

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00331 vom 17. März 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-03-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00331

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00331 du 17 mars 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00331 del 17 marzo 2013

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1992, ist in der Ausbildung zur Informatikerin/Systemtechnikerin bei der Y. und dadurch bei der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG (im Folgenden: Allianz) gegen die medizinischen und erwerblichen Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 1. Januar 2010 stürzte sie mit dem Snowboard und schlug den Kopf auf der Piste an (Urk. 7/1). Der tags drauf erstbehandelnde Arzt Dr. med. Z. diagnostizierte eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS). Eine Arbeitsunfähigkeit bestand nicht (Urk. 7/5). Die Allianz trat auf den Schaden ein und gewährte Heilbehandlung.

1.2. Mit Unfallmeldung vom 2. Januar 2011 machte die Arbeitgeberin einen Rückfall geltend (Urk. 7/8). Im Arzteugnis UVG vom 13. Januar 2011 (Urk. 7/15) gab Dr. med. A., Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, an, die Versicherte leide an Schulter-, Nacken- und thorakolumbalen Verspannungen, er habe Physiotherapie verordnet. Die Behandlung sei abgeschlossen.

1.3. Aufgrund unklarer stromartiger Parästhesien in beiden Beinen führte Dr. med. B., Facharzt für Radiologie FMH, eine Magnetresonanztomographie (MRI) der Lendenwirbelsäule (LWS) durch und fand gemäss Bericht vom 13. April 2011 (Urk. 7/19) an Dr. med. C., Chiropraktor SCG/EUC, eine mittelgrosse median bis paramedian links gelegene Diskushernie L4/L5 und L5/S1. Dr. C. diagnostizierte im Arzteugnis vom 26. April 2011 (Urk. 7/21) ein zervikospondylogenes und lumboradikuläres Reizsyndrom nach Distorsion und Kontusion mit myofaszialer Symptomausweitung. Die beratende Ärztin des Unfallversicherers, Dr. med. D., FMH Neurologie, erachtete es in ihrer Stellungnahme vom 6. Juni 2011 (Urk. 7/22) als unwahrscheinlich, dass die Beschwerden der Versicherten auf das Unfallereignis vom 1. Januar 2010 zurückzuführen seien. Hierauf teilte die Allianz X. mit Brief vom 8. Juni 2011 mit, zwischen den heute geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 1. Januar 2010 bestehe kein natürlicher Kausalzusammenhang, weshalb ein Anspruch auf weitere Leistungen der Unfallversicherung entfalle (Urk. 7/23).

1.4. Gegen diese Mitteilung liess X. mit Eingabe vom 10. Juni 2011 einwenden, der Sachverhalt sei von der Versicherung ungenügend zusammengestellt worden. Ihr Hausarzt Dr. A. sei klar der Ansicht, dass ihre Beschwerden im Zusammenhang mit dem Unfall stünden. Überdies habe sie im Januar 2011 beim Snowboarden einen weiteren Sturz erlitten (Urk. 7/24). Daraufhin holte die Allianz den Arztbericht von Dr. A. vom 8. Juli 2011 (Urk. 7/29) ein, der seinem Bericht unter anderem den Bericht von Dr. med. E., Neurologie FMH, vom 18. Mai 2011 (Urk.

7/29/2), welcher eine Unfallkausalität zwischen den Schmerzen und dem Unfallereignis aus neurologischer Sicht als sehr fraglich erachtete, beilegte. Nach nochmalig eingeholter Stellungnahme von Dr. D.____ vom 8. August 2011 (Urk. 7/32), welche an ihrer Meinung festhielt, verneinte die Allianz mit Verfügung vom 10. August 2011 einen Anspruch auf Versicherungsleistungen für den gemeldeten Rückfall (Urk. 7/33). Die dagegen gerichtete Einsprache der Versicherten vom 14. August 2011 (Urk. 7/36) wies sie mit Entscheid vom 10. November 2011 ab (Urk. 2).

2. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob X.____ durch ihre Eltern mit Eingabe vom 8. Dezember 2011 Beschwerde und beantragte sinngemäss die Übernahme der Heilungskosten für den Rückfall (Urk. 1). In der Beschwerdeantwort vom 10. Januar 2012 (Urk. 6) schloss die Allianz Suisse auf Abweisung der Beschwerde. Hiergegen nahm die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 6. Januar 2012 unaufgefordert Stellung (Urk. 10), zu welcher sich die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 16. Februar 2012 vernehmen liess (Urk. 12).

3. Anzuführen bleibt, dass die Arbeitgeberin, von der Allianz aufgrund des Einwandes der Versicherten, sie habe im Januar 2011 einen weiteren Unfall erlitten, dazu aufgefordert, die Unfallmeldung vom 24. Oktober 2011 einreichte, gemäss welcher die Versicherte bei Gehen auf dem Eis ausgerutscht und nach hinten gefallen sei und sich am Nacken sowie Rücken verletzt habe (Urk. 8/13). Die Streitigkeiten um die Übernahme der Kosten für die Heilbehandlung als Folge dieses Unfalls wurden mit Vergleich vom 13. Januar 2012/6. Februar 2012 (Urk. 8/23) beigelegt. Der Vergleich hat die Übernahme der Hälfte der Untersuchungskosten im Zusammenhang mit dem zweiten Sturz (vgl. unten E. 3.3 bis 3.5) durch die Unfallversicherung zum Inhalt.

4. Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

E. 1.1

1.1.1 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.

1.1.2 Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung, UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

1.2 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

NSAR (topisch) versorgt worden. Eine Arbeitsunfähigkeit attestierte Dr. Z. ___ nicht.

3.2.1.1. Dr. A. ___ berichtete am 13. Januar 2011 (Urk. 7/14), die Beschwerdeführerin habe ihn erstmals am 30. April 2010 aufgesucht. Er diagnostizierte ein posttraumatisches zervikospondylogenes und thorakolumbales Syndrom. Die Beschwerdeführerin klage über Schulter-, Nacken- und thorakolumbale Verspannungen. Er habe Physiotherapie verschrieben und die Behandlung abgeschlossen. Eine Kontrolle sei nach der Physiotherapie nur bei Bedarf vorgesehen. Eine Arbeitsunfähigkeit attestierte Dr. A. ___ nicht.

3.3.1.1. Das MRI LWS hat gemäss Bericht von Dr. B. ___ vom 13. April 2011 (Urk. 7/19) ergeben, dass bei der Beschwerdeführerin eine mittelgrosse median bis paramedian links gelegene Diskushernie L4/L5 und L5/S1, hier mit kleinem konzentrischen Anulus fibrosus Riss rezessal links vorliege. Eine Reizung der Nervenwurzel L5 links mehr als rechts wäre rezessal auf Höhe L4/L5 durch die Dorsalverlagerung denkbar.

3.4

3.4.1.1. Dr. C. ___ diagnostizierte im Arztbericht vom 26. April 2011 (Urk. 7/21) ein zervikospondylogenes und lumboradikuläres Reizsyndrom nach Distorsion und Kontusion mit myofaszialer Schmerzausweitung. Die auffällige Dehydratation der Bandscheiben L4/5, L5/S1 mit Protrusionen der beiden Niveaus sei kaum unfallkausal. Hier wirkte die Traumatisierung allenfalls als Auslöseereignis für den heutigen symptomatischen Zustand.

3.4.2.1. Im Überweisungsschreiben vom 6. Mai 2011 (Urk. 7/29/3) an Dr. E. ___ meinte Dr. C. ___, die Ursache der geklagten, symmetrischen sockenförmigen Parästhesien an beiden Unterschenkeln bleibe unklar. Die MRI-Untersuchung bestätigte zwar eine eher frühzeitige degenerative Veränderung der Bandscheiben L4/5, L5/S1 mit möglicher Irritation der Radix L5 links im Recessus. Dies sei allerdings als alleinige Ursache für das geklagte Phänomen sehr unwahrscheinlich.

