

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00068

vom 16. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00068

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00068 du 16 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00068 del 16 giugno 2017

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 30. Januar 2010 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Gemäss 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 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 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 Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 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).

E. 1.4

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art.

E. 1.5

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 blosser 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. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

E. 1.6

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). 2.

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 3. Februar 2016 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 7. März 2016 Beschwerde mit dem Antrag auf dessen Aufhebung sowie auf Zuspache

weiterer gesetzlicher Leistungen, namentlich Behandlungskosten, Integritätsentschädigung und allenfalls Taggelder (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 30. März 2016 (Urk. 6) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 6. April 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Die Beschwerdeführerin mache einen Rückfall geltend. Bereits im Dezember 2013 seien die zu beurteilenden Beschwerden als nicht unfallkausal beurteilt worden, insbesondere sei die Kieferfraktur abgeheilt gewesen. Die Kaubeschwerden seien infolge der Okklusionsstörung unfallfremd vorbeistehend, indem bereits im Jugendalter eine Zahnspangenbehandlung begonnen und sogar eine chirurgische Umstellungsosteotomie beider Kiefer in Erwägung gezogen worden sei. Ebenso hätten die zeitnah zum Unfall angefertigten computertomographischen Aufnahmen keine traumatische Läsionen des Ober- und Unterkiefers mit einem vorbestehenden frontal offenen Biss und einem Overjet von ca. 13 bis 15 mm gezeigt (S. 5 Mitte). Für die aktuelle Okklusionssituation und die beschriebenen Kaubeschwerden spielten jedoch gemäss Gutachter auch weitere unfallfremde posttraumatische Faktoren eine wesentliche Rolle; so zeige sich ein Knochenschwund im Sinne einer generalisierten Parodontopathie. Es sei ein stark fortschreitender Knochenverlust sichtbar, was mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu den Abszessbildungen und notwendigen Zahnextraktionen im Oberkiefer geführt habe. Dabei sei es überwiegend wahrscheinlich auch zu den bekannten Zahnwanderungen gekommen. Einen möglichen Einfluss auf die Zahnlockerung könne auch die craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) haben. Dabei handle es sich um eine schmerzhafteste Fehlregulation des Kauapparates mit psychischem, strukturellem und funktionellem Hintergrund. Diese sei möglicherweise durch den Unfall verschlimmert worden. Ansonsten fände sich kein Vorzustand, welcher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verschlimmert worden wäre. Die natürliche Unfallkausalität der CMD und der Kaubeschwerden sei zu verneinen (S. 5 unten f.). Daran vermöchten die weiteren ärztlichen Meinungen aus näher dargelegten Gründen (S. 6 Mitte ff.) nichts zu ändern. Daran hielt sie in ihrer Beschwerdeantwort fest (Urk. 6).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte geltend (Urk. 1 S. 6 f.), ihr Kostengut sprache gesucht für die Oberlidkorrektur sei von der Beschwerdegegnerin zutreffenderweise als umfassende Rückfallmeldung behandelt worden. Es sei zwar richtig, dass die CMD und die Kaubeschwerden vorbestehend seien. Dabei sei jedoch ausser Acht gelassen worden, dass eine massive Verschlechterung nach dem Ereignis eingetreten sei. Die Kaubeschwerden seien nach dem Unfall und den notwendigen chirurgischen Eingriffen bedeutend massiver in Erscheinung getreten. Auch die CMD werde bei unfallbedingten Einwirkungen und chirurgischen Massnahmen verstärkt. Bereits bei geringen unfallbedingten Einwirkungen könne das craniomandibuläre System gestört werden. Nur schon anhand der Gebissmodelle sei die unfallbedingte Schädigung nachvollziehbar. Auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten könne aus näher dargelegten Gründen nicht abgestellt werden.

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die geklagten Beschwerden in rechtsgenügendem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 30. Januar 2010 stehen. 3. 3.1

Gemäss Unfallmeldung vom 9. Februar 2010 (Urk. 7/1) stürzte die Beschwerdeführerin nach einer Blutleere und erlitt im Bereich des Schädels/des Gesichts einen Bruch. 3.2

Die Erstbehandlung erfolgte auf der chirurgischen Notfallstation des Z.____. Mit Verlegungsbericht vom 31. Januar 2010 (Urk. 7/M5) wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin am Abend des 30. Januar 2010 nach Alkohol- und Cannabiskonsum seitlich von einem Barhocker auf die linke Körper- und Gesichtshälfte gestürzt sei. Gemäss anwesenden Gästen sei sie kurz bewusstlos gewesen. Der Glasgow-Coma-Scale (GSC) - Wert habe stabil 15 betragen. Es habe retrograde Amnesie bestanden, keine Nausea, kein Erbrechen. Es wurden die folgenden Diagnosen gestellt: - multiple Mittelgesichtsfrakturen links mit und bei - lateraler dislozierter Orbitawandfraktur - undislozierter Orbitabodenfraktur - retrobulbärem Hämatom - zweifacher Jochbeinfraktur - Frakturen der lateralen und ventralen Wand vom Sinus maxillaris - Commotio cerebri Die Beschwerdeführerin sei notfallmässig ins A.____ verlegt worden. 3.3

Die Ärzte der Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie am A.____ stellten mit Bericht vom 4. Februar 2010 (Urk. 7/M4) folgende Diagnosen: - dislozierte Jochbein-, Jochbogen-Fraktur links - Fraktur der medialen Orbitawand und des Orbitabodens links bei Status nach Sturz vom Barhocker am 31. (richtig: 30.) Januar 2010 Intraoral sei die Okklusion habituell und der Zahnstatus ohne Hinweis auf ein Trauma gewesen. Die operative Reposition und Osteosynthese habe am 1. Februar 2010 stattgefunden. Der postoperative Verlauf habe sich problemlos gestaltet. Mit einem weiteren Bericht vom 18. Februar 2010 (Urk. 7/M2) stellten die Ärzte des A.____ folgende Diagnosen: - laterale Mittelgesichtsfraktur links mit gering dislozierter Orbitabodenfraktur links - Fraktur der lateralen Orbitawand mit Medialverlagerung eines Fragmentes - Hämatosinus maxillaris links - Fraktur der facialis, lateralen dorsalen Wand Sinus maxillaris links - doppelte Jochbogenimpressionsfraktur links, dislozierte Jochbeinfraktur links Intraoral habe die Schneidekantendistanz 30 mm betragen und sei schmerzhaft eingeschränkt gewesen. Die Okklusion sei ungestört, die Mandibula und Maxilla seien fest und ohne Hinweis auf Frakturen gewesen. Behandlungsabschluss sei voraussichtlich in zwei Jahren (S. 2). 3.4

Am 16. April 2010 fand eine operative Kieferhöhlenrevision links statt (Urk. 7/M7). Im Operationsbericht (Urk. 7/M6) wurde festgehalten, dass das ehemalige Frakturareal sehr schön verheilt sei; es zeige sich keinerlei Defekt mehr im Bereich der Kieferhöhlenwände. Die Kieferhöhle stelle sich absolut unauffällig dar. 3.5

Mit Bericht vom 11. November 2010 (Urk. 7/M10) führten die Ärzte des A.____ aus, nach dem Eingriff vom 16. April 2010 seien die Beschwerden im Bereich der Kieferhöhle mit Kopfschmerzen und blutiger Sekretion deutlich regredient gewesen. Bildgebend zeige sich eine gute Belüftung der Kieferhöhlen beidseits mit regelrechter Knochenheilung im Bereich der ehemaligen Frakturen. 3.6

Am 9. Juni 2011 (Urk. 7/M15) berichteten die Ärzte des A.____ erneut und führten aus, dass sich im postoperativen Verlauf eine Regredienz der Beschwerden im Bereich des linken Jochbogens gezeigt habe. Bei der Jahreskontrolle habe die Patientin immer noch über leichte Beschwerden im Bereich des linken Jochbeins mit leichtem Taubheitsgefühl der Wange, vor allem bei Wetterumschwung, berichtet. Intraoral und extraoral hätten sich bis auf eine Hypästhesie im Bereich des zweiten Trigeminusastes links unauffällige Befunde gezeigt. Die Entfernung des restlichen Osteosynthesematerials werde von der Patientin nicht gewünscht. 3.7

Am 27. November 2011 (Urk. 7/M17) ersuchte PD Dr. med. B.____, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, A.____, um Kostengutsprache für ein laterales Brauenlift rechts sowie eine beidseitige Oberlidb leropharoplastik. Die Diagnose lautete wie folgt: - deutliche Asymmetrie der Augenbrauen mit asymmetrischer Dermatohalasis rechts mehr als links bei - Status nach offener Reposition einer dislozierten Jochbein- und Jochbogenfraktur im Januar 2010 - Nebendiagnosen: - Status nach Implantation künstliches Hüftgelenk rechts 1999 - Kaufunktionsstörung beidseits 3.8

