

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2002.00142 vom 6. Mai 2003

ZH Sozialversicherungsgericht, 2003-05-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2002.00142](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2002.00142)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2002.00142 du 6 mai 2003

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2002.00142 del 6 maggio 2003

## Erwägungen

### E. 2

2.1???? Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. 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 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

2.2???? 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 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). 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 9 Erw. 3c/aa). 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. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

2.3???? Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 125 V 461 Erw. 5a, 123 V 103 Erw. 3d, 139 Erw. 3c, 122 V 416 Erw. 2a, 121 V 49 Erw. 3a mit Hinweisen; RKUV 1997 Nr. U 272 S. 172 Erw. 3a).

2.4???? Für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen ist, rechtfertigt es sich, im Einzelfall analog zur Methode vorzugehen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c, 117 V 365 Erw. 5d/bb, vgl. auch 115 V 138 Erw. 6).

2.5???? Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, wo die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1). Gemäss der Praxis des EVG ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs jedoch nur dann im Sinne von BGE 123 V 99 Erw. 2a unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall zu beurteilen, wenn die psychische Problematik bereits unmittelbar nach dem Unfall eindeutige Dominanz aufwies. Denn bei Opfern eines Schleudertraumas der HWS, bei welchen keine organischen Befunde vorliegen, stehe mit zunehmender zeitlicher Distanz zum Unfall immer häufiger die psychische Problematik im Vordergrund. Wird die Rechtsprechung gemäss BGE 123 V 99 Erw. 2a in einem späteren Zeitpunkt angewendet, ist zudem zu prüfen, ob im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt die physischen Beschwerden gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind. Nur wenn dies zutrifft, ist die Adäquanz nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) zu beurteilen (unveröffentlichtes Urteil des EVG in Sachen W. vom 18. Juni 2002 Erw. 3b, U 164/01).

2.6???? Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b). ??

??????? Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

2.7???? Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Betreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6a).

2.8???? Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 140 Erw. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 Erw. 3b).

2.9???? 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 Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit 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 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer

der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes bzw. 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 gehäuft oder auffälliger Weise erfüllt sein, damit die Adhärenz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adhärenz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 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 Erw. 2).

2.10?? Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 91).

### E. 3

3.1???? Die Ärzte des Kantonsspitals Winterthur erwähnten in der Zusammenfassung der Krankengeschichte vom 5. April 1995, dass die Beschwerdeführerin anlässlich eines Sturzes auf einer Treppe am 21. März 1995 eine Commotio cerebri sowie eine Coccyxfraktur erlitt und in der Folge unter wandernden Schmerzen im Bereich der Schultern und der Wirbelsäulenmuskulatur litt. Laut den Angaben der Beschwerdeführerin seien diese Schmerzen für ein bestehendes depressives Zustandsbild verantwortlich (Urk. 12/M3).

3.2???? Im Austrittsbericht vom 27. April 1995 stellten die Ärzte des Kreisspitals R?ti folgende Diagnosen (Urk. 12/M5 S. 1):

- ? 1. Treppensturz 21.03.95
- ? St. nach Commotio cerebri
- ? Coccyx-Fraktur
- ? generalisierter Bewegungsapparatschmerzen
- ? reaktive depressive Verstimmung DD: Schock

2. Soorvulvitis?.

3.3???? Im Bericht vom 26. Mai 1995 stellte Dr. med. C.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, fest, dass die Beschwerdeführerin unter anderem unter?? einer reaktiven Depression leide. Vor dem Unfall vom 21. März 1995 habe sie nicht unter depressiven Verstimmungen oder anderen psychischen Problemen gelitten (Urk. 12/M7).

3.4???? Die Ärzte des Kreisspitals R?ti erwähnten in ihrem Austrittsbericht vom 20. Juni 1995, dass die Beschwerdeführerin nach einem Verkehrsunfall vom 12. Juni 1995 erneut im Kreisspital R?ti hospitalisiert worden sei und diagnostizierten eine Commotio cerebri, ein HWS-Schleudertrauma sowie eine Wirbelsäulenkontusion. Die Beschwerdeführerin beklage Schmerzen im Bereich der gesamten Wirbelsäule. Im Vordergrund stehe jedoch eine deutliche depressive Verstimmung (Urk. 13/M5/2).

