

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00078 vom 8. September 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-09-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2005.00078](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00078)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00078 du 8 septembre 2006

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00078 del 8 settembre 2006

## Erwägungen

### E. 1

1.1. G., geboren 1972, arbeitete seit dem 15. Juni 2001 als Geschäftsführer bei der A. in , und war in dieser Eigenschaft bei den SWICA Versicherungen gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert (Urk. 9/1). Am 10. Oktober 2001 erlitt er als Fahrer eines Personenwagens einen Unfall. Er wich einem Tier aus, schleuderte, durchschlug ein Breckengeländer und kam in einem Bachbett zum Stillstand. Mit Unfallmeldung vom 7. November 2001 teilte die Arbeitgeberin den SWICA Versicherungen AG (SWICA) das Unfallereignis mit (Urk. 9/1). Die SWICA erbrachte Leistungen (Heilbehandlungskosten, Taggelder; vgl. insbesondere Urk. 9/27-29).

1.2. Am 7. Juli 2003 reduzierte die SWICA die Taggeldzahlungen rückwirkend per 1. Juli 2003 zufolge Berentschädigung (Urk. 9/102).

1.3. Nach Einholung eines polydisziplinären Gutachtens verneinte die SWICA mit Verfügung vom 3. Mai 2004 einen Anspruch auf Versicherungsleistungen nach dem 1. Juni 2004 (Urk. 9/141). Dagegen erhob G. am 11. Mai 2004 Einsprache (Urk. 9/143), welche am 28. Mai 2004 begründet wurde (Urk. 9/146). Die SWICA wies die Einsprache mit Entscheid vom 6. Dezember 2004 ab (Urk. 9/147 = Urk. 2).

### E. 1.5

Während die Beurteilung der Adäquanzfrage dem Gericht beziehungsweise der Verwaltung obliegt, jedoch nicht dem medizinischen Experten, handelt es sich bei der Frage, ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, um eine Tatfrage, worüber die Verwaltung, im Beschwerdefall das Gericht, im Rahmen der ihnen obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden haben. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, 117 V 360 Erw. 4 mit Hinweisen). Beweisrechtlich genügt es nicht, auf die vom Versicherten subjektiv geklagten Beschwerden abzustellen, wenn diese nicht durch fachärztliche Erhebungen einer medizinisch fassbaren gesundheitlichen Beeinträchtigung zugeschrieben werden können (BGE 119 V 340 ff. Erw. 2b).

Auch 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 leistungsbeziehender 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).

1.6 Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte 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 Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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 des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

## E. 2

2.1 Strittig ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ab 1. Juni 2004 und in diesem Zusammenhang die Frage, ob die Kausalität von Beschwerden zum Unfallereignis ab diesem Zeitpunkt zu bejahen oder zu verneinen ist.

2.2 Der Beschwerdeführer bringt vor, dass sowohl das HWS-Distorsionstrauma wie auch die psychische Problematik natürlich kausale Folge des Autounfalls seien (Urk. 1 S. 3 unten). Dass schon sehr bald nach dem Unfall von psychiatrischer Betreuung gesprochen werde, deute auf deren Verursachung durch den Unfall hin; ebenso verhalte es sich mit der rasch nach dem Unfall eingetretenen psychosomatischen Beschwerdeausweitung (Urk. 1 S. 4 Mitte). Das Gutachten MZR vom 29. Januar 2004 offenbare diverse gravierende Ungereimtheiten und Widersprüche. Insbesondere die zur Kausalität Stellung nehmenden Antworten würden den Befunden widersprechen (Urk. 1 S. 5 oben). Der Gutachter bestimme, dass keine konkurrierende Mitursache für die Beschwerden bestehe und ein zeitlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Beschwerdebeginn gegeben sei (Urk. 1 S. 5 Mitte). Der Unfall sei in der Gruppe der schweren Unfälle einzuordnen (Urk. 1 S. 6 Mitte).

Die Beschwerdegegnerin habe es bei diesem äusserst markanten Unfall unterlassen, eine technische Unfallanalyse durchzuführen (Urk. 9/146 S. 3 oben).

## E. 2.3

Demgegenüber bringt die Beschwerdegegnerin vor, es sei nicht bewiesen, dass der Beschwerdeführer den Kopf angeschlagen habe und dabei eine Commotio cerebri erlitten habe (Urk. 2 S. 5 oben). Die psychische Schädigung stehe gegenüber der somatischen klar im Vordergrund (Urk. 2 S. 5 Mitte). Die gefahrene Geschwindigkeit von 60 km/h könne nicht als hoch eingestuft werden, weshalb es sich um einen mittelschweren Unfall handle (Urk. 2 S. 6 Mitte).

