

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00369 vom 16. November 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-11-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00369

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00369 du 16 novembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00369 del 16 novembre 2011

Erwägungen

E. 2

2.1. Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.2. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

2.3. Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen,

Äußerlichkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäß obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 359 E. 4b).

2.4 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen

Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/aa und 367 E. 6a).

E. 3

3.1 Mit Bagatellunfall-Meldung vom 3. Dezember 2008 (Urk. 7/1) machte der Beschwerdeführer einen sich am 25. Oktober 2008 zugetragenen Sturz mit dem Fahrrad aktenkundig, anlässlich dessen er eine Verletzung der HWS erlitten habe. Aus dem von Dr. med. A. ____, FMH Innere Medizin, ausgefüllten Dokumentationsbogen bei Erstkonsultation nach craniozervikalem Beschleunigungstrauma vom 1. Dezember 2008 (Urk. 7/2) ergibt sich, dass der Beschwerdeführer beim Sturz rückwärts auf das Gesicht fiel. Ein Kopfanprall fand nicht statt. Den Angaben des Beschwerdeführers zufolge hatten sich nach 72 Stunden Kopf- und Nackenschmerzen eingestellt. Andere Symptome verneinte er ebenso wie behandlungsbedürftige Beschwerden vor dem Unfallereignis. Abgesehen von zwei Lokalisationen mit Druckschmerz im Bereich Thorax/Nacken erwies sich der Untersuchungsbefund als unauffällig. Insbesondere fehlte es an Ruhe- und Stauchungsschmerzen, und die Beweglichkeit der HWS war uneingeschränkt und schmerzfrei möglich. Dr. A. ____ diagnostizierte eine HWS-Distorsion Grad I und verordnete Analgetika sowie aktive Physiotherapie. Eine Arbeitsunfähigkeit bestand nicht.

3.2 Am 20. Februar 2009 (Urk. 7/3) berichtete Dr. A. ____, der Beschwerdeführer habe Anfang November 2008 einen Sturz auf Kopf, Gesicht und linken Ellenbogen erlitten. Zwei Tage später seien starke Nackenschmerzen aufgetreten, die sich in den Folgetagen etwas verringert hätten. Wegen einer weiteren Verschlechterung habe ihn der Beschwerdeführer erstmals am 1. Dezember 2008 aufgesucht. Unter Physiotherapie habe sich der Verlauf bis Mitte Februar 2009 stark wechselhaft, in der dritten Februarwoche sich deutlich verschlechternd gezeigt. Der Arzt diagnostizierte (1) einen Fahrradsturz Anfang November 2008 mit progredientem cervicospondylogem Syndrom, initial mit Kontusion von Gesicht mit Hämatom gluteal links und Kontusion des linken Ellenbogens, (2) eine Migräne mit Aura, (3) einen idiopathischen Tinnitus (OR-Konsilium und Schädel-CT ohne Befund), (4) einen hartnäckig rezidivierenden, therapierefraktären analen Pruritus sowie (5) eine abklingende Transaminaseerhöhung unklarer Aetiologie (Oktober 2004). Er hielt abschliessend fest, bei der am 18. Februar 2009 erfolgten Konsultation habe sich im Vergleich zur Erstuntersuchung eine massiv verschlechterte HWS-Beweglichkeit gezeigt.

Dem Arztzeugnis vom 22. Februar 2010 (Urk. 8/4) zufolge fand nach dem 18. Februar 2009 keine Konsultation bei Dr. A. ____ mehr statt.

