

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00054 vom 7. Oktober 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-10-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00054

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00054 du 7 octobre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00054 del 7 ottobre 2014

Erwägungen

E. 1

2. Januar 2009 voll, ab 1 3. Januar 2009 zu 50 % (unterbrochen durch eine voll e Arbeitsunfähigkeit 26./2 7. Januar 2009) , ab 2. Februar 2009 zu 30 %

und ab 2 3. Februar 2009 zu 0 % arbeitsunfähig (Urk. 9/M1, Urk. 9/M6), wobei sie im Februar eine bereits vor dem Unfall in Aussicht genommene neue Stelle innerhalb des Spitals A.____ zu einem (aus betrieblichen Gründen) reduzierten Pensum von 70 % antrat (Urk. 9/A7). Die AXA erbrachte die Heil kosten und Taggeldleistungen. Am 2 7. Oktober 2010 meldete Dr. Z.____ eine Verschlechterung in Form starker myofascialer Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich mit Schlafstörungen, welche er als Rückfall zum Unfall vom 1 0. Dezember 2008 wertete (Urk. 9/M10). Er attestierte keine Arbeitsunfähigkeit. Im Februar 2011 trat die Versicherte eine neue Stelle an der Klinik B.____ zu einem Pensum von 80 % an, nachdem sie vorgängig dort bereits temporär ohne Festanstellung ge arbeitet hatte (vgl. Urk. 9/M15 S. 4). Die AXA übernahm erneut die Kosten für Physiotherapie sowie ab April 2011 eine Osteopathiebehandlung einschliesslich r Trainingstherapie (Urk. 9/A17-18). Auf Wunsch der AXA veran lasste Dr. Z.____ im Spital A.____ eine Magnetresonanztomografie (MRI) der HWS und der Brustwirbelsäule (BWS) vom 2 8. Februar 2011 (Urk. 9/M13). Ferner erstellte die AXA ein Unfallanalytisches Gutachten (datie rend vom 2 3. März 2011, Urk. 9/A14) und gab bei der Klinik C.____ , Klinik für Rheumatologie und Internistische Rehabilitation, eine interdisziplinäre arbeits spezifische Abklärung i n Auftrag.

Dieser Bericht wurde am 1. November 2011 erstattet, einschliesslich des vom 3. November 2011 datierenden neurologischen Untersuchungsberichts sowie des Berichts Innere Medizin/Rheumatologie vom 1 4. Oktober 2011 (Urk. 9/M15). Darin empfahlen die Gutachter unter anderem eine psychosomatisch e bzw. psychotherapeutische Begleitung und eine statio näre Rehabilitation. Diese wurde vorerst auf Wunsch der Versicherte n , die befürchtete, ihre Stelle zu verlieren, verschoben (Urk. 9/M16). Sie begab sich jedoch Anfang 2012 in psychotherapeutische Behandlung und begann mit der Einnahme von Antidepressiva (Urk. 9/M16, Urk. 9/M21 und Urk. 9/A32). In der Folge trat ein persistierendes lumboradikul äres Syndrom mit sehr diskrete n Sensibilität sstörungen, bei mediolater aler linksgelegener grösserer Diskushernie auf Höhe L4/5 und Diskopathie lumbosakral auf (Urk. 9/M24-M25). Vom 2 5. Juni bis 2 1. Juli 2012 hielt sich die Versicherte auf Zuweisung des behan delnden Psychiaters Dr. med. D.____ , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zur stationären psychosomatischen Rehabilitation in der Klinik E.____ auf (Austritts bericht vom 3 0. Juli 2012, Urk. 9/M30). Dort wurde bis zum 4. August 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit verzeichnet. Am 6. August 2012 suchte