Aus einem verkehrstechnischen Gutachten hätten keine zusätzlichen Erkenntnisse gewonnen werden können (Urk. 8 S. 3 oben). Der

Beschwerdeführer habe selber die Polizei avisiert und das Autowrack, welches auf der Fahrerseite nur leicht beschädigt sei, verlassen. Wenn der Beschwerdeführer sich in der Klinik J. \_\_\_ un beobachtet gefühlt habe, habe er jeweils nicht an „grotesken“ Bewegungseinschränkungen gelitten, weshalb wohl auch die Schmerzintensität geringer sei als angegeben (Urk. 8 S. 3 Mitte).

### E. 3

3.1 Dr. med. B. \_\_\_, leitender Arzt des Kantonsspitals X. \_\_\_, stellte am 19. Oktober 2001 gestützt auf eine Untersuchung vom 12. Oktober 2001 folgende Diagnosen (Urk. 9/14 S. 1 Mitte):

- Acromio-Clavicular-Gelenksluxation Tossy II rechts dominant
- Status nach HWS-Distorsion

Der Beschwerdeführer zeige eine klassische HWS-Distorsion nach Verkehrsunfall; ossäre Läsionen könnten weitgehend ausgeschlossen werden (Urk. 9/14 S. 2 oben). Die Verletzung des Acromio-Clavicular-Gelenks sei nicht operationsbedürftig. Der Halskragen für die HWS solle bis zur nächsten Kontrolle weiter getragen werden.

Am 12. November 2001 machte Dr. B. \_\_\_ gleichlautende Feststellungen und betrachtete eine Wiederaufnahme der Arbeit als noch nicht möglich (Urk. 9/15).

3.2 Dr. med. C. \_\_\_, Ärztin für Allgemeine Medizin und Frauenkrankheiten, welche beim Beschwerdeführer die Erstversorgung vornahm (vgl. Urk. 9/14 S. 1 oben und Urk. 9/1 Ziff. II), hielt im Zusatzfragebogen für HWS-Verletzungen am 5. Dezember 2001 fest, dass 18 Stunden nach dem Unfall am 10. Oktober 2001 einmalig Schwindel und Erbrechen aufgetreten seien (Urk. 9/16 S. 1 unten). Weiter wurde über ab diesem Zeitpunkt persistierende Nacken- und Schulterschmerzen berichtet (Urk. 9/16 S. 2 oben) und die Diagnose bestätigt (Urk. 9/16 S. 3 oben). Dr. C. \_\_\_ hielt am 4. Dezember 2001 zuhanden der Beschwerdegegnerin fest, dass ausschliesslich Unfallfolgen vorliegen würden (Urk. 9/19 Ziff. 6).

3.3 Die Ärzte des Gesundheitszentrums D. \_\_\_ in \_\_\_ stellten am 5. Dezember 2001 zuhanden der Rheuma- und Rehabilitationsklinik E. \_\_\_ folgende Diagnose (Urk. 9/25 S. 2 Mitte):

- Status nach HWS-Distorsion am 10. Oktober 2001
- persistierende cervicothorale Schmerzen
- C7 Reizung möglich
- Acromio-Clavicular-Luxation Tossy II rechts dominant

Eine intensive stationäre Rehabilitation sollte möglichst bald stattfinden (Urk. 9/25 S. 2 Mitte). Der Beschwerdeführer brauche sicher zusätzlich psychologische Betreuung, eine neurologische Beurteilung und eventuell sei auch eine neuropsychologische Betreuung angezeigt (Urk. 9/25 S. 3 Mitte).

Am 29. Januar 2002 bestätigte Dr. med. F. \_\_\_, leitender Arzt des D. \_\_\_ Gesundheitszentrums, die Diagnosen vom 5. Dezember 2001 (Urk. 9/34 Ziff. I). Ergänzend erwähnte er eine mediane bis linksparamediane Diskusprotrusion C4/5 und

Retrospondylophytenbildung C5/6 sowie den Verdacht auf Comotio cerebri (Gehirnerschütterung, leichtes Schädeltrauma) am 10. Oktober 2001.