3.5???? Dr. C.\_\_\_\_ erw?hnte im Zwischenbericht vom 7. September 1995, dass die Beschwerdef?hrerin wegen einer psychosomatischen ?berlagerung mit einem Anxiolytikum behandelt werde (Urk. 13/M4). Im Bericht vom 22. September 1995 stellte Dr. C.\_\_\_\_ sodann fest, dass eine wechselhaft akzentuierte Pandorsalgie, ein Schulter-Nacken-Syndrom sowie eine reaktive psychosomatische ?berlagerung im Vordergrund st?nden (Urk. 13/M5/1).

3.6???? Die ?rzte der Z?rcher H?henklinik Wald, Faltigberg-Wald, stellten im Hospitalisationsbericht vom 27. Oktober 1995 folgende Diagnosen (Urk. 13/M7 S. 1):?

? 1. Schwere Depression mit somatoformer Schmerzst?rung

2. Generalisierte Pandorsalgie und Schulter-Nackensyndrom linksbetont bei

? Status nach Treppensturz (21.03.95) mit Commotio cerebri, Coccyx-Fraktur, diffusen Kontusionen, reaktiver Verstimmung

? Autounfall (12.06.95) mit Commotio cerebri, HWS-Schleudertrauma, multiplen Weichteilkontusionen, insbesondere linke Schulter?.

Insgesamt sei das Zustandsbild als eine Kombination aus schwerer Depression, somatoformer Schmerzst?rung und einem Konversions-Syndrom zu interpretieren (Urk. 13/M7 S. 2).

3.7???? Im ?berweisungsschreiben an die psychiatrische Klinik Schl?ssli vom 1. Februar 1996 erw?hnte Dr. C.\_\_\_\_ als Einweisungsgrund eine in ambulanter Behandlung therapierefrakt?re Somatisierungsneurose bei schwerer Depression bei Status nach Unf?llen im M?rz und Juni 1995. Er nehme an, dass eine neurotisch bedingte Fixierung der k?rperlichen Symptome bestehe (Urk. 13/M10 S. 1).

3.8???? Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. D.\_\_\_\_, erw?hnte in seinem Bericht vom 20. Februar 1996, er glaube auf Grund der Akten nicht, dass die Depression durch die beiden versicherten Unfallereignisse ausgel?st worden sei. M?glicherweise sei eine schon vorbestehende depressive Grundstimmung durch die Unfallereignisse lediglich verst?rkt worden. Die weitere Heilbehandlung ab Februar/M?rz 1996 sei von der Krankenversicherung zu ?bernehmen. Die Beschwerdef?hrerin habe hingegen durch die beiden versicherten Unf?lle eine Einbusse ihrer k?rperlichen Integrit?t von 15 % erlitten (Urk. 13/M11 S. 3).

3.9???? Die ?rzte der psychiatrischen Klinik Schl?ssli stellten im Bericht vom 3. April 1996 fest, dass die Beschwerdef?hrerin nach dem Austritt aus der H?henklinik Wald im Oktober 1995 durch das pflegerische Angebot regredierte und vereinsamte. Sie leide unter einer schweren depressiven posttraumatischen Belastungsreaktion. Das Krankheitsbild werde zwar durch die vorbestehende Pers?nlichkeitsstruktur und die kulturellen Verh?ltnisse im portugiesischen Heimatland der Beschwerdef?hrerin mitbestimmt, sei jedoch durch die versicherten Unf?lle ausgel?st worden (Urk. 13/M16).

3.10?? In der Zusammenfassung der Krankengeschichte vom 19. Juni 1996 erw?hnten die ?rzte der Klinik Schl?ssli erneut, dass die Beschwerdef?hrerin nach dem Austritt aus der H?henklinik Wald regredierte. So habe sie sich von ihren Verwandten pflegen und ern?hren lassen und sei tags?ber mehrheitlich alleine in ihrem Bett gelegen (Urk. 13/M22/2 S. 2). Die Beschwerdef?hrerin scheine ?aus Schmerz zu bestehen?. Beim Treppensteigen habe sie bei ihr g?nstig erscheinenden Gelegenheiten versucht, sich fallen zu lassen, habe aber verbal

davon abgebracht werden können. Das zuvor leistungsbetonte Selbstkonzept schein bei der Beschwerdeführerin infolge der beiden versicherten Unfälle vollständig zusammengebrochen zu sein. Es bestehe eine posttraumatisch persistierende depressive Reaktion mit ausgeprägter Konversionssymptomatik (ICD F32.11, F60.40; Urk. 13/M22/2 S. 3).

