

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00140 vom 16. September 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00140

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00140 du 16 septembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00140 del 16 settembre 2013

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1958, arbeitete als Pflegeassistentin im Z.____, A.____, und war dadurch bei der AXA Versicherungen AG (vormals Winterthur Schweizerische Versicherungs-Gesellschaft; im Folgenden: AXA) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (Urk. 12/1), als sie sich bei einem Verkehrsunfall am 7. Januar 2005 laut Bericht der Chirurgischen Notfallstation des Spitals B.____ vom 20. Januar 2005 eine Thoraxkontusion links sowie eine Schädelkontusion zuzog, und der Verdacht auf ein beginnendes kranio-zervikales Schleudertrauma gestellt wurde (Urk. 12/M1 Beilage). Die AXA trat auf den Schaden ein und gewährte Taggeld und Heilbehandlung.

In der Folge wurde X.____ von ihrem Hausarzt Dr. med. C.____, Facharzt für allgemeine Medizin FMH, behandelt, welcher eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigte. Als der Heilungsprozess stagnierte und der von Dr. C.____ zugezogene Dr. med. D.____, Rheumatologie FMH, gemäss Bericht vom 17. Mai 2005 (Urk. 12/M8) kein eindeutig fassbares Korrelat im muskuloskelettalen Bereich für die angegebenen Beschwerden und die daraus abgeleitete Arbeitsfähigkeit fand, wurde die Versicherte einer medizinischen Standortbestimmung in der E.____ (Bericht vom 25. Juli 2005, Urk. 12/M9) zugeführt, welche ergab, dass sie aktuell nicht arbeitsfähig sei. Daraufhin weilte

X.____ vom 20. September bis 18. Oktober zur stationären Therapie in der F.____. Deren Ärzte diagnostizierten im Austrittsbericht vom 14. November 2005 (Urk. 12/M10) ein chronifiziertes

zervikospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont mit/bei Status nach HWS-Distorsionsstrauma am 7. Januar 2005, vegetativer Begleitsymptomatik und differenzialdiagnostisch generalisiertem Schmerzsyndrom, Fibromyalgiesyndrom mit 13 von 18 positiven Tenderpoints bei negativen Kontrollpunkten und attestierten eine Arbeitsfähigkeit von 30% bis 31. Oktober 2005 mit kontinuierlicher Steigerung gemäss Klinik. Am 6. September 2006 (Urk. 12/M12) berichtete Dr. C.____, die Situation habe sich stabilisiert und die Versicherte arbeite seit 1. Juni 2006 wieder zu 100%. Wegen Magenschmerzen verbunden mit Appetitlosigkeit und Druck in der Brust, welche die Versicherte auf den Unfall zurückführe, habe sie einen Gastroenterologen konsultiert. Am 30. November (Urk. 12/M14) berichtete Dr.

C.____, die ganze Situation bleibe komplex, es sei zu einer Symptomausweitung in den Magen-Darmtrakt gekommen und ein Schwindelsyndrom – aufgrund dessen die Versicherte am 22. Dezember 2006 von Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, speziell Hals- und Gesichtschirurgie untersucht wurde (Bericht vom

22. Dezember 2006) - hinzugekommen, was mit dem Unfall direkt nichts zu tun habe. Am 23. Januar 2007 (Urk. 12/M15) schliesslich schrieb Dr. C.____, die Versicherte sei seit dem 20. Januar 2007 wegen des Rückens arbeitsunfähig, nachdem sie zuvor während drei Wochen wegen der Bauchsymptomatik vom H.____ arbeitsunfähig geschrieben worden sei. Hierauf liess die AXA die Versicherte im I.____, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, begutachten (Gutachten vom 10. April 2007, Urk. 12/M16). Gestützt auf dieses Gutachten stellte sie die Leistungen mit Verfügung vom 17. August 2007 per 31. März 2007 ein (Urk. 12/57). Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. 1.2

Mit Schreiben vom 12. April 2010 ersuchte die Versicherte die AXA um Wiedererwägung der Verfügung vom 17. August 2007. Gleichzeitig wies sie darauf hin, dass die Voraussetzungen der Revision gemäss Art. 53 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) erfüllt seien (Urk. 2/60). Mit Verfügung vom 31. Mai 2010 wies die AXA das Gesuch ab mit der Begründung, dass sowohl die Voraussetzungen für eine Revision als auch für eine Wiedererwägung nicht gegeben seien (Urk. 12/62). Die dagegen gerichtete Einsprache vom 2. Juni 2010 (Urk. 12/63; Einspracheergänzung vom 12. Juli 2010, Urk. 12/66) wies sie mit Entscheid vom 22. Oktober 2010 ab (Urk. 17/72). Das am 12. November 2012 angerufene Sozialversicherungsgericht wies die Beschwerde, so weit es auf sie eintrat, mit Urteil vom 24. Januar 2011 ab (Prozess

Nr. UV.2010.00342, Urk. 12/75).

E. 1.3

Nachdem das im Auftrag der Eidgenössischen Invalidenversicherung erstellte Gutachten der MEDAS J.____ am 25. Februar 2011 (Urk. 12/M19) vorlag, stellte die Versicherte bei der AXA am 3. März 2011 erneut das Gesuch, es sei die Verfügung vom 17. August 2007 in Wiedererwägung oder in Revision zu ziehen (Urk. 12/76). Die AXA teilte der Versicherten hierauf mit Schreiben vom 22. März 2011 mit, dass sie die Verfügung nicht in Wiedererwägung zu ziehen gedenke, und setzte ihr eine Frist an, um das Revisionsgesuch zu begründen (Urk. 12/77). Mit Verfügung vom 1. November 2011 trat die AXA nicht auf das Wiedererwägungsgesuch ein und wies das Gesuch um prozessuale Revision ab, so weit sie darauf

eintrat (Urk. 12/80). Die dagegen gerichtete Einsprache vom 17. November 2011 (Urk. 12/82) wies sie, soweit sie darauf eintrat, mit Entscheid vom 18. Mai 2012 ab (Urk. 2).

E. 2

Auf das Revisionsgesuch vom 3. März 2011 sei einzutreten.

E. 3

Es sei der Versicherten eine Integritätsentschädigung von 25 % auszurichten.

E. 4

Der Versicherten sei ab dem 1. August 2006 das Taggeld auszurichten. Ebenso sind ihr die Heilungskosten auszurichten.

E. 5

Ab einem von Amtes wegen zu bestimmenden Zeitpunkt sei dieses Taggeld von einer Rente abzulösen. Ebenso ist der Anspruch auf Heilungskosten zu klären.

E. 6

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.“

Mit Beschwerdeantwort vom 24. Oktober 2012, welche der Beschwerdeführerin am 12. November 2012 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 15), schloss die AXA auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10). Am 26. November 2012 nahm die Beschwerdeführerin unaufgefordert Stellung zur Beschwerdeantwort, wozu sich die Beschwerdegegnerin ihrerseits am 22. März 2013 äusserte (Urk. 22). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass der Nichteintretensentscheid bezüglich des Gesuchs um Wiedererwägung einer Anfechtung nicht zugänglich und daher endgültig ist (BGE 133 V 50 E. 4.4.2 mit Hinweisen), weshalb die Beschwerdegegnerin auf die Einsprache zu Recht nicht eingetreten ist. 2. 2 .1

Laut Art. 53 Abs. 1 ATSG müssen formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide in Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war (sogenannte prozessuale Revision). 2 .2

Als „neu“ gelten Tatsachen, welche sich zwar vor Erlass der formell rechtskräftigen Verfügung oder des Einspracheentscheids verwirklicht haben, dem Gesuchsteller trotz hinreichender Sorgfalt jedoch nicht bekannt waren (Urteil U

22/07 vom 6. September 2007 E. 4.1 mit Hinweisen). Das revisionsweise vorgebrachte Element, welches lediglich eine neue Würdigung einer bereits bekannten Tatsache beinhaltet, rechtfertigt keine prozessuale Revision.

