

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00040 vom 28. September 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-09-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00040

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00040 du 28 septembre 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00040 del 28 settembre 2007

Erwägungen

E. 2

2.1 Nach den Angaben von Dr. C. ___ vom 30. August 2003 waren bei der Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 9. Juli 2003 mit einer Stunde Verzögerung heftige Kopf- und Nackenschmerzen beidseits aufgetreten. Bei der Erstuntersuchung am 10. Juli 2003 sei auch leichter Schwindel geltend gemacht worden (Urk. 11/3; vgl. auch den Bericht des K. ___ vom 9. Juli 2003, Urk. 3/17). Dr. D. ___ diagnostizierte auch aufgrund des von ihm in Auftrag gegebenen Funktions-Computertomogramms vom 5. Januar 2004 einen Status nach HWS-Distorsion mit ausgeprägter myofascialer Symptomatik mit erheblicher segmentaler Funktionsstörung C4/5, C5/6 und C6/7 bei der Rotation sowie im Bereich von C0/1. Zudem stellte er erhebliche Verkalkungen fest, die er als wahrscheinlich vorbestehend beziehungsweise nicht unfallbedingt beurteilte. Prognostisch sei mit einem langwierigen Verlauf zu rechnen (Urk. 11/8 S. 3).

2.2 In der E. ___ gab die Versicherte an, unter Kopfschmerzen okzipital beidseits, Schwindel beim Aufstehen sowie einer eingeschränkten Kopfbeweglichkeit zu leiden (Urk. 11/16 S. 1 und 5). Die Ärzte hielten nach Behandlungsabschluss fest, die Ziele in der Physiotherapie hätten nur teilweise erreicht werden können. Das Schmerzgebiet wie auch die Kopfbeweglichkeit und der Schwindel seien bei Austritt unverändert gewesen (Urk. 11/16 S. 2). Das psychiatrische Konsilium ergab ein Symptomausweitungsverhalten ohne Codierung nach ICD-10 F. Auffällig sei das übervorsichtige Schonverhalten im Bewegungsablauf, bei allerdings festgestellten HWS-Veränderungen, die zumindest mit Wahrscheinlichkeit degenerativer Natur seien (Urk. 11/15 S. 3).

Im Bericht der F. ___, bei welchen Ärzten die Beschwerdeführerin vom 19. Mai bis 24. Juni 2004 in ambulanter Behandlung stand, wurde unter anderem der Verdacht auf Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung geäussert (Urk. 11/22). Durch die einzeltherapeutischen Übungen habe die Versicherte keine Schmerzlinderung oder Verbesserung der HWS-Beweglichkeit verspürt. Auch objektiv habe keine Verbesserung der HWS-Beweglichkeit, der Ausdauer oder der Schmerzverarbeitung erreicht werden können, weshalb die Therapien gestoppt worden seien. Die Schmerzen könnten aufgrund des Muskelhartspanns nachvollzogen werden. Dringend empfohlen werde die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung sowie der Einsatz eines Antidepressivums (Urk. 11/22 S. 3).

2.3 Kreisarzt Dr. med. G. ___ hielt im Bericht vom 11. Oktober 2004 über die gleichentags stattgefundene Untersuchung fest, seines Erachtens handle es sich hier um ein psychisches Fehlverhalten nach einem Auffahrunfall. Ausser der leicht verspannten Trapeziusmuskulatur habe er keinen pathologischen Befund erhoben. Bei

leichtester Berührung der HWS werde festgestellt, dass die Versicherte aktiv gegenenerviere und somit die Halswirbels  ulenbeweglichkeit selber limitiere (Urk. 11/26 S. 3). Der behandelnde Arzt Dr. C.____ wies die Versicherte erneut Dr. D.____ zu und hielt im Schreiben vom 22. Oktober 2004 fest, er sei der Ansicht, dass die Versicherte tatsächlich wesentliche Beschwerden habe, die er als unfallbedingt erachte, und dass eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit aus seiner Sicht nicht denkbar sei. Er teile zwar den Eindruck, dass die Beschwerdeführerin wesentlich depressiv wirke, er habe aber immer wieder gut reproduzierbare Schmerzpunkte und Bewegungseinschränkungen im Verlauf dokumentiert, so dass er dem Verdacht einer somatoformen Schmerzst  rzung als mehr oder weniger alleinige Ursache der aktuellen Beschwerden nicht folgen könne (Urk. 11/27). Dr. D.____ führte im Antwortschreiben vom 3. November 2004 aus, im Vordergrund stehe eine ausgeprägte myofasciale Symptomatik mit starker Einschränkung der Beweglichkeit der HWS, mit neurovegetativer Symptomatik. In dieser Situation sei die Versicherte nicht arbeitsfähig in der angestammten Tätigkeit als Putzfrau. Er gehe mit der Beurteilung des Kreisarztes nicht einig. Aus seiner Sicht bestehe weder eine massive Depression, noch eine Handbeschwielung noch eine somatoforme Schmerzst  rzung (Urk. 3/12 S. 2).