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, nahm am 19. Dezember 2013 (Urk. 7/M18) zuhänden der Beschwerdegegnerin Stellung und führte aus, die Kieferfraktur sei abgeheilt, damit sei der Status quo ante erreicht (S. 2). 3.9

Dr. med. dent. D.____, Vater der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 7/M25), meldete am 10. Januar 2014 (Urk. 7/M19 = M20) mehrere unfallbedingt angeschlagene Zähne und nannte verschiedene Sofortmassnahmen sowie als Zwischenbehandlungsvorschlag eine vorläufige Beobachtung. 3.10

Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, nahm zuhänden des Rechtsvertreters am 2. Juni 2014 (Urk. 7/M21) wie folgt Stellung: Aus dem Unfall vom 30. Januar 2010 mit Commotio cerebri, mit länger dauernder Amnesie und kurzer Bewusstlosigkeit, bei Gesichtsschädelfrakturen (Orbita und Sinus maxillaris) ergäben sich aus neurologischer Sicht eine neuropathische Funktionsstörung des N. trigeminus II links sowie ferner neurovegetative und neuropsychologische Beschwerden (S. 3). 3.11

Dr. med. dent. F.____, Praxisnachfolger von Dr. med. dent. D.____ (vgl. Urk. 7/M25 S. 1), führte mit zuhänden des Rechtsvertreters der Versicherten erstelltem Bericht vom 28. August 2014 (Urk. 7/M22) aus, er habe die Versicherte am 19. März 2014 erstmals untersucht. Der Lockerungsgrad der ersten beiden Prämolaren im Oberkiefer sei durch Stützgewebsverlust so fortgeschritten, dass eine Entfernung der beiden Zähne notwendig gewesen sei. Dies sei die einzige Behandlung, die er vorgenommen habe. Eine objektive Zuordnung der Beschwerden in „vor und nach dem Unfall“ sei auf Grund der ihm zur Verfügung stehenden Daten sehr schwierig. Ein Grossteil der Symptome, welche die Versicherte angebe, fielen in den Kompetenzbereich eines Hals-Nasen-Ohren-Arztes oder Augenarztes. Die massive Malokklusion mit Non-Okklusion einzelner Zähne im Ober- und Unterkiefer könnten für einige der geschilderten Schmerzsymptome sowie für die Kaufunktionsstörung und den Tinnitus verantwortlich sein. 3.12

Dr. med. und med. dent. G.____ hielt mit Bericht vom 17. Dezember 2014 (Urk. 7/M23) fest, die Beschwerdeführerin leide unter starken Spannungskopfschmerzen mit einer craniomandibulären Dysfunktion. Das Kiefergelenk rechts sei druckschmerzhaft und der Loslass-Schmerz projiziere sich auf den musculus temporalis. Eine massive isometrische Hypertrophie des Masseter liege auf der linken Seite vor (S. 1). 3.13

Am 13. August 2015 (Urk. 7/M24) erstattete Dr. med. et med. dent. H.____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, für Hals- und Gesichtschirurgie sowie für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Leitender Arzt am I.____, im Auftrag der Beschwerdegegnerin ein Gutachten. Die Beschwerdeführerin habe berichtet, dass sie als Kind mit einer kieferorthopädischen Dehnapparatur behandelt worden sei. Sie habe in ihrer Jugend auch bereits eine Knirschiene tragen müssen. In der Folge sei sogar eine kombinierte kieferorthopädisch/kieferchirurgische Bisskorrektur mittels mandibulo-maxillärer Umstellungsosteotomie zur Diskussion gestanden, sei aber nicht durchgeführt worden.