die Versicherte notfallmässig den Chiropraktor

F.____ auf, welcher infolge des lumboradikulären Syndroms links mit leichter motorischer Parese L5 für weitere vier Wochen eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierte (Urk. 9/M 28). Die AXA legte diese Akten Dr. med. G.____, Facharzt Neurologie FMH, zur Beurteilung vor. Gestützt auf dessen Bericht vom 19. Oktober 2012 (Urk. 9/M32) stellte sie ihre Leistungen (Taggeld und Heilkosten) per 21. Juli 2012 ein und verneinte mangels adäquatem Kausalzusammenhang eine weitere Leistungspflicht (Verfügung vom 31. Oktober 2010, Urk. 9/A50). Hiergegen erhoben so wohl X.____ (Eingabe vom 11. November 2012, Urk. 9/A54) als auch ihr Krankenversicherer (Schreiben vom 6. November 2012, Urk. 9/A52) Einsprache, wobei letztere dies wiederum zurückzog (Urk. 9/A56). Nachdem die AXA bei Dr. H.____ die Aktenbeurteilung vom 8. Januar 2013 (Urk. 9/M34) eingeholt hatte, wies sie die Einsprache mit Entscheid vom 18. Januar 2013 ab (Urk. 2).

E. 1.1

Im angefochtenen Entscheid führt die Beschwerdegegnerin aus, gestützt auf die Stellungnahme des beratenden Arztes Dr. H.____ zum medizinischen Sachverhalt sei davon auszugehen, dass keine auf den Unfall vom 10. Dezember 2008 zurückzuführenden strukturellen Schädigungen vorliegen würden. In Bezug auf die zu vermutenden unfallbedingten muskulären Zerrungen der parazervikalen Muskulatur sei davon auszugehen, dass diese nach wenigen Monaten bis maximal einem Jahr ausgeheilt seien, weshalb die Leistungseinstellung nicht verfrüht erfolgt sei. Der Aufenthalt in der Klinik E.____ sei nicht mehr unfallkausal gewesen und bei der festgestellten Irregularität im Bereich der Deckplatten der HWS handle es sich nicht um eine minimale Impressionsfraktur, sondern um eine Osteochondrose mit angrenzendem Knochenödem. Die allenfalls noch vorhandenen Restbeschwerden an der HWS seien nicht mit diesem Befund zu erklären. Im Vordergrund stünden aktuell die lumboradikuläre Situation verbunden mit psychischen Alterationen, was beides nicht auf den Unfall zurückzuführen sei.

E. 1.2

Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Beschwerdegegnerin habe die Untersuchungsmaxime als auch das in der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) festgehaltene Gebot der Waffengleichheit und der Verfahrensfairness verletzt, indem sie sich einerseits auf ein Aktengutachten eines internen, von ihr abhängigen bzw. bei ihr angestellten Arztes stütze, andererseits bei Beschwerdebildern, welche angeblich objektiv nicht reproduzierbar seien, zum vornherein Leistungen verweigere. Mehrere Ärzte würden die Persistenz der Leiden der Beschwerdeführerin belegen und es bestehe kein Zweifel am Kausalzusammenhang zwischen den bis heute anhaltenden Leiden und dem Unfall vom 10. Dezember 2008. Ferner könne bildgebend eine Deckplattenimpression nachgewiesen werden, womit strukturelle Folgen des Unfalles objektiv nachvollziehbar beschrieben würden. Das Aktengutachten widerspreche den Erkenntnissen der behandelnden Ärzte der Klinik E.____ und dem Gutachten der Klinik C.____, weshalb ihm keinerlei Beweiswert zukomme. Zudem beruhe es nicht auf eigenen Untersuchungen (vgl. hierzu Urk. 15 S. 4). Eine gerichtliche Begutachtung sei notwendig, um dem Grundsatz der Waffengleichheit Geltung zu verschaffen und zur Wahrung der Verfahrensrechte, und sei auch angebracht, um das Verfahren zu beschleunigen. Die Vorinstanz habe sich mit keinem Wort über die

Integritätsentschädigung ausgesprochen und damit eine Rechtsverweigerung begangen.