3.3 Mit Bericht vom 12. März 2009 (Urk. 8/31) machte Dr. B. ____, FMH Rheumatologie, Innere Medizin, ein myofaszialbetontes cervicovertebrales Schmerzsyndrom mit Kopfprotraktion bei Status nach akuter Exazerbation (Ende Februar 2009) und Status nach Fahrradsturz (Ende Oktober 2008) aktenkundig. Er hielt fest, das Schmerzsyndrom sei seit dem Unfallereignis andauernd, wohingegen die Schmerzexazerbation mit Bewegungseinschränkung zwischenzeitlich deutlich abgeklungen sei. Derzeit imponierten demgegenüber muskuläre Verspannungen mit Endphasenschmerzen bei der HWS-Beweglichkeit. Zeichen einer radikalen Reiz- oder

sensomotorischen Ausfallsymptomatik würden sich nicht erkennen lassen. Angesichts des zeitlichen Auftretens der Beschwerden sei davon auszugehen, dass beim Fahrradsturz Krafteinwirkungen auf die HWS stattgefunden hätten. Weitere Symptome, wie sie im Anschluss an HWS-Beschleunigungstraumen zu finden seien, fehlten aber. Aufgrund der deutlichen Regredienz der Beschwerden mit derzeit mehr myofaszialen Befunden seien weitere Untersuchungen nicht von Nutzen. Wegen des gerade auf den Nacken-Schultergürtelbereich sich häufig ungünstig auswirkenden Bildschirmarbeitsplatzes (Softwareentwickler) habe er dem Beschwerdeführer eine entsprechende Broschüre über ergonomische Empfehlungen abgeben und regelmäßiges Training auf dem Homevelo zur Stoffwechselsteigerung empfohlen.

3.4 Die MRI-Untersuchung der HWS vom 15. Februar 2010 (Urk. 8/10) zeigte eine Diskusprotrusion bei C3/C4 bei ansonsten unauffälligem Befund.

3.5 Dr. B. diagnostizierte am 23. März 2010 (Urk. 8/6) ein cervicovertebrales Schmerzsyndrom ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Konsultationen bei ihm seien am 10. und 31. März, am 8. Juni und 30. September 2009 sowie am 10. und 22. Februar 2010 erfolgt.

3.6 Zu den medizinischen Akten Stellung nehmend, hielt Kreisarzt Dr. Y. am 5. Mai 2010 (Urk. 8/12) dafür, gestützt auf den HWS-Ersterhebungsbogen habe der Beschwerdeführer anlässlich des Ereignisses vom 25. Oktober 2008 keine HWS-Distorsion im eigentlichen Sinne erlitten. Mit Blick auf den von Dr. A. am 1. Dezember 2008 erhobenen Befund mit freier Beweglichkeit der HWS und lediglich einer Druckdolenz im Bereich der oberen Brustwirbelsäule (BWS) könne die Beschwerdeprogredienz nicht als unfallbedingt betrachtet werden, sondern sei im Zusammenhang mit einer spontanen zervikogenen Beschwerdesymptomatik zu sehen. Ein Hinweis auf eine Fraktur habe sich nicht finden lassen, und die Diskusprotrusion bei C3/C4 ohne Einengung des Spinalkanales sei ein harmloser, nicht unfallbedingter Nebenbefund. Zusammenfassend erklärte Dr. Y., Beschwerden im Bereich des Gesäßes oder im lumbalen Bereich könnten maximal während sechs Monaten zulasten des Unfallversicherers gehen, während die im Behandlungsverlauf erst später eingetretene und sich verschlechternde HWS-Problematik in keinem kausalen Zusammenhang zum fraglichen Unfallgeschehen stehe.

3.7 Mit Schreiben vom 6. September 2010 (Urk. 8/22) erklärte Dr. B., die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen machten eine entsprechende Krafteinwirkung auf die HWS durch das Unfallereignis vom 25. Oktober 2008 doch sehr wahrscheinlich. Dessen Angaben seien glaubhaft, und es sei durchaus denkbar, dass bei einem Fahrradsturz verschiedene Kräfte auf die HWS einwirkten. Eher unwahrscheinlich sei aber, dass die bildgebend festzustellenden Diskusprotrusionen nicht eine Folge des Unfallereignisses seien.

