



Fall-Nr.: UV 2008/120
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 24.04.2020
Entscheiddatum: 02.09.2009

Entscheid Versicherungsgericht, 02.09.2009

Art. 6 UVG: Die Einstellung der Versicherungsleistungen erfolgte zu Recht, nachdem der Status quo sine nach multiplen Kontusionen infolge eines Treppensturzes wieder erreicht worden war. Verneinung der Unfalladäquanz von psychischen Beschwerden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. September 2009, UV 2008/120).

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichter Joachim Huber und
Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Entscheid vom 2. September 2009

in Sachen

G.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Jürg Jakob, Rosenbergstrasse 42b, 9000 St.
Gallen,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358,
6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a Die 1957 geborene G.____ war als Selbstständigerwerbende im eigenen Unternehmen tätig und über die freiwillige Unternehmerversicherung gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 29. Januar 2004 stürzte sie auf vereister Strasse auf ihren Rücken und litt in der Folge an Sakralschmerzen (act. G 5.2.4). Bis zum Behandlungsabschluss vom 8. März 2004 erbrachte die Suva die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggeld; vgl. act. G 5.2.4 ff.). Die Versicherte ging weiter ihrer freiwillig unfallversicherten selbstständigen Erwerbstätigkeit nach.

A.b Am 24. Januar 2006 stürzte die Versicherte 15 Stufen einer Treppe hinunter und zog sich dabei Verletzungen am Rücken, Kopf und an den Beinen zu (act. G 5.1.1). Die Erstbehandlung der Unfallfolgen erfolgte am 1. Februar 2006 durch Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Chirurgie. Dieser diagnostizierte multiple Kontusionen und attestierte der Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 24. Januar 2006 (act. G 5.1.2). In der Folge wurde ihr ab dem 1. Mai 2006 eine 60%ige (act. G 5.1.12) und ab 11. Juli 2006 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 5.1.16) bescheinigt. Ab dem 17. August 2008 war sie 100% arbeitsunfähig (act. G 5.1/20). Vom 20. September bis 26. Oktober 2006 befand sich die Versicherte zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon. Die behandelnden Ärzte der Rehaklinik diagnostizierten im Austrittsbericht vom 7. November 2006 einen Treppensturz mit multiplen Kontusionen bei gemäss Angaben der Versicherten kurzem Bewusstseinsverlust (ca. 10 Minuten), ein rechtsbetontes zerviko-brachiales und zerviko-okzipitales Schmerzsyndrom bei im MRI (3. Juli 2006) nachgewiesener medio-rechtslateraler Diskushernie C5/6 und C6/7 sowie Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2). Sie bescheinigten ab 30. Oktober 2006 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (wiederholtes Hantieren bis schwerer Lasten) und empfahlen, ab 30. Oktober 2006 eine Arbeitsaufnahme zur Angewöhnung/Anpassung an die Arbeit sowie die Weiterführung der psychotherapeutischen Betreuung (act. G 5.1.30). Im psychosomatischen



Konsilium wird erwähnt, dass 2005 ein Brandanschlag auf das Unternehmen der Versicherten verübt worden sei und sie seither an Erstickungsgefühlen und Ängsten leide (act. G 5.1.28/3). Nach dem Austritt arbeitete die Versicherte ein bis zwei Stunden täglich. Die Suva ging ab 1. November 2006 von einer 20%igen, ab 1. Dezember 2006 von einer 40%igen Arbeitsfähigkeit aus (act. G 5.1.32/2).

A.c Am 31. Januar 2007 rutschte die Versicherte in einem Sprudelbad aus und verletzte sich am Gesäss (Prellung am Becken links; act. G 5.3.1). Der behandelnde Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, beschrieb im Arztbericht vom 17. Februar 2007 eine handtellergrösse Quetschung am Gesäss mit starken Schmerzen und Bewegungseinschränkung. Er bescheinigte der Versicherten ab 31. Januar 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 5.3.3).

A.d 2007 wurde auf das Unternehmen der Versicherten ein weiterer Brandanschlag verübt und das Geschäft geschlossen (act. G 5.1.45 und 5.1.50).

