

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00024 vom 27. Oktober 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-10-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00024

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00024 du 27 octobre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00024 del 27 ottobre 2017

Erwägungen

E. 1.1

Kreisarzt Dr. D.____ legt überzeugend dar, dass es sich bei den gestützt auf die MR-Aufnahmen der HWS und der oberen BWS beschriebenen Pathologien um degenerative Veränderungen handelt und keine strukturellen unfallkausalen Schädigungen vorliegen. Auf seine Beurteilung vom 2. Juni 2015 ist abzustellen. Der Bericht ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die beklagten Beschwerden und erfolgte in Kenntnis der Vorakten (ärztliche Berichte, bildgebende Abklärungen etc.). Die Stellungnahme von Dr. D.____

ist in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtend. Er begründet seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig.

Seine Beurteilung deckt sich auch mit den übrigen medizinischen Berichten.

So wurden bereits vor dem Unfall vom 17. Juli 2014 anlässlich der MR-Untersuchung der HWS und der oberen BWS vom 17. Dezember 2013 erhebliche degenerative Veränderungen erwähnt (E. 3.1 hievore). Diese wurden bei der MR-Untersuchung der cervicothorakalen Wirbelsäule vom 12. August 2014 als progredient beschrieben. Eine Fraktur fand sich nicht (E. 3.3 hievore). Bei der Erstbehandlung am 17. Juli 2014 konnten keine äusseren Verletzungen festgestellt werden und pract. med. G.____ diagnostizierte eine HWS-Distorsion Grad 0 gemäss QTF-Klassifikation, was keine Nackenbeschwerden und keine somatischen Befunde bedeutet (E. 3.2.1 -2

hievore). Dr. I.____ konnte so dann bei der klinisch-neurologischen Untersuchung keine richtungsweisenden pathologischen Befunde, insbesondere keine Anhaltspunkte für eine zerviko-radikuläre

oder myeläre Schädigung, finden. Er beschrieb einzig degenerative Veränderungen der mittleren HWS-Segmente (E. 3.6 hievore).

Die festgestellten Bewegungseinschränkungen der HWS/BWS und der muskuläre Hartspann dorsal/ventral (vgl. E. 3.8 hievore) sind zwar klinisch fassbar, es fehlt ihnen indes ein durch apparative/bildgebende, wissenschaftlich anerkannte Untersuchungsmethoden erhobenes organisches Substrat im Sinne einer strukturellen Veränderung (Urteile des Bundesgerichts 8C_343/2010 vom 31. Mai 2010 E. 3.2; 8C_806/2007 vom 7. August 2008 E.

E. 1.2

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweck mässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invali d (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversi cherung (IV) abge schlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbe handlung und die Tag geldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, In va lidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhan densein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der glei chen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten ge dacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es ge nügt, dass das schädi gende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperlische oder geis tige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene ge sundheitliche 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 Stö rung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungs recht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befin den hat. Die bloss e Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Be gründung eines Leistungs anspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.4

Nach der Rechtsprechung setzt der Leistungsanspruch aus der obligatorischen Unfallversicherung nebst einem natürlichen auch einen adäquaten Kausalzu sam menhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 mit Hinweisen). Dabei spielt im Sozial ver si cherungs recht die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natür lichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversiche rers im Be reich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausa lität deckt. An ders ver hält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv aus ge wiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augen fälligen Geschehensablauf des geltend gemachten Un fallereignisses aus zugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubezie hen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanz kriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte ge prüft (sogenannte Psycho-Praxis; BGE 115 V 133), während nach der bei Schleudertraumen und äquiva lenten Verlet zungen der Halswirbelsäule (HWS) sowie Schädel-Hirntraumen anwendbaren so ge nannten Schleu der trauma-Pra xis auf eine

Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (zum Ganzen: BGE 134 V 109 E. 2.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_258/2013 vom 16. Oktober 2013 E. 4.3.1).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ ee, 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c).