3.11?? Die Ärzte der Rehaklinik Bellikon, Bellikon, stellten im Austrittsbericht vom 26. Juli 1996 fest, dass bei der Beschwerdeführerin eine erhebliche Symptomausweitung, eine Konversionsneurose, eine depressive Antriebslosigkeit und?? eine gedrückte Stimmung im Vordergrund stünden. Die Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen seien zumindest teilweise als postcommotionell und somit unfallbedingt anzusehen. Das gesamte Ausmass der Symptomatik - insbesondere der fehlende Armeinsatz links und die pseudo-epileptischen Anfälle - sowie die übrigen generalisierten Schmerzen seien medizinisch nicht fassbar und im Rahmen der Konversionsneurose zu sehen (Urk. 13/M18 S. 4).

3.12?? Dr. C.\_\_\_\_ führte im Zwischenbericht vom 13. September 1996 aus, dass die nach dem 31. Januar 1996 weiterbestehende volle Arbeitsunfähigkeit psychogener Ursache sei und durch die Depression verursacht werde (Urk. 13/M19 Ziff. 4).

3.13?? Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. F.\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in seinem Bericht vom 21. November 2001 auf Grund der Akten fest, dass die psychische Problematik eindeutig im Vordergrund stehe. Der katastrophale Verlauf mit grotesker Symptomausweitung sei durch die beiden versicherten Unfälle nicht zu erklären. Hingegen seien die Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen sowie der Schwindel zumindest bis zum Austritt aus der Rehaklinik Bellikon als teilweise unfallkausal anzusehen (Urk. 13/M20).

3.14?? Dr. B.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 5. Juni 2002 auf Grund der Akten fest, dass eine schwere regressiv-depressive Reaktion bestehe, welche im Ausmass und in den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in keiner Weise durch die versicherten Unfälle zu erklären sei. Auch die Konversionsneurose mit erheblicher Symptomausweitung sei nicht unfallkausal (Urk. 13/M23 S. 1). Es könne davon ausgegangen werden, dass aufgrund der beiden Unfälle für ungefähr ein halbes Jahr eine leichte depressive Reaktion im Sinne einer Anpassungsstörung vorgelegen habe. Hingegen sei die überaus massive Regression mit grotesker Infantilisierung sowie die massive Symptomausweitung mit organisch nicht zu begründendem Nichtgebrauch der linken Körperseite nicht auf die Unfälle zurückzuführen. Vermutlich seien die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin oder allenfalls weitere unfallfremde Faktoren, wie beispielsweise psychosoziale Belastungen, dafür verantwortlich (Urk. 13/M23 S. 2).

#### **E. 4**

4.1???? In Würdigung der obenerwähnten medizinischen Aktenlage fällt auf, dass die Beschwerdeführerin schon unmittelbar nach dem ersten versicherten Unfall vom 21. März 1995 und noch vor Eintritt des zweiten Unfalles vom 12. Juni 1995 unter psychischen Problemen im Sinne eines depressiven Zustandsbildes (Kantonsspital Winterthur, Urk. 12/M3), einer reaktiven depressiven Verstimmung (Kreisspital Rütli, Urk. 12/M5) oder an einer reaktiven Depression (Dr. C.\_\_\_\_, Urk. 12/M7) gelitten hat. Aus den Akten geht sodann hervor, dass sich der psychische Gesundheitsschaden der Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem zweiten versicherten Unfall vom 12. Juni 1995 in einer Weise verschlechterte, als dass die beteiligten Ärzte feststellten, es stehe eine deutliche depressive

Verstimmung (Kreisspital R?ti, Urk. 13/M5/2) oder eine reaktive psychosomatische ?berlagerung (Dr. C.\_\_\_\_, Urk. 13/M5/1) im Vordergrund, es sei das Zustandsbild als eine Kombination aus schwerer Depression, somatoformer Schmerzst?rung und einem Konversions-Syndrom zu interpretieren (Z?rcher H?henklinik Wald, Urk. 13/M7 S. 2), oder es liege eine therapierefraktio?re Somatisierungsneurose bei schwerer Depression vor (Dr. C.\_\_\_\_, Urk. 13/M10 S. 1). Die ?rzte der Klinik Schl?ssli stellten sodann eine posttraumatisch persistierende depressive Reaktion mit ausgepr?gter Konversionssymptomatik fest (Urk. 13/M22/2 S. 3).

4.2???? Es ist unbestritten und steht auf Grund der Akten sodann fest, dass die Beschwerdef?hrerin anl?sslich des zweiten Unfalles vom 12. Juni 1995 ein Schleudertrauma der HWS oder eine dem Schleudertrauma ad?quate Verletzung (vgl. SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Ers. 2) erlitten hat. Anschliessend litt sie zumindest teilweise an Beschwerden, welche zum typischen bunten Beschwerdebild einer Schleuderverletzung der HWS geh?ren, wie Depression, Wesensver?nderung, Schwindel, Nacken- und Kopfbeschwerden. Aus den medizinischen Akten ist sodann ersichtlich, dass die psychische Problematik sp?testens bereits unmittelbar nach dem Unfall vom 12. Juni 1995 eindeutig im Vordergrund stand (Urk. 13/M5/2). Bei den bereits unmittelbar nach den Unf?llen vom 21. M?rz und 12. Juni 1995 eindeutig dominierenden psychischen Beeintr?chtigungen handelt es sich somit nicht um blosser Symptome des erlittenen Schleudertraumas, sondern um eine selbst?ndige sekund?re psychische Gesundheitssch?digung.

4.3???? Daran ?ndert nichts, dass die ?rzte der Rehaklinik Bellikon noch am 26. Juli 1996 feststellten, dass die Beschwerdef?hrerin an Kopf-, Nacken- und R?ckenschmerzen leide, welche zumindest teilweise als unfallbedingt anzusehen seien (Urk. 13/M 18 S. 4). Denn es ist davon auszugehen, dass die verbleibenden organischen Unfallfolgen keinen massgebenden Einfluss auf die Erwerbsf?higkeit mehr hatten. Dr. C.\_\_\_\_ hat denn auch ausdr?cklich festgestellt, dass die auch nach dem 31. Januar 1996 weiterbestehende volle Arbeitsunf?higkeit der Beschwerdef?hrerin psychogene Ursachen habe (Urk. 13/M19 Ziff. 4). Es hat somit als erstellt zu gelten, dass nach dem 31. Januar 1996 keine f?r die Erwerbsf?higkeit massgeblichen organisch fassbaren unfallbedingten Gesundheitssch?digungen mehr ausgewiesen sind.

4.4???? Fehlt es an einem klaren organischen Substrat und treten die zum Beschwerdebild des Schleudertraumas geh?renden Beschwerden im Vergleich zur psychischen Problematik ganz in den Hintergrund, so beurteilt sich der Kausalzusammenhang, wie oben unter Erw. 2.5 erw?hnt, nicht nach der f?r Schleudertraumen der HWS, sondern nach der f?r psychische Unfallfolgen geltenden Rechtsprechung (BGE 123 V 99 Erw. 2a), wenn denn die psychische Problematik bereits unmittelbar nach dem Unfall eindeutige Dominanz aufwies.

4.5???? Auf Grund der medizinischen Akten bleibt unklar, ob die Beschwerdef?hrerin schon vor den beiden fraglichen Unf?llen bereits an einer psychischen Gesundheitsbeeintr?chtigung litt. Ob ein nat?rlicher Kausalzusammenhang zwischen der psychischen Gesundheitssch?digung und den versicherten Unf?llen besteht, kann vorliegend jedoch dahingestellt bleiben. Denn selbst wenn von einer in? einer nat?rlichen Kausalbeziehung zu den versicherten Unf?llen stehenden psychogenen St?rung von Krankheitswert auszugehen w?re, w?rde eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin f?r die Folgen des psychischen Leidens an der fehlenden Ad?quananz des Kausalzusammenhangs scheitern, wie sich aus den nachfolgenden Erw?gungen ergibt.

4.6???? Da der Sachverhalt für die vorliegend im Streite stehende Frage der Unfallkausalität somit als rechtsgenügend abgeklärt erscheint, kann, entgegen den diesbezüglichen Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 2), von weiteren Beweismassnahmen - und insbesondere vom Beizug der Akten der Invalidenversicherung, von der Anordnung eines ergänzenden medizinischen Gutachtens oder der Rückweisung der Sache zur Vornahme weiterer Sachverhaltsabklärungen - abgesehen werden (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 Erw. 4b, 122 V 162 Erw. 1d, 119 V 344 Erw. 3c je mit Hinweisen).

## **E. 5**

5.1???? Zu prüfen bleibt die objektive Schwere der Unfallereignisse vom 21. März und 12. Juni 1995.

5.1.1?? Aus der Unfallmeldung des A.\_\_\_\_ vom 28. März 1995 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin am 21. März 1995 eine Treppe hinuntergestürzt ist (Urk. 11/1).??

5.1.2?? Im Polizeibericht vom 22. Juni 1995 ist folgende Schilderung des Hergangs des Unfalls vom 12. Juni 1995 enthalten (Urk. 15/3 S. 3):

? G.\_\_\_\_ fuhr mit seinem Personenwagen von R?ti herkommend auf der R?tistrasse in Richtung Wolfhausen. Ausgangs einer leichten Linkskurve kam ihm nach seinen Angaben in der Mitte der Fahrbahn ein weisser Personenwagen (vermutlich Ford, kann nicht näher beschrieben werden) entgegen, sodass er stark bremsen musste und folglich auf der regennassen Fahrbahn ins Schleudern kam. Darauf prallte sein Fahrzeug fahrerseitig gegen zwei am Strassenrand stehende B?ume, sodass diese umgeknickt wurden. E.\_\_\_\_ wurde dabei verletzt. Vom unbekanntem weissen Fahrzeug fehlt jede Spur. Zudem sind keine Zeugen vorhanden.?

## **E. 5.2**

5.2.1?? Das EVG hat in BGE 115 V 401 Erw. 11b ein Unfallereignis, bei dem die versicherte Person eine Treppe hinunterstürzte und anschliessend mit der Stirn an der Kante einer Stufe anschlug und sich dabei eine kleine Rissquetschwunde zuzog, als mittelschweren Unfall bezeichnet. In BGE 123 V 141 Erw. 3d hat es einen schweren Sturz auf den Rücken (?lourde chute sur le dos?) und in BGE 115 V 144 Erw. 11a-b ein Unfallereignis, bei dem die versicherte Person beim Hinuntersteigen von einer B?schung ausrutschte und mit dem Rücken auf einem Betonst?ck am Boden aufschlug, als mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert.

5.2.2?? In einem in RKUV 1995 Nr. U 122 S. 114 auszugsweise veröffentlichten Entscheid hat das EVG ein Unfallereignis, bei dem das von der versicherten Person gelenkte Fahrzeug bei einer Kollision mit einem anderen Personenwagen durch einen Aufprall hinten links nach links abgedreht wurde und anschliessend an einen Pfosten prallte und um 180? abgedreht wurde und schliesslich nach rund sieben Metern zum Stillstand kam, als mittelschweren Unfall (im engeren Sinne) qualifiziert. Desgleichen bezeichnete das EVG ein Unfallereignis, bei dem die versicherte Person in ihrem Personenwagen seitlich von einem Tram gerammt wurde und anschliessend an einem seitlichen Distorsionstrauma der HWS, an einer Commotio cerebri und an einer reaktiven Depression litt (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 ff.), als Unfall im mittleren Bereich (im engeren Sinne).