A.e Die seit 13. Dezember 2006 behandelnde Dr. med. B.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 10. April 2007, dass bei der Versicherten im Rahmen des Unfalls "2/2006" zunächst eine depressiv/ängstlich getönte Belastungsreaktion vorgelegen habe, die sich zwischenzeitlich zu einer Anpassungsstörung entwickelt habe. Die geschilderten Ängste, ins Bodenlose zu stürzen oder entsprechende Albträume, seien zwar inhaltlich sicherlich direkte Unfallfolge, zum Teil aber auch passend zu ihren realen existenziellen Befürchtungen bezüglich des finanziellen Überlebens der Familie (act. G 5.1.47/4 f.).

A.f Per September 2007 übernahm die Versicherte in I.____ ein Geschäft (act. G 5.1.59). Gegenüber der Suva gab sie an, wegen Schmerzen nach wie vor nur zu 20% arbeiten zu können. Sie beschäftige zwei Angestellte, die zusammen ein 100%iges Pensum erfüllten (act. G 5.1.61).

A.g Der Kreisarzt berichtete am 4. März 2008 über eine verbliebene funktionelle Belastungseinschränkung des Arms bei Schmerzhaftigkeit, überlagert wahrscheinlich durch somatoforme Schmerzstörung bei funktionell auch Hyposensibilität der gesamten rechten Körperhälfte bei belastetem biopsychosozialem Kontext. Es zeigten



sich keine unfallbedingten organischen Befunde. Radiologisch seien pathologische Veränderungen degenerativer Art im HWS-Bereich vorhanden. Die Versicherte gebe wiederholt an, vor dem Unfallereignis, dort wo sie im Bereich des Kinns aufgeschlagen sei, keine Beschwerden gehabt zu haben. Es sei nicht auszuschliessen, dass das Manifestwerden der Degenerationen durch den Unfall im Verlauf des gesamten biopsychosozialen Kontextes erklärbar sei. Beim nachträglichen nochmaligen Studium des Röntgendossiers habe sich ergeben, dass die Versicherte entgegen ihren Angaben doch einen Vorzustand aufweise (act. G 5.1.84). Diesbezüglich nahm die Suva weitere Abklärungen vor, die ergaben, dass die Versicherte bereits seit 15. März 1999 wegen Kopf- und Schulterschmerzen, seit 27. August 2004 auch wegen Armbeschwerden rechts mehr als links mit ausstrahlenden Schmerzen von der Schulter bis in die Hand und seit 10. September 2004 auch wegen HWS-Beschwerden behandelt wurde (vgl. Auszug aus der Krankengeschichte vom 24. März 2008, act. G 5.1.93; zu den seit 26. März 2003 vorgenommenen radiologischen Untersuchungen am Kopf und der Wirbelsäule vgl. act. G 5.1.86 ff.). Im ergänzenden Bericht vom 30. April 2008 führte der Kreisarzt in Würdigung der Röntgenbilder vom 10. September 2004, vom 11. Mai 2006 und vom 15. April 2008 aus, es handle sich beim Beschwerdebild um einen bisegmental radiologisch nachweisbaren progredienten Verlauf eines HWS-Leidens, wobei die Progredienz seit dem Jahr 2004 in etwa linear verlaufe. Somit erscheine eine richtungsgebende Verschlimmerung durch das Unfallereignis vom 24. Januar 2006 nicht wahrscheinlich. Es handle sich am ehesten um den natürlichen Verlauf eines der Versicherten nicht mehr in Erinnerung gebliebenen HWS-Problems (act. G 5.1.106).

A.h Mit Verfügung vom 6. Mai 2008 stellte die Suva die seit 24. Januar 2006 erbrachten Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) per 18. Mai 2008 ein und schloss den Fall ab (act. G 5.1.108).

B.

B.a Dagegen erhob die Versicherte am 22. Mai 2008 Einsprache und beantragte, es seien ihr über den 18. Mai 2008 hinaus die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen (act. G 5.1.109). Mit Eingaben vom 13. Juni 2008 (act. G 5.1.112) und vom 5. September 2008 (act. G 5.1.130) ergänzte sie ihre Einsprache.



B.b Mit Einspracheentscheid vom 26. September 2008 wies die Suva die Einsprache ab (act. G 5.1.132).

C.

C.a Gegen diesen Entscheid richtet sich die von der Beschwerdeführerin durch Rechtsanwalt Jürg Jakob am 31. Oktober 2008 erhobene Beschwerde. Sie lässt darin unter Kosten- und Entschädigungsfolge dessen Aufhebung sowie die Erbringung der gesetzlichen Leistungen (Heilungskosten, Taggelder, ev. Rente) über den 18. Mai 2008 hinaus beantragen. Zur Begründung führt sie im Wesentlichen aus, dass zwischen dem mittelschweren Unfallereignis vom 24. Januar 2006 und den weiterhin bestehenden physischen und psychischen Beschwerden nach wie vor ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang bestehe. Die Beschwerdegegnerin bleibe daher für die fortbestehende Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit leistungspflichtig (act. G 1).