Replikando lässt sie ferner ergänzen (Urk. 15), wegen des somatisch induzierten Leidens an der HWS ent falle eine Adäquanzprüfung. Das Unfallereignis wäre ausserdem als schwer einzustufen und mehrere der massgeblichen Kriterien für die Bejahung der Adäquanz würden vorliegen. Infolge der chronischen Schmerzen sei es zu einer Erschöpfungsdepression gekommen und

die schon vor dem Unfall vorhandene Migräne habe durch diesen eine richtung gebende Verschlimmerung erfahren, weshalb die (natürliche und adäquate) Kausalität zu bejahen sei.

E. 1.3

Damit ist streitig, ob die Beschwerdeführerin aus dem Unfall vom 10. Dezember 2008 über den 21. Juli 2012 hinaus Anspruch auf (Dauer)leistungen gestützt auf das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) hat. Hierzu kann vorab festgestellt werden, dass eine Rechtsverweigerung der Beschwerdegegnerin nicht vorliegt, wenn sie sich nicht über das Ausmass der Invalidität und /oder

eines Integritätsschadens äussert. Sie verneinte einen Anspruch auf Rente und/oder Integritätsentschädigung zum vornherein, weil sie ab dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung jegliche Kausalität zum Unfall verneinte, was im Folgenden zu prüfen bleibt.

E. 2

Hiergegen liess X.____ am 18. Februar 2013 (Urk. 1) Beschwerde erheben mit dem Rechtsbegehren, der Einspracheentscheid vom 18. Januar 2013 sei aufzuheben und es seien ihr auf der Basis einer 100%igen Erwerbsunfähigkeit eine Rente sowie eine Integritätsentschädigung auf der Basis eines Integritätsschadens von mindestens 50 % zu gewähren; eventuell sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht liess sie unter anderem die Anordnung eines polydisziplinären Gerichtsgutachtens unter Berücksichtigung der Fachgebiete Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie beantragen.

Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 11. Juni 2013 auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf eingetreten werden könne (Urk. 8).

Mit Replik vom 21. Oktober 2013 (Urk. 15) hielt die Beschwerdeführerin an ihrem Rechtsbegehren fest. Die Beschwerdegegnerin verzichtete unter Hinweis auf ihre Beschwerdeantwort auf Duplik (Urk. 18), was der Beschwerdeführer angezeigt wurde (Urk. 19).

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

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, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltungsbeziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloße 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).

E. 2.2

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 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

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 109 E. 2.1).

Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfallkausal, aber nicht organisch objektiv ausgewiesen, so ist die Adäquanz besonders zu prüfen. Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f.). Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hiebei die durch BGE 134 V 109 E. 10 S. 126 ff. präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 E. 6c/ aa S. 140; sog. Psycho-Praxis), anzuwenden (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f.; vgl. zum Ganzen auch: Urteil 8C_216/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 2, nicht publ. in: BGE 135 V 465, aber in: SVR 2010 UV Nr.

E. 6

S. 25; SVR 2011 UV Nr. 10 S. 35, 8C_584/2010 E. 2). 2.3

Die Rechtsprechung umschreibt den Begriff der organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolge - als Differenzierungsmerkmal für das Erfordernis einer Adäquanzprüfung - wie folgt: Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden

und die hiebei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251 mit Hinweis).

Ob eine organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge vorliegt, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 188). 2.4

Sämtliche Beweismittel, somit auch medizinische Berichte und Sachverständigengutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG), was bei überzeugendem Beweisergebnis seit jeher erlaubt, dass das angerufene Gericht für seine Beurteilung abschliessend auf die im Administrativverfahren eingeholten medizinischen Berichte und Sachverständigengutachten abstellt. Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4 mit Hinweisen).

Einem ärztlichen Bericht kommt Beweiswert zu, wenn er für die streitigen Be lange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, wenn die Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchtet und die Schlussfolgerungen des Arztes begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Der Arzt muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E.

2.1). Diesen Anforderungen genügende Berichte versicherungsinterner ärztlicher Dienste können einen vergleichbaren Beweiswert haben wie ein Gutachten (Art. 49 Abs. 2 IVV; BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219; 135 V 254 E.