3.4. H. \_\_\_\_, Fachpsychologe FSP für Psychotherapie und Psychoanalyse, diagnostizierte am 4. März 2002 eine posttraumatische Belastungsstörung mit ausgeprägter Schmerzsymptomatik, kognitiven Leistungsschwächen und depressiver Symptomatik (Urk. 9/42 S. 1 Mitte). Der Beschwerdeführer klagt über anhaltende, starke Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich, Lust- und Freudlosigkeit, erhebliche Schwächen beim Kurzzeitgedächtnis, starke Empfindlichkeit gegenüber Lärm- und Lichtreizen, Hoffnungslosigkeit und Existenzangst (Urk. 9/42 S. 1 unten). Er sei sehr verzweifelt und gegenüber der Psychotherapie zunächst skeptisch bis ablehnend eingestellt, da man ihm bis anhin nirgends habe helfen können. Er sei in seinem Selbstwertgefühl massiv erschüttert, verunsichert und gekränkt (Urk. 9/42 S. 2 oben). Der Psychologe äussert grosse Skepsis bezüglich einer vollständigen Rehabilitation (Urk. 9/42 S. 2 Mitte).

3.5. Die Ärzte der Rheuma- und Rehabilitationsklinik E. \_\_\_\_, stellen im Austrittsbericht vom 11. März 2002 folgende Diagnosen (Urk. 9/44 S. 1 Mitte):

- Cervicocephales und cervicobrachiales Schmerzsyndrom bei/mit
- Status nach HWS-Beschleunigungstrauma am 10. Oktober 2001
- chronischem Schwindel
- multifaktoriellem Kopfschmerz (analgetikainduziert, Spannungstyp)
- reduzierter Aufmerksamkeit/Konzentration sowie herabgesetzter kognitiver Flexibilität
- MRI November 2001: mediane bis links paramediane Diskusprotrusion C4/5 und Retrospondylophytenbildung C5/6
- Traumatische Acromio-Clavicular-Gelenksläsion (Tossy II) am 10. Oktober 2001

In den begleitenden psychologischen Gesprächen seien dem Beschwerdeführer Schmerzverarbeitungszusammenhänge sowie deren Mechanismen aufgezeigt worden, was er jedoch nur ansatzweise habe aufnehmen und kaum umsetzen können (Urk. 9/44 S. 3 oben). Im Rahmen des vierwöchigen Aufenthalts habe das Beschwerdebild sowohl subjektiv wie auch objektiv nur ansatzweise verändert werden können (Urk. 9/44 S. 3 Mitte). Eine Arbeitsintegration sei aktuell nicht möglich (Urk. 9/44 S. 3 unten).

3.6. Am 30. Mai 2002 hielt Dr. med. I. \_\_\_\_, Innere Medizin FMH, SWICA Gesundheitszentrum \_\_\_\_, fest, dass in den Jahren 1997 bis 1999 mehrfach Behandlungen, primär wegen Nacken- und Schulterschmerzen, erfolgt seien (Urk. 9/50). In den Behandlungen vom 8. bis 16. Dezember 1997 und vom 20. bis 31. Juli 1998 sei jeweils ein akutes cervicovertebrales Schmerzsyndrom diagnostiziert worden; bei der zweiten Behandlung sei die Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS) blockiert und der Beschwerdeführer für drei Tage vollumfänglich arbeitsunfähig gewesen (Urk. 9/50 S. 2 oben).

3.7. Am 22. Juli 2002 stellen die Ärzte des Kantonsspitals \_\_\_\_, folgende Diagnosen (Urk. 9/58 S. 1 Mitte):

- Chronisches cervicospondylogenes und thorako-spondylogenes Schmerzsyndrom bei

- Status nach HWS-Distorsion am 10. Oktober 2001
- mediane bis links paramediane Diskusprotrusion C4/5 und Retrospondylophytenbildung C5/6
- Status nach Acromio-Clavicular-Luxation Tossy II rechts dominant am 10. Oktober 2001
- vor allem neuropsychologischen Funktionsstörungen
- Anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung (ICD-10: F62.8), Differentialdiagnose: organisches Psychosyndrom nach Schädel-/Hirntrauma (ICD-10: F07.2)

Es bestehe ein protrahierter Verlauf unter Verstärkung der Schmerzen trotz des Rehabilitationsaufenthalts in E.\_\_\_\_ (Urk. 9/58 S. 1 unten). Zu therapeutischen Zwecken bestehe seit 1. April 2002 aus rein rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Psychiatrisch sei die Arbeitsunfähigkeit nach wie vor auf 100 % festzusetzen (Urk. 9/58 S. 2 Ziff. 5).

