

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00007 vom 22. Dezember 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00007

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00007 du 22 décembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00007 del 22 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1

). Die SUVA erbrachte die gesetzlichen Leistungen.

Mit Verfügung vom 4. September

2014 (Urk. 9/54) stellte die SUVA die Versicherungsleistungen per 30. September 2014 ein und verneinte einen Anspruch auf weitere Leistungen. Dagegen erhob die Versicherte am 6. Oktober

2014 Einsprache (Urk. 9/60), welche die SUVA mit Entscheid vom 20. November 2015 abwies (Urk. 9/85 = Urk. 2).

E. 1.1

Gemäss Art.

E. 1.2

Nach Art.

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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 entfiel (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 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).

E. 1.4

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa). Die bloss e Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11.

März 2014 E.

2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art.

E. 1.5

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 Lebens erfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeiz uführen, der Eintritt dieses Er folges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a). 2.

E. 2

Ziff. I). Mit Replik vom 2. Mai 2016 hielt die Beschwerdeführerin an den Anträgen in der Beschwerde fest (Urk. 11 S. 2 oben). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 20. Mai 2016 (Urk. 14) auf eine Duplik, was der Beschwerdeführerin am 23. Mai

2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 15). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus , eine andauernde unfallbedingte Kausalität der nach wie vor geklagten Beschwer den lasse sich nur möglicherweise, jedoch nicht mit überwiegender Wahr scheinlichkeit belegen (S. 9 E. 2 f). Die Beschwerdegegnerin verneinte zudem die Voraussetzung eines adäquaten Kausalzusammenhang s zwischen den Beschwerden und dem Unfallereignis , da bloss zwei der zu prüfenden Kriterien und diese nicht in besonders ausgeprägter Weise erfüllt seien (S. 12 ff. E. 3 e).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte vor, d ie Beschwerdegegnerin habe kein neutrales Gutachten erstellen lassen, sondern stütze sich auf eine sehr kurze Beurteilung des Kreisarztes, welche knapp eine Seite umfasse , und auf eine neurologische Beurteilung. Einzig in den beiden Berichten der Ärzte der Beschwerdegegnerin werde die Unfallkausalität verneint (Urk. 1 S. 8 Ziff. 2.2). Die Beschwerdegegnerin habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bewiesen, dass der Kausalzu sammenhang zwischen dem Unfall und den heut e vorhandenen Beschwerden dahingefallen sei (Urk. 1 S. 12 Ziff. IV).

E. 2.3

Ergänzend stellte die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort fest, die Beschwerdeführerin begründe die Annahme eines Kausalzusammenhanges im Wesentlichen mit der in beweisrechtlicher Sicht unbeachtlichen Folgerung „ post hoc, ergo propter hoc“, indem sie geltend gemacht habe, dass sie vor dem Un fallereignis nie unter Beschwerden gelitten habe (Urk. 8 S. 5 Ziff. 8.2). Selbst wenn in einigen Arztberichten von posttraumatischen Beschwerden die Rede sei, komme dem in beweisrechtlicher Hinsicht keine Bedeutung zu (Urk. 8 S. 5 Ziff. 8.3).

E. 2.4

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistun gen zu Recht per 30. September

2014 eingestellt hat. 3. 3.1

Gemäss Schadenmeldung vom 28. Januar 2014 erlitt die Beschwerdeführerin am 22. Dezember

2013 bei einem Auffahrunfall in J.____

ein HWS-Beschleunigungstrauma (Urk. 9/1 Ziff. 1, 4-6 und 9, Urk. 9/15 Ziff. 1). 3.2

Nach der Rückkehr der Beschwerdeführerin in die Schweiz füllte n

Dr. med. A.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. B.____

am 3. Januar

2014 den Dokumentationsbogen für Erstkonsultation

nach kranio -zervikalem Beschleunigungstrauma aus. Die Ärzte vermerkten darin , dass die Erstuntersuchung einen Tag nach dem Unfall am 23. Dezember 2013 im C.____ erfolgt sei . Eine Einweisung per Ambulanz sei nicht erfolgt (Urk. 9/6 S.