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte am 25. Januar 2016 (Urk. 1) Beschwerde mit den Anträgen, es sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 7. Dezember 2015 aufzuheben und es seien ihr weiterhin die gesetzlichen Leistungen nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; insbesondere Taggelder und Heilungskosten) auch nach dem 26. August 2015 auszurichten. Eventualiter sei ein neutrales polydisziplinäres Gutachten unter Federführung eines Neurologen zu erstellen (S. 2). Mit Eingabe vom 12. April 2016 (Urk. 7) reichte sie einen medizinischen Bericht vom 7. April 2016 (Urk. 8) nach. Die Beschwerdegegnerin beantragte in ihrer Beschwerdeantwort vom 17. Mai 2016 (Urk. 10) die Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 21. September 2016 (Urk. 15) erneuerte die Beschwerdeführerin ihre Rechtsbegehren. Innert der mit Verfügung vom 22. September 2016 (Urk. 17) angesetzten Frist ging keine Duplik ein, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 3. November 2016 (Urk. 19) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid dafür (Urk. 2),

gemäss

der kreisärztlichen Beurteilung vom 2. Juni 2015 handle es sich bei den gestützt auf die Magnetresonanztomographie (MR)-Aufnahmen der Halswirbelsäule (HWS) und der oberen Brustwirbelsäule (BWS) beschriebenen Pathologien um degenerative/krankhafte Veränderungen (S. 8). Da die von der Beschwerdeführerin noch geklagten Beschwerden nicht auf einem unfallbedingten, objektivierbaren organischen Substrat im Sinne einer strukturellen Veränderung

beruhen, habe eine spezifische Adäquanzprüfung zu erfolgen (S. 9). Weil das Vorliegen des typischen bunten Beschwerdebildes verneint werden müsse, sei die Adäquanzprüfung nicht nach der Schleudertrauma-Praxis, sondern nach der sogenannten Psycho-Praxis vorzunehmen (S. 11). Eine nachhaltige erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes sei aus physischer Sicht nicht mehr zu erwarten, womit der medizinische Endzustand erreicht worden sei. Der Zeitpunkt des Fallabschlusses und damit der Adäquanzprüfung sei somit nicht zu beanstanden (S. 12). Zwischen den jetzt noch geklagten, organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden und dem Unfall vom 17. Juli 2014 bestehe kein adäquater Kausalzusammenhang, da keines der in diesem Zusammenhang erforderlichen Kriterien erfüllt sei. Mangels Adäquanz seien die Leistungen zu Recht eingestellt worden; es bestehe folglich weder ein Anspruch auf eine Invalidenrente noch auf eine Integritätsentschädigung (S. 15).

In der Vernehmlassung (Urk. 10) stellte sie im Weiteren in Abrede dass organische Unfallfolgen im Sinne eines komplexen regionalen Schmerz - syndroms (CRPS) vorlägen (S. 4). Zur Anwendung der Psycho-Praxis ergänzte sie, die Diagnose einer HWS-Distorsion sei mehr als fraglich, zudem sei die Psyche bereits kurze Zeit nach dem Unfall klar im Vordergrund gestanden

(S. 5).

E. 2.2

und 4.5 ; vgl. auch Rumo-Jungo /Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 59 f.). 4. 2 .2 Im Stadtspital Z.____ wurde am Unfalltag eine HWS-Distorsion Grad 0 gemäss QTF-Klassifikation diagnostiziert (E.

3.2.1 hievor). Die Beschwerdeführerin verneinte sowohl eine Bewusstlosigkeit, Amnesie, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Hör- sowie Sehstörungen als auch Kopf- und Nackenschmerzen (Urk. 11/65). Bei der Erstuntersuchung vom 17. Juli 2014 waren die Wirbelsäule nicht klopf schmerzhaft und die HWS schmerzfrei frei beweglich. Äussere Prellmarken fanden sich keine (E. 3.2.2 hievor). Wenn die Beschwerdeführerin nun geltend macht, dem Erhebungsblatt vom 22. Januar 2015 (Urk. 11/94) könne entnommen werden, unmittelbar nach dem Unfallereignis habe sie unter Nacken-, Kopf-, Arm- und Schulterschmerzen rechts gelitten und die rechte Hand sei ebenfalls rasch angeschwollen, vermag dies - mit Blick auf die echtzeitlichen Berichte (E. 3.2 hievor) - nicht zu überzeugen.

Es geht nicht an, von der Situation, wie sie sich möglicherweise am 22. Januar 2015 präsentierte, zu schliessen (vgl. Urk. 1 S. 5), dass die Beschwerden bereits im Juli 2014 vorhanden gewesen wären.

Auch wenn nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht vorausgesetzt wird, dass die zum sogenannten typischen Beschwerdebild einer HWS-Distorsion gehörenden Symptome in der massgeblichen Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 auftreten müssen, so ist indes wie bereits erwähnt erforderlich, dass sich innert dieser Latenzzeit zumindest HWS- oder Nackenschmerzen manifestieren.

Den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der Erstbehandlung am Unfalltag und somit echtzeitlich nicht über HWS- oder Nackenschmerzen klagte und die HWS schmerzfrei frei beweglich war

(E. 3.2.2 hievor). Entsprechend wurde eine HWS-Distorsion Grad 0 diagnos - tiziert (E. 3.2.1 hievor). Damit im Einklang steht, dass in der Bagatellunfall-Meldung lediglich Verletzungen an den oberen Extremitäten angegeben wurden (Urk. 11/1). Nackenbeschwerden wurden erstmals rund einen Monat nach dem Unfallereignis erwähnt (vgl. Bericht von Dr. E.____ , Urk. 11/25) und gleich zeitig festgehalten, die Beschwerdeführerin sei bereits im Dezember 2013 wegen Nackenschmerzen in Behandlung gewesen beziehungsweise es seien entsprechende Abklärungen vorgenommen worden (Urk. 11/ 12). Gestützt auf die medizinischen Berichte ist demnach innert der massgeblichen Latenzzeit kein typisches buntes Beschwerdebild ausgewiesen .

Die Adäquanzprüfung ist somit nicht nach der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109 und 117 V 359), sondern nach der sogenannten Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) vorzunehmen. 4.3 4.3.1

Der Fallabschluss und damit die Adäquanz sind erst dann zu prüfen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 E. 4.1). Entgegen der Annahme der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1

S. 8 ff. und 13 f. ; Urk.

E. 7

Dr. med. C.____ , Fachärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 2. März 2015 (Urk. 11/106) aus, die Beschwerdeführerin stehe seit dem 27. Januar 2015 aus sprachlichen Gründen wegen psychischer Problematik im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung und Schleudertrauma als Folge eines Autounfalls vom 17. Juli 2014 in ihrer ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. Bis und mit heute hätten drei Sitzungen stattgefunden. Die Beschwerdeführerin berichte über Kopfschmerzen, Ängste, Alpträume, häufiges Weinen, Schreckhaftigkeit sowie Ein- und Durchschlafstörungen. In der Nacht weine sie und wache verängstigt auf, als ob jemand in ihrem Zimmer sei und als ob ihr jemand diktiere, wie sie was machen solle. Danach verstumme sie aus Angst.

Ihren Mund könne sie nicht öffnen. Sie spüre Angst und Depression, Schmerzen im rechten Arm und berichte von einer Isolation (S. 1). Dr. C.____

diagnostizierte eine posttraumatische Belastungsstörung als Folge des Autounfalls vom 17. Juli 2014 mit Angst- und Panikattacken (ICD -10 F 43.1) sowie Kopfschmerzen als Folge eines Schleudertraumas (Unfall vom 17. Juli 2014). Aus psychiatrischer Sicht bescheinigte sie eine volle

Arbeitsunfähigkeit (S. 2). 3.

E. 8

J.____ , Dipl. Physiotherapeut, gab im physiotherapeutischen Bericht vom 27. Mai 2015 (Urk. 11/129) an, die Beweglichkeit der HWS/BWS, vor allem rotatorisch , sei stark eingeschränkt. Es bestehe ein muskulärer Hartspann dorsal/ventral. In der rechten Hand habe die Beschwerdeführerin 50 % weniger Kraft als links und Schmerzen bei Belastung. Er empfahl die Fortführung der Therapien, ansonsten sich die Beweglichkeit massiv verschlechtern würde. 3.

E. 8.2

3). 4.1.2

Die Beschwerdeführerin machte sodann geltend, sie leide an der rechten Extremität an einem CRPS (Urk. 1 S. 7).