Vom 28. August bis 2. Oktober 2002 weilte der Beschwerdeführer in der Rehaklinik J.\_\_\_\_; dem Austrittsbericht vom 2. Oktober 2002 lassen sich folgende primären Unfall- und Krankheitsdiagnosen entnehmen (Urk. 9/69 S. 1 unten):

- Autounfall vom 10. Oktober 2001
- Commotio cerebri
- HWS-Distorsionstrauma bei medianer bis linksparamedianer Diskusprotrusion C4/5 und Retrospondylophytenbildung C5/6 (MRI HWS 2001)
- Acromio-Clavicular-Luxation Tossy II rechts dominant
- Diagnosen im Verlauf
- Chronisches cervicospondylogenes und thorako-spondylogenes Schmerzsyndrom, chronisches lumboradikulares Reizsyndrom L5 rechts bei grosser medialer, leicht nach kaudal luxierter Diskushernie L5/S1 mit leichter Impression des Duralsackes sowie fehlendem Bogenschluss L5 und Verdachts auf Sakralisation L5 (MRI LWS 2002)
- Anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung mit neuropsychologischen Funktionsstörungen
- Chronische Tramalabhängigkeit

Unter den therapeutischen Massnahmen seien die bewegungs- und belastungsverstärkten, rechtsbetonten Nackenbeschwerden sowie die Ausstrahlungen in den rechten Arm subjektiv nicht wesentlich regredient gewesen (Urk. 9/69 S. 3 unten).

Die klinischen Befunde seien bis auf eine gebesserte aktive Schulterbeweglichkeit rechts im wesentlichen unverändert. Die erhebliche Schonhaltung mit Schulterhochstand rechts sowie Kopfschiefhaltung nach rechts sei zeitweise, speziell in unbeobachteten Momenten, weniger ausgeprägt gewesen als in der Therapiesituation. Allgemein sei der therapeutische Zugang schmerzbedingt erschwert gewesen (Urk. 9/69 S. 4 oben).

Es bestehe eine erheblich verminderte psycho-physische Belastbarkeit, Heben und Tragen auch von leichtesten Lasten mit weniger als fünf Kilo Gewicht sei

rechtsseitig nur körpernahe und vereinzelt möglich. Die psychische Problematik stehe im Vordergrund und werde den weiteren Verlauf nicht unerheblich mit bestimmen (Urk. 9/69 S. 4 unten). Es werde ein Fallabschluss mit Überprüfung der Rentenfrage empfohlen. Unfallbedingt seien nur noch leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne wiederholtes Überkopfarbeiten rechtsseitig oder Einhalten von Zwangspositionen des Kopfes ohne zeitliche Limitierung zumutbar (Urk. 9/69 S. 5 oben).

Dem neuropsychologischen Bericht vom 12. September 2002 ist zu entnehmen, dass es sich um ein mittelschweres bis schweres Zustandsbild bei massiv verminderter psycho-physischer Belastbarkeit handle (Urk. 9/67 S. 2 unten und S. 3 Mitte). Im psychosomatischen Konsilium vom 9. September 2002 wurde festgehalten, dass Beobachtungen während den verschiedenen Therapien durchgängig ein sehr auffallendes Bewegungsmuster mit Inkonsistenzen gezeigt hätten, welches durchaus demonstrativen Charakter im Rahmen der Klinikumgebung habe (Urk. 9/66 S. 3 Mitte). Seltene Beobachtungen hätten eine entspannte Körperhaltung gezeigt, welche sich jedoch nicht durch therapeutische Interventionen habe einstellen lassen. Es hätten sich deutliche Hinweise auf eine dissoziative Störung in Form einer Konversionsstörung gemäss ICD-10: F44.4 gezeigt (Urk. 9/66 S. 4 oben).

Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin führten die Ärzte der Rehaklinik J. \_\_\_ aus, dass eine livide Verfärbung des Unterarms, ein vermehrtes Schwitzen der rechten Hand und Missempfindungen in Form von Kribbelparästhesien und Taubheitsgefühl im Dermatom C6 bis C8 beständen (Urk. 9/73 S. 1 unten). Aus neurologischer Sicht konnten keine Befunde gefunden werden, insbesondere keine Hinweise auf vestibuläre Störungen bei Zustand nach Comotio cerebri. Der Unfall sei die einzige Ursache für die cervicobrachialen Beschwerden (Urk. 9/73 S. 2 oben). Das lumbospondylogene Schmerzsyndrom stehe derzeit nicht im Vordergrund und verursache nur mässige funktionelle Einschränkungen. Dass die Diskushernie durch den Unfall verursacht worden sei, sei lediglich möglich. Bei den cervicobrachialen Beschwerden müsse mit chronifiziertem Verlauf und einer dauernden funktionellen Einschränkung gerechnet werden (Urk. 9/73 S. 2 unten).

Die Ärzte des Kantonsspitals \_\_\_ bestätigten am 19. November 2002 im wesentlichen ihre Diagnosen vom 22. Juli 2002 (Urk. 9/76, Urk. 9/58 S. 1 Mitte).