3.3.2 S. 257).

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 mit Hinweisen). 3.

Dem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Bericht über die interdisziplinäre arbeitsspezifische Abklärung vom 1. November 2011 der Klinik C.____, unterzeichnet von Dr. med. I.____, Oberärztin Rheumatologie, sind der Untersuchungsbericht Innere Medizin/Rheumatologie vom 14. Oktober 2011 (Dr. I.____), der Bericht über die ambulante neurologische Untersuchung vom 13. Oktober 2011 (Dr. med. J.____, Oberärztin Neurologie) und der Bericht über die Basis-Tests der körperlichen Leistungsfähigkeit vom 13. Oktober 2011 (Therapeut Ergonomie K.____) beigelegt. Der interdisziplinären Zusammenfassung sind gestützt auf die rheumatologischen, neurologischen und ergonomen Untersuchungen folgende Diagnosen zu entnehmen: - Chronische Kopfschmerzen infolge eines Beschleunigungstraumas der Halswirbelsäule vom Dezember 2008 (ICHD-25.54, ICD-10 G44.841) - Chronisches zervikovertebrales und zervikocephales

myofasiales

Schmerz syndrom mit/bei - Status nach HWS-Distorsion vom 12 . 12.2008 (richtig: 10.12.2008) - Hyperlaxizität mit Beighton -Score 7/9 - Muskuläre Dysbalance bei Haltungsinsuffizienz - ICD-10 M53, M53.1 - Verdacht auf Analgetika induzierte Kopfschmerzen (ICDHD-2 8.2.3, ICD-10 G44.410) - Migräne mit Aura (ICHD-2 1.2, ICD-10 G43.1) - Klinischer Verdacht auf depressive Entwicklung.

Unter dem Titel Befund wird ausgeführt, aus neurologischer Sicht bestünden bei der Beschwerdeführerin chronische Kopfschmerzen infolge eines typischen, auf grund der berichteten begleitenden Verletzungen eher heftigeren Beschleunigungstraumas der HWS im Dezember 2008, gemäss Klassifikation der internationalen Kopfwehgesellschaft (IHF). Ferner sei der hiermit häufig assoziierte, in der Literatur gut umschriebene posttraumatische Symptomenkomplex mit vegetativen und kognitiven Symptomen ausgeprägt vorhanden. Hierzu gehörten ungerichteter Schwindel, ausgeprägtes Schwitzen, Schlafstörungen, emotionale Reizbarkeit und verminderte allgemeine und insbesondere kognitive Belastbarkeit. Anamnestisch-klinisch sowie nach dem MR der HWS/BWS vom 28.02.2011 bestünden keine Hinweise auf eine zusätzliche radikuläre und/oder myeläre Komponente der Schmerzen als mögliche Folge des Unfalls. Die hier dargestellte, auf eine mögliche Impressionsfraktur hindeutende Irregularität des HWK6 könne prinzipiell Folge des Unfalls sein und zu der von Beginn an ausgeprägten Schmerzkomponente im Nacken und Schulter beigetragen haben. Das leichte Ödem im Bereich des betroffenen Halswirbels sei gemäss Beurteilung der Radiologen des Radiologiezentrums

L. am ehesten als Ausdruck einer osteochondrotischen Aktivierung zu sehen. Zur Chronifizierung des Verlaufs könne der regelmässige Schmerzmittelkonsum beigetragen haben. Unabhängig von diesen seit dem Unfall bestehenden Kopfschmerzen liege eine Migräne mit visueller Aura vor, welche aktuell hinsichtlich Frequenz und Intensität weniger ausgeprägt sei als in den Jugendjahren. Ferner liessen sich Zeichen einer depressiven Symptomatik erkennen. Rheumatologischerseits zeige sich zudem eine zervikospodylogene und zervikocephale

myofasziale Schmerzkomponente mit ausgeprägter Verspannung der Schulter-Nackemusculatur. Infolge der ausgeprägten Müdigkeit und Antriebslosigkeit sei ausserhalb der Arbeit ein aktives Training zunehmend vernachlässigt worden, und es sei im Sinne eines circulus