2.4     Die von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene biomechanische Kurzbeurteilung vom 23. Dezember 2004 ergab, dass aus biomechanischer Sicht aufgrund der technischen Triage und der medizinischen Unterlagen die Beschwerden und Befunde durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall eher nicht erklärbar seien. Durch die degenerativen Veränderungen würden sie eher erklärbar (Urk. 11/33.4 ff.).

2.5     Ab Ende Oktober 2004 befand die Versicherte sich wegen eines depressiven Syndroms bei chronischen Schmerzen in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. H.____ (Urk. 11/28). Dr. H.____ gab am 14. Februar 2005 an, der Verlauf sei höchst unbefriedigend trotz intensiver Analgesie. Die Beschwerden persistierten und die antidepressive Behandlung habe ebenfalls nicht zum gewünschten Resultat geführt. Dr. H.____ ersuchte die I.____ um Standortbestimmung bezüglich Diagnose, Therapie und Prognose (Urk. 11/40). Gemäss der Beurteilung der Ärzte der I.____ vom 9. Mai 2005 (Urk. 11/44) seien die geltend gemachten Beschwerden am ehesten im Rahmen eines tendomyotischen Schmerzsyndroms bei bereits vorbestehenden degenerativen Veränderungen zu sehen. Die Beschwerdeführerin positioniere sich in einer massiven Schonhaltung mit konsekutiver Verkürzung der beteiligten Strukturen (Urk. 11/44.2). Im Bericht vom 28. Juni 2005 zu Handen der SUVA führte Dr. D.____ aus, es bestehe ein Status nach HWS-Distorsion mit chronifizierter myofascialer Symptomatik, wahrscheinlich bei verkürzter Muskulatur im Nacken- und Schulterbereich, mit erheblichen Triggerpunkten suboccipital beidseits. Eine namhafte Besserung sei nach bald zwei Jahren nicht mehr zu erwarten, da sich der Zustand der Beschwerdeführerin laut seinen Beobachtungen kaum verändert habe. Künftige Therapien sollten darauf zielen, eine weitere Verschlechterung zu verhindern und den Schmerzzustand zu reduzieren (Urk. 11/48.2).  

2.6     Nach den Angaben von Dr. J.____ vom 17. Januar 2006 (Urk. 3/14) klagt die Versicherte über Schmerzen in der HWS mit Ausstrahlung in den Kopf. Sie habe ein cervicovertebrales und cervicocephales Syndrom bei Status nach Unfall am 9. Juli 2003 (Urk. 3/14; vgl. auch Urk. 1 S. 11).

E. 3

3.1.1 Strittig und zu präzisieren ist, ob nach dem 1. August 2005, das heisst zwei Jahre nach dem Unfallereignis, noch leistungsbegrenzende, unfallkausale Beeinträchtigungen bestanden haben. Zu präzisieren ist insbesondere, ob die geltend gemachten Beschwerden in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall stehen.

Aufgrund der Angaben von Dr. C. und dem Unfallhergang ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin sich beim Unfall vom 9. Juli 2003 eine Verletzung der HWS zugezogen hat. Eine Stunde nach dem Unfall traten heftige Kopf- und Nackenschmerzen beidseits auf und bei der am folgenden Tag stattgefundenen Untersuchung durch Dr. C. zeigte sich auch ein leichter Schwindel (Urk. 11/3). Auch im weiteren Verlauf gab die Beschwerdeführerin im Wesentlichen an, unter Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schwindel beziehungsweise unter der eingeschränkten Kopfbeweglichkeit zu leiden (Urk. 11/6, 11/8, 11/16 S. 5, 11/22, 11/26 S. 1, 11/27, 11/44, 11/48.2). Die Schmerzen führten auch zu Schlafstörungen (vgl. Urk. 11/3, 11/16 S. 2). Im weiteren Verlauf machte die Versicherte zudem vom Nacken her in beide Arme ausstrahlende Schmerzen geltend (Urk. 11/16 S. 2, 11/26 S. 1, 11/48.2). Die nach dem Unfall veranlassten Röntgenaufnahmen zeigten degenerative Veränderungen der HWS. Nach den Angaben von Dr. D. seien die erheblichen Verkalkungen im Bereich der Densspitze, im Verlauf des Ligamentum alaria und des Ligamentum transversum überwiegend wahrscheinlich vorbestehend. Die weiteren ligamentären Verkalkungen des Ligamentum longitudinale anterius im Bereich der unteren HWS seien wahrscheinlich durch einen Morbus Forestier bedingt (Urk. 11/8 S. 3). Mit dieser Beurteilung stimmt auch die aktuelle Beurteilung von Dr. J. vom 17. Januar 2006 überein, welcher darauf hinwies, dass die radiologischen HWS-Veränderungen nicht einfach massiven Degenerationen entsprechen, sondern einem Morbus Forestier (vgl. Urk. 3/14 S. 2). Beim Unfall eingetretene strukturelle Verletzungen der Halswirbelsäule konnten demgegenüber nicht nachgewiesen werden (vgl. auch Urk. 26 S. 2).