Dr. med. K. \_\_\_, Oberarzt Neurologie, L. \_\_\_ Klinik, stellte am 9. Januar 2003 folgende Diagnosen (Urk. 9/78 S. 1 Mitte):

- Schmerzreaktive Bewegungsblockade praktisch aller HWS-Segmente mit Laterocollis nach rechts und Schulterhochstand rechts mit Verdacht auf venöses Thoracic-outlet-Syndrom rechts, bei:
- Status nach Autounfall vom 10. Oktober 2001 mit wahrscheinlichem HWS-Distorsionstrauma, Comotio cerebri und Acromio-Clavicular-Luxation Tossy II rechts dominant
- links paramediane Diskusprotrusion C4/5 und Retrospondylophytenbildung C5/6
- Mediane Diskushernie L5/S mit chronischer Lumbago und intermittierendem Reizsyndrom L5 rechts
- Chronische Tramalabhängigkeit

Das cervicobrachiale Syndrom könne weder anhand der klinischen neurologischen Untersuchungen noch anhand der Bildgebung (MRI HWS und Schädel) auf fassbare strukturelle Nervenschädigungen zurückgeführt werden (Urk. 9/78 S. 2 oben). Die Fehlhaltung scheine eher durch die tiefen HWS-stabilisierenden Muskeln bedingt (Urk. 9/78 S. 2 Mitte).

Am 16. April 2003 berichtete Dr. K., die Skelettszintigraphie vom 3. März 2003 zeige eine Schiefhaltung des Kopfes nach rechts bei normaler Darstellung der HWS ohne aktivierte ossäre oder artikulare Befunde und normale Anreicherung der Dornfortsätze (Urk. 9/88 S. 1 Mitte). Aus dem CT der HWS vom 14. Februar 2003 ergäben sich keine Hinweise auf ossäre Läsionen.

Am 29. April 2004 berichtete Dr. K., ohne Muskelrelaxation in Kurznarkose sei die Beweglichkeit der HWS absolut symmetrisch und in vollem Umfang möglich mit Rotation von 90° zur Seite (Urk. 9/91 S. 1 Mitte). Es beständen keine Indikationen für Wirbelbogengelenksinfiltrationen oder eine Behandlung mit Botulinumtoxin und kein Zugang zu einer effektiven somatischen Behandlung (Urk. 9/91 S. 2 Mitte). Dies bestätigten die Ärzte der L. Klinik am 23. Mai 2003 (Urk. 9/97 S. 1 unten).

Der Fachpsychologe H. diagnostizierte am 11. Juni 2003 eine anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.8) mit ausgeprägter Schmerzsymptomatik, kognitiven Leistungsschwächen und depressiver Symptomatik, einschliesslich Angst (Urk. 9/99 S. 1 Mitte). Es beständen starke Empfindlichkeit gegenüber Lärm- und Lichtreizen, Zustände der Hoffnungslosigkeit und Existenzangst (Urk. 9/99 S. 2 oben). Der Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik J. sei - vorsichtig ausgedrückt - unglücklich gewesen. Er sei kranker zurückgekommen und fühle sich von den Ärzten unverstanden. In der L. Klinik hingegen habe man den Beschwerdeführer ernst genommen (Urk. 9/99 S. 2 Mitte).

Am 13. Juni 2003 stellten die Ärzte des Kantonsspitals folgende Diagnosen (Urk. 9/100 S. 1 Mitte):

- Chronisches cervicospondylogenes und thorako-spondylogenes Schmerzsyndrom bei
- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 10. Oktober 2001
- mediane bis links paramediane Diskusprotrusion C4/5 und Retrospondylophytenbildung C5/6
- Status nach Acromio-Clavicular-Luxation Tossy II rechts dominant am 10. Oktober 2001
- Status nach Commotio cerebri am 10. Oktober 2001
- Anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung mit neuropsychologischen Funktionsstörungen
- Intermittierendes lumboradikuläres Syndrom

Sowohl subjektiv als auch objektiv sei keine Verbesserung bezüglich der cervicospondylogenen Schmerzsymptomatik eingetreten (Urk. 9/100 S. 1 unten). Weitere radiologische Abklärungen seien nicht mehr notwendig und es werde eine Therapiepause empfohlen. Nebst hausärztlicher Betreuung sei eine vertrauensärztliche Untersuchung sinnvoll. Aus rheumatologischer Sicht bestehe weiterhin eine

Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 9/100 S. 2 oben).