vitiosus zu einer muskulären Dekonditionierung mit Haltungsinsuffizienz und wiederum Verstärkung der muskulären Dysbalancen gekommen. Die ergonomische Untersuchung (Job Match) habe diese Befunde mit einer verminderten Kraftausdauer der Schulterblattfixierenden sowie thorakalen Rumpfmusculatur, Steifigkeit der mittleren Brustwirbelsäule mit geringen Dysfunktionen in der oberen Rippengelenken linksseitig gezeigt. Bei zuverlässiger Leistungsbereitschaft und mässiger Konsistenz bei den Tests liege die aktuelle körperliche Leistungsfähigkeit im Bereich einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit und entspreche damit im Wesentlichen den Anforderungen der jetzigen Arbeit. Im Zuge der interdisziplinären Abklärung sei prinzipiell in keiner Einzeldisziplin eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt worden. Allerdings bestehe aus neurologischer Sicht aufgrund der eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit eine leicht verminderte Leistungsfähigkeit je nach Tätigkeitsgebiet. Wie in der gemeinsamen interdisziplinären Besprechung noch weiter habe präzisiert werden können, sei die

Leistungsfähigkeit um maximal 10-20% eingeschränkt . 4. 4.1

Obwohl weder Taggelder noch Heilbehandlung beantragt wurden, ist zunächst festzuhalten, dass ein weiterer Anspruch auf vorübergehende UV-Leistungen Heilbehandlung (Art.

E. 10

UVG) und Taggeld (Art. 16 f. UVG) nach Gesetz und Praxis voraussetzt, dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des – unfallbedingt beeinträchtigten – Gesundheitszustandes erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 E. 4 S.

113 ff.). Der Taggeldanspruch erlischt auch beim Wegfall seiner Voraussetzungen vorau ssetzung der Arbeitsunfähigkeit (Art. 16 Abs. 1 und 2 UVG i.V. mit Art. 6 ATSG). Diese Anspruchsvoraussetzungen waren hier

spätestens am 21. Juli 2012 nicht mehr erfüllt.

Die Beschwerdeführerin war ab 23. Februar 2009 wie derum voll arbeitsfähig. Ferner erachteten die Gutachter der Klinik C.____

grundsätzlich auch aus neurologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit für gegeben . Die als wahrscheinlich leicht vermindert bezeichnete Leistungsfähigkeit je nach Tätigkeitsgebiet (erhöhter Zeitbedarf bei Arbeiten am Computer auf grund eingeschränkter Konzentrationsfähigkeit) liesse sich zwar verbessern (Medikamentenumstellung, Behandlung der depressiven Entwicklung und mus kuläres Aufbautraining ; vgl. Urk. 9/M15 S. 6 des neurologischen Teilberichts, S.

4 f. der rheumatologischen Beurteilung) ,

eine wesentliche Verbesserung im Sinne eines wesentlichen Zugewinns an Arbeitsfähigkeit kann hieraus jedoch nicht gewonnen werden.

Die Beschwerdegegnerin schloss den Fall daher zu Recht ab und stellte die Adäquanzfrage. 4.2

Was die am 24. Februar 2012 in der Klinik B.____ diagnostizierte Diskushernie L4/5 links und L5-Symptomatik links betrifft (Bericht vom 27. Februar 2012, Urk. 9/M25), die zu einem anhaltenden lumbalen Schmerzsyndrom und erneuter Arbeitsunfähigkeit führte (vgl. auch Urk. 9/M28) , so ist ein Zusammenhang zu dem am 10. Dezember 2008 erlittenen Unfall nur schon aufgrund der langen Latenzzeit ausgeschlossen und wird auch von keinem der behandelnden Ärzte

in Erwägung gezogen (vgl. 9/M23-M25 ; vgl. auch Bericht der Klinik E.____ vom 30. Juli 2012 [Urk. 9/M30] und des behandelnden Chiropraktors vom 14. August 2012 [Urk. 9/M28]).

Unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin bereits seit dem 11. Altersjahr an Migräne mit Aura leidet. Die Episoden sollen nach ihren eigenen Angaben gegenüber der Neurologin der Klinik C.____ nach dem Unfall als weniger beeinträchtigend auftreten (Urk. 9/M15 S. 3). Eine unfallkausale richtunggebende Verschlimmerung wird in keinem medizinischen Bericht diskutiert. Weiterungen hierzu erübrigen sich.

Ferner wird im Austrittsbericht der Klinik E.____ vom 30. Juli 2012

(Urk. 9/M30) eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) diagnostiziert und zur Krankheitsentwicklung ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin zu Beginn des Jahres 2011 eine neue Stelle als Krankenschwester angetreten habe, die Arbeit sie im Laufe des Jahres zunehmend belastet habe und immer mehr zwischenmenschliche Probleme aufgetreten seien. Anfangs 2012 habe sie einen Bandscheibenvorfall erlitten, infolgedessen sie starke Medikamente einnehmen müssen und sich zunehmend eine depressive Symptomatik entwickelt habe, weswegen sie dann psychologische psychiatrische Unterstützung in Anspruch genommen habe. Die behandelnden Ärzte der Klinik E.____ beurteilten die mittelgradige bis schwere Depression im Rahmen von einerseits körperlichen Beschwerden (Bandscheibenvorfall) und andererseits psychosozialen Belastungen im Zusammenhang mit der gegenwärtigen Arbeitsplatzsituation und intrafamiliären Konflikten. Ein Zusammenhang mit dem Unfall wird nicht hergestellt. Auch schon infolge des langen Zeitraums zwischen Unfall und Auftreten der psychischen Problematik ist ein natürlicher Kausalzusammenhang daher zu verneinen. 4.3

Nebst der zweifellos unfallfremden Diskushernie L4/5 steht als organisches Substrat ein Ödem am HWK 6 zur Diskussion, das die Beschwerdeführerin auch unter Hinweis auf das Gutachten der Klinik C.____

als Deckplattenimpression interpretiert haben will und auf den Unfall vom 10. Dezember 2008 zurück führt.

Der über die radiologische Untersuchung vom 28. Februar 2011 im Spital M.____ (Urk. 9/M13) berichtende Arzt fand innerhalb der HWK 6 ein minimales Ödem. In diesem Bereich sei die Vorderkante diskret nach caudal abgesenkt (etwa im Bereich des anterioren Drittels), und er ergänzte: DD (Differenzialdiagnose) minimale anteriore Deckplattenimpression. In der Beurteilung führt er aus: „Bild einer diskreten Deckplattenimpulsionsfraktur im anterioren Drittel des HWK 6 mit angrenzendem diskreten Knochenödem. Geringe Signalveränderungen und Konturirregularitäten auch der angrenzenden Bandscheibe HWK 5/6 ohne Nachweis eines Prolaps. Keine resultierenden Engen, kein Hinweis auf eine Affektion neuronaler Strukturen. Kein Hinweis auf ligamentäre Läsionen. Keine Zeichen einer Myelopathie.“

Nach Ansicht der begutachtenden Neurologin der Klinik C.____ deute das Ödem auf eine „mögliche“ Impulsionsfraktur. Nach der Beurteilung ihres Radiologen handle es sich jedoch am ehesten um eine osteochondrotische Aktivierung (Urk. 9/M15 Neurologischer Untersuchungsbericht S.