1 Ziff. 1). 3.3

Dr. A.____

und Dr. B.____

nannte n

im Zwischenbericht vom 20. Februar 2014 (Urk. 9/15) als Diagnose ein

kranio -zervikales Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule vom 22. Dezember 2013 (Ziff. 1). Die Prognose sei mittel - bis langfristig gut (Ziff. 2 b). Auf die Frage, ob besondere Umstände vorlägen, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen könnten, antworteten die Ärzte : „unklar, bekannte rezidivierende depressive Symptomatik“ (Ziff. 2 c). Die Beschwerdeführerin habe die Arbeit am 1. Februar 2014 mit einem Pensum von 50 % wieder aufgenommen (Ziff. 4 a). 3.4

Ein MRI der Halswirbelsäule (HWS) vom 31. März 2014 (Urk. 9/37) ergab eine multisegmentale Osteochondrose an der HWS mit foraminal rechtsbetont leicht bis mässig auch beengenden disko- osteophytären

Protrusionen beziehungsweise knöchern gedeckten Bandscheibenprotrusionen , bei C6/7 auch mit Riss des Anulus

fibrosus und einer flachen rechts foraminalen und links medio-lateralen Hernie, das Myelon ebenda pelottierend mit einer kurzstreckigen sich nach kaudal fortsetzenden Syringohydromyelie .

3.5

Dr. med. D.____ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Oberarzt, Arbeitsorientierte Rehabilitation, und med. pract . E.____ , praktischer Arzt und Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Stellvertretender Medizinischer Leiter , Arbeitsorientierte Rehabilitation, F.____ , nannten im Bericht vom 8. Mai 2014 (Urk. 9/29) über ein ambulantes Assessment vom 3. Mai 2014 als Diagnose eine HWS-Distorsion Québec Task Force (QTF) II. Als aktuelle Probleme nach dem Unfall nannten sie eine schnelle Ermüdbarkeit, häufige Schmerzen im Bereich der HWS und des Nackens, intermittierende Kopfschmerzen okzipital, teilweise auch rechts parietal, eine schmerzhafteste Beweglichkeitseinschränkung der HWS, vor allem bezüglich Extension, eine Ein- und Durchschlafstörung und intermittierend Kribbel parästhesien im gesamten rechten Arm (S. 1).

Die Ärzte führten aus, die Patientin habe beim heutigen Assessment eine gute Leistungsbereitschaft gezeigt. Für aktive Therapiemaßnahmen sei ein guter Zugang gefunden worden. Man empfehle eine intensiviertere ambulante Physiotherapie dreimal wöchentlich, inklusive medizinischer Trainingstherapie für einen Zeitraum von zirka fünf bis sechs Wochen (S. 3 unten). Aus medizinisch-diagnostischer Sicht sei bei guter Kooperation und Leistungsbereitschaft mit einer optimalen Therapie eine erhebliche Verbesserung der Beschwerden und der arbeitsbezogenen Belastbarkeit zu erreichen (S. 2 oben). 3.6

Med. pract. G.____, Assistenzärztin Orthopädie, und Dr. med. H.____, Facharzt für Neurochirurgie, Oberarzt in Vertretung, Wirbelsäulenchirurgie, I.____, stellten im Bericht vom 23. Mai 2014 (Urk. 9/33) folgende Diagnosen (S. 1): Zervikobrachialgie rechts bei - Status nach Autounfall mit HWS-Distorsion am 22. Dezember 2013 - posttraumatische Syringomyelie C6 und Th1 - breitbasige Diskushernie mit foraminale Stenose bei C6 rechts - Spinalkanalstenose C5/6 und C6/7

Die beiden führten zur Anamnese aus, die Beschwerdeführerin habe am 22. Dezember 2013 auf der Fahrt in die Ferien einen Autounfall erlitten und leide seither unter starken Nackenschmerzen mit zeitweiser Ausstrahlung in den rechten Arm. Initial sei in J.____ konventionell-radiologisch eine frische Fraktur ausgeschlossen worden. Seither sei sie mit Physiotherapie und Schmerzmedikation behandelt worden. Am 30. (richtig: 31.) März 2014 sei ein MRI der HWS erstellt worden. Die Patientin sei Lageristin und arbeite aktuell zu 40%. Sie berichte, dass sie vor allem nach der Arbeit starke Nackenschmerzen mit diffuser Ausstrahlung in den rechten Oberarm verspüre. Der Arm würde zeitweise komplett einschlafen. Ausserdem bestehe eine subjektive Kraftminderung des rechten Armes.

Es bestehe eine deutliche Druckdolenz der HWS paravertebral mit paravertebralem Muskelhartspann und Myogelosen im Bereich der Trapeziusmuskulatur beidseits. Die Beweglichkeit der HWS sei endgradig schmerzbedingt in allen Bewegungsrichtungen eingeschränkt. Schmerzen würden vor allem bei der Reklination angegeben mit Ausstrahlung in den rechten Arm (S. 1 f.).