3.13 Am 16. Juni 2003 bestellte Prof. Dr. med. M. \_\_\_ von der L. \_\_\_ Klinik die Diagnose seiner Arztkollegen vom 9. Januar 2003 (Urk. 9/78 S. 1 Mitte) im wesentlichen (Urk. 9/101 S. 1 Mitte). Im Heilungsverlauf konnten durchaus unfallfremde Faktoren eine Rolle spielen, insbesondere psychosoziale Faktoren (Urk. 9/101 S. 1 unten). Bei einer Badekur in der Türkei seien dem Beschwerdeführer starke Medikamente verabreicht worden, unter deren Einfluss sich der Zustand bis zu einer Schmerzfreiheit entwickelt habe (Urk. 9/101 S. 1 unten f.).

Dr. med. N. \_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, schloss sich dieser Auffassung am 6. November 2003 im wesentlichen an (Urk. 9/124).

3.14 Am 15. Oktober 2003 hielt der Psychologe H. \_\_\_ an seiner Diagnose vom 11. Juni 2003 (Urk. 9/99 S. 1 Mitte) fest (Urk. 9/128 S. 1 unten). Die Sitzungskadenz sei erhöht worden, da der Beschwerdeführer zunehmend auch in eine suizidal gefärbte Depression geraten sei (Urk. 9/128 S. 2 unten).

3.15 Die Ärzte des Medizinischen Zentrums O. \_\_\_, Medizinische Begutachtungsstelle, stellten am 29. Januar 2004 folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/131 S. 19 Ziff. 4):

- Status nach Autounfall am 10. Oktober 2001 mit:
- milder traumatischer Hirnverletzung
- Acromio-Clavicular-Gelenksluxation Tossy II rechts
- Chronifiziertes tendomyotisches und cervicocephales Schmerzsyndrom
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)
- Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1)

Wegen Kopfschmerzen konsumiere der Beschwerdeführer täglich 240 mg MST, welche jedoch wirkungslos seien (Urk. 9/131 S. 11 oben). Daneben bestünden permanente Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Arm. Bei der funktionellen Untersuchung sei die Halswirbelsäule praktisch vollständig eingesteift gewesen (Urk. 9/131 S. 13 oben). Die Schulterbeweglichkeit sei beidseits eingeschränkt mit Wechselinnervationen und Gegenwehr. Der Beschwerdeführer weise eine ausgeprägte Schonhaltung im Bereich der Halswirbelsäule auf. Aktiv sei in der Wirbelsäule praktisch keine Bewegung durchführbar. Bei der passiven Untersuchung komme es zu einer aktiven Gegenwehr, weshalb es unmöglich sei, die passiven Bewegungsmuster zu beurteilen (Urk. 9/131 S. 21 oben).

Wie die Untersuchung in Narkose gezeigt habe, bestünden keine strukturellen somatischen Läsionen im Bereich der Halswirbelsäule, welche als Beschwerdeursachen in Frage kommen würden (Urk. 9/131 S. 21 Mitte). Aus rein rheumatologisch-struktureller Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Geschäftsführer. Die beschriebenen neuropsychologischen Funktionsstörungen seien durch die psychiatrische Diagnose sowie den enormen Schmerzmittelkonsum erklärt, weshalb aus psychiatrischer Sicht die Arbeitsfähigkeit zu 70-80 % eingeschränkt sei (Urk. 9/131 S. 21 unten). Es bestehe somit eine Restarbeitsfähigkeit von 20 % für alle beim Beschwerdeführer in Frage

kommenden beruflichen Tätigkeiten (Urk. 9/131 S. 22 oben).

Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie die depressive Episode hätten sich im Gefolge des Unfalls vom 10. Oktober 2001 entwickelt, seien aber nicht direkte Folge desselben (Urk. 9/131 S. 23 Mitte).

Hinweise auf eine anhaltende Persönlichkeitsstörung, wie sie der Psychologe H. \_\_\_ diagnostiziert habe, hätten sich bei der Untersuchung nicht gefunden (Urk. 9/130 S. 4 Mitte). Die für die Diagnosestellung einer somatoformen Schmerzstörung wichtige Konfliktsituation könne aufgrund der aktuellen Untersuchung nicht mit letzter Sicherheit festgestellt werden. Als Hypothese sei vorstellbar, dass der Beschwerdeführer zu wenig Gelegenheit gehabt habe, mit seiner schwierigen Lebenssituation umzugehen. Ob die Integration in der Schweiz eine Rolle gespielt habe, sei schwierig zu entscheiden (Urk. 9/130 S. 4 unten).

Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin hielten die Ärzte des Medizinischen Zentrums O. \_\_\_, Medizinische Begutachtungsstelle, am 30. März 2004 fest, dass die Behandlung der somatischen Beschwerden bis zum zweiten Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik J. \_\_\_ im September/Oktober 2002 im Vordergrund gestanden sei (Urk. 9/138 Mitte). Danach habe der Beschwerdeführer vorwiegend noch psychische Beschwerden aufgewiesen, welche seine Arbeitsfähigkeit eingeschränkt hätten.

#### **E. 4**

4.1 Zum Sachverhalt ist vorab festzustellen, dass die Angaben des Beschwerdeführers gegenüber verschiedensten Ärzten sowie der Arbeitgeberin und der Beschwerdegegnerin, wonach er mit dem Fahrzeug bis zu acht Meter in die Tiefe gestürzt sei (Urk. 9/1, Urk. 9/10 S. 1 oben, Urk. 9/14 S. 1 Mitte, Urk. 9/16 S. 1 Mitte, Urk. 9/19 Mitte, Urk. 9/44 S. 5 oben, Urk. 9/130 S. 1 unten, Urk. 9/131 S. 9 oben), den unmittelbar im Anschluss an das Unfallereignis vom 10. Oktober 2001 am Unfallort erhobenen Angaben widerspricht. Dem Polizeirapport vom 14. Oktober 2001 (Urk. 9/12) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer mit dem von ihm gelenkten Wagen zirka drei Meter tief in den Wissenbach gefallen sei (Urk. 9/12 S. 2 unten, S. 4 oben und Mitte).

4.2 Die vorliegenden medizinischen Berichte (Urk. 9/14-16, Urk. 9/25, Urk. 9/34, Urk. 9/44, Urk. 9/50, Urk. 9/52-53, Urk. 9/58, Urk. 9/66-67, Urk. 9/69, Urk. 9/73, Urk. 9/76, Urk. 9/78, Urk. 9/88, Urk. 9/91, Urk. 9/97, Urk. 9/100-101, Urk. 9/130-131, Urk. 9/138) sind hinsichtlich der strittigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen insbesondere die geklagten Leiden, sind in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden, und leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein. Es kann somit darauf abgestellt werden.

Eine gewisse Zurückhaltung ist einzig bezüglich der beiden Berichte des Psychologen H. \_\_\_ (Urk. 9/42, Urk. 9/99, Urk. 9/128) angezeigt, welcher aufgrund der mindestens seit März 2002 andauernden Behandlung (Urk. 9/42 S. 1 unten) und der damit entstandenen Vertrauensstellung in seiner Objektivität beeinträchtigt sein könnte. Darauf lassen insbesondere die vom begutachtenden Psychiater anders und überzeugend festgehaltene Diagnose und insbesondere die ebenfalls unterschiedliche Einschätzung der Prognose schliessen (vgl. Urk. 9/99 S. 2 Mitte, Urk. 9/130 S. 4 Mitte).

#### **E. 4.3**

Gestützt auf diese ärztlichen Berichte ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer am 10. Oktober 2001 eine Verletzung der Halswirbelsäule, allenfalls eine Distorsion, erlitten hatte.

#### E. 4.4

Aufgrund der Unfallschwere ist das Ereignis vom 10. Oktober 2001 als mittelschwer zu qualifizieren (vgl. RKUV 1999 S. 122 ff.). Es sind insbesondere keine Anhaltspunkte für ein ausserordentliches, effektiv lebensbedrohendes Geschehen ersichtlich (vgl. Urk. 9/12; RKUV 1995 S. 91 ff.), welche zur Annahme eines schweren Unfalls führen könnten.

Es bleibt somit zu prüfen, wie der Unfall innerhalb des mittleren Bereichs zu einzuordnen ist. Mithin ist zur Bejahung der Adäquanz erforderlich, dass eines der praxismässigen massgebenden Kriterien (vorstehend Erw. 1.4) in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder eine Mehrzahl der Kriterien erfüllt sind.

4.5 Gemäss der schlüssigen Beurteilung im MZR-Gutachten ist die verbleibende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht somatisch, sondern psychisch bedingt (Urk. 9/131 S. 21), wobei psychische Faktoren seit September/Oktober 2002 vorwiegend für die festgestellte Arbeitsunfähigkeit verantwortlich waren (Urk. 9/138). Schon vor diesem Zeitpunkt wurde eine ausgeprägte psychische Komponente festgehalten: So wurde bereits anlässlich der Überweisung zur stationären Rehabilitation am 5. Dezember 2001 - also rund sechs Wochen nach dem Unfall - eine psychologische Betreuung als sicher angezeigt erachtet (Urk. 9/25 S. 3 Mitte). Im März 2002 hatten bereits zwei Sitzungen beim Psychologen H. \_\_\_ stattgefunden, der eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostizierte (Urk. 9/42 S. 1), und die Ärzte des Kantonsspitals Winterthur diagnostizierten im Juli 2002 unter anderem eine anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (Urk. 9/58 S. 1 Mitte). Im Austrittsbericht der Rehaklinik J. \_\_\_ vom Oktober 2002 wurde schliesslich festgehalten, die psychische Belastung stehe im Vordergrund und werde den weiteren Verlauf nicht unerheblich mitbestimmen (Urk. 9/69 S. 4 unten).