E. 4

4.1 Aus den medizinischen Akten erhellt, dass sich den vom Beschwerdeführer noch geklagten Beschwerden kein unfallbedingtes organisches Substrat gegenüberstellen lässt. So entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise unter besonderen Voraussetzungen als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Dies weitestgehendst dann, wenn das Unfallereignis von

besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. Januar 2008, 8C_281/2007, E. 5.2.1). Keine dieser Voraussetzungen war vorliegend erfüllt, weshalb es an einer Kausalität der mittels MRI visualisierten Diskushernie (E. 3.4) gebricht. Davon ging denn der Beschwerdeführer - zumindest im Einspracheverfahren (Urk. 8/22 S. 3) - auch ausdrücklich selber aus. Im Weiteren mangelt es an Hinweisen für Frakturen (E. 3.4, 3.6) oder anderweitige Verletzungen (E. 3.1).

Was die Diagnose einer HWS-Distorsion betrifft, so ist das die Annahme eines HWS-Schleudertraumas erforderliche typische Beschwerdebild (E. 2.3) nicht gesichert. Der erstmals am 1. Dezember 2008 aufgesuchte Dr. A. konnte im Bereich der BWS/HWS lediglich Druckdolenzen ohne Einschränkung der aktiven Beweglichkeit feststellen. Andere Symptome sind nicht aktenkundig, sondern wurden im Gegenteil vom Beschwerdeführer ausdrücklich verneint (E. 3.1). Zudem fehlt es für die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Kopf- und Nackenschmerzen an unfallnahen, echtzeitlichen ärztlichen Erhebungen, welchen grosses Gewicht zukommt (BGE 134 V 109 E. 9.2 S. 123, Urteil des Bundesgerichts vom 1. Februar 2010, 8C_792/2009, E. 6.1). Mithin ist die Diagnose einer HWS-Distorsion nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Angesichts dessen sowie unter Berücksichtigung, dass Beschwerden, wie sie vom Beschwerdeführer geltend gemacht werden, auch ohne Distorsion der HWS häufig anzutreffen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. September 2007, U 380/06 E. 4.3) und Dr. B. ausdrücklich auf die sich für den Nacken- und Schultergürtelbereich oft nachteilig auswirkende Bildschirmarbeit des Beschwerdeführers hinwies (E. 3.4), ist der Einschätzung von Kreisarzt Dr. Y., die HWS-Problematik stehe in keinem Zusammenhang mit dem fraglichen Unfallereignis (E. 3.6), ohne Weiteres zu folgen.

Zu Recht hat damit die Beschwerdegegnerin die Erbringung von Leistungen abgelehnt.

4.2 An diesem Resultat änderte selbst dann nichts, wollte man dennoch davon ausgehen, der Sturz vom 25. Oktober 2008 habe zu einer HWS-Distorsion geführt und der natürliche Kausalzusammenhang der noch geklagten Beschwerden mit dem Unfallereignis sei zu bejahen. Dass sich die geltend gemachten Beschwerden keinem unfallbedingten organischen Substrat zuordnen lassen, wurde bereits dargelegt (E. 4.1). Mithin hätte - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (E. 1) - die Prüfung der Adäquanz nach der oben in E. 2.4 zitierten und mit BGE 117 V 359 und BGE 134 V 109 ff. weiterentwickelten Rechtsprechung zu erfolgen.

Bei dem vom Beschwerdeführer erlittenen Sturz vom Fahrrad handelt es sich rechtsprechungsgemäss höchstens um einen mittelschweren im Grenzbereich zu einem leichten Unfall (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. November 2010, 8C_605/2010, E. 6.1 mit weiteren Hinweisen). Mithin müsste ein einzelnes Kriterium in besonderes ausgeprägter Weise gegeben oder müssten verschiedene Kriterien in gehäuft oder auffälliger Weise erfüllt sein, was vorliegend aber ohne Weiteres verneint werden kann.

