Zu prüfen bleibt, ob die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten psychischen Probleme zu einer Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin führen.

Betreffend den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sind im Wesentlichen nachfolgend zitierte medizinische Berichte aktenkundig:

5.2. Auf Zuweisung der Ärzte des Stadtsitals Z. ____, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, hin, welche gestützt auf ein durchgeführtes psychologisches Konsil die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt und deshalb eine psychosomatische Rehabilitation für angezeigt erachtet hatten (vgl. Urk. 8/39.1 Mitte und unten, Urk. 8/39.2 oben, Urk. 8/39.4 oben), war die Beschwerdeführerin vom 12. August bis 17. September 2008 in der F. ____ Klinik hospitalisiert.

In ihrem Bericht vom 22. September 2008 (Urk. 8/41) nannten die behandelnden Ärzte folgende Diagnosen (S. 1):

- cervicocephales und lumbospondylogenes Syndrom beidseits mit/bei
- Sturz am 4. April 2008 mit Commotio cerebri, Contusio Os coccygis
- Kniekontusion links mit medialer Seitenbandkontusion
- Fehlhaltung/Fehlform
- myofasziale Beschwerden
- Tendenz zur Hyperlaxizität
- Tinnitus beidseits seit Mai 2008
- Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung nach Unfall vom 4. April 2008
- reaktive depressive Störung
- Adipositas 42 kg/m²
- Nikotinabusus

Sie führten aus, das chronische Schmerzsyndrom mit depressiver Reaktion sei möglicherweise verstärkt durch vorbestehende Überbelastung. Nicht vollständig erfüllt seien die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung. Es bestehe das Risiko der Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung. Anlässlich des stationären Aufenthalts habe sich die Beschwerdeführerin gut stabilisieren, ihre Stimmung aufhellen und ihre Ressourcen für zu Hause stärken können. Gegen Ende des Aufenthaltes sei es zu einer Verschlechterung der Situation anlässlich eines Probewochenendes zu Hause gekommen. Es seien wieder massive Ängste und Flashbacks aufgetreten, die zu einer psychischen Destabilisierung geführt hätten. Sie habe sich jedoch wieder stabilisieren können und sei dann nach Hause ausgetreten (S. 3 oben). Die Ärzte empfahlen unbedingt die Weiterführung der ambulanten Psychotherapie sowie zusätzlich der Sport- und Physiotherapie in Form von Ausdauertraining und medizinischer Trainingstherapie (S. 3 Mitte).

5.3. In seinem Bericht vom 12. November 2008 (Urk. 8/54) nannte G. ____, Assistenzarzt, Psychiatrisches Ambulatorium IKP, folgende Diagnosen:

- mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)
- posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)
- Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Er führte aus, die Beschwerdeführerin habe sich in der ersten Sitzung am 4. November 2008 sehr leidend, eingeschränkt mobil und mit deutlicher Schonhaltung präsentiert. Sie habe über mittlerweile nahezu generalisierte Ängste mit

Ausweitung auf die Bereiche ausserhalb der eigenen Wohnung und die Kinder berichtet. Sie habe angegeben, unter starken Rückenschmerzen zu leiden, häufig traurig, gereizt und innerlich unruhig zu sein und sich durch soziale Kontakte belastet zu fühlen, sodass sie sich zurückziehe. Des Weiteren habe sie über typisch auftretende Flashbacks mit Szenen des Unfalls berichtet (S. 1 Mitte).

In Ergänzung dazu führte G.____ mit Bericht vom 27. Januar 2009 (Urk. 8/73) bei gleichlautenden Diagnosen aus, diese stünden aus psychiatrischer Sicht in unmittelbarem zeitlichem und kausalem Zusammenhang zum Unfallereignis vom 4. April 2008. Vor dem Unfallereignis habe keine der genannten Diagnosen bestanden. Bei den aktuellen Beschwerden handle es sich um unmittelbare psychische Unfallfolgen, die eine interdisziplinäre Therapie erforderten.

5.4 Vom 2. Dezember 2008 bis 2. März 2009 nahm die Beschwerdeführerin am Universitätsspital H.____ (H.____), Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, an einem ambulanten interdisziplinären Schmerzprogramm teil. In ihrem Abschlussbericht vom 1. April 2009 (Urk. 8/79) nannten die involvierten Ärzte und Fachpersonen nebst dem bekannten Schmerzsyndrom und dem Tinnitus als Diagnose eine posttraumatische Belastungsstörung mit Schlafstörung und eine reaktive depressive Störung (S. 1 Mitte). Sie führten aus, die Beschwerdeführerin habe zu Beginn der Therapie erhebliche Ängste mit Panikattacken sowie depressive Symptome beschrieben. Diese seien durch die posttraumatische Belastungsstörung nach dem Tramunfall entstanden. Verbunden damit zeigten sich auch der Verlust des Glaubens in ihre eigenen Fähigkeiten, Selbstzweifel und massiv negatives Gedankenkreisen. Zudem leide sie an wiederkehrenden Alpträumen und vermeide Situationen oder Orte, die sie an den Unfall erinnerten. Dadurch sei sie sehr angespannt, müde und demotiviert. Die psychische Problematik sei seit dem Unfall eingetreten und stehe in engem Zusammenhang mit dem Schmerzerleben (S. 1 unten).