Die neuen Tatsachen müssen zudem „erheblich“ sein. Eine neue Tatsache ist jedenfalls nur dann im Sinne von Art. 53 Abs. 1 ATSG erheblich, wenn sie die tatsächliche Grundlage der Verfügung oder des Einspracheentscheids so zu ändern vermag, dass bei zutreffender rechtlicher Würdigung ein anderer Entscheid resultiert .

Im Rahmen der prozessualen Revision muss die erhebliche neue Tatsache selber bei zutreffender rechtlicher Würdigung zu einem anderen Entscheid führen; der Gesuchsteller hat den Revisionsgrund allein gestützt auf die Parteivorbringen oder andere, sich aus den Akten ergebende Anhaltspunkte mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b) nach zuweisen, da andernfalls das Revisionsgesuch abzuweisen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_720/2009 vom 15. Februar 2010, E. 5.1 mit Hinweisen). 2 .3

Neue Beweismittel haben entweder dem Beweis der die Revision begründenden neuen erheblichen Tatsachen oder dem Beweis von Tatsachen zu dienen, die zwar bekannt gewesen, zum Nachteil des Gesuchstellers aber unbewiesen geblieben sind. Sollen bereits vorgebrachte Tatsachen mit neuen Mitteln bewiesen werden, hat der Gesuchsteller auch darzutun, dass er die Beweismittel im früheren Verfahren nicht beibringen konnte. Ausschlaggebend ist, dass das Beweismittel nicht bloss der Sachverhaltswürdigung, sondern der Sachverhaltsfeststellung dient. Es genügt daher nicht, dass ein neues Gutachten

den Sachverhalt anders wertet; vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, welche die Entscheidungsgrundlagen als objektiv mangelhaft erscheinen lassen. Auch ist ein Revisionsgrund nicht schon gegeben, wenn die Verwaltung bereits im Hauptverfahren bekannte Tatsachen möglicherweise unrichtig gewürdigt hat. Notwendig ist vielmehr, dass die unrichtige Würdigung erfolgte, weil für den Entscheid wesentliche Tatsachen nicht bekannt waren oder unbeachtet blieben (Urteil U 68/06 vom 4. Januar 2007 E. 2.2 und BGE 110 V 138 E. 2 S. 141, je mit Hinweisen). Das Beweismittel muss sich auf eine Tatsache beziehen, welche Grundlage des gegebenenfalls zu revidierenden Entscheides bildete (Urteil des Bundesgerichts 8C_720/2009 vom 15. Februar 2010, E. 5.2 mit Hinweisen). 3.3.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrer Verfügung vom 17. August 2007 (Urk. 12/57) auf das Gutachten des I.____ vom 10. April 2007 (Urk. 12/M16), worin die Experten davon ausgingen, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 7. Januar 2005 und den geltend gemachten Beschwerden nur noch möglicherweise (weniger als 50%) gegeben sei und der Status quo sine (also der Zustand, wie er beim schicksalsmässigen Verlauf einer Krankheit oder eines Vorzustandes auch ohne Unfall wahrscheinlich wäre) per Ende März 2007 als erreicht gelte. 3.2