Wegen Abszessen und Überbelastung der ersten Prämolaren im Oberkiefer seien diese Zähne im Sommer 2014 extra hiert worden. Zudem seien Sägeschnitte im Oberkiefer durchgeführt worden, mit dem Ziel der Funktionswiederherstellung (S. 1 Mitte). Zu den Befunden (S. 4) hielt Dr. H. ___ fest, dass aktuell diverse zahnärztliche Arbeiten inklusive kieferorthopädischen Zahnbewegungen mit fixer Apparatur im Oberkiefer stattfänden, wodurch ohne Kenntnis des genauen Behandlungsplans eine detaillierte Befunderhebung erschwert sei. Dieser Zustand entspreche jedenfalls überhaupt nicht mehr der Situation anlässlich des Unfalls von 2010 (S. 5 oben). Dr. H. ___ nannte die folgenden Diagnosen (S. 5 Ziff. 4): - Sturz von einem Barhocker am 30. Januar 2010 mit Aufprall der linken Körper- und Gesichtshälfte - Commotio cerebri (kurze Bewusstlosigkeit, Amnesie) - dislozierte Jochbein-/Jochbogenimpressionsfraktur links, Fraktur der medialen Orbitawand links, gering dislozierte Orbitabodenfraktur links, Fraktur der lateralen Kieferhöhlenwand links - Contusio bulbi, Hyposphagma links, kleine Netzhautblutung links - Status nach operativer Reposition und Osteosynthese über drei Zugänge: bikoronar/laterale Augenbraue links/enoral-vestibulär links - Status nach Teilentfernung des Osteosynthesematerials von enoral sowie Kieferhöhleninspektion am 16. April 2010 ohne Nachweis einer Sinusitis maxillaris - asymmetrische Dermatochalasis Oberlid beidseits, rechts mehr als links, verschmälerter Lidspalt rechts, diskrete Brauenasymmetrie - Hypästhesie, Dysästhesie N V/2 links (2. Ast des N. Trigemini) - Okklusionsstörung mit offenem Biss - Lückenbildung im Oberkiefer bei Status nach Zahnextraktion infolge Abszessbildung 2014, laufende zahnärztliche Behandlung - generalisierte Parodontose - Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) / Myarthropathie des Kauapparates, Masseterhypertrophie - Tinnitus, links teilweise pulssynchron, beginnende Altersschwerhörigkeit - Alterssichtigkeit - massives Schnarchen, obstruktives Schlafapnoe-Syndrom Die deutlich asymmetrische Ausprägung der Lidfehlstellung sei auffallend, weshalb ein Zusammenhang mit dem Unfall beziehungsweise mit dem durchgeführten koronaren Operationszugang nicht abzusprechen sei. Die Kaubeschwerden infolge der Okklusionsstörung müssten einerseits gemäss Aussage der Beschwerdeführerin als unfallfremd prätraumatisch vorbestehend beurteilt werden. Andererseits würden in den vorhandenen Berichten stabile Okklusionsverhältnisse ohne Frakturachweis des Ober- und Unterkiefers beschrieben. Ebenfalls bestätigten die bildgebenden Aufnahmen vom 30. und 31. Januar 2010 die Abwesenheit von jeglichen traumatischen Läsionen des Ober- und Unterkiefers mit einem vorbestehenden frontalen offenen Biss und einem Overjet (Überbiss der Frontzähne) von etwa 13 bis 15 mm (S. 7). Für die aktuelle Okklusionssituation und die beschriebenen Kaubeschwerden spielten jedoch auch weitere unfallfremde posttraumatische Faktoren eine wesentliche Rolle. Es zeige sich ein zunehmender horizontaler Knochen schwind im Sinne einer generalisierten Parodontopathie. Die Aufnahmen verdeutlichten den stark progredienten Knochenverlust bis zum Apex, was mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu den Abszessbildungen und notwendigen Zahnextraktionen im Oberkiefer geführt haben dürfte. Im Rahmen dieser ausgeprägten Parodontopathie sei es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch zu den genannten Zahnwanderungen gekommen. Einen möglichen Einfluss auf die Zahnlockerung könne jedoch auch die CMD haben. Bereits bei der Untersuchung vom 13. März 2015 habe die Okklusion nicht mehr mit der dokumentierten Situation vom 28. April 2014 übereingestimmt, da zwischenzeitlich kieferorthopädische Massnahmen erfolgt seien. Im Wesentlichen stünden auch hier posttraumatische unfallfremde Faktoren im Vordergrund (S. 7 Mitte). Bei der CMD und Myoarthropathie handle es sich um eine schmerzhafte Fehlregulation des Kauapparates mit psychischem, strukturellem und funktionellem

Hintergrund. Das Hauptcharakteristikum bestehe in einer muskulären Verspannung des Kauapparates mit multifaktoriellen Ursachen und viel schichtiger Symptomatik. Bei der Versicherten sei anamnestisch bekannt, dass sie bereits im Jugendalter eine Aufbisschiene wegen Knirschens habe tragen müssen, was klar unfallfremd sei. Im Unfallzusammenhang könnte die emotionale Stresssituation durch das Unfallgeschehen gewertet werden (S. 7 unten f.). Ein symptomatischer Tinnitus nach schweren Kopftraumata könne objektiv kaum belegt oder widerlegt werden. Daneben könne ein Tinnitus jedoch auch im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen auftreten, weshalb hier weitere unfallfremde posttraumatische Faktoren anzunehmen seien. Weiter habe der Unfall keinen Einfluss auf die Sehprobleme gehabt, ebenso bestehe kein sicherer unfallkausaler Zusammenhang mit der Augenmigräne oder dem Nasenlaufen. Das Schnarchen und die Schlafapnoe seien eindeutig unfallfremd (S. 8). Die CMD könnte durch den Unfall möglicherweise verschlimmert worden sein. Inwiefern sich dies auch auf die Parodontopathie oder spätere Zahnwanderung ausgewirkt habe, könne aus medizinischer Sicht beim besten Willen nicht eingeschätzt werden (S. 8 unten). Ansonsten finde sich kein Vorzustand im Sinne einer Krankheit oder gesundheitlicher Beeinträchtigung, welcher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verschlimmert worden wäre. Die Zahnstellung sei durch den Unfall nicht verändert worden (S. 9 oben). Die Bliedpharochalasia hätte ohne das Trauma und den erforderlichen Eingriff möglicherweise auch das linke Oberlid betroffen, so dass heute ein symmetrischer Zustand vorhanden sein könnte. Die Kauproblematik und Zahnsituation hätte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ohne das Unfallgeschehen vom 30. Januar 2010 zum heutigen Beschwerdebild geführt. Die Okklusion sei nachweislich damals nicht verändert worden (keine Frakturen der Maxilla oder des Unterkiefers, keine Zahnfrakturen oder Lockerungen). Die Parodontopathie mit erheblichem Knochenschwund sei nur fünf Monate nach dem Unfall evident gewesen und hätte somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ebenfalls zu den Zahnlockerungen und Abszessbildungen mit notwendigen Zahnextraktionen geführt. Der status quo sine sei erreicht. Der schicksalsmäßige Verlauf der multifaktoriellen CMD sei nicht beurteilbar. Die übrigen Beschwerden (Hörverminderung, Sehprobleme bei Dunkelheit, Augenmigräne, Nasenlaufen, Schnarchen und Schlafapnoe) wären auch ohne Unfallgeschehen heute mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorhanden (S. 9 Mitte). Die begonnene Okklusionstherapie müsse fortgesetzt werden, wenn auch nicht unfallkausal (S. 9 unten). Der Ausfall des N. infraorbitabilis links begründe eine Integritätsentschädigung von 5 % (S. 10 unten). Weiter hielt Dr. H. ___ fest, dass das Taubheits- und Schwellungsgefühl der linken Wangenregion als nahezu sicher unfallkausal zu beurteilen sei: Die Austrittsstelle des N. infraorbitabilis verlaufe direkt in der infraorbitalen Frakturlinie der dislozierten Jochbeinfraktur und werde meistens bereits beim Trauma durch Quetschung geschädigt. Als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal beurteilte Dr. H. ___ die Lidasymmetrie. Möglicherweise unfallkausal beziehungsweise als richtungsgebende Verschlimmerung eines Vorzustandes seien die Spannungskopfschmerzen im Rahmen der CMD und allenfalls der Tinnitus (S. 11 Mitte f.). Eher nicht oder sogar nicht unfallkausal seien die Kaubeschwerden infolge Okklusionsstörung. Weder die Maxilla noch die Mandibula wiesen entsprechende Frakturen auf, welche zu dieser Bisskonstellation hätten geführt haben können. Die Notfallberichte bestätigten ebenfalls die stabilen Kieferverhältnisse. Es sei möglich, dass die Versicherte infolge der Sensibilitätsverminderung des 2. Trigeminusastes den Eindruck eines gestörten Bisses erhalte. Die Parodontopathie sei vorbestehend. Ein dermaßen ausgeprägter Knochenschwund entwickle sich nicht in dieser

kurzen Zeit. Der heutige Gebisszustand sei geprägt durch laufende zahnärztliche Massnahmen infolge nicht unfallkausal notwendiger Zahnentfernung (S. 12 Mitte). 3.14