3.5.1.1. Laut Bericht von Dr. E. ___ vom 18. Mai 2011 (Urk. 7/29/2) leidet die Beschwerdeführerin an intermittierenden Kribbelparästhesien der Beine, selten auch der Arme, unklarer Genese, am ehesten funktionell bei Somatisierungsneigung. Für die intermittierend auftretenden Kribbelparästhesien an den Beinen (ca. ab der Leiste) sei in der klinisch-neurologischen Untersuchung und bei den ergänzend durchgeführten Neurographien kein zugrunde liegendes organisches Korrelat gefunden worden. Insgesamt ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine peripher-neurogene, lumboradikuläre oder myeläre Affektion. Auch in der bereits durchgeführten MRI-Untersuchung der LWS finde sich kein richtungsweisender pathologischer Befund, insbesondere keine eindeutige Neurokompression. Aus neurologischer Sicht sei eine Unfallkausalität sehr fraglich und eher zu verneinen. Es stehe viel eher eine funktionelle/psychosomatische Genese der Beschwerden im Vordergrund.

3.6.1.1. Im Arztbericht vom 8. Juli 2011 (Urk. 7/29) fasste Dr. A. ___ zusammen, bei der Beschwerdeführerin bestehe ein Status nach Snowboardsturz mit zerviko-spondylogem Reizsyndrom nach Distorsion und Kontusion. Es bestehe eine myofasziale Symptomausweitung mit thorakovertebralem und lumbospondylogem Syndrom. Die HWS-Beschwerden und die Behandlung derselben seien sicherlich auf den Sturz mit dem Snowboard zurückzuführen. In der Zwischenzeit sei es nochmals zu

einem Sturz gekommen mit Verstärkung des thorakovertebralen Syndroms und der lumbospondylogenen Beschwerden. Die MRI-Befunde seien eher ein Zufallsbefund, und es bestehe kein lumboradikulares Syndrom bei Diskushernie.

E. 4

4.1 Der Fallabschluss hat in Form einer Verfügung zu erfolgen, wenn und solange die (weitere) Erbringung erheblicher Leistungen zur Diskussion steht (BGE 132 V 412 E. 4 S. 417; Art. 124 UVV). Erlässt der Versicherer stattdessen nur ein einfaches Schreiben, erlangt dieses in der Regel jedenfalls dann rechtliche Verbindlichkeit, wenn die versicherte Person nicht innerhalb eines Jahres Einwände erhebt (BGE 134 V 145). Standen zu einem bestimmten Zeitpunkt indessen keine Leistungen mehr zur Diskussion, kann ein Rückfall auch vorliegen, ohne dass der versicherten Person mitgeteilt wurde, der Versicherer schliesse den Fall ab und stelle seine Leistungen ein. In dieser Konstellation ist entscheidend, ob zum damaligen Zeitpunkt davon ausgegangen werden konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten. Dies ist im Rahmen einer ex ante-Betrachtung unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu beurteilen. Dabei kommt der Art der Verletzung und dem bisherigen Verlauf eine entscheidende Rolle zu: Lag ein vergleichsweise harmloser Unfall mit günstigem Heilungsverlauf vor, welcher nur während relativ kurzer Zeit einen Anspruch auf Leistungen begründete, wird tendenziell eher von einem stillschweigend erfolgten Abschluss auszugehen sein als nach einem kompliziert verlaufenen Heilungsprozess. Andererseits ist der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalls und nicht unter demjenigen eines Rückfalls zu prüfen, wenn die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden gelitten hat bzw. wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen (Urteile 8C_102/2008 vom 26. September 2008 E. 4.1 und 8C_433/2007 vom 26. August 2008 E. 2.3, je mit Hinweisen).

4.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich einen Tag nach dem Snowboardsturz Dr. Z. vor, welcher ein Schleudertrauma Grad I QTF-Klassifikation diagnostizierte. Gegenüber Dr. Z. klagte sie lediglich über Nackenschmerzen geringer Intensität (zwischen 2 bis 3 bei insgesamt 10 Punkten auf der Schmerzskala) ohne Ausweitung, und die Röntgenbilder waren unauffällig. Dr. Z. verschrieb eine Halskrause und NSAR topisch. Eine Arbeitsunfähigkeit attestierte er nicht, und eine Weiterbehandlung durch den Hausarzt stellte er lediglich bei Bedarf in Aussicht (E. 3.1). Die Beschwerdeführerin selber gab im Frageblatt zum Unfallhergang am 28. Januar 2010 (Urk. 7/4) an, sich lediglich bei Dr. Z. in Behandlung begeben zu haben. Angesichts der Tatsache, dass keine objektivierbaren Verletzungen vorgelegen haben, die Schmerzen relativ gering waren und nicht ausstrahlten und sich die Beschwerdeführerin während vier Monaten nicht in weitere ärztliche Behandlung begeben hatte, kann davon ausgegangen werden, dass die Behandlung nach der Erstkonsultation bei Dr. Z. abgeschlossen war.

Auch ohne Mitteilung des Fallabschlusses an die Beschwerdeführerin ist damit nicht mehr vom Grundfall auszugehen. Das Leistungsbegehren vom 2. Januar 2011 (Urk. 7/8) wurde daher zu Recht unter dem Aspekt eines Rückfalls geprüft.

E. 5

5.1. Vorab ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der Konsultation bei Dr. Z. ___ einen Tag nach dem Snowboardsturz lediglich über Nackenbeschwerden klagte. Schmerzen oder Funktionseinschränkungen an anderer Lokalisation verneinte Dr. Z. ___ im Dokumentationsbogen (E. 3.1). Erst vier Monate später gab die Beschwerdeführerin laut Arzteugnis vom 13. Januar 2011 (E. 3.2) gegenüber Dr. A. ___ auch Schulter- und Rückenschmerzen an. Dass diese auf den Unfall vom 1. Januar 2010 zurückzuführen wären, erscheint, nachdem die Beschwerdeführerin anfänglich über keine solchen Beschwerden geklagt hat, unwahrscheinlich.

5.2. Was die Nackenbeschwerden betrifft, meldete sich die Beschwerdeführerin laut erstem Arzteugnis von Dr. A. ___ vom 13. Januar 2011 (E. 3.2) erstmals am 30. April 2010 bei ihm. Aufgrund des Zeitabstandes von vier Monaten seit der Erstbehandlung bei Dr. Z. ___ und dem Aufsuchen des Hausarztes erscheint es unwahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin unter dauernden Schmerzen gelitten hat. Dies wird durch die Formulierung im Zeugnis von Dr. A. ___ gestützt (E. 3.2), wonach die Beschwerdeführerin angegeben hat, bei einem Snowboardsturz eine HWS-Distorsion erlitten zu haben, und seither erneut über Schulter-, Nacken- und Rückenschmerzen klagte. Als Befunde fand er lediglich Verspannungen in Schulter und Nacken sowie thorakal. Bewegungseinschränkungen oder Druckschmerzen wurden keine beschrieben. Wohl aufgrund der sehr spärlichen Befunde verordnete er - entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 10) - weder medizinische Massnahmen, noch attestierte er eine Arbeitsunfähigkeit. Er liess es bei der Empfehlung bewenden, den Verlauf abzuwarten. Erst ein gutes halbes Jahr später, am 24. November 2011, stellte sich die Beschwerdeführerin wieder bei Dr. A. ___ vor, der ihr neun Sitzungen Physiotherapie verschrieb (vgl. Urk. 7/14 i.V.m. Urk. 7/29). Auch damals fand er lediglich Schulter-, Nacken- und thorakolumbale Verspannungen. Weitere Befunde wurden im Arztbericht vom 8. Juli 2011 (E. 3.7) nicht aufgeführt. Dass die Beschwerdeführerin angesichts dieser langen Dauer zwischen den einzelnen Behandlungen dauernde erhebliche Schmerzen empfunden haben soll, erscheint angesichts der medizinischen Berichterstattung eher unwahrscheinlich, jedenfalls waren sie nicht behandlungsbedürftig.

3. Selbst wenn die Beschwerdeführerin gelegentlich unter gewissen einschlägigen Symptomen gelitten haben sollte, käme diesen nicht die Eigenschaft eindeutiger Rückensymptome zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_419/2010 vom 17. August 2010 E. 3.2.2).

6. Zusammenfassend ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Nacken-, Schulter- und Rückenbeschwerden natürlich kausal zum Unfallereignis vom 1. Januar 2010 sind. Ein Rückfall ist nicht ausgewiesen. Folglich ist die Beschwerde abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - F. ___ und G. ___ H. ___ unter Beilage des Doppels von Urk. 12
 - Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung 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.