C.b In der Beschwerdeantwort vom 6. Januar 2009 beantragt die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeabweisung. Im Zeitpunkt der Leistungseinstellung vom 18. Mai 2008 sei neben der natürlichen auch die adäquate Unfallkausalität zu verneinen (act. G 5).

C.c Mit Replik vom 20. Februar 2009 hält die Beschwerdeführerin unverändert an den bisherigen Anträgen fest (act. G 11).

C.d Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer Duplik verzichtet.

Erwägungen:

1.

Streitig ist vorliegend die Frage, ob die nach dem 18. Mai 2008 von der Beschwerdeführerin geltend gemachten psychischen und physischen Leiden eine natürliche und adäquate Folge des Unfallereignisses vom 24. Januar 2006 sind.

2.



2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten Versicherungsleistungen gewährt. Der Unfallversicherer hat jedoch für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zu einem versicherten Ereignis steht (BGE 119 V 338 E. 1).

2.2 Ist die natürliche und adäquate Unfallkausalität für die ursprünglichen Beschwerden einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn entweder der (krankhafte) 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 Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Dabei muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, beispielsweise Krankheit oder degenerative Veränderungen, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahin gefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b).



2.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee).

3.

Zunächst ist zu prüfen, ob über den 18. Mai 2008 hinaus noch leistungsbegründende somatische Unfallfolgen bestehen. Beim Ereignis vom 24. Januar 2006 erlitt die Beschwerdeführerin multiple Kontusionen ohne sichtbare Fraktur (act. G 5.1.2). Am schlimmsten waren das rechte Handgelenk und der Rücken betroffen (act. G 5.1.10).

4.

4.1 Die von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Radiologie, vorgenommenen radiologischen Untersuchungen der Wirbelsäule vom 3. Juli 2006 (HWS und cervicale Kernspintomographie) ergaben eine klein- bis mittelvolumige medio-rechtslaterale Diskushernie C7/Th1 mit leichter Dekonfiguration des cervicalen Myelons auf diesem



Niveau mit möglicher Irritation der Nervenwurzel von Th1 rechts; spondylophytär discal bedingte medio-links und medio-rechtslaterale Vorwölbungen im Segment C5/C6 bei leichter Osteochondrose in diesem Segment mit begleitenden Spondylophytenbildungen mit zusätzlicher kleinvolumiger Diskushernie medio-rechtslateral mit leichter Spinalkanaleinengung auf diesem Niveau, jedoch ohne Myelonverlagerung bzw. Zeichen einer Myelopathie; eine cervicale Streckfehlhaltung bei liegender Patientin; segmentale Bewegungseinschränkung im unteren HWS-Abschnitt. Im Übrigen bestünden normale ossäre Strukturen der HWS und ein normales vertebrospinales cervicales Kernspintomogramm (act. G 5.1.13; vgl. auch den konsiliarischen Untersuchungsbericht von Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, Klinik Stephanshorn, vom 4. Juli 2006, act. G 5.1.15). Bei den genannten Gesundheitsschäden handelt es sich um klare organische Substrate, die grundsätzlich als Ursache der geklagten Schmerzen im Bereich der HWS in Erwägung zu ziehen sind (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Auflage, Bern 2002, S. 848 ff., 879 ff.). Zu prüfen ist demnach im Folgenden, inwieweit sie durch das Unfallereignis bzw. die Kontusionen vom 24. Januar 2006 verursacht wurden oder inwieweit dieses Unfallereignis bzw. diese Kontusionen auf sie eingewirkt haben. In Frage kommen eine durch den Unfall verursachte organische Gesundheitsschädigung, eine richtunggebende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes oder ein durch den Unfall lediglich ausgelöster (nicht verursachter) oder vorübergehend verschlimmerter degenerativer Vorzustand. Beim Unfall als Auslösefaktor interessiert weiter die Frage, ob der Beschwerdeschub noch andauert bzw. bis zu welchem Zeitpunkt er angedauert hat (vgl. dazu RKUV 2000 Nr. U 378 S. 190 und Nr. U 379 S. 192).