Bei der Patientin liege eine posttraumatische Syringomyelie vor. Im MRI sei en ausserdem eine foraminale Stenose C5/6 sowie eine Nervenwurzelkompression C7 rechts sichtbar, welche die oben genannte Symptomatik erklären könne (S.

2). 3.7

PD Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Oberarzt Wirbelsäulenchirurgie, und Prof. Dr. med. L.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Teamleiter Wirbelsäulenchirurgie, I.____, berichteten am 18. Juni

2014 (Urk. 9/40), neurophysiologisch sei keine messbare Nervenaffektion im C6-Innervationsbereich festgestellt worden (vgl. auch den Bericht der Ärzte der M.____ vom 11. Juni 2014, Urk. 9/39). Klinisch habe nach der Infiltration jedoch ein gutes Ansprechen bestanden, so dass in der Zusammenschau mit dem MR-Befund von einer schmerzhaften C6-Radikulopathie ausgegangen werden könne. Diese sei nun mittels Infiltration erfolgreich therapiert worden (S. 1). 3.8

Dr. A. ___ gab in einem Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 30. Juni 2014 (Urk. 9/46) mit dem Betreff „ Auszug der Krankengeschichte “ an , er betreue die Patientin seit 1997 hausärztlich. Er stellte folgende Diagnosen (S. 1): - persistierendes Cervicovertebralsyndrom nach HWS-Distorsion am 22. Dezember 2013 - MRI der HWS März 2014: multisegmentale Osteochondrose mit Spinalkanalstenose C5/6 und C6/7, Syringomyelie zwischen C6 und Th1 - vorherrschende Einschränkung der Reklination - Penicillinallergie (Anaphylaxie) - Rhinitis allergica und Asthma bronchiale - Hiatushernie mit Refluxbeschwerden - HP-Gastritis 2002 - polymorphe Lichtdermatose, EM 2011

Dr. A. ___ führte zur Anamnese aus, er habe Ende 2010 wegen cervikaler

Schmerzen einmalig Physiotherapie verordnet. Ende

2011 seien Rückenschmerzen noch einmal ein Thema gewesen. Es sei aber keine Physiotherapie verordnet worden. In den letzten 17

Jahren seien keine Röntgenbilder des Rückens angefertigt worden, so dass davon ausgegangen werden könne, dass nicht über längere Zeit Rückenbeschwerden bestanden hätten . Insbesondere seien nie radikulär ausstrahlende Schmerzen vorhanden gewesen.

3.9

Dr. med. N. ___ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, SUVA-Kreisarzt , führte in einer Aktenbeurteilung vom 8. Juli 2014 (Urk. 9/48) aus, die Gesundheit der Beschwerdeführerin sei bereits vor dem Unfall vom 22. Dezember

2013 beeinträchtigt gewesen. So habe sie wegen Nackenverspannungen hin und wieder Therapien erhalten. Kernspintomographisch seien zudem bereits lange vorbestehende degenerative Veränderungen unter anderem mit spinaler und foraminaler Stenose festgestellt worden. Der Unfall habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlimmerung geführt. Durch gezielte therapeutische Lokalanästhesien an den Nervenwurzeln C6 und C7 sei eine recht gute Besserung erzielt worden. Es könne daher von einer vorübergehenden Verschlimmerung durch den Unfall ausgegangen werden.

Es könne nicht entschieden werden, ob die therapiebedürftigen Verspannungen, die vor dem Unfall bestanden hätten , Folge der kernspintomographisch erfassten degenerativen Veränderungen seien oder ob es sich um die Folge unphysiologischer körperlicher Belastungen handle . Am wahrscheinlichsten sei eine Kombination der beiden genannten Faktoren, so dass von einem schicksals mässigen Verlauf des Vorzustandes ausgegangen werden könne. Dr. N. ___ würde den Vorzustand nicht als krankhaft bezeichnen, da anamnestisch durch seltene therapeutische Massnahmen offenbar immer wieder ein gesunder Zustand habe erreicht werden können (S. 3). Der Zeitpunkt für das Erreichen des Status quo sine könne angegeben werden, sobald eine Kontrolluntersuchung in der I. ___ entsprechende klinische und zwischenanamnestiche Angaben hervorgebracht habe (S. 3 unten). 3.10

PD Dr. K. ___ gab in einem Bericht vom 19. August 2014 (Urk. 9/51) an, durch gezielte Infiltration sei es zu einer Regredienz der C6-Radikulopathie gekommen. Bleibend sei ein paravertebraler Muskelhartspann. Hierfür sei der Patientin Sirdalud verordnet worden. Sie sei entsprechend instruiert worden. Aus chirurgischer Sicht sei aktuell keine Intervention notwendig (S. 1). 3.11

Kreisarzt Dr. N.____

erklärte in einer Stellungnahme vom

3. September 2014 (Urk. 9/52) , nachdem die radikulären Symptome verschwunden seien, werde lediglich noch von Verspannungen berichtet, die medikamentös mit Sirdalud behandelt würden. In dieser Situation nehme er für das Erreichen des Status quo sine einen Zeitraum von drei Monaten nach der Wurzelblockade an. Dies sei der 1. September 2014. 3.12

Kreisarzt Dr. N.____ antwortete in einer weiteren Aktenbeurteilung vom 1. November 2014 (Urk. 9/66) auf die Fragen der Beschwerdeführerin. Er führte aus, dass der Status quo sine sei nach der allgemeinen medizinischen Erfahrung und nach Aktenlage im September 2014.

E. 6

des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden

soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

E. 10

UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/20

E. 13

vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

E. 014

erreicht worden (S. 4 Ziff. 3 oben).

Die durch die Kernspintomographie vom 3. März

2014 dargestellten unfallfremden degenerativen Veränderungen der HWS seien geeignet, rezidivierende Beschwerden in der Art, wie sie die Beschwerdeführerin angegeben habe, zu verursachen. Dabei seien die vorübergehend vorhandenen radikulären Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den flachen rechtsforaminalen Anteil der Diskushernie C6/7 zurückzuführen, wobei diese Hernie nicht mit Sicherheit dem Unfallgeschehen kausal zugeordnet werden könne. Für ein bloss degeneratives und damit unfallfremdes Geschehen spreche die kernspintomographisch bewiesene Tatsache, dass die multisegmentale Osteochondrose der HWS mit foraminal rechts betont leicht bis mässig auch beengenden diskoosteophytären

Protrusionen beziehungsweise knöchernen in gedeckten Bandscheibenprotrusionen eben als knöchern gedeckt im Befundbericht beschrieben würden. Dies bedeute, es handle sich um alte Vorbefunde (S. 4 Ziff. 1).

Sollten nach dem 1. September

2014 noch Muskelverspannungen bestanden haben, so könnten diese mit Sirdalud effektiv behandelt werden (S. 4 Ziff. 2).

In der angestammten beruflichen Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit durch die Unfallfolgen nicht mehr in erheblichem Masse beeinträchtigt. Die Beschwerdeführerin übe gemäss Arbeitsvertrag ein Pensum von 75 % aus. Dieses könne ihr aus kreisärztlicher Sicht

zugemutet werden. Sie sei ohne zusätzliche Einschränkungen vollschichtig arbeitsfähig (S. 4 Ziff. 3). 3.13

Dr. med. O.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, führte in einem Schreiben vom 24. November 2014 (Urk. 9/71) aus, er sei mit der Beurteilung des SUVA-Kreisarztes überhaupt nicht einverstanden. Schon bei der ersten Untersuchung durch ihn sei ihm aufgefallen, dass an der Halswirbelsäule der Beschwerdeführerin rein äusserlich praktisch keine Veränderungen zu finden seien, wie sie üblicherweise in Form von Muskelverspannungen, schmerzhaften Triggerpunkten, häufig verbunden mit Funktionsstörungen beziehungsweise mit Blockaden einzelner Wirbelsegmente vorliegen würden.

Die Beschwerdeführerin habe trotzdem glaubhafte Schmerzen. Er gehe davon aus, dass diese von der Syringomyelie (Hohlraum im Innern des Rückenmarks) ausgehen. Auch die Ärzte der I.____ hätten die Syringomyelie als posttraumatisch beurteilt. Sie sei somit als Folge des Unfallereignisses beziehungsweise der Schwerkraft aufgetreten. Dazu passe auch das Ansprechen auf Lyrica. Dabei handle es sich um ein

Antiepileptikum, das vorab bei Nervenschmerzen (neuropathische Schmerzen) eingesetzt werde. Dieses Medikament würde bei rein äusserlichen Folgen des Unfalles, also Veränderungen in der Muskulatur und den einzelnen Wirbelgelenken der Halswirbelsäule, kaum oder gar nicht wirken. Allerdings sei im Folgenden nicht mehr darüber gesprochen worden. Stattdessen sei man von einer möglichen Nervenwurzelkompression bei C6/7 rechts ausgegangen. Diese Hypothese habe sich aber als falsch erwiesen.

Man solle allenfalls einen Neurologen um eine Zweitmeinung bitten, da der Befund einer Syringomyelie eher selten sei und er, Dr. O.____, damit keine Erfahrung habe. Der Befund könne sich aber in Schmerzen äussern und wenn es sich bei der Syringomyelie um eine Unfallfolge handle, dann seien die anhaltenden Nackenschmerzen damit erklärt. 3.14

Dr. B.____ führte in einer Stellungnahme vom 17. Dezember 2014 (Urk. 9/74 S. 1) zur Beurteilung durch Dr. N.____ aus, die Beschwerdeführerin habe am 22. Dezember 2013 auf der Fahrt in die Ferien in J.____ bei einer Massenkarambolage auf der Autobahn ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma erlitten. Seither bestehe eine cervikale Schmerzsymptomatik. Morphologisch hätten sich im MR-Tomogramm multisegmentale Osteochondrosen C5/6 und C6/7 und eine Syringomyelie

zwischen C6 und Th1 gezeigt. Dieser Befund sei vor dem Unfall nicht bekannt gewesen. Dr. N.____ habe sich sehr auf die genannten osteochondrotischen Veränderungen fokussiert. Die Syringomyelie sei als mögliche Ursache der Schmerzsymptome nicht diskutiert worden. Dies sei umso erstaunlicher, als in der Erstbeurteilung durch Dr. H.____ vom 23. Mai 2014 die Syringomyelie als posttraumatisch bezeichnet worden sei.

In dem Bericht von Dr. O.____ werde die Syndromyalgie als wahrscheinlicher Generator der Nackenschmerzen beurteilt. Die kausale Frage sei somit bei Weitem nicht geklärt. Dr. B.____ halte die Einstellung der Unfall-Versicherungsleistungen unter diesen Aspekten für nicht gerechtfertigt. 3.15

3.15.1

Dr. med. P.____, Facharzt für Neurologie, Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, führte in einer neurologischen Beurteilung vom 13. November

2015 (Urk. 9/84) aus, die Beschwerdeführerin sei am 22. Dezember 2013 in J.____ als Beifahrerin

bei einer Massenkarambolage mit einer Heckauf fahrkollision verunfallt. Unmittelbar danach sei offenbar keine ärztliche Untersuchung erfolgt. Sie habe die Reise in die Schweiz fortgesetzt. Anlässlich der Erstuntersuchung durch Dr. B.____ am 23. Dezember

2013 seien keine äusseren Verletzungszeichen und keine zuverlässigen objektivierbaren neurologischen Defizite dokumentiert worden.

Bei der im Dokumentationsbogen für

Erstkon sultation nach kranio -zervikalem Beschleunigungstrauma vom 3. Januar

2014 dokumentierten diffusen Kraftminderung im rechten Arm handle es sich nicht um ein zuverlässiges neurologisches Defizit und um k einen

objektivierbaren Befund. Eine diffuse Kraftminderung im rechten Arm könne ohne Weiteres

schmerzbedingt erklärt werden. Abgestützt auf diese Befunde mit muskuloske lettalen Zeichen ohne zuverlässige objektivierbare neurologische Defizite sei diagnostisch von einer leichten HWS-Distorsion Grad II gemäss der QTF-Klassi fikation auszugehen.

Bilddiagnostisch habe eine knöcherne Läsion im Bereich der Halswirbelsäul e ausgeschlossen werden können. E s hätten sich jedoch unfall fremde vorbestehende degenerative Veränderun gen in mehreren Etagen gezeigt (S. 5 oben).

Der Heilverlauf sei durch persistierende Schmerzen im Bereich des rechten Armes und der Nackenwirbelsäule gekennzeichnet gewesen . Objektivierbare neurologische Defizite seien zu keinem Zeitpunkt festgestellt worde n. Auch die Abklärung durch Neurologen der I.____ vom 11. Juni 2014 habe kein objektivierbares Defizit ergeben. Die Beschwerdeführerin sei dort klinisch und elektrophysiologisch untersucht worden. Diesbezüglich sei insbesondere darauf hinzuweisen, dass evozierte Potenziale des Nervus

ulnaris beidseits unauffällige Befunde ergeben hätten. Hinweise für eine neue und unfallbedingt hinzugetretene Pathologie im Bereich des zervikalen Myelons würden sich abgestützt auf diese Befunde nicht ergeben (S. 5 Mitte) .

3.15.2

Zur Diskussion stehe, ob die Beschwerden der Beschwerdeführerin, nämlich an haltende Schmerzen im Bereich des Nackens mit Ausstrahlung in den rechten Arm, kausal auf den Unfall zurückzuführen seien. Der Hausarzt Dr. B.____ gehe davon aus, dass die Schmerzen auf eine unfallbedingt entstandene Syringomyelie zurückzuführen seien. Der Begriff leite sich aus dem Wort Syrinx (griechisch für Rohr) ab und stehe für eine zystische Höhlenbildung des Rückenmarks. Allge mein werde für eine entwicklungsbedingte Anomalie eines persistierenden Zentralkanal in Abgrenzung zur Syringomyelie im internationalen medizi nischen Sprachgebrauch vorwiegend der Begriff Hydromyelie gebraucht. Bei der Syringomyelie würden eine angeborene und eine erworbene Syringomyelie

unterschieden. Beide Formen seien gekennzeichnet durch eine Höhlenbildung innerhalb der grauen Substanz des Myelons (Rückenmark). Der eine r

Syringomyelie zugrunde liegende pathophysiologische Mechanismus sei bis heute nicht abschliessend geklärt. In erster Linie würden Liquorzirkulationsstörungen diskutiert. Die Bildgebung mittels Magnetresonanztomographie führe zur Diagnose. Klinisch gehe die Syringomyelie typischerweise mit brennenden Schmerzen und neuroanatomisch in Korrelation zur Lokalisation der Syringomyelie

mit Sensibilitätsstörungen und Paresen einher. Die erworbene posttraumatische Syringomyelie (PTS) sei eine klinische und pathophysiologische Entität, die sich von anderen Formen der Syringomyelie unterscheidet (S. 5 unten).

Gemäss Literatur sei die PTS eine Sekundärerkrankung, die nach einer Verletzung der knöchernen Wirbelsäule oder des Rückenmarks mit einer Latenzzeit von zwei Monaten bis 40 Jahren mit Prädilektionsort dorsal des Zentralkanals im Hals- oder oberen Brustmark auftreten könne. Auch Patienten mit abschliesslicher Wirbelsäulenfraktur ohne initiale neurologische Ausfälle oder mit vollständiger neurologischer Erholung könnten eine PTS entwickeln. Gemäss den Ausführungen von J. Klekamp und M. Sami in dem Buch „Syringomyelia“ erfordere die Diagnose einer posttraumatischen Syringomyelie zumindest eine Läsion der Arachnoidea. Eine primäre Verletzung des Rückenmarks sei nicht zwingend erforderlich. Die Diagnose einer posttraumatischen Syringomyelie setze also eine erhebliche Verletzung der Wirbelsäule mit oder ohne zeitnah zum Unfall aufgetretene neurologische Defizite voraus. Im versicherungsmedizinischen Kontext könne die Kausalität nur dann mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit anerkannt werden, wenn zudem keine anderen erklärenden Ursachen vorlägen (S. 5 f.).

Vorliegend sprächen gegen die Diagnose das Fehlen neurologischer Defizite zeitnah zum Unfall sowie der fehlende Nachweis einer erheblichen Verletzung der Wirbelsäule. Gegen die Diagnose sprächen zudem die durch die Neurologen der I. erhobenen unauffälligen klinischen und elektrophysiologischen Untersuchungsbefunde sowie ein hyperintenses Signal zentral im zervikalen Rückenmark und nicht dorsal des Zentralkanals. Die Beschwerden könnten sodann zweifellos durch unfallfremde degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule erklärt werden. Allein die Angabe einer Beschwerdebesserung unter Behandlung mit Lyrica sei nicht geeignet, zwischen unfallbedingten und unfallfremden Beschwerden zu diskriminieren. Die Besserung der Beschwerden auf eine Infiltration bei C6 und C7 rechts spreche für radikuläre Schmerzen (S. 6 Mitte). 3.15.3

Unter Berücksichtigung der aufgeführten Aspekte könne das in der Magnetresonanztomographie der Halswirbelsäule vom 31. März

2014 festgestellte hyperintense Signal zentral im zervikalen Rückenmark nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kausal auf den Unfall zurückgeführt werden. Die Diagnose einer posttraumatischen Syringomyelie sei abgestützt auf die zur Verfügung stehenden Befunde möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich (S. 6 unten). 3.15.4 Dr. P. verneinte die Frage, ob es sich bei der Syringomyelie um eine unfallbedingte Schädigung, die auf einem objektivierbaren Korrelat beruhe, handle (S. 6 unten Ziff. 1), und ob es mit dem Unfallereignis zu einer vorübergehenden oder richtunggebenden Verschlimmerung der Syringomyelie gekommen sei;

auf neurologischem Fachgebiet lägen keine objektivierbaren Befunde vor, die eine richtunggebende Verschlimmerung mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit begründen würden. Hinsichtlich des Status quo sine könne aus neurologischer Perspektive der Beurteilung durch den Kreisarzt Dr. N. vom 3.

September

2014 gefolgt werden, der den Status quo sine auf den 1. September 2014 festgelegt habe (S. 7 Ziff. 2). Aus neurologischer Perspektive seien unfallbedingt seit dem 1. September 2014 keine Heilbehandlungsmassnahmen mehr notwendig gewesen (S.

7 Ziff. 3). Ebenso bestehe rein unfallbedingt keine Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit (S. 7 Ziff. 4). 4. 4.1

Die Beschwerdeführerin erlitt am 22. Dezember

2013 ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule. Bildgebend wurde nach dem Unfall eine multisegmentale Osteochondrose

an der Halswirbelsäule bei Bandscheibenprotrusionen, eine

Diskushernie, eine Spinalkanalstenose bei C5/6 und C6/7 sowie eine Syringomyelie festgestellt (vgl. E. 3.4 und 3.6 hiervor).

Fraglich ist, ob die Syringomyelie

eine Folge des Unfalles vom 22. Dezember 2013 ist.

4.2

SUVA-Kreisarzt Dr. N.____

ging in der Aktenbeurteilung vom 8. Juli 2014 hinsichtlich des bildgebenden Befundes von vorbestehenden, degenerativen Erkrankungen an der Halswirbelsäule aus, wobei es durch den Unfall zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der Erkrankungen gekommen sei (E. 3.9). In der Beurteilung vom 11. November 2014 verneinte er, dass die festgestellte Diskushernie durch den Unfall entstanden sei (E. 3.12). Unter Berücksichtigung der Berichte der Ärzte der

I.____ und der M.____, in denen ein Rückgang der zwischenzeitlich festgestellten radikulären Symptomatik bei C6 beschrieben wurde

(E. 3.10), ging der Kreisarzt davon aus, dass der Status quo sine nach der Verschlechterung per 1. September 2014 erreicht war. Auf die Beurteilung durch Dr. N.____ kann abgestellt werden. Soweit die Beschwerdeführerin dagegen vorbrachte, sie habe die letzten 20 Jahre zwar ab und zu an leichten Rückenverspannungen gelitten, deswegen jedoch nie bei der Arbeit gefehlt und der erforderliche Beweis werde kaum möglich sein (Urk. 1 S.

6 Ziff. 1.1), kann ihr nicht gefolgt werden. Mit der Beschwerdegegnerin ist auf die Unzulässigkeit der Formel „post hoc ergo propter hoc“ hinzuweisen: Die Argumentation, eine gesundheitliche Schädigung gelte bereits deshalb als durch den Unfall verursacht, weil sie nach diesem aufgetreten sei, ist beweisrechtlich nicht zulässig (BGE 119 V 335 E. 2b/bb, Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013, E. 5.1).

Zur Kritik der Beschwerdeführerin ist sodann zu sagen, dass von Dr. N.____ zwei Stellungnahmen vom 8. Juli 2014 und vom 11. November 2014 (E. 3.9 und E. 3.12) vorliegen und es sich nicht um eine Beurteilung von lediglich einer Seite (Urk. 1 S. 8 Ziff. 2.2) handelt.

Med. pract. G.____ und Dr. H.____ bezeichneten die Syringomyelie in ihrem Bericht vom 23. Mai 2014 zwar als posttraumatisch (E. 3.6). Dr. P.____ legte in der Beurteilung vom 13.

No vember 2015 mit Verweis auf die medizinische Literatur jedoch eingehend und überzeugend dar , dass der Befund mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht durch den Unfall entstanden ist, da hierfür eine stärkere Einwirkung auf die Wirbelsäule hätte erfolgen müssen, als es bei dem stattgefundenen Schleudertrauma der Fall war . Im

Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio -zervikalem Beschleunigungstrauma vom 3. Januar 2014 finden sich denn auch keine Hinweise, dass es bei dem Unfall zu einer schweren Verletzung der Wirbelsäule gekommen wäre (Urk. 9/6). Die

Erstuntersuchung im C.____

am 23. Dezember 2013 ergab ebenfalls , dass die Beschwerdeführerin beim Unfall keine Frakturen erlitten hat.

Dr. P.____ erwähnte in der Beurteilung fälschlicherweise, dass die Erstbehandlung durch Dr. B.____ am 23. Dezember

2013 erfolgt sei (vorstehend E.

3.15.1). In der Tat suchte die Beschwerdeführerin ihren Hausarzt erst nach ihrer Rückkehr in die Schweiz auf.

Insofern sind die Angaben von Dr. P.____ zu korrigieren. Davon abgesehen kann jedoch auf die Beurteilung durch Dr. P.____ abgestellt werden. Die Beurteilungen durch Dr. Winkelmann und Dr. P.____ erweisen sich zusammengenommen nicht als unvollständig. Dass sich Dr. P.____ in der Stellungnahme vom 13. November 2015 insbesondere zur festgestellten Syringomyelie äusserte, kann ihm nicht vorgeworfen werden.

Die Beschwerdegegnerin hat mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass die am 30. September

2014 noch bestehenden Beschwerden nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen sind. Mit den Beurteilungen durch Dr. N.____ und Dr. P.____ ist der Nachweis erbracht, dass der Unfall lediglich zu einer vorübergehenden Verschlechterung der vorbestehenden degenerativen

Erkrankungen geführt hat und der Status quo sine spätestens am 30. September 2014 erreicht war.

Da auf die genannten Beurteilungen abgestellt werden kann, erweisen sich weitere Abklärungen und auch das Einholen eines Gerichtsgutachtens

als entbehrlich. Der Antrag der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3) ist daher abzuweisen.

Nachfolgend ist der adäquate Kausalzusammenhang zu prüfen, dies für den Fall, dass entgegen der vorstehenden Beurteilung ein anhaltender natürlicher Kausalzusammenhang angenommen würde.

5. 5.1

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 Arbeitsbeziehung 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 einzu beziehen 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 Schluudertrauma 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; 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).

Bei mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen müssen vier der massgeblichen Kriterien (oder eines der Kriterien ausgeprägt) erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_487/2009 vom 7. Dezember 2009, E. 5). 5.2

Die Beschwerdeführerin leidet

seit dem Unfall an Nackenschmerzen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind.

Am 22. Dezember 2013 ist es auf einer Autobahn in J. ___ zu einer Massenkarambolage gekommen. Dabei fuhr ein nachfolgendes Fahrzeug in das Fahrzeug, in

dem sich auch die Beschwerdeführerin als Beifahrerin befand. In den vorinstanzlichen Akten finden sich Unfallfotos, die das Unfallfahrzeug der Familie der Beschwerdeführerin zeigen (Urk. 9/8 S. 3 f.). Die Beschwerdeführerin berichtete, dass sie am nächsten Tag im C. ___ ein Spital aufgesucht habe, wo sie geröntgt worden sei. Dabei seien jedoch keine Frakturen festgestellt worden (Urk. 1 S. 4 Ziff. 1.1). Rechtsgemäss ist der Unfall

anhand dieser Angaben als ein mittelschwerer Unfall im mittleren Bereich zu qualifizieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1026/2010 vom 7. Oktober 2011, E. 5.1). 5.3

Nach den vorliegenden Akten ist nicht von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls auszugehen. Ebenso ist das Kriterium der Schwere oder einer besonderen Art der erlittenen Verletzungen zu verneinen. Auch war vorliegend keine fortgesetzt, spezifische, belastende ärztliche Behandlung erforderlich.

Die Beschwerdeführerin klagte zuletzt noch über andauernde Nackenschmerzen. Das Kriterium der erheblichen Beschwerden kann als teilweise erfüllt betrachtet werden. Eine ärztliche Fehlbehandlung ist jedoch nicht dokumentiert. Allenfalls ist von einem schwierigen, verzögerten Heilungsverlauf auszugehen. Eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen liegt nicht vor, nachdem die Beschwerdeführerin ihre Arbeit schon am 1. Februar

2014 mit einem Pensum von 50 % wieder aufnehmen konnte (E. 3.3). Damit sind höchstens zwei der zu prüfenden Kriterien erfüllt. Sie sind jedoch nicht besonders ausgeprägt erfüllt, so dass ein adäquater Kausalzusammenhang zu verneinen ist beziehungsweise wäre.

5.4

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin das Dahinfallen der natürlichen Kausalität per 30. September 2014 nachgewiesen hat. Zudem fehlt es auch an der Voraussetzung eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den andauernden Beschwerden und dem Unfall. Die Beschwerdegegnerin hat die ausgerichteten Versicherungsleistungen daher zu Recht per 30. September

2014 eingestellt.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 20. November

2015 erweist sich nach dem Gesagten als rechtens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Britta Keller - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - 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 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Mosimann Brugger

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