E. 6

6.1 Vorab ist festzuhalten, dass weder den Berichten von G.____ (Erw. 5.3) noch dem Bericht der Ärzte und Fachpersonen des H.____ (Erw. 5.4) psychopathologische Befunde zu entnehmen sind, welche die gestellten psychiatrischen Diagnosen nachvollziehbar erscheinen lassen würden. Nicht zu überzeugen vermag insbesondere die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, setzt eine solche gemäss den klinisch-diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, doch ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmasses, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, voraus (ICD-10, 6., vollständig überarbeitete Auflage 2008, S. 183). Der vorliegende Tramunfall erfüllt die Anforderungen an ein solches Ereignis indes bei weitem nicht. Im übrigen führten auch die Ärzte der F.____ Klinik aus, die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung seien nicht vollständig erfüllt (Erw. 5.2).

6.2 Die nach dem Unfallereignis vom April 2008 erstmals im Bericht der Ärzte des Stadtsitals Z.____ vom August 2008 (vgl. Erw. 5.2) beschriebene psychische Symptomatik führt nur dann zu einer Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin, wenn der natürliche und insbesondere auch der adäquate Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom April 2008 nachgewiesen ist. Ist ein solcher zu verneinen, erfüllt

sich auch weitergehende psychiatrische Abklärungen.

6.3.1.1 G. bejaht einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom April 2008 und den psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin mit der Begründung, vor dem Unfallereignis habe keine der von ihm gestellten Diagnosen bestanden (Erw. 5.3). Auch die Ärzte und Fachpersonen des H. führten aus, die psychische Problematik sei seit dem Unfall eingetreten.

In diesem Zusammenhang gilt es jedoch festzuhalten, dass es das Eidgenössische Versicherungsgericht in konstanter Rechtsprechung abgelehnt hat, eine Schädigung bereits deshalb als durch einen Unfall verursacht zu erachten, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 341 f. Erw. 2b/bb). Gestützt auf diese Begründung kann die Unfallkausalität deshalb nicht bejaht werden. Weitere medizinische Berichte, welche sich zur Frage der Unfallkausalität der psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin äussern, sind nicht aktenkundig.

E. 6.4

6.4.1 Die Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs hat nach der mit BGE 115 V 133 im Zusammenhang mit einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall entwickelten Rechtsprechung zu erfolgen. Eine Prüfung der Adäquanz nach der «Schleudertrauma-Praxis» (BGE 134 V 109) fällt vorliegend ausser Betracht, ist doch nicht von einem anlässlich des Unfallereignisses vom April 2008 erlittenen HWS-Distorsionstrauma auszugehen (vgl. Erw. 4.3). Im Übrigen rechtfertigt auch der Umstand, dass die erstbehandelnden Ärzte eine Comotio cerebri diagnostizierten, deren Anwendung nicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen F. vom 30. Juni 2010, 8C_358/2010, Erw. 6.2).

6.4.2 Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - von der Rechtsprechung folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

6.4.3 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 Eindringlichkeit 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 134 V 116 Erw. 6.1, 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 unfallbezogene 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 andern 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).

6.4.4 Mit Blick auf die in der Rechtsprechung beschriebenen Fälle fällt vorliegend eine Zuordnung zu den schwereren Unfällen im mittleren Bereich beziehungsweise im Grenzbereich zu den schweren Unfällen klar ausser Betracht (vergleiche etwa die Beispiele aus dem schweren und mittleren Bereich bei Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3. Auflage, Zürich 2003, S. 55 ff.). Ob das Ereignis letztlich als im mittleren Bereich oder im Grenzbereich an der Grenze zu den leichten Unfällen zu qualifizieren ist, kann offen gelassen werden, da so oder so die Adäquanzkriterien weder in ihrer Anzahl noch in ihrer Ausprägung für die Bejahung der Adäquanz genügen.