4.2

4.2.1 Aktenmässig erstellt ist, dass die Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfallereignis u.a. wegen persistierender Schulterschmerzen, Armbeschwerden (rechts mehr als links) mit ausstrahlenden Schmerzen und HWS-Beschwerden in medizinischer Behandlung stand (act. G 5.1.93). In der röntgenologischen Beurteilung vom 6. Mai 2003 wurde eine Streckhaltung der LWS im Sinn eines lumbalen vertebralen Syndroms, eine Osteochondrose L5/S1 und beginnend L4/L5 und eine mässige Spondylarthrose distal doch erheblich zunehmend festgestellt (act. G 5.1.87). Die Röntgenaufnahme der



HWS vom 10. September 2004 ergab eine initiale Osteochondrosis C5/C6 mit diskreter linksseitiger Unkarthrosis sowie spondylotische Marginalosteophyten C5 bis C7 (act. G 5.1.88). Im Bereich des Unfallversicherungsrechts entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass Diskushernien in aller Regel degenerative Erkrankungen darstellen. Ein Bandscheibenvorfall kann indessen dann als weitgehend durch eine äussere Einwirkung entstanden betrachtet werden, wenn die dabei wirkende Kraft ausserordentlich hoch, der Unfall mithin geeignet war, eine prätraumatisch vollständig unauffällige Bandscheibe zu zerreißen (RKUV 2000 Nr. U 378 S.192 f. E. 2a mit Hinweisen). Diese Voraussetzung ist vorliegend weder hinsichtlich des Unfallereignisses noch bezüglich des prätraumatischen Gesundheitszustandes erfüllt, betrafen die erheblichen Vorzustände doch dieselben Segmente (C5/C6, C7), bei denen nach dem Unfallereignis Hernierungen der Bandscheibe erhoben wurden. Im Vordergrund stehen damit nicht traumatisch bedingte Veränderungen, sondern solche degenerativer Art. Diese Beurteilung deckt sich mit jener des Kreisarztes, der am 7. Juli 2006 berichtete, der Treppensturz könne wohl zu einem Manifestwerden der vorbestehenden degenerativen Veränderungen geführt haben. Die multisegmentale Lokalisierung deute aber auf eine degenerative Veränderung der Wirbelsäule hin und im Übrigen lasse sich das Ausmass der Beschwerden schlecht mit den klinischen Befunden erklären. Es fänden sich keine entsprechenden Pathologien, die direkt mit den radiologischen Befunden zu korrelieren seien (act. G 5.1.16/4). Vor diesem Hintergrund ist damit eine durch das Unfallereignis vom 24. Januar 2006 verursachte anhaltende organische Gesundheitsschädigung auszuschliessen (vgl. zum Ausschluss struktureller Unfallfolgen den kreisärztlichen Bericht vom 30. April 2008, act. G 5.1.106).

4.2.2 Ebenfalls auszuschliessen ist im Fall der Beschwerdeführerin eine richtunggebende, dauernde unfallbedingte Verschlimmerung ihrer degenerativen Gesundheitsschäden im Bereich der Wirbelsäule. Es entspricht einer medizinische Erfahrungstatsache, dass eine solche Verschlimmerung nur dann als erwiesen gelten kann, wenn ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen nach einem Trauma radioskopisch erstellt sind (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 f. E. 3a mit Hinweisen). Diese Voraussetzungen sind hier nicht erfüllt. Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Radiologie, Röntgeninstitut und MR-Zentrum St. Gallen, verglich die am 15. April 2008 neu erstellte Röntgenaufnahme der HWS mit