Dem Gutachten des I.____

kann die

Diagnose chronischer Kopf- und Nackenschmerzen bei psychophysischer Belastungssituation, thorakaler Kyphose und leichter Skoliose sowie Status nach Unfall am 7. Januar 2005 mit Kopfkontusion und möglicher Rippenfraktur entnommen werden (Urk. 12/M16 S. 26). Die Beschwerdeführerin äussere Schmerzen im Nacken und ganzen Schulterbereich mit Ausstrahlung in den Kopf bis hinter das rechte Auge mit Stechen im rechten Auge, selten auch ausstrahlend bis in Kreuz links und ins linke Bein. Als Befunde wurden eine Kyphose und leichte Skoliose der Brustwirbelsäule, Verspannungen im Nacken- / Schulterbereich sowie unauffällige peripher-neurologische Befunde genannt. Zusammengefasst handle es sich um ein schwer fassbares Schmerzsyndrom, dessen Zusammenhang mit dem Unfall vom 7. Januar 2005 fraglich sei. Ohne Zweifel habe die Beschwerdeführerin damals den Kopf angeschlagen und den Nacken gestaucht und deshalb Symptome entwickelt, die sich im Verlauf nur langsam zurückgebildet hätten. Die Beschwerdeführerin spreche selber von einem halbjährigen, symptomfreien Intervall. Allerdings sei sie in diesem Zeitraum wegen nicht unfallbedingter Magenprobleme behandelt worden und erzähle von zwei sie offenbar belastenden Unfällen in ihrer sozialen Umgebung. Erstaunlich sei das Wiederauftreten von unklaren Symptomen wie ein akuter Schwindel und dreimaliges Erbrechen beim Einkaufen am 20. Dezember 2006, mithin ein halbes Jahr nach Abschluss der Behandlung mit beschwerdefreiem halbjährigem Intervall mit vollumfänglicher Arbeitstätigkeit. Die Abklärungen beim Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten einerseits und auf der Notfallstation des Spitals B.____ hätten keine klaren Gründe dafür gegeben. 3.3

Die Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit im MEDAS-Gutachten vom 25. Februar 2011 (Urk. 12/M19 S. 37) lauten folgendermassen:

Status nach Autounfall am 07.01.2005 (Überschlagen des Autos, Kopf anprall am Autodach) ohne sichere Bewusstlosigkeit und ohne sichere neurologische Defizite - chronische Kopf- und Nackenschmerzen - posttraumatische leichtgradige

sensorineurale Schwerhörigkeit rechts, DD: Status nach Contusio

labyrinthisch - leicht vermindertes Gleichgewicht, DD: posttraumatisch - bei Fehlstatik mit fixierter thorakaler Hyperkyphose, zervikaler Streckhaltung, muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung - Segmentdegenerationen C4/5 und vor allem C5/6 im Sinne von Osteochondrosen, Spondylosen und Unkarthrosen; degenerativ bedingte segmentale Gefügelockerung C4/5 - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ICD-10 F45.41; chronifizierte, therapierefraktäres, diffuses Schmerzsyndrom mit begleitender Halbseitensymptomatik ohne adäquates organisches Korrelat am Bewegungsapparat

manifeste Valgusgonarthrose und Femoropatellararthrose links - Status nach Meniskusoperation lateral links 1983 - chronische Impingement-Symptomatik subakromial beidseits, linksbetont - Supraspinatus-Tendinopathie (Arthro-MRI links 11.05.2005) - Schulterprotraktion und muskuläre Dysbalance im Rahmen der fixierten thorakalen Hyperkyphose

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert wurden genannt (Urk. 12/M19 S. 37 f): spezifische (isolierte) Phobien (Höhen- und Eisenbahnangst, Klaustrophobie) ICD-10 F40.2 Gallenwegserkrankung - Status nach Cholezystektomie im Alter von 16 ½ Jahren (!) nach vor gängigen Gallenkoliken anamnestisch seit drei Jahren - Papillensklerose - Status nach ERCP mit Papillotomie 01/2007 - Status nach Re-Papillotomie 30.07.2008 - bekannte Leberhämangiome Refluxbeschwerden bei mittelgrosser Hiatushernie mit kleinem paraösophagealem Anteil Signifikante anamnestisch chronischer Durchfall seit Jahren Status nach CT-Operation rechts 1985, anamnestisch Status nach Morbus Sudeck möglich diverse Allergien und Unverträglichkeiten - anamnestisch Kuhmilchallergie - anamnestisch Getreideallergie (ähnlich Zöliakie) - anamnestisch Allergie auf Hühnereisweiss.