Dr. D.____ nahm am 30. September 2015 zuhause des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin zum Gutachten von Dr. H.____ Stellung (Urk. 7/M25) und hielt fest, dass bei der Beschwerdeführerin seit Jugendalter eine CMD bestehe. Die Symptome und Beschwerden seien nach dem Unfall und den notwendigen Eingriffen bedeutend massiver in Erscheinung getreten. Die Symptomatik und Beschwerden würden bei unfallbedingten Einwirkungen und chirurgischen Massnahmen meistens mit diffusen Nebenwirkungen verstärkt. Im craniomandibulären System träten auch schon bei den geringsten akzidentiellen Einwirkungen vielfältige diffuse Nebenwirkungen auf. Diese aufgelisteten Beschwerden nach dem Unfall könnten zur vorbestehenden Symptomatik bei CMD auftreten und persistieren (S. 2). 3.15

Dr. F.____ hielt mit einem weiteren Bericht vom 13. Januar 2016 (Urk. 7/J23) gestützt auf Bilder der angefertigten Zahnmodelle und Studium der klinischen Situation fest, dass die Beschwerdeführerin vor ihrem Unfall bei normalem Kieferschluss okklusale Kontakte beidseitig im Bereich der Molaren und Prämolaren und einen geringen offenen Biss im Bereich der Frontzähne (ca. 2mm) gehabt habe. Sie habe seit Jahren eine Nachtschiene getragen, die für eine okklusale Stabilität gesorgt habe (S. 1). Da sich nach dem Unfall die Kontaktsituation zwischen Ober- und Unterkieferzahnreihen massiv verschlechtert habe, sei die starke Zunahme der muskulären Beschwerden und der Kopfschmerzen zu erklären (S. 2). 4. 4.1

Die Beschwerdeführerin geht davon aus, dass die Kaubeschwerden, die Kaufunktionsstörung, das CMD sowie die Zahnfehlstellung auf den Unfall vom 30. Januar 2010 zurückzuführen beziehungsweise dadurch verschlimmert worden seien (vgl. Urk. 1 S. 7ff.). Die Parodontopathie erachtet sie jedoch wie die Beschwerdegegnerin als unfallfremd (vgl. Urk. 1 S. 9 Mitte). Nicht einzugehen ist auf die Lidasymmetrie, die Lähmungserscheinungen der linken Gesichtshälfte, das Taubheitsgefühl und die Schwellungen der linken Wangenregion, das Fremdkörpergefühl sowie das Stechen und Brennen über der Metallplatte; diese Beschwerden wurden im Einspracheentscheid vom 2. September 2015 rechtskräftig als unfallkausal beurteilt (vgl. Urk. 7/J14 S. 5 unten). 4.2

Aus den Akten geht hervor, dass die vorliegend geltend gemachten Beschwerden zeitlich erst weit nach dem Unfallereignis vom 30. Januar 2010 dokumentiert wurden. So wurden in den zeitnah ergangenen Berichten über die Erstversorgung der Beschwerdeführerin ausser der Fraktur der lateralen und ventralen Wand der Kieferhöhle (Sinus maxillaris) keine Verletzungen der Zähne oder des Ober- und Unterkiefers beschrieben. Der Zahnstatus war im Februar 2010 ohne Hinweis auf ein Trauma, die Okklusion habituell. Dass die Schneidekantendistanz 30 mm betragen und schmerzhaft eingeschränkt gewesen sei, wurde einzig im Bericht vom 18. Februar 2010 erwähnt, wobei nicht differenziert wurde, ob dies unfallbedingt sei. Die Okklusion war weitestgehend ungestört, die Mandibula und Maxilla seien fest und ohne Hinweis auf Frakturen gewesen (vgl. vorstehend E. 3.2-3.3). Die Kieferhöhle wurde sodann nach erfolgreicher Revision im November 2010 als absolut unauffällig beurteilt (vgl. vorstehend E. 3.5). Im Juni 2011 wurde sodann festgestellt, dass intraoral bis auf die Hypästhesie im Bereich des zweiten Trigeminusastes unauffällige Befunde bestanden. Die Beschwerdeführerin berichtete auch zu diesem Zeitpunkt einzig über leichte Beschwerden im Bereich des linken Jochbeins mit leichtem Taubheitsgefühl in der Wange (vgl. vorstehend E. 3.6). Kau-, Kiefer- oder Zahn(stellungs)beschwerden, wie

sie später geltend gemacht wurden, und die CMD wurden in den medizinischen Akten nicht erwähnt. Erst anlässlich des Kostengutsprache gesuchs vom 27. November 2011, mithin fast zwei Jahre nach dem Unfallereignis, wird erstmals eine Kaufunktionsstörung beidseits erwähnt (vorstehend E. 3.7). Der Vater der Versicherten führte sodann im Januar 2014 einen Zusammenhang mit dem Unfall an, indem er „unfallbedingt angeschlagene Zähne“ meldete (vgl. vorstehend E. 3.9). 4.3

Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden. Für spätere Gesundheitsstörungen kommt sie dagegen nur auf, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind. Dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (Urteile des Bundesgerichts 8C_252/2013 vom 8. Juli 2013, E. 2.2; 8C_163/2013 vom 28. November 2013, E. 2.2, je mit Hinweisen).

Vorliegend sind, wie vorstehend ausgeführt, keine beziehungsweise keine eindeutigen Brückensymptome dokumentiert. Dass der Vater der Beschwerdeführerin unfallbedingt angeschlagene Zähne feststellte (vgl. vorstehend E. 3.9), vermag angesichts der Angaben der Ärzte des A.____ vom Februar 2010 nicht zu überzeugen. Weiter ist der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und der erstmaligen Erwähnung der Beschwerden beträchtlich, weshalb umso strengere Anforderungen an den Wahrscheinlichkeitsbeweis zu stellen sind. Der Beschwerdeführerin, die bei Geltendmachung eines Rückfalls beweispflichtig ist, gelingt es angesichts der vorhandenen Aktenlage nicht, mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine natürliche und adäquate Kausalität zwischen Unfall und späteren Beschwerden im Sinne eines Rückfalls zu begründen. Die Beschwerdegegnerin ist somit nicht für einen Rückfall leistungspflichtig. Es stellt sich jedoch die Frage nach einem krankhaften Vorzustand (vgl. vorstehend E. 1.5). Dieser Auffassung ist im Übrigen auch die Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 7 Ziff. 25). 5. 5.1

PD Dr. B.____ nannte im November 2011 als Nebendiagnose Kaufunktionsstörungen beidseits (vgl. vorstehend E. 3.7), machte aber keine Angaben dazu, ob dies auf den Unfall vom 30. Januar 2010 zurückzuführen seien. Dr. E.____ (vorstehend E. 3.10) äusserte sich nur zur neuropathischen Beeinträchtigung, für die sich die Beschwerdegegnerin leistungspflichtig erklärte (vgl. vorstehend E. 4.1). Dr. F.____ hielt im August 2014 fest, es sei sehr schwierig, aufgrund der ihm zur Verfügung stehenden Daten die Beschwerden in solche vor und solche nach dem Unfall zu unterscheiden (vorstehend E. 3.11). Daraus lässt sich nichts ableiten. Dass Dr. F.____ in seinem Bericht vom 13. Januar 2016 (vorstehend E. 3.14) davon ausging, dass nach dem Unfall sich die Kontaktsituation zwischen Ober- und Unterkieferzahnreihe massiv verschlechtert habe, entspricht der Formel „post hoc ergo propter hoc“, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist. Diese ist jedoch beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Beweis natürlicher Kausalzusammenhänge nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/bb., Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1).

Dies gilt auch für den Bericht von Dr. D.____ vom September 2015 (vgl. vorstehend E. 3.13), worin ebenfalls einzig aufgrund einer zeitlich nach dem Unfallereignis eingetretenen Verschlechterung die Unfallkausalität bejaht wird. Zudem machte Dr. D.____ geltend, dass auch chirurgische Massnahmen die Symptome und Beschwerden verstärken könnten, womit ebenfalls keine Klarheit hinsichtlich der Unfallkausalität geschaffen wird. Die

Einschätzung durch Dr. F.____ vermag weiter auch deshalb nicht zu überzeugen, weil er den Einfluss der zwischenzeitlich vorgenommenen Behandlungen (Zahnextraktion, Sägeschnitte), wie sie Dr. H.____ feststellte, nicht mit berücksichtigte. Dr. H.____ hielt denn auch fest, dass der heutige Gebisszustand durch laufende zahnärztliche Massnahmen geprägt sei (vorstehend E. 3.12). Die Gebissübersicht, welche Dr. F.____ im Januar 2016 zur Begründung seiner Einschätzung beilegte, war ihm zudem bereits bei seinem Bericht vom August 2014 bekannt (vgl. Urk. 7/M22), so dass nicht nachvollziehbar ist, warum er seine im Januar 2016 vorgenommene Beurteilung nicht schon im August 2014 vornahm. 5.2

Dem Bericht von Dr. G.____ lassen sich keine Angaben zu einer Verschlimmerung des krankhaften Vorzustandes entnehmen (vgl. vorstehend E. 3.12). Hingegen nahm Dr. H.____ in seinem Gutachten vom 13. August 2015 (vorstehend E. 3.13) ausführlich Stellung. Dieses Gutachten wurde unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer Untersuchung erstellt. Es ist für die streitigen Belange umfassend und die darin vorgenommene Einschätzung ist, wie nachfolgend zu zeigen ist, schlüssig begründet. Es vermag den praxisgemässen Anforderungen (vorstehend E. 1.6) zu genügen, weshalb grundsätzlich darauf abzustellen ist. 5.3

Dr. H.____ hielt hinsichtlich der Okklusionsstörung fest, diese sei anamnestisch vorbestehend, denn bei der Beschwerdeführerin sei bereits in der Jugend eine Bisskorrektur zur Diskussion gestanden. Die vorhandenen Berichte würden jedoch stabile Okklusionsverhältnisse ohne Frakturachweis oder Nachweis traumatischer Läsionen zeigen. Für die aktuelle Okklusionssituation wie auch für die Kaubeschwerden sei zudem ein stark progredienter Knochenschwund mitverantwortlich. Die Zahnstellung sei durch den Unfall nicht verändert worden. Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass die Kauproblematik, die von der Okklusionsstörung mitbeeinflusst werde, auch ohne den Unfall zum heutigen Beschwerdebild geführt hätte (vorstehend E. 3.12). Dies vermag angesichts der erheblichen vorbestehenden Okklusionsstörung, der fehlenden traumatischen Beeinträchtigung und dem Knochenschwund sowie insbesondere aufgrund der wie vorstehend gezeigt fehlenden zwischenzeitlich aufgetretenen Beschwerden zu überzeugen. Hinsichtlich der CMD und Myoarthropathie ist gemäss Dr. H.____ bekannt, dass die Beschwerdeführerin bereits im Jugendalter deswegen eine Aufbisschiene haben tragen müssen. Gemäss Dr. H.____ hätten sich die CMD und damit zusammenhängend die Spannungskopfschmerzen und der Tinnitus infolge des Unfalls möglicherweise verschlimmert. Die blosse Möglichkeit genügt jedoch nicht für das Bejahen eines Kausalzusammenhanges. Wäre tatsächlich eine Verschlimmerung eingetreten, so hätte die CMD mit den damit zusammenhängenden Symptomen mit überwiesender Wahrscheinlichkeit Eingang in die zeitnah erstellten Arztberichte gefunden. Dies ist jedoch nicht der Fall. 5.4

Aus dem Gutachten von Dr. H.____ folgt somit, dass die Beschwerdeführerin an einem krankhaften Vorzustand mit Kaubeschwerden, Kauunktionsstörung, CMD und einer Zahnfehlstellung leidet, welcher jedoch durch den Unfall nicht verschlimmert wurde. Mit überwiesender Wahrscheinlichkeit war der Gesundheitszustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), bezüglich dieser Leiden bereits im Unfallzeitpunkt erreicht. Die Beschwerdeführerin ist mit dem Gutachten von Dr. H.____ ihrer Beweislast nachgekommen (vgl. vorstehend E. 1.5). Sie ist für die Kaubeschwerden, die Kauunktionsstörung, die CMD mit ihren Symptomen wie Tinnitus und Kopfschmerzen

sowie für die Zahnfehlstellung nicht leistungspflichtig. Der angefochtene Entscheid erweist sich als rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecher Frank Goecke - Unfallversicherung Y.____ - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Lienhard

E. 6

UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbezogen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 11

UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E.

2c mit Hinweisen). Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c in fine).

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