3.2.1 Die von der Versicherten geltend gemachten somatischen Beschwerden können aber trotz Fehlens organisch nachweisbarer Läsionen auch nach der zweijährigen Behandlung als natürlich kausale Folge des Unfalles vom 9. Juli 2003 betrachtet werden, wenn davon auszugehen ist, dass die Versicherte sich beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule zugezogen hat und ein für diese Verletzungen typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden vorliegt (vgl. Erw. 1.2.2 und 1.2.3).

Aufgrund des Geschehensablaufes und der ärztlichen Beurteilungen drängt es sich auf, von einer beim Unfall erfolgten Distorsionsverletzung der HWS auszugehen (vgl. Erw. 3.1). Innerhalb von weniger als 24 Stunden traten die für Schleudertraumata und ähnliche Verletzungen typischen Nackenschmerzen auf (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt vom 31. Januar 2007, U 167/06, Erw. 3.2). Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid vom 2. November 2005 (Urk. 2 S. 3) und in der Beschwerdeantwort vom 24. Mai 2006 (Urk. 10 S. 5) aber davon aus, dass im Nachgang zur Verletzung vom 9. Juli 2003 kein typisches Beschwerdebild mit einer Vielzahl von Beschwerden aufgetreten sei. Aufgrund der Ausführungen der Ärzte der I. seien die geklagten Beschwerden als unfallfremd anzusehen und auf die degenerativen Veränderungen zurückzuführen (Urk. 10 S. 5). Mangels Vorliegens

eines für HWS-Verletzungen typischen Beschwerdebildes sei bei der Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs die Rechtsprechung anzuwenden, wie sie für psychische Verletzungen nach einem Unfall entwickelt worden sei (Urk. 2 S. 3 ff.). Selbst bei Annahme eines typischen Beschwerdebildes nach HWS-Distorsionstrauma sei aufgrund der im Vordergrund stehenden psychischen Problematik und der bei der Beschwerdegegnerin gegebenen somatoformen Schmerzstörung, bei welcher es sich um eine selbständige Störung handle, die für psychische Unfallfolgen massgebende Rechtsprechung anzuwenden (Urk. 10 S. 7).

Die Beschwerdeführerin demgegenüber machte eine Vielzahl von Beschwerden geltend (Urk. 1 S. 8) und bestritt das Bestehen einer psychischen Problematik (Urk. 1 S. 9).

Zu prüfen ist nachfolgend damit insbesondere, ob bei der Versicherten neben den angeführten somatischen Beschwerden auch noch psychische Gesundheitsstörungen vorhanden waren und wie sich physische und psychische Gesundheitsschäden im gesamten Verlauf auswirkten. Zu prüfen ist ebenfalls, ob die vorhandenen ärztliche Berichte für eine abschliessende Beurteilung ausreichen.

3.3 Die vorhandenen ärztlichen Unterlagen zeigen hinsichtlich der somatischen Beschwerden kein einheitliches Bild.

Kreisarzt Dr. G. konnte bei seiner Untersuchung vom 11. Oktober 2004, ein gutes Jahr nach dem Unfallereignis, ausser der leicht verspannten Trapeziusmuskulatur keinen somatischen pathologischen Befund erheben. Er ging davon aus, dass eine psychische Fehlverarbeitung vorliege (Urk. 11/26). Demgegenüber ging der behandelnde Dr. C. gemäss Bericht vom 22. Oktober 2004 davon aus, dass die Versicherte unter wesentlichen Schmerzen leidet, die durch das Unfallereignis ausgelöst worden seien. Die depressive Reaktion zeige sich als Reaktion auf die lang dauernden heftigen Beschwerden (Urk. 11/27 S. 2). Am 3. November 2004 stellte Dr. D. eine erhebliche myofasciale Symptomatik fest, die seit dem Auffahrunfall bestehend sei. Das Vorliegen einer massiven Depression und einer somatoformen Schmerzstörung verneinte er (Urk. 3/12). Gemäss dem Bericht der I. vom 9. Mai 2005 sind die Beschwerden der Versicherten am ehesten im Rahmen eines tendomyotischen Schmerzsyndroms bei bereits vorbestