

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00009 vom 12. Dezember 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-12-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2012.00009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00009)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00009 du 12 décembre 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00009 del 12 dicembre 2012

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Das noch am Unfalltag erstbehandelnde Spital H.\_\_\_\_, in welchem die Beschwerdeführerin bis am 18. Mai 1998 hospitalisiert war, diagnostizierte eine Contusion cordis und eine HWS-Distorsion bei Autounfall. Sowohl in der HWS wie auch in der BWS hätten sich keine nachweisbaren traumatische, entzündliche oder anderweitige pathologische Veränderungen gezeigt. Auch im Röntgen der linken Schulter und Clavicula links, welche die Beschwerdeführerin ebenfalls geschmerzt hätten, seien keine pathologischen Veränderungen festgestellt worden. Die Beschwerdeführerin sei am 18. Mai 1998 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden. Sie hätten der Beschwerdeführerin ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis für zwei Wochen ausgestellt (Urk. 11/3.6).

2.2. Die Beschwerdeführerin war vom 8. bis 29. Juli 1998 in der Klinik B.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen. Mit Bericht vom 3. August 1998 hielt diese ein zervikospondylogenes Syndrom bei Status nach HWS-Distorsionstrauma am 12. Mai 1998 mit posttraumatischer Dysfunktion des Acromioclavicular- und Sternoclaviculargelenkes links fest. Radiologisch hätten ossäre Läsionen ausgeschlossen werden können. Es hätten nie sensomotorische Defizite bestanden. Trotz intensiver ambulanter physiotherapeutischer Massnahmen dreimal wöchentlich seien die seit dem Unfall bestehenden invalidisierenden Nacken- und Schulterschmerzen mit Einschränkung der Beweglichkeit persistent. Klinisch zeige sich eine Einschränkung der HWS-Beweglichkeit mit Endphasenschmerz. Ausserdem bestehe eine Acromioclavicular- und Sternoclaviculargelenksdysfunktion mit einer Einschränkung der Beweglichkeit der linken Schulter. Aufgrund des zeitlichen Auftretens sei der kausale Zusammenhang des Unfalls mit dem Beginn der Beschwerden gegeben. Die Beschwerdeführerin sei für drei Wochen zu 50 % arbeitsfähig. Hernach bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (11/3.21).

2.3. Vom 4. Februar bis 4. März 2003 war die Beschwerdeführerin in der Klinik C.\_\_\_\_ hospitalisiert. Diese diagnostizierte mit Austrittsbericht vom 31. März 2003 einen Status nach HWS-Schleudertrauma im Mai 1998. Die Beschwerdeführerin sei während der Hospitalisation und bis am 9. März 2003 zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Vom 10. bis 16. März 2003 sei sie zu 50 % arbeitsfähig. Ab dem 17. März 2003 bestehe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/3.64). Am 17. Juli 2003 erklärte die Klinik C.\_\_\_\_ gegenüber der Beschwerdegegnerin, der Rehabilitationsaufenthalt in ihrer Klinik sei erfreulich gewesen. Die Beschwerden hätten deutlich nachgelassen, die Beschwerdeführerin fühle sich entspannter und psychophysischer belastbarer. Objektivierbar seien lediglich noch ein erhöhter

Schulter-/Nackentonus. Die HWS-Beweglichkeit habe sich jedoch gebessert (Urk. 11/3.66).

2.4 Dr. med. D. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, hielt mit ärztlicher Beurteilung vom 15. Juli 2004 fest, es seien dauernde und erhebliche Unfallfolgen nachweisbar. Es bestehe ein Zustand nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma am 12. Mai 1998 mit eingeschränkter Beweglichkeit und verminderter Belastbarkeit der Halswirbelsäule bei einem chronischen, schmerzhaften Zervikalsyndrom: posttraumatische Kopfschmerzen (Zephalea); geringgradig reduzierte kognitive Belastbarkeit mit diskret verminderter Aufmerksamkeit/Konzentrationsfähigkeit, besonders bei raschem Arbeitstempo und bei Stresssituationen. Der Integritätsschaden betreffend HWS betrage 10 %. Dazu komme ein Integritätsschaden von 10 % wegen der etwas reduzierten kognitiven Funktionen, besonders unter Stress (Urk. 11/3.70).

2.5 Dr. med. E. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, diagnostizierte mit Gutachten vom 18. Oktober 2007 ein chronisches zervikozephalales Syndrom bei Status nach Auto-LKW-Frontalkollision am 12. Mai 1998. Als Nebendiagnose führte er einen Status nach Tonsillektomie in der Kindheit an. Subjektiv leide die Beschwerdeführerin an Kopfschmerzen mit Ausstrahlung in die HWS und in beide Schultern. Sie sei gezwungen, entzündungshemmende Mittel zu nehmen. Sie nehme zurzeit auch ein Antidepressivum. Seit rund 9 Jahren mache sie teils ambulante, teils stationäre Behandlungen. Sie arbeite zu 100 %. Objektiv bestehe ein chronisches zervikospodylogenes Syndrom mit schmerzhaften Triggerpoints im Bereich der Trapeziusmuskulatur, der Supraspinalligamente und Interspinalligamente der HWS, der Okzipitalregion beidseits und der Interskapularregion beidseits. Es beständen Einschränkungen der Beweglichkeit der Wirbelsäule in allen Richtungen, in der Sagittalebene, der Frontalebene und auch in der Rotationsachse. Es beständen keine radikulären Zeichen. Die bisher erstellten bildgebenden Dokumente mit HWS ap und seitlich und Dens-Aufnahmen sowie MRI der HWS zeigten keine posttraumatischen Läsionen, keine Diskushernien, keine Spinalstenosen und keine Einengungen der Foramina intervertebralia. Die heutigen subjektiven Beschwerden und die objektiven Zeichen ständen in einem überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang mit dem Unfall vom 12. Mai 1998. Eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes sei nicht zu erwarten. Durch eine Therapie könne aber verhindert werden, dass die Beschwerdeführerin teilarbeitsunfähig werde (Urk. 11/4.3).

2.6 Dr. med. F. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, hielt in seinem Gutachten vom 12. Dezember 2007 als Diagnose ein residuelles zephalales Zervikalsyndrom und ein zervikothorakales Syndrom fest. Da die Beschwerdeführerin in einer anspruchsvollen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei, lasse sich - bezüglich des Kriteriums der Arbeitsfähigkeit - durch Behandlung keine namhafte Verbesserung erzielen. Indessen könnten medizinische Massnahmen dazu beitragen, die gegenwärtige Leistungsfähigkeit zu erhalten. Aus neurologischer Sicht sollten sowohl medizinische Massnahmen als auch paramedizinische Massnahmen (physikalische Therapien) dem Schmerzpegel und Befinden angemessen weiterbetrieben werden. Ein dauernder Abfall der Arbeitsfähigkeit liesse sich angesichts des stabilen Verlaufs auch in Zukunft nicht als Unfallfolge erklären (Urk. 11/4.1)

2.7 Dr. med. G. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, berichtete der Beschwerdegegnerin am 26. November 2010, bei der Beschwerdeführerin liege ein stationäres Zustandsbild vor. Die alltäglichen Belastungen führten immer wieder zu

einer Schmerzzunahme, weswegen die Beschwerdeführerin auf Heilbehandlungen angewiesen sei. Leider könne dadurch nicht vermieden werden, dass es von Zeit zu Zeit zu ganz extremen Beschwerden komme, weswegen die Beschwerdeführerin stationär (Kur) behandelt werden müsse. Gegenüber dem Gutachten aus dem Jahr 2007 habe sich die Situation überhaupt nicht verändert, weshalb eine Neubeurteilung aus seiner Sicht nicht indiziert sei (Urk. 11/3.85).

2.8. Nach dem Dr. E. der Beschwerdegegnerin mitgeteilt hatte, dass man bedenken müsse, dass die Beschwerdeführerin voll arbeitsfähig sei, weshalb aufgrund der Verletzungen ein Kuraufenthalt akzeptabel sei (Akttenotiz vom 16. Dezember 2010, Urk. 11/3.86), war die Beschwerdeführerin vom 17. März bis 6. April 2011 in der Klinik Z. hospitalisiert. Mit Bericht vom 18. April 2011 hielt diese als Diagnosen (1) ein zervikospondylogenes Schmerzsyndrom bei (a) myofaszialem Schultergürtelsyndrom beidseits und (b) Status nach HWS-Distorsionstrauma 1998, (2) eine Achillodynie links bei dorsalem Fersensporn (Röntgen Fuss 5. April 2011) und (3) eine beginnende Fingerpolyarthrose beidseits (Röntgen vom 1. April 2011) fest. Die Beschwerdeführerin sei für die Dauer des Aufenthalts sowie bis am 14. April 2011 zu 100 % arbeitsunfähig. Danach bestehe zunächst eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Die weitere Festlegung der Arbeitsfähigkeit habe durch den Hausarzt zu erfolgen (Urk. 11/3.93)

2.9. Dr. G. diagnostizierte mit Bericht vom 14. Juli 2011 ein zervikozephalisches Schmerzsyndrom bei myofaszialem Schultergürtelsyndrom beidseits bei Status nach HWS Distorsionstrauma 1998. Es sei kaum mehr mit einer Verbesserung der Symptomatik zu rechnen. Der Endzustand sei erreicht. Die Beschwerdeführerin arbeite voll, sie brauche jedoch immer wieder Therapien und zum Teil stationäre Behandlungen, damit dies auch in Zukunft so bleiben könne (Urk. 11/3.94).

### **E. 3**

3.1. Sofern die jeweiligen Voraussetzungen erfüllt sind, erbringt die obligatorische Unfallversicherung im Falle eines Unfalles ohne Todesfolge die folgenden Leistungen beziehungsweise übernimmt die entsprechenden Kosten für:  
Heilbehandlungen (Arzt, Medikamente, Spitalaufenthalt etc.; Art. 10 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG]), Hilfsmittel (Ausgleich körperlicher Schädigung z.B. Prothesen; Art. 11 UVG) sowie für Sachschäden, Reise-, Transport- und Bergungskosten (Art. 12 UVG). Bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit können Taggelder (Art. 16 UVG) und bei einer dauernden Arbeitsunfähigkeit von mindestens 10 % eine Invalidenrente (Art. 18 UVG) ausgerichtet werden. Weiter können eine Hilflosenentschädigung (Art. 26 UVG) sowie bei bleibender erheblicher Beeinträchtigung der Gesundheit unabhängig von einer Arbeitsunfähigkeit eine Integritätsentschädigung (Art. 24 UVG) ausgerichtet werden.

3.2. Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer den Fall (unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung) abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und alle möglichen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind.

§§§§§ Gemäss BGE 134 V 109 umschreibt das Gesetz nicht näher, was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person ("une sensible amélioration de l'état de l'assuré", "un sensible miglioramento della salute dell'assicurato" in der französischen resp. italienischen Textfassung des Art. 19 Abs. 1 UVG) zu verstehen ist. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist (vgl. etwa Art. 1a und Art. 4 UVG), wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_277/2012 vom 12. Oktober 2012 E. 2.2 mit Hinweisen).

§§§§§ Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin. Nahtlos an diese Regelung schliesst sich Art. 21 Abs. 1 UVG an. Danach soll Heilbehandlung - wie die übrigen Pflegeleistungen und die Kostenvergütungen - nach Festsetzung der Rente durch den Unfallversicherer nur unter besonderen Voraussetzungen gewährt werden, so bei Berufskrankheit (lit. a), bei Rückfall oder Spätfolgen zur wesentlichen Besserung oder Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit (lit. b), zur Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit (lit. c) und zur wesentlichen Verbesserung oder zur Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes im Falle der Erwerbsunfähigkeit (lit. d). Im dazwischen liegenden Bereich, nämlich wenn einerseits von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG mehr erwartet werden kann und andererseits die Voraussetzungen von Art. 21 Abs. 1 UVG nicht erfüllt sind, hat der Unfallversicherer keine Heilbehandlung mehr zu übernehmen. An seine Stelle tritt der obligatorische Krankenpflegeversicherer.

3.3§§§ Im massgebenden Zeitpunkt der Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin per 1. September 2011 war die Beschwerdeführerin seit mehreren Jahren wieder zu 100 % erwerbstätig und wurde ihr von den begutachtenden und behandelnden Ärzten grundsätzlich eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (E. 2.5, E. 2.6, E. 2.7 und E. 2.9). Entsprechend den vorstehenden Ausführungen und gestützt auf die erwähnte Rechtsprechung war somit im massgebenden Zeitpunkt keine namhafte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit mehr möglich und eine Weiterausrichtung der Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG nicht mehr gerechtfertigt. Die Leistungseinstellung per 1. September 2011 erfolgte daher zu Recht.

§§§§§ Zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdeführer gestützt auf die besonderen Ausnahmen von Art. 21 Abs. 1 UVG weiterhin Anspruch auf die Übernahme von Heilbehandlungskosten hat.

§§§§§ Art. 21 UVG regelt den ausnahmsweisen Anspruch auf Heilbehandlung nach Festsetzen der Rente. E contrario haben somit diejenigen Versicherten, die keinen Anspruch auf eine Rente der Unfallversicherung haben - wie dies auch bei der Beschwerdeführerin unbestritten der Fall ist - keinen gesetzlichen Anspruch auf die weitere Übernahme von Heilbehandlung. An diese Stelle tritt der Krankenversicherer (Urteile des Bundesgerichts U 12/04 vom 28. Juli 2004 E. 3.2 in fine, 8C\_191/2011 vom 16. September 2011 E. 5.3 und 8C\_403/2011 vom 11. Oktober 2011 E. 3 sowie Urteil des hiesigen Gerichts UV.2011.00043 vom 25. September 2012 E. 3). Die Einstellung der

Heilungskosten per 1. September 2011 erweist sich damit auch unter Berücksichtigung der Ausnahmeregelung gemäss Art. 21 UVG als zu Recht erfolgt und ist nicht zu beanstanden. Daran vermögen sämtliche Vorbringen der Beschwerdeführerin - soweit überhaupt sachbezogen - nichts zu ändern, weshalb darauf nicht näher einzugehen ist.

3.4 Da keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Beschwerdeführerin mit Ausnahme der bereits rechtskräftig zugesprochenen Integritätsentschädigung Anspruch auf andere Leistungen der Beschwerdegegnerin hätte (vgl. E. 3.1), erweist sich die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 1. September 2011 als rechtmässig. Bei dieser Sachlage kann offen bleiben, ob die von der Beschwerdeführerin noch geklagten Beschwerden unfallkausal sind, wobei aufgrund der vorgenommenen Abklärungen ohne Weiteres feststeht, dass diese Beschwerden organisch nicht nachweisbar sind.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Felix Hunziker-Blum

- Rechtsanwalt Oskar Müller

- 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.