den Voraufnahmen vom 10. September 2004 und 11. Mai 2006. Er berichtete lediglich über eine diskrete Zunahme der Bandscheibenschmälerungen C5/C6 und C6/C7 sowie der spondylotischen Marginalosteophyten auf diesen Niveaus. Geringgradig progredient seien auch die leichten unkarthrotischen Degenerationen C5/C6 und C6/C7 (Bericht vom 15. April 2008, act. G 5.1.104). Eine richtunggebende Verschlimmerung wird vom Kreisarzt im Bericht vom 30. April 2008 nachvollziehbar verneint: Es handle sich um einen bisegmental radiologisch nachweisbaren progredienten Verlauf eines HWS-Leidens, wobei die Progredienz in etwa seit dem Jahr 2004 linear verlaufe. Somit erscheine eine richtungsgebende Verschlimmerung durch das Unfallereignis vom 24. Januar 2006 nicht wahrscheinlich. Es handle sich doch am ehesten um den natürlichen Verlauf eines der Beschwerdeführerin bis anhin nicht mehr in Erinnerung gebliebenen HWS-Problems (act. G 5.1.106). Eine Kontusion der Wirbelsäule kann zwar ohne weiteres eine bisher stumme, vorbestehende Wirbelsäulenerkrankung symptomatisch machen, wobei es sich aber meist nur um eine vorübergehende Verschlimmerung (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Oktober 2007, U 530/06, E. 4.2 mit Hinweis auf Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Bern 1990, S. 5) und damit meist nicht um eine richtungsgebende Verschlechterung handelt. Angesichts dessen, dass der Unfallversicherer nicht den Beweis für das Vorliegen unfallfremder Ursachen erbringen muss und es für die Verneinung der Unfallkausalität genügt, wenn eine Verschlimmerung nur als möglich bzw. nicht wahrscheinlich erachtet wird (vgl. vorstehende E. 2.2), ist vorliegend gestützt auf die genannte medizinische Aktenlage eine richtungsgebende Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes vorliegend nicht dargetan.

4.2.3 Nach dem Gesagten steht fest, dass die Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch den fraglichen Unfall weder eine klar ausgewiesene neue, bleibende Gesundheitsschädigung noch eine richtungsgebende Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes erlitten hat.

4.3 Wie erwähnt (vgl. E. 4.1), kann ein Vorzustand durch einen Unfall ausgelöst oder vorübergehend verschlimmert werden. Diesfalls übernimmt die Unfallversicherung lediglich den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 193 E. 2a mit Hinweisen). Der Kreisarzt sprach in seiner Beurteilung vom 7. Juli 2006 (act. G 5.1.16) und vom 4. März 2008 (act. G 5.1.84/6) denn auch



nachvollziehbar von "Manifestwerden" der vorbestehenden degenerativen Veränderungen durch den fraglichen Unfall. Damit korrespondiert, dass Dr. D.____ im Bericht vom 4. Juli 2006 den Treppensturz als Auslöser für die Beschwerden beschrieb - nicht jedoch als Ursache für den erhobenen Befund (act. G 5.1.15/2). Der Kreisarzt kam in Würdigung der Vorakten und den Ergebnissen der eigenen Untersuchungen am 30. April 2008 zum Schluss, dass keine Unfallfolgen mehr vorhanden seien (act. G 5.1.106). Mit Blick darauf, dass dem geschilderten Unfallmechanismus - die Beschwerdeführerin stolperte und fiel die Treppe hinunter - keine besondere Schwere zu entnehmen ist (act. G 5.1.1), die Beschwerdeführerin weder strukturelle Läsionen noch Hämatombildungen aufwies, im Bereich ihrer Wirbelsäule erhebliche Vorzustände nachgewiesen sind und die Erstbehandlung ausserdem erst acht Tage nach dem fraglichen Unfallereignis stattfand (act. G 5.1.2), durfte die Beschwerdegegnerin gestützt auf die kreisärztliche Einschätzung, der am 30. April 2008 zu beurteilende Zustand entspreche am ehesten dem natürlichen Verlauf des vorbestehenden HWS-Problems (act. G 5.1.106), zu Recht davon ausgehen, der Status quo sine sei spätestens am 18. Mai 2008 erreicht und somatische Unfallfolgen seien keine mehr vorhanden (act. G 5.1.108; vgl. auch die Einschätzung von Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Chirurgie, SUVA Versicherungsmedizin, vom 2. Dezember 2008, act. 5.1.133).

4.4 Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt vermag zu keiner anderen Betrachtungsweise zu führen. Soweit sie geltend macht, sie habe vor dem Unfall vom 24. Januar 2006 noch nicht an Wirbelsäulenbeschwerden gelitten, beruft sie sich auf die Beweisregel "Post hoc ergo propter hoc" im Sinn der natürlichen Vermutung, Beschwerden müssten unfallbedingt sein, wenn eine vorbestehende Erkrankung der Wirbelsäule bis zum Unfall schmerzfrei war. Diese Beweisregel ist unfallmedizinisch jedoch nicht haltbar und beweisrechtlich untauglich, sofern der Unfall keine strukturellen Läsionen an der Wirbelsäule und namentlich keine Wirbelkörperfrakturen verursacht hat (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2007, U 290/06, E. 4.2.3 mit Hinweisen). Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin bereits vor dem Treppensturz u.a. an einer Cervicobrachialgie (Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die Arme; vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 260. Auflage, Berlin 2004, S. 255 und S. 298) und degenerativen Gesundheitsschäden an der Wirbelsäule litt (act. G 5.1.93). Auch der Bericht von Dr. D.____ vom 4. Juli 2006 (act. G 5.1.15) lässt an der kreisärztlichen Beurteilung vom 30. April 2008 keine Zweifel