Auf dem Boden leicht- bis höchstens mässiggradiger Befunde am Bewegungsapparat bestehe ein massiver funktioneller Überbau im Sinne eines diffusen Schmerzsyndroms, welches von rheumatologischer Seite her durch organische Befunde nicht erklärt werden könne. Gegenüber dem Bericht des Rheumatologen Dr. D. ___ vom 17. Mai 2005, den Ausführungen der F. ___ vom 25. Juli 2005 sowie dem Gutachten der Rheumatologie des I. ___ vom 10. April 2007 könnten keine relevanten zusätzlichen Befunde von rheumatologischer Seite erhoben werden. Hinsichtlich der geklagten

Kniebeschwerden links bestünden eine leichte Valgusfehlstellung und klinisch eine manifeste Valgusgonarthrose und Femoropatellararthrose links mit radiologisch sehr diskreten Befunden (S. 34 Mitte).

Beim Autounfall vom 7. Januar 2005 sei es zu einer Schädelkontusion gekommen, ohne dass ossäre Läsionen des Schädels oder ein Nachweis von intrazerebralen posttraumatischen Läsionen nachweisbar gewesen seien. Es sei auch nicht zu einer Bewusstseinsstörung oder Amnesie gekommen. Mit der bekannten Anamnese und Aktenlage liege auch kein sicheres HWS-Schleudertrauma im engeren Sinne vor. Die MRI-Aufnahmen der HWS von Februar 2007 zeigten keine posttraumatischen Veränderungen. Die neurologische Untersuchung zeige keine neurologischen Defizite zerebral und peripher. Die Gleichgewichtsfunktion sei anlässlich der Begutachtung uneingeschränkt normal gewesen (S. 35 Mitte).

Der Neurootologe kam zur Beurteilung, dass die leichte Schwerhörigkeit am ehesten Folge einer Contusio

labyrinthi respektive cochleae im Rahmen des Schädelanpralls sei. Die Beschwerdeführerin habe diese Schwerhörigkeit ein erstes Mal unmittelbar beim Telefonieren nach dem Autounfall bemerkt. Diese Schwerhörigkeit sei somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen. Die Vestibularisprüfung zeige klinisch und apparativ keine Hinweise für eine chronische peripher-vestibuläre Funktionsstörung. Die geschilderten Gleichgewichtsprobleme während mehrerer Wochen nach dem Unfall könnten grundsätzlich auch im Rahmen einer Contusio

labyrinthi aufgetreten sein. Der Verlauf mit langsamem Abklingen sowie verstärkten Beschwerden in Dunkelheit und bei Bewegungen seien mit einer solchen Störung gut vereinbar. Aktuell sowie auch bei der ausführlichen Untersuchung von Dr. K. ___ habe jedoch in der Kalorik wie auch bei der Messung der VEMP keine solche Störung nachgewiesen werden können. Im Untersuchungsfall in den posturalen Tests ein etwas zu schlechtes Gleichgewicht auf. Die Ursache könne nicht eindeutig bestimmt werden, es würden auch viele Patienten nach HWS-Beschleunigungstraumen über solche Beschwerden klagen. Ein Zusammenhang mit den Nackenverspannungen sei möglich, könne jedoch nicht bewiesen werden. Die Episoden mit nächtlichem Drehschwindel bei Drehung nach rechts liessen sich in erster Linie an einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel denken. Da die Attacken nur bei Drehungen nach rechts und gelegentlich bei Kopfreklination auftraten, würde dies anamnestisch gut zu einem BPLS des posterioren Bogenganges rechts passen. Nach Schädeltraumen werden immer wieder solche BPLS gesehen, da durch den Kopfanprall Otokonien losgelöst werden und so den Schwindel auslösen. Die Beschwerdeführerin könne leider nicht angeben, wann nach dem Trauma die erste Episode mit diesen Drehschwindelattacken aufgetreten sei. Auch könne sie nicht angeben, wie häufig solche Episoden auftraten. Ein rezidivierender BPLS könne gelegentlich spontan auftreten. Leider sei bisher nie eine fachärztliche Untersuchung (insbesondere Lagerungsprüfungen) während einer Episode mit nächtlichem Drehschwindel durchgeführt worden. Somit könne die Diagnose eines BPLS nicht mit 100%iger Sicherheit gestellt werden. Solange diese Diagnose nicht gesichert sei, könne somit auch nicht beantwortet werden, ob eine Unfallfolge vorliege (S. 35 f.).

Die Schmerzstörung vermöge im Falle der Beschwerdeführerin eine gewisse Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bewirken. So fänden sich ein mehrjähriger Krankheitsverlauf, ein gewisser sozialer Rückzug, unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz vorhandener Motivation und Eigenanstrengung und trotz Anwendung verschiedenartiger

Therapiemöglichkeiten. Der Rückzug sei nicht sehr ausgeprägt, und es liege keine psychisch ausweisbare Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer vor. Es fänden sich auch deutliche Hinweise auf eine an sich missglückte, aber entlastende Konfliktbewältigung (S. 36 unten). 4.4.1

Vorab ist der Beschwerdeführerin entgegen zu halten, dass – wie schon die Beschwerdeführerin im Einspracheentscheid vom 18. Mai 2012 E. 2.3 festgehalten hat –

nicht zutrifft, dass als Eintretensvoraussetzung auf ein Revisionsgesuch der Beweisgrad des Glaubhaftmachens genüge. Der von der Beschwerdeführerin zitierte BGE 121 V 209 E. 3b bezieht sich nicht auf prozessuale Revisionen wegen ursprünglicher Fehlerhaftigkeit eines

Entscheidungs, sondern auf die Eintretensvoraussetzungen

für Neuanmeldungen oder Revisionen wegen relevanter nachträglicher Veränderungen der tatsächlichen Verhältnisse (vgl. BGE 121 V 209 E. 3b

Abschnitt 2). Vielmehr hat die Gesuchstellerin mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen, dass neue erhebliche Tatsachen zum Vorschein gekommen sind bzw. entscheidende Beweismittel aufgefunden wurden, die im früheren Verfahren nicht beigebracht werden konnten, und die nahelegen, dass der zu revidierende Entscheid auf einem falschen Sachverhalt beruht (vgl. oben E. 1.2). 4.2

Fest steht, dass im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 25. Februar 2011 (E. 2.3) Diagnosen aus dem neurootologischen und psychiatrischen Bereich gestellt worden sind, die im rheumatologischen Gutachten des I.____ vom 10. April 2007 (E. 2.2) nicht erwähnt waren.

Was die Diagnosen aus dem neurootologischen Bereich betrifft, erhob der MEDAS-Gutachter eine tonaudiometrisch leichtgradige

Innenohrschwerhörigkeit rechts mit einem Hörverlust von 4-6%. Aufgrund der Aussage der Beschwerdeführerin, sie habe die Schwerhörigkeit unmittelbar nach dem Autounfall beim Telefonieren bemerkt, schliesst er, dass sie beim Unfall (Schädel aufprall) eine Contusio

labyrinthi respektive cochleae

erlitten habe. Aus den medizinischen Vorakten ist indessen nicht ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin je einen Hörverlust beklagt hätte.

Weder in den Berichten von Dr. C.____ vom 8. März 2005, 23. April 2005 und 17. Mai 2005 (Urk. 12/M6-8) noch im Bericht über die medizinische Standortbestimmung in der E.____ vom 25. Juli 2005 (Urk. 12/M9) oder im Austrittsbericht der F.____ vom 14. November 2005 (Urk. 12/M10) wurde ein solcher erwähnt. Die Untersuchung bei Dr. G.____ vom 22. Dezember 2006 (Urk. 12/M15a/2) ergab beim Reintonaudiogramm einen normalen Hörschwellenverlauf um 10 bis 20

dB bei den Hauptfrequenzen. Selbst anlässlich der Untersuchung bei Dr. K.____

(Bericht vom 6. April 2010, Urk. 12/M17) beklagte die Beschwerdeführerin keinen Hörverlust, obwohl Dr. K.____ im Reintonaudiogramm im Hochtonbereich ein geringgradig asymmetrisches Gehör bei einer Hörschwelle im breiten Normbereich zu Ungunsten des rechten Ohrs feststellte.

Alle angesichts der erstmaligen Aussage der Beschwerdeführerin fünf Jahre nach dem Unfall, sie leide seit dem Unfall an einer Hörminderung, kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass es sich bei der festgestellten Hörminderung um einen Gesundheitsschaden handelt, der auf den Unfall zurückzuführen ist und der im Zeitpunkt des Fallabschlusses bereits existiert hatte, weshalb nicht von einer neuen Tatsache auszugehen ist.

Laut Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma (Urk. 12/M5) klagte die Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Unfall über Schwindel. Schwindelbeschwerden wurden in den nachfolgenden A

arztberichten regelmässig erwähnt. Selbst im rheumatologischen Gutachten des I.____

(E. 2.2) wurde über Drehschwindel berichtet und der Bericht von Dr. G.____ vom 22. Dezember 2006 (Urk. 12/M15a/2), worin dieser den Verdacht auf zervikogenen Schwindel äusserte und anamnestisch seit 2003 Drehschwindepisoden erhob, zu den Akten genommen. Die im MEDAS-Gutachten erwähnten Drehschwindel, für welche der Gutachter im Übrigen kein organisches Korrelat gefunden hat, stellen damit keine neue Tatsache dar.

Eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren wurde erstmals im MEDAS-Gutachten als psychiatrische Diagnose gestellt. Die Beschwerdeführerin wurde bereits während ihres stationären Aufenthaltes in der F.____ psychologisch betreut (vgl. Austrittsbericht vom 14. November 2005, Urk. 12/M10), eine psychiatrische Diagnose wurde indessen nicht gestellt und eine weiterführende Psychotherapie nicht empfohlen. Auch der Hausarzt der Beschwerdeführerin nannte nie einen Verdacht auf eine psychische Störung, und die Beschwerdeführerin selber nahm nie eine psychiatrische Behandlung in Anspruch. Selbst die Gutachter des I.____ (E. 2.2) äusserten keinen Verdacht auf eine psychische Störung, sondern erachteten lediglich eine psychiatrisch-psychologische Stützung bei einer bestehenden psychischen Belastungssituation als erwägenswert, weshalb die Beschwerdeführerin auf eine psychiatrische Abklärung verzichten konnte, ohne ihre Untersuchungspflicht zu verletzen.

Damit handelt es sich bei der von den MEDAS-Gutachtern gestellten psychiatrischen Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F.45.41) um eine neue Tatsache. Diese hat sich indessen erst nach Fallabschluss manifestiert, weshalb sie kein Grund für eine prozessuale Revision darstellt. Selbst wenn mit dem MEDAS-Gutachter davon auszugehen wäre, dass die chronische Schmerzstörung natürlich kausal zum Unfallgeschehen im Januar 2005 sei, ist eine Leistungspflicht auch unter dem Titel eines Rückfalles zu verneinen, mangelt es am adäquaten Kausalzusammenhang. Ausgehend von einem mittelschweren Unfallereignis sind die relevanten Adäquanzkriterien weder in gehäufte Form gegeben, noch liegt eines der Kriterien in besonders ausgeprägter Weise vor. 4. 3

Zusammenfassend können dem MEDAS-Gutachten keine bereits vorhandenen neuen Elemente tatsächlicher Natur entnommen werden, weshalb die Beschwerdeführerin das Revisionsgesuch zu Recht abgewiesen hat.

Bezüglich der erst nach Fallabschluss aufgetretenen chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren fehlt es am adäquaten Kausalzusammenhang. Folglich entfällt eine Leistungspflicht der Beschwerdeführerin. 5.

Nach dem Dargelegten erweist sich der angefochtene Entscheid als zutreffend und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Laube - lic. iur. Y.____ - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannTiefenbacher
MO/TS/MPversandt

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.