6.4.5 Aufgrund der Angaben im Polizeirapport inklusive Bilddokumentation (Urk. 8/9.2 ff., Urk. 8/10) kann festgehalten werden, dass das Unfallereignis vom April 2008 weder von besonders dramatischen Umständen begleitet noch besonders eindrücklich war. So war die Beschwerdeführerin beispielsweise weder eingeklemmt noch musste sie aufwendig aus dem Tram geborgen werden noch war sie längere Zeit bewusstlos. Zudem wurde keiner der im Tram befindlichen Fahrgäste ernsthaft verletzt. Die von der Beschwerdeführerin erlittenen Verletzungen (Commotio cerebri, Kontusionen des linken Unterschenkels, des rechten Ellbogens und des Steissbeins) erscheinen sodann namentlich nicht als besonders schwer oder als erfahrungsgemäss

geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

Die Beschwerdeführerin trug anlässlich des Unfallereignisses keine strukturellen Verletzungen davon, welche eine intensive Behandlung erfordern hätten (vgl. Erw. 4.1-2). Bereits im Juli 2008 berichtete SUVA-Kreisarzt Dr. B. ____, die Beschwerden im linken Bein und am rechten Ellbogen seien weitgehend verschwunden (Erw. 3.4). Wie dargelegt ist sodann spätestens ab dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin per Ende Januar 2009 nicht mehr von natürlich kausalen und entsprechend behandlungsbedürftigen Unfallfolgen auszugehen (Erw. 4.2). Zudem war bereits ab August 2008 (Urk. 8/39.1 ff.) mehr und mehr die psychische Komponente verantwortlich für die ärztlichen Behandlungen und nicht organische Unfallfolgen (vgl. auch Urk. 8/55 Mitte). Vor diesem Hintergrund kann nicht gesagt werden, die ärztliche Behandlung der anlässlich des Unfalls erlittenen Verletzungen habe ungewöhnlich lange gedauert.

Was das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen anbelangt, so geht aus den Akten wohl hervor, dass die Beschwerdeführerin ständig über Schmerzen klagte (vgl. Erw. 4.2). Allerdings ist zum einen dokumentiert, dass die Beschwerdeführerin zu einem ausgeprägten demonstrativen Schmerzverhalten neigt (Erw. 3.6). Zum andern ist die psychische Reaktion wesentlich für das Schmerzerleben der Beschwerdeführerin verantwortlich. Nachdem nur diskrete unfallbedingte Befunde erhoben werden konnten und für die geklagten Beschwerden zu keinem Zeitpunkt ein organisches Substrat objektiviert werden konnte, wiesen erstmals die Ärzte des Stadtspitals Z. ____, auf einen psychosomatischen Abklärungsbedarf hin. Die Ärzte der F. ____, Klinik diagnostizierten sodann ein chronisches Schmerzsyndrom mit depressiver Reaktion und führten aus, es bestehe das Risiko der Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung (Erw. 5.2). Somit steht fest, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten länger dauernden Schmerzen nicht somatischen Ursprungs sind. Damit ist aber das bundesgerichtliche Kriterium nicht erfüllt, müssen doch die Schmerzen von den körperlichen Verletzungen des Unfalls herrühren und können nicht die als Folge einer psychischen Erkrankung aufgetretenen Schmerzen die Adäquanz der Erkrankung zum Unfall begründen.

Für eine ärztliche Fehlbehandlung gibt es ebenso wie für einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen keine Anhaltspunkte. Im Gegenteil wurde die Beschwerdeführerin von Beginn weg umfassend abgeklärt und stets adäquat behandelt.

Schliesslich dauerte auch die physisch bedingte, unfallkausale Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht ausserordentlich lang. Mangels objektivierbarer struktureller Schädigungen attestierten die Rheumatologen des Stadtspitals Z. ____, der Beschwerdeführerin bereits im August 2008 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/39.2 oben). In der Folge standen sodann die psychischen Beschwerden im Vordergrund (vgl. Urk. 8/41, Urk. 8/54-55 und Urk. 8/73).

6.4.6 Damit kann keines der praxisgemässen Kriterien als erfüllt betrachtet werden, weshalb es am adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin und dem Unfallereignis vom April 2008 fehlt. Weitergehende Abklärungen des psychischen Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin sind deshalb nicht angezeigt.

7. Zusammenfassend ergibt sich, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per Ende Januar 2009 keine mit dem Unfall in natürlichem Kausalzusammenhang stehenden somatischen Beschwerden mehr bestanden, und dass auch die psychischen Beschwerden mangels Adäquanz nicht in einem rechtsgenüßlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom April 2008 stehen. Somit trifft die Beschwerdegegnerin keine Leistungspflicht mehr. Der angefochtene Entscheid erweist sich in jeder Hinsicht als rechtmäßig, 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 Rolf Tandler

- 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.