aufkommen. Zum einen erklärt er darin nicht, dass die erhobenen Befunde (persistierende Cervikobrachialgie) durch den Treppensturz verursacht seien. Vielmehr spricht er davon, dass die Beschwerden durch den Treppensturz vom 24. Januar 2006 "ausgelöst" worden seien. Selbst wenn im Übrigen aus dem Bericht von Dr. D.____ geschlossen werden könnte, er betrachte den Gesundheitsschaden als unfallkausal, vermöchte diese Einschätzung nicht zu überzeugen. Denn Dr. D.____ ging von der unzutreffenden Anamnese aus, dass die Beschwerdeführerin vor dem Treppensturz keine Beschwerden hatte. Er hatte somit offenbar keine Kenntnis von der vorbestehenden Cervikobrachialgie. Ferner ist die zeitlich weit zurückliegende Beurteilung vom 4. Juli 2006 nicht geeignet, die über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung vom 18. Mai 2008 hinaus geklagten Beschwerden weiterhin als unfallkausal darzulegen, bzw. den Status quo sine noch nicht als erreicht zu erklären.

5.

Was die Handgelenkschmerzen anbelangt, so konnte anlässlich der handchirurgischen Untersuchung vom 1. Juni 2006 weder radiologisch noch klinisch eine Ursache für die Schmerzhaftigkeit festgestellt werden. Eine Band- oder Knochenverletzung wurde ausgeschlossen (act. G 5.1.12). Für diese von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden fehlt es mithin an einem organischen Substrat (vgl. act. G 5.1.16.4). Eine durch das Unfallereignis vom 24. Januar 2006 verursachte organische Gesundheitsschädigung ist somit auszuschliessen. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin bereits seit anfangs März 2004 wegen Kribbelparästhesien in beiden Händen, Schmerzen in den Händen und subjektiver Sensibilitätsstörung der rechten Hand in medizinischer Behandlung stand (act. G 5.1.93). Eine durch das Unfallereignis vom 24. Januar 2006 verursachte organische Knieschädigung ist ebenfalls nicht ausgewiesen. Vorab ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 6. Juli 2006 nicht mehr über Kniebeschwerden klagte ("Die Knie seien in Ordnung.", act. G 5.1.16). Am 22. August 2007 berichtete die Beschwerdeführerin, dass seit vier bis fünf Monaten auch Schmerzen im Bereich der Kniegelenke bestünden (act. G 5.1.58). Diese neu hinzugetretenen Knieschmerzen führte der Kreisarzt auf eine femoropatelläre Schmerzproblematik im Sinn einer Arthrose, die wahrscheinlich im Rahmen des Valgus und im Sinn degenerativer Veränderungen und nur möglicherweise im Rahmen des



Unfalls zu interpretieren seien (act. G 5.1.84). Die leichte Arthrose wurde vom Suva Versicherungsmediziner Dr. F.____ als altersentsprechend beschrieben. Eine Unfallkausalität der Kniebeschwerden über den 18. Mai 2008 hinaus verneinte er (act. G 5.1.133). Vor diesem Hintergrund ist das Erreichen des Status quo sine spätestens zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung auch hinsichtlich der Kniebeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bejahen.

6.

Da somit keine leistungsbegründenden somatischen Unfallfolgen mehr vorliegen, bleibt die Unfallkausalität der geklagten psychischen Beeinträchtigungen (vgl. hierzu act. G 5.1.62) zu beurteilen. Bei der Prüfung, ob die bei der Beschwerdeführerin bestehenden psychischen Beschwerden als unfallkausal einzustufen sind, kann die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs offen bleiben, wenn ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beeinträchtigungen und dem Unfall verneint werden muss (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67).

6.1 Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden ist wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung.