5.3???? Auf Grund der augenfälligen Geschehensabläufe und der Verletzungen, die sich die Beschwerdegegnerin dabei zuzog, können die Unfälle vom 21. März und 12. Juni 1995 weder als leicht noch als schwer qualifiziert werden. Insbesondere fehlen Hinweise auf ein

schweres lebensbedrohendes Geschehen (vgl. RKUV 1995 Nr. U 215 S. 91). Die versicherten Unfälle sind vielmehr der Kategorie der mittelschweren Unfälle (im engeren Sinne) zuzuordnen. Zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist daher erforderlich, dass ein einzelnes der nach der Rechtsprechung massgebenden unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder dass mehrere Kriterien gegeben sind (BGE 115 V 141 Erw. 6c/bb). Diese Kriterien sind bei psychischer Fehlverarbeitung von Unfällen nur zu berücksichtigen, soweit sie somatisch bedingt sind (BGE 115 V 140, RKUV 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b).

## **E. 6**

6.1???? Die Unfälle vom 21. März und 12. Juni 1995 haben sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet, noch waren sie von besonderer Eindringlichkeit. Auch wenn dem zweiten Unfallereignis vom 12. Juni 1995 eine gewisse Eindringlichkeit nicht abzuspüren ist, erweist sich vorliegendes Unfallgeschehen, objektiv betrachtet, jedoch nicht als derart gravierend, dass das Erfordernis einer besonderen Eindringlichkeit des Unfallgeschehens zu bejahen wäre.

6.2???? Auch hat die Beschwerdeführerin keine Verletzungen von besonderer Schwere und insbesondere keine Verletzungen erlitten, die erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Zwar können Schleudertraumen und schleudertraumähnliche Verletzungen der HWS grundsätzlich zu psychischen Fehlentwicklungen führen; dies setzt in der Regel jedoch ein schweres Trauma voraus, wofür im vorliegenden Fall jegliche Anhaltspunkte fehlen. Entgegen den diesbezüglichen Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 8) sind insbesondere seitliche Kollisionen sodann keineswegs generell unter das Kriterium der besonderen Art von Verletzungen zu subsumieren (vgl. unveröffentlichtes Urteil des EVG in Sachen B. vom 7. August 2002 Erw. 2.3, U 313/01).

6.3???? Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. Denn es ist davon auszugehen, dass das Beschwerdebild schon verhältnismässig kurze Zeit nach den beiden versicherten Unfällen durch behandlungsbedürftige psychische Störungen abgelagert war und mit physiotherapeutischen Massnahmen nicht mehr wesentlich zu beeinflussen war, weshalb das für die Adäquanzbeurteilung massgebende Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ebenso wenig erfüllt ist wie dasjenige körperlicher Dauerschmerzen. Von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die körperlichen Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, oder einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen kann nicht die Rede sein.

6.4???? Nicht als erfüllt gelten kann sodann das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Nach ärztlicher Beurteilung war die Arbeitsunfähigkeit spätestens nach dem 31. Januar 1996 auf psychische Gründe zurückzuführen und nicht mehr als unfallbedingt anzusehen.

6.5???? Da somit weder ein einzelnes Beurteilungskriterium in besonders ausgeprägter Weise noch mehrere der massgebenden Beurteilungskriterien erfüllt sind, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den nach dem 31. Januar 1996 weiterbestehenden Beschwerden der Beschwerdeführerin und den versicherten Unfallereignissen vom 21. März und 12. Juni 1995 zu verneinen.

7.?????? Da es somit am ad?quaten Kausalzusammenhang zwischen der nach dem 31. Januar 1995 weiterbestehenden ?berwiegend auf psychischen Gr?nden beruhenden Leistungsbeeintr?chtigung der Beschwerdef?hrerin und den versicherten Unf?llen mangelt ist somit nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin in der Verf?gung vom 10. Dezember 2001 und in dem diese best?tigenden Einspracheentscheid vom 10. Juli 2002 einen Anspruch der Beschwerdef?hrerin auf eine Invalidenrente verneinte. Die gegen den angefochtenen Einspracheentscheid vom 10. Juli 2002 erhobene Beschwerde ist daher abzuweisen.?

Das Gericht erkennt:

1.???????? Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.???????? Das Verfahren ist kostenlos.

3.???????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dominique Chopard
- Rechtsanwalt Guy Reich
- Bundesamt f?r Sozialversicherung

4.???????? Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgen?ssischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgen?ssischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begr?ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdef?hrenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugeh?rige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdef?hrende Person sie in H?nden hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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