Vor diesem Hintergrund ist die Frage, ob die nach verfallener Leistungseinstellung per 31. Mai 2004 verbleibenden - psychischen - Beschwerden in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 10. Oktober 2001 standen, entsprechend der Praxis zur Beurteilung psychischer Unfallfolgen (BGE 115 V 133) zu prüfen. Dies bedeutet, dass bei einzelnen Kriterien nur die somatisch, nicht aber die psychisch bedingte Ausprägung in Betracht fällt.

4.6 Der Beschwerdeführer durchschlug mit dem von ihm gelenkten Wagen ein Brückengeländer und stürzte in den drei Meter tiefer gelegenen Bach (Urk. 9/12 S. 4). Es wurden primär die nicht belegte Beifahrerseite sowie das Heck des Wagens beschädigt und die vom Beschwerdeführer besetzte Fahrerseite des Wagens nur sekundär in Mitleidenschaft gezogen (vgl. Urk. 3/3). Dem Unfallhergang ist zwar eine gewisse Eindringlichkeit nicht abzuspüren. Von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindringlichkeit des Unfalls kann aber nicht gesprochen werden erkennen.

Anhaltspunkte für schwere Verletzungen oder solche einer besonderen Art sind nicht ersichtlich.

Die ärztliche Behandlung fällt nur bis zum Zeitpunkt, ab welchem die psychischen Beschwerden dominierten, in Betracht. Dieser Zeitpunkt ist der Rehabilitationsaufenthalt vom 28. August bis 2. Oktober 2002, so dass die Behandlung bis Anfang Oktober 2002 zu berücksichtigen ist. Sie dauerte mithin ein knappes Jahr, was nicht als aussergewöhnlich lange bezeichnet werden kann.

Hinsichtlich des Kriteriums körperlicher Dauerschmerzen ist einerseits zu beachten, dass der Beschwerdeführer gemäss seinen Angaben im MZR-Gutachten an permanenten Kopf- und Nackenschmerzen leidet (Urk. 9/131 S. 11). Andererseits konnten die MZR-Gutachter aus rheumatologischer-struktureller Sicht keine Einschränkung feststellen und attestierten ausschliesslich psychisch bedingte Einschränkungen. Ob vor diesem Hintergrund die angegebenen Dauerschmerzen zur Erfüllung des Kriteriums geeignet sind oder als letztlich psychisch bedingt ausser Betracht bleiben müssen, erscheint als ausgesprochen fraglich.

Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen verschlimmert hätte, lassen sich weder den Akten entnehmen, noch wurde dies vom Beschwerdeführer geltend gemacht (vgl. Urk. 1).

Ebenso ist, abgesehen von der dominierend gewordenen psychischen Problematik, ein schwieriger oder komplikationsbehafteter Heilungsverlauf zu erkennen.

Die attestierte volle Arbeitsunfähigkeit ist nur bis Anfang Oktober 2002 zu berücksichtigen, da sie in der Folgezeit aus psychischen Gründen bestanden hat. Angesichts der Dauer von knapp einem Jahr ist im Quervergleich (vgl. RKUV 2001 Nr. Urk. 442 S. 544 ff.) festzuhalten, dass das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit knapp erfüllt sein dürfte.

#### **E. 4.7**

Zusammenfassend ist festzustellen, dass von den sieben Kriterien eines (Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit) knapp und ein weiteres (Dauerschmerzen) möglicherweise erfüllt ist. Es kann somit weder von einer Häufung dieser Kriterien gesprochen werden noch von einer besonders ausgeprägten Intensität eines einzelnen Kriteriums (BGE 115 V 140 Erw. 6c).

Damit besteht zwischen den im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Mai 2004 noch vorhandenen Beschwerden und dem Unfall vom 10. Oktober 2001 kein adäquater Kausalzusammenhang.

Die erfolgte Leistungseinstellung erweist sich als gerechtfertigt, womit der angefochtene Entscheid zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - Rechtsanwalt Dr. Daniel Richter
  - SWICA Versicherungen