6.2 Den medizinischen Akten kann nicht entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Treppensturzes vom 24. Januar 2006 eine HWS-Distorsion erlitten hat. Aus den medizinischen Akten ergeben sich weder ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung noch ein Schädel-Hirntrauma. Wie die Beschwerdegegnerin richtig bemerkt hat, ist in den Akten auch kein zu einem Schleudertrauma gehöriges typisches Beschwerdebild (vgl. hierzu BGE 117 V 360 E. 4b) ausgewiesen. Die Adäquanzbeurteilung hat deshalb gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zu erfolgen. Nach der dazu einschlägigen Rechtsprechung gelten psychische Beeinträchtigungen in der Regel nur bei schweren Unfällen als adäquate Folge. Banale Unfälle (z.B. geringfügiges Anschlagen des Kopfes oder



Übertreten des Fusses) oder leichte Unfälle (z.B. gewöhnlicher Sturz oder Ausrutschen) sind hingegen in der Regel nicht geeignet, einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen. Ist ein Unfall als mittelschwer einzustufen, lässt sich die Frage der Adäquanz nicht aufgrund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, die unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien nennt die Rechtsprechung besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls, 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, Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 140 E. 6c/aa).

6.3 Gemäss eigenen Angaben stolperte die Beschwerdeführerin und fiel 15 Stufen einer mit Teppich überzogenen Treppe hinunter. Dabei habe sie sich mehrmals überschlagen und den Kopf, die Beine und den Rücken angeschlagen (act. G 5.1.1 und G 5.1.5/1). Anlässlich der Erstbehandlung vom 1. Februar 2006 wurden keine sichtbaren Körperschädigungen festgestellt (insbesondere kein Hämatom und keine Fraktur; act. G 5.1.2). Dass sie beim Unfallereignis das Bewusstsein während 10 Minuten verloren habe - wie die Beschwerdeführerin erstmals während ihres Aufenthaltes in der Rehaklinik Bellikon vom 20. September bis 26. Oktober 2006 auf Befragung hin angegeben hat (act. G 5.1.30/6) - ist nicht erstellt. Angesichts dessen, dass sie in den bis dahin ergangenen Unfallschilderungen nicht von einem Bewusstseinsverlust berichtete (vgl. etwa die ausführliche Unfallschilderung vom 1. Mai 2006, act. G 5.1.5/1) und sie diesbezüglich während ihres Rehabilitationsaufenthaltes widersprüchliche Angaben machte (gemäss psychosomatischem Konsilium vom 4. Oktober 2006 sei sie apathisch am Ende der Treppe gesessen, act. G 5.1.28/2; gemäss neurologischem Konsilium sei sie "wie bewusstlos" gewesen, habe sich dann aufgesetzt, sei aufgestanden und zu ihrem Mann gegangen, act. G 5.1.29/1) erscheint ein unfallbedingter 10-minütiger Bewusstseinsverlust nicht überwiegend wahrscheinlich.



6.4 Die Beschwerdegegnerin stellt sich auf den Standpunkt, das Unfallereignis vom 24. Januar 2006 sei als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu qualifizieren (act. G 5), was mit Blick auf den augenfälligen Geschehensablauf und mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26, E. 5.3.1) nicht zu beanstanden ist und sich im Rahmen der Rechtsprechung zur Adäquanzbeurteilung bei Sturzereignissen hält. Danach ist ein gewöhnlicher Sturz oder ein Ausrutschen im Allgemeinen dem Bereich der leichten Unfälle zuzuordnen, so etwa der Sturz einer im vierten Monat schwangeren Versicherten mit Supinationstrauma im linken oberen Sprunggelenk (OSG) und Kontusion der linken Schulter und Hüfte (Urteil des EVG vom 18. Januar 2000, U 51/1999, E. 4b). Als mittelschwerer bis schwer im mittleren Bereich wurden Unfälle qualifiziert, bei denen die versicherte Person aus einer Höhe von mehreren Metern von Leitern, Gerüsten oder von einem Dach auf den Boden stürzte und erhebliche Verletzungen und Frakturen erlitt (vgl. die Übersicht über die Rechtsprechung zu Sturzunfällen in RKUV 1998 Nr. U 307 S. 449 E. 3a; ferner RKUV 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.). Als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen wurde etwa ein Unfall qualifiziert, bei dem eine versicherte Person das Gleichgewicht verlor, von einem 1,2 m hohen Gerüst fiel und sich eine Calcaneusfraktur zuzog (nicht veröffentlichtes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 20. November 1991, zitiert in RKUV 1998 Nr. U 307 S. 449). Gleich beurteilt wurden der Sturz eines Bauarbeiters in einen Lichtschacht mit Kontusion der rechten Hüfte und Distorsion des rechten Knies sowie der Sturz auf einer schneeglatten Unterlage mit Läsion der Supraspinatussehne an der linken Schulter (Urteil des EVG vom 5. August 2003, U 232/02), ferner der Sturz über eine Treppe mit leicht dislozierter Nasenbeinfraktur und schwerer Commotio cerebri (nicht veröffentlichtes Urteil des EVG vom 19. September 1994, U 141/92, zitiert in Urteil des EVG vom 15. November 2004, U 173/03, E. 4.2.2), der Sturz an einem steinigem Flussufer hangabwärts auf den Rücken ohne schwere Verletzungen (Urteil des EVG vom 15. November 2004, U 173/03, E. 4.2.2) und der Sturz auf einer Treppe mit Aufschlagen des Kopfes (Urteil des Bundesgerichts vom 23. April 2008, 8C_402/07, E. 5.2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juli 2008, 8C_798/07, E. 4.1, wo ein Treppensturz kopfüber mit HWS-Kontusion/Distorsion und ein Distorsionstrauma der rechten Schulter zu beurteilen war).