5, interdisziplinäre arbeitspezifische Abklärung S. 2). Die rheumatologische Gutachterin führt hierzu aus: „Das MRI der HWS vom 28.02. 2011, wohlgemerkt drei Jahre nach HWS-Distorsion, zeigt im Bereich des HWK 6 im anterioren Abschnitt und deckplattennah ein minimales Ödem. Wir haben diese Bilder nochmals mit den Kollegen der Radiologie L.____ diskutiert, am ehesten handelt es sich um eine aktivierte Osteochondrose oder eine Randleistenhernie, jedoch besteht sicherlich kein Zusammenhang mit dem Unfall vor 3 Jahren. Unsererseits wurde auf die neuerliche Bildgebung insbesondere mit Funktionsaufnahmen verzichtet, da die Beschwerdeführerin aktuell eine deutlich eingeschränkte HWS-Beweglichkeit zeigte und somit keine Aussage zu einer fraglichen Instabilität gegeben werden könnte“ (Urk. 9/M15 rheumatologischer Bericht S. 5). Wenn Drs. G.____ und H.____ zum Schluss gelangten (Urk. 9/M32 und Urk. 9/M34), dass

vermutlich keine Deckplattenimpression, sondern wahrscheinlich degenerativ bedingte Veränderungen an der HWS vorliegen, und dass dieses Ödem nicht auf den Unfall zurückgeführt werden könne, so steht dies in völligem Einklang mit der übrigen medizinischen Aktenlage. Im Übrigen legte Dr. G. ___ in seiner ausführlichen Aktenbeurteilung vom 19. Oktober 2012 (Urk. 9/M32) nachvollziehbar und unter Einbezug dem nicht widersprechender ärztlicher Befunde unmittelbar nach dem Unfall vom 10. Dezember 2008 dar, dass der Unfall keine strukturelle Schädigung der Halswirbelsäule bewirkte. Es besteht keinerlei Anlass, von dieser Schlussfolgerung, die durch keine anderslautende medizinische Beurteilung in Frage gestellt wird, abzuweichen. Eine organische Unfallfolge ist daher nicht ausgewiesen. Weitere Abklärungen können unterbleiben (antizipierte Beweiswürdigung; statt vieler: vgl. BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d). Darin ist weder eine Verletzung des Prinzips der Waffengleichheit (Art. 6 EMRK) noch der Verfahrensfairness zu erblicken. 4.4

Die im Gutachten der Klinik C. ___

als natürliche Unfallfolge dargestellten typischen Symptome eines Beschleunigungsraumtraumas der HWS sind entsprechend der vom Bundesgericht entwickelten Kriterien nach der Schleudertrauma-Praxis (BGE 117 V 359, 134 V 109) auf ihre Adäquanz zu überprüfen. Die Einwände der Beschwerdeführerin in Bezug auf eine unterschiedliche Behandlung organischer Unfallfolgen und organisch nicht objektiv ausgewiesener Beschwerden sind angesichts der langjährigen und bewährten Praxis nicht zu hören (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_100/2011 vom 1. Juni 2014 E. 3; nicht publiziert in: BGE 137 V 199). Das Bundesgericht hat sich in verschiedenen Urteilen mit diesem Einwand auseinandergesetzt und eine Diskriminierung verworfen (Urteile des Bundesgerichts 8C_691/2013 vom 19. März 2014 E. 6, 8C_550/2012 vom 1. Februar 2013 E. 4.1, 8C_29/2010 vom 27. Mai 2010 E.

6.1). 4.5

Die Beschwerdegegnerin hat in Anwendung der massgeblichen Kriterien das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs verneint (vgl. insbesondere Beschwerdeantwort vom 11. Juni 2013, Urk. 8 S. 7 f.). Das Gericht hat diesen Ausführungen nichts hinzuzufügen, so dass hierauf verwiesen wird. Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringen lässt (Urk.

E. 15

S. 5), sticht nicht. Die Kriterien schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung, langandauernde Arbeitsunfähigkeit oder erhebliche Beschwerden sind klarerweise nicht gegeben und es ist darauf hinzuweisen, dass die anfangs 2012 erneut eingetretene Arbeitsunfähigkeit auf Krankheitsbilder zurückzuführen ist, die nach einhelliger medizinischer Aktenlage nicht natürlich kausal zum Unfall vom 10. Dezember 2008 stehen. 5.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Philip Stolkin - AXA Versicherungen AG - 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, 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
HurstMöckli

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