Anlässlich der Erstbehandlung am 17. Juli 2014 im Stadtspital Z.____ klagte die Beschwerdeführerin weder über Schmerzen im rechten Arm noch waren entsprechende äussere Verletzungen sichtbar (Urk. 11/39). Ebenso wenig erwähnte der Hausarzt im Zwischenbericht vom 19. August 2014 eine Verletzung der rechten Extremität, sondern sprach vielmehr von Zervikalgien und Schmerz - ausstrahlung in den rechten Arm nach der erlittenen HWS-Distorsion (Urk. 11/44).

Die Ärzte

vom Stadtspital A.____

diagnostizierten am 5. September 2014

unter anderem ein cervicobrachiales Syndrom rechts mit – differentialdiagnostisch - beginnendem CRPS , ohne eine entsprechende Symptomatik zu beschreiben . Die Ärzte von der Reha B.____ übernahmen die entsprechende Diagnose und hielten fest, dass der rechte Arm und die rechte Hand im Eintrittszeitpunkt massiv geschwollen gewesen seien und Bewegungsschmerzen ausgelöst hätten . Im Verlauf konnte die Schwellung mit Lymphdrainage beseitigt und die Schmerzen mit Weichteiltechniken, manueller Therapie und Neuromobilisation gelindert werden (E. 3.5 hievore).

Was daran aktenwidrig sein soll und durch den Bericht „Besprechung auf der Agentur O.____ vom 22. Januar 2015“ (Urk. 11/94) widerlegt werden können (vgl. Urk. 1 S. 6), ist nicht ersichtlich, da eine erneute Schwellung nicht ausgeschlossen wird .

Die am 22. Januar 2015 stattgehabte neurologische Untersuchung bei Dr. I.____

ergab keine richtungswisenden pathologischen Befunde, insbesondere keine Anhaltspunkte für eine zervikoradikuläre oder myeläre Schädigung. Klinisch wie auch elektrophysiologisch ergaben sich keine eindeutigen Hinweise auf ein CRPS. Die durchgeführten Neurographien zeigten einen Normalbefund (E. 3.6 hievore).

Er zog

lediglich die Möglichkeit eines CRPS in Betracht , aber aus fachärztlicher, neurologischer Sicht konnte er diese Diagnose nicht bestätigen .

Daran ändert auch die im Beschwerdeverfahren aufgelegte Beurteilung von Dr. M.____ nichts, zumal auch er nicht mit Sicherheit die Diagnose eines CRPS zu stellen vermochte und für die entsprechende Beurteilung an einen Neurologen verwies.

Auch aus dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht vom 7. April 2016 von Dr. N.____

vermag die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten abzuleiten . Darin diagnostizierte er eine CRPS-artige Schmerzausbreitung an der rechten oberen Extremität und erachtete ein CRPS gestützt auf die Befunde bloss als möglich. Dieses sei aber erst nach seinen Manipulationen zu Tragen gekommen und am Anfang der Untersuchung nicht ins Auge gefallen. Auch er erachtete eine neurologische Abklärung für angezeigt (E. 3.12).

In Anbetracht dieser vom Arzt selbst geäusserten Zweifeln kann nicht gesagt werden ,

Dr. N.____ sei

klar und unmissverständlich zum Ergebnis gelangt, dass es in einem fallbedingten CRPS vorliege (vgl. Urk. 7 S. 2) . Vier Monate später - am 31. August 2016 (Urk. 16/1) - beantwortete

Dr. N.____ schliesslich gestützt auf die Budapester Kriterien selber die Frage nach einem CRPS und hielt dazu fest, dass die Beschwerdeführerin die Kriterien für ein solches zweifelsfrei erfülle.

Allerdings legte Dr. N.____ , der seine Berichte in Unkenntnis der Vorakten verfasste (vgl. Urk. 16/1 S. 1), nicht dar, weshalb er die zuvor lediglich als CRPS-artig umschriebenen und weiter abklärungsbedürftigen Schmerzen nunmehr zweifelsfrei als CRPS fasste. Zudem fällt ins Gewicht, dass er weder vom zwei schenzeitlich offenbar angefertigten, aber nicht aktenkundigen Bericht des Neurologen noch von den abweichenden Beurteilungen von Dr. I.____ Kenntnis hatte und somit auch nicht erläuterte, weshalb er, Dr. N.____ , zu einem abweichenden Schluss gelangt ist. Ihm kann unter diesen Umständen nicht gefolgt werden.

Nach dem Gesagten verneinte die Beschwerdegegnerin

somit das Vorliegen eines CRPS, mithin eines unfallbedingten organisch nachweisbaren Gesundheitsschadens zu Recht . Da keine organisch nachweisbaren Unfallfolgen vorliegen, ist somit eine spezifische Adäquanzprüfung zwischen dem Unfallereignis und den geltend gemachten Beschwerden vorzunehmen

(Urteil des Bundesgerichts 8C_170/2015 vom 29. September 2015 E. 5.2). Dabei kann praxismässig die Frage nach einer natürlichen Kausalität der entsprechenden Beschwerden zum versicherten Unfallereignis offen bleiben, wenn ein allfälliger Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre (BGE 135 V 465 E. 5.1). 4.2.4.2.1

Bei der Adäquanzprüfung stellt sich zunächst die Frage, ob nach der sogenannten Psycho-Praxis oder der sogenannten Schleudertrauma-Praxis vorzugehen ist (vgl. E. 1.4 hieroben).

Die Anwendung der „Schleudertrauma-Praxis“ setzt voraus, dass ein Schleudertrauma der HWS (HWS-Distorsion) , eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädelhirntrauma diagnostiziert wurde . Hat die verunfallte Person eine solche Verletzung erlitten, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen , Reizbarkeit, Affektlabilität , Depression, Wesensveränderung

innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfallereignis - zumindest die Manifestation erster Beschwerden - vorliegen (BGE 119 V 335 E. 1 ; 117 V 369

E. 4b;

117 V 359 E. 4b ; Urteil des Bundesgerichts U 65/07 vom 14. Dezember 2007 E.

E. 9

Kreisarzt Dr. med. D.____ führte in der Aktenbeurteilung vom 2. Juni 2015 (Urk. 11/131) aus, eine traumatisch bedingte Läsion habe ausgeschlossen werden können. Bei den beschriebenen Pathologien in den MR-Aufnahmen handle es sich um deg

enerative/krankhafte Veränderungen. Die Beschwerdeführerin sei in allen relevanten Fachrichtungen abgeklärt worden. Eine fachärztliche neurologische Untersuchung sei am 16. Januar 2015 durch Dr. I.____ erfolgt. Wie dessen Bericht vom 22. Januar 2015 zu entnehmen sei, habe er in der klinisch-neurologischen Untersuchung keine richtungsweisenden pathologischen Befunde, insbesondere keine Anhaltspunkte für eine zervikoradikuläre oder myeläre Schädigung gefunden. Klinisch und auch elektrophysiologisch hätten sich keine eindeutigen Hinweise auf ein CRPS ergeben. Gemäss dem ausführlichen Bericht des Physiotherapeuten J.____ habe sich mittlerweile ein stationärer Zustand etabliert. Eine nachhaltige erhebliche Verbesserung sei nicht mehr zu erwarten (S. 2). 3.

E. 10

Med. pract. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Facharzt

L.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, schilderten in ihrer psychiatrischen (Akten-) Beurteilung vom 3. Juni 2015 (Urk. 11/132), es seien durchaus Zweifel angebracht, ob die Beschwerdeführerin tatsächlich an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leide. Bei noch verhältnismässig kurzer zeitlicher Distanz zum Unfallereignis - vor allem wegen weiterer belastender Lebensereignisse wie Migration, Wegfall des sozialen Netzes, Befürchtungen einer anderen schweren Erkrankung - seien auch andere Diagnosen möglich, deren Bestehen zunächst verifiziert werden sollte. Aus psychiatrischer Sicht liege noch kein Endzustand vor. Der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch in stabil. Es sollte zunächst noch eine sorgfältige Diagnostik durchgeführt werden mit dann

entsprechend konsequenter Therapie. Unabhängig von der diagnostischen Feineinschätzung sei sowohl bei Vorliegen einer Anpassungsstörung als auch bei einer von der Behandlerin so beurteilten posttraumatischen Belastungsstörung durch Weiterbehandlung noch eine Verbesserung der psychischen Gesundheitsstörung zu erwarten (S. 5). 3.1 1

Dr. med. M.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, stellte in seinem zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin verfassten Bericht vom 16. Januar 2016 (Urk. 3/4) eine massive Schwellung des rechten Armes und der Finger am rechten Handgelenk fest. Er führte aus, die Beschwerdeführerin habe sehr wahrscheinlich ein CRPS I des rechten Handgelenks. Im neurologischen Bericht vom Sommer 2014 sei eine neurologische Abklärung erwähnt worden, welche einen Morbus Sudeck ausschliesse. Ob dies überhaupt möglich sei, könne er nicht beurteilen und überlege sich, genau diese Frage einem Neurologen zu stellen (S. 2). 3.1 2

Auf Zuweisung von Dr. M.____ untersuchte Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Chirurgie und Handchirurgie, die Beschwerdeführerin. Im Bericht vom 7. April 2016 (Urk. 8) diagnostizierte er einen Status nach Kontusion der rechten oberen Extremität mit unter anderem CRPS-artiger Schmerzausbreitung an der entsprechenden Extremität. Weiter führte er aus,

die Befunde würden für ein CRPS sprechen, welches jedoch, zumindest beim Anfang der Untersuchung, gar nicht sehr ins Auge falle und erst nach seinen Manipulationen zum Tragen komme. Seines Erachtens würde eine weitergehende neurologische Abklärung Sinn machen, vor allem mit der Fragestellung nach einem Thoracic Outlet Syndrom und ganz

speziell auch nach dem Supinator Syndrom rechts (S. 2).

In seinem Bericht vom 31. August 2016 (Urk. 16/1) erwähnte Dr. N.____, subjektiv seien die Schmerzen tendenziell schlimmer geworden. Die Beschwerdeführerin berichtete über eigentlich ganz ähnliche Symptome, wie sie sie bereits gehabt habe. Um aber die Frage nach einem CRPS zu beantworten, habe er sich an die Budapester Kriterien gehalten. Die Beschwerdeführerin erfüllt die Kriterien für ein CRPS zweifelsfrei (S. 1). Therapeutisch würde aus seiner Sicht ein stationärer Aufenthalt Sinn machen für beispielsweise eine Dauerplexus-Therapie in Kombination mit entsprechender Ergotherapie. Die Beschwerdeführerin sei verzweifelt und sehe eigentlich nirgends einen Ausweg. Die Arbeitsfähigkeit sei mit Sicherheit nicht gegeben (S. 2).

3.13

Dr. C.____ bestätigte am 19. August 2016 ihre früher gestellten psychiatrischen Diagnosen und berichtete von einer leichten Besserung des psychischen Zustandsbildes unter medikamentöser und therapeutischer Therapie. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin für leichte Arbeiten ohne Stress (beschützender Rahmen) etwa zu 40 % arbeitsfähig (Urk. 16/2). 4. 4.1

Zunächst ist zu prüfen, ob bei der Beschwerdeführerin organisch nachweisbare Unfallfolgen bestehen. Die bildgebende Untersuchung vom 12. August 2014 der HWS ergab

keinen Anhalt für frische traumatische ossäre Läsionen, jedoch zeigte sich eine Kyphosierungsfehlstellung sowie ein rechts recessales

Bulging mit möglichem Nervenwurzelkontakt (E. 3.3 hievore). 4.

E. 15

S. 7 f.) ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine Adäquanzprüfung nach der Psycho-Praxis zulässig, wenn von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten ist (Urteile des Bundesgerichts 8C_465/2011 vom 7. November 2011 E. 5.1; 8C_1004/2009 vom 13. April 2010 E. 4.2; Rumo-Jungo /Holzer, a.a.O., S. 144 f.). 4.3.2 In der ärztlichen Beurteilung vom 2. Juni 2015 kam Dr. D.____ zum Schluss, von weiteren Behandlungen sei keine nachhaltige erhebliche Verbesserung mehr zu erwarten (E. 3.9 hievore). Diese Beurteilung deckt sich mit den übrigen Akten. So ist dem physiotherapeutischen Bericht vom 27. Mai 2015 zu entnehmen, dass die durchgeführte Therapie in erster Linie dem Erhalt des bisherigen Zustands dient und es bei einem Therapiestopp zu einer Verschlechterung der Beweglichkeit gekommen sei (E. 3.8 hievore). Die Behandlung dient somit in erster Linie der Stabilisierung des erreichten Zustandes sowie der Linderung der Beschwerden, was nicht mit einer zu erwartenden namhaften Besserung des Gesundheitszustandes gleichzusetzen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_402/2007 vom 23. April 2008). Dass von der Weiterbehandlung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin erwartet werden kann, ist nicht erstellt. Dies stimmt auch mit den eigenen Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der Besprechung vom 22. Januar 2015 überein, wonach ihr auch die Physiotherapie keine merkliche Verbesserung bringe und es ihr seit dem Unfall nicht gross besser gehe (vgl. Urk. 11/94 S. 2).

Nach Ge sagtem w ar im Zeitpunkt der Leistungseinstellung der medizinische Endzustand erreicht . Der Zeitpunkt des Fallabschlusses und damit der Adä quantzprüfung erfolgte demnach

nicht verfrüht . Wie bereits erwähnt ä ndert die Tatsache , dass der medizinische Endzustand aus psychiatrischer Sicht noch nicht erreicht ist (vgl . E. 3.10 hievor), daran nichts

(BGE 134 V 109 E. 6.1). 4.4 4.4 .1

Für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist nach der Psycho -Praxis an das (objektiv erfassbare) Unfallereignis anzuknüpfen. Zu prüfen ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenen falls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Massgebend ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften, nicht jedoch die Folgen des Unfalles oder Be gleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zuge ordnet werden können (BGE 134 V 109 E. 10.1; 115 V 133 E. 6). 4.4.2 Gemäss den Akten war die Beschwerdeführerin am 1 7. Juli 2014 als Beifahrerin im Firmenauto unterwegs. In einer Kreuzung übersah die Lenkerin des entge genkommenden Wagens beim Linksabbiegen das Fahrzeug, in welchem sich die Beschwerdeführerin befand, und es kam zu einer schrägfrontalen Kollision (vgl. Urk. 11/1; Urk. 11/94). In der Biomechanischen Kurzbeurteilung (Triage) der P.____ vom 2 9. Oktober 2014 (Urk. 11/64) wurde festgehalten, im Zuge eines Anpralls vorne links habe der Citro ë n, in welchem sich die Beschwerdeführerin befunden habe, eine Beschleunigung in Querrichtung zum Fahrzeug (nach rechts) erfahren. Die daraus resultierende Geschwindigkeitsänderung (delta-v) dürfte gesamthaft un terhalb oder innerhalb eines Bereichs von 20 bis 30 km/h gelegen haben. Die Beschwerdeführerin habe sich dadurch relativ zum Fahrzeug nach vorne und nach links bewegt (S. 3) . Mit Blick auf die Rechtspre chung ist der einfache Unfall vom 1 7. Juli 2014 als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu qualifizieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_ 571 /20 10 vom 2 3. Dezember

E. 20

11 E. 6. 1). Dies deckt sich auch mit den Ausführungen in der entsprechenden biomecha nischen Kurzbeurteilung , wonach man von der Biomechanik her weitgehend davon ausgehe, dass der Harmlosigkeitsbereich für nicht unerhebli c he HWS-Beschwerden auch nach schrägfrontalen Kollisionen im „Normalfal l“ bei Ver wen d u ng von Sicherheitsgurten in einem Bereich der kollisionsbedingten Ge schwindigkeitsänderung des verzögerten Fahrzeugs (delta-v) von etwa dem doppelten Wert desjenigen bei Heckkollisionen (10 bis 15 km/h) liege, also bei 20 bis 30 km/h

(S. 3). 4.4.3

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Ge samtwürdigung einzubeziehen. Die wichtigsten entsprechenden Kriterien sin d besonders dramatische Begleit umstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles, die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen,

insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, körperliche Dauerschmerzen, ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109

E. 6.1; 124 V 44 E. 5c/ bb ; 115 V 133 ; Urteil des Bundesgerichts 8C_806/2009 vom 15. Januar 2010 E. 4.1.1). Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb , vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa ; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2). Ist kein Kriterium in ausgeprägter Weise erfüllt, müssen vier Kriterien erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_487/2009 vom 7. Dezember 2009 E. 5). 4.4. 4 Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens beziehungsweise Angstgefühls der versicherten Person. Besonders dramatische Begleitumstände sind vorliegend zu verneinen. Der Verkehrsunfall war objektiv betrachtet auch nicht besonders eindrücklich. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_398/2012 vom

6.

November 2012

). Im Stadtspital Z.____ wurde eine HWS-Distorsion Grad 0 gemäss QTF-Klassifikation diagnostiziert (E. 3.2.1 hievor). Dabei handelt es sich nicht um eine schwere Verletzung oder eine solche von besonderer Art, zumal es zu keinen äusseren Verletzungen kam und auch Frakturen verneint werden konnten (E. 3.2-3 hie vor). Zudem genügt die Diagnose einer HWS-Distorsion für sich allein nicht zur Bejahung dieses Kriteriums (BGE 134 V 109 E. 10.2.2). Besondere Umstände sind nicht ersichtlich. Sodann liegen keine Anhaltspunkte vor , dass die

relativ geringe Gesundheitsschädigung geeignet wäre, psychische Fehlentwicklungen auszulösen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_568/2015 vom 15. Januar 2016; 8C_308/2014 vom 17. Oktober 2014) . In den Akten finden sich keine Hinweise für eine ärztliche Fehlbehandlung, einen schwierigen Heilungsverlauf

oder erhebliche Komplikationen, wobei die Behandlung der organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden nicht in die Prüfung der Kriterien miteinzubeziehen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_533/2008 vom 26. November 2008 E. 5.2). Nach der ambulanten Behandlung im Stadtspital Z.____ vom 17. Juli 2014 erfolgte vom 1. bis 10. September

2014 eine kurze stationäre Behandlung im St adtpital A.____ sowie vom 1 0. September bis 3. Oktober 2014 eine dreiwöchige stationäre Rehabilitation in der Reha B.____ (E. 3.4-5 hievor). Daneben fand

unter anderem lediglich eine p hysiotherapeutische Behandlung sowie eine fach ärztlich-neurologische Untersuchung statt (E. 3.6 und E. 3.8 hievor ; vgl. Urk. 11/94). Da bei der Prü fung der Adäquanzkriterien nach BGE 115 V 133 die Folgen organisch nicht ausgewiesener Beschwerden nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_903/2 009 vom 2 8. April 2010 E. 4.6), i st das Kri terium der ungewöhnlich la nge dauernden ärztlichen Behand lung

somit zu ver neinen.

Anzeichen von körperliche n Dauerschmerzen sind vorliegend nicht er sichtlich . D er Beschwerdeführerin wurde

zwar ab dem 1 7. Juli 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

Gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung vom 2. Juni 2015 waren die noch vorhan denen Beschwerden rein somatisch je doch nicht erklärbar, womit die weitere Arbeitsunfähigkeit durch die organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden bedingt war. Das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist deshalb ebenfalls nicht gegeben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_362/2014 vom 2 5. Juni 2014 E. 4.2.7) . Nach dem Gesagten ist keines der e rforderlichen Kriterien erfüllt , womit der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den organisch nic ht hinreichend nachweisbaren Be schwerden und dem Unfall vom 1 7. Juli 2014 zu verneinen ist.

4.5 Zusammenfassend ist die adäquate Unfallkausali tät zwischen den von der Be schwerde führerin über den Zeit punkt des Fallabschlusses hinaus geltend ge machten, organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerd en und dem Unfall vom 1 7. Juli 2014 zu verneinen . Die Einstellung der Versicherungsleis tungen per 2 6. August 2015 erfolgte zu Recht. Vor diesem Hintergrund können weitere Abklärungen (vgl. Urk. 1 S. 14 f. ; Urk. 15 S. 8) unterbleiben.

Mangels Adäquanz der verbliebenen Beeinträchtigungen steht auch kein An spruch auf eine Invalidenrente und/oder Integritätsentschädigung

im Raum.

Der Einspracheentscheid vom 7. Dezember 2015 erweist sich somit als zutref fend. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi - Suva - 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 Bundes gesetzes 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 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
Die Gerichtsschreiberin
Gräub
Käser

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