6.5 Da von einem mittelschweren Unfallereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen auszugehen ist, ist die Adäquanz der Unfallkausalität praxismässig nur zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft und auffallender Weise gegeben sind (BGE 115 V 141 E. 6c/bb).

6.5.1 Das Ereignis vom 24. Januar 2006 hat sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet noch war es - objektiv betrachtet - von besonderer Eindrücklichkeit. Dass die Beschwerdeführerin, wie in der Beschwerde geltend gemacht wird, 10 Minuten lang bewusstlos gewesen sei, ist wie bereits erwähnt zu verneinen (vgl. vorstehend E. 6.3) und vermöchte am Kriterium der Eindrücklichkeit ohnehin nichts zu ändern. Die Beschwerdeführerin hat auch keine schweren Verletzungen oder Verletzungen erlitten, die erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen herbeizuführen. Der Sturz war nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung nicht geeignet, zu einer psychischen Fehlentwicklung zu führen, zumal er verhältnismässig glimpflich abgelaufen ist.

6.5.2 Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. Zwar wurde die Beschwerdeführerin nach dem Unfall wiederholt von medizinischen Fachpersonen gesehen und behandelt. Es handelte sich dabei jedoch nicht um eine anhaltende und intensive Behandlung. Die ärztlichen Besuche dienten denn auch grösstenteils der Abklärung oder der Behandlung psychischer Leiden. Ebenso kann nicht von einer ärztlichen Fehlbehandlung oder einem schwierigen Heilungsverlauf gesprochen werden, zumal bei der Behandlung keine erheblichen Komplikationen auftraten, die den weiteren Verlauf massgeblich beeinträchtigt hätten und im Übrigen erhebliche unfallfremde Faktoren im Heilungsverlauf mitspielten (act. G 5.1.62).

6.5.3 Demgegenüber kann das Kriterium der Dauerbeschwerden wohl bejaht werden. Allerdings waren diese Beschwerden zunehmend auf psychische Faktoren zurückzuführen (vgl. bereits die kreisärztliche Stellungnahme vom 7. Juli 2006, act. G 5.1.16/4, eingehend zu den im Vordergrund stehenden psychischen Faktoren vgl. die Berichte von Dr. B. ___ vom 10. April 2007, act. G 5.1.47, und vom 6. September 2007,



act. G 5.1.62), weshalb dieses Kriterium höchstens in einem geringen Mass als erfüllt gelten kann. Ebenso verhält es sich mit dem Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (vgl. hierzu RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff.).

6.6 Zusammengefasst sind lediglich zwei Kriterien gegeben, davon keines in besonders ausgeprägter Weise. Damit ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 24. Januar 2006 und der psychischen Fehlentwicklung zu verneinen, was zur Folge hat, dass der Unfall zwar unter Umständen eine natürlich kausale Teilursache der psychischen Beschwerden darstellt, diese ihm aber rechtlich nicht zugerechnet werden können. Da keine somatischen Unfallfolgen mehr vorliegen und kein adäquater Kausalzusammenhang der psychischen Beschwerden zum Unfall vom 24. Januar 2006 besteht, sind die Versicherungsleistungen zu Recht per 18. Mai 2008 eingestellt worden.

7.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 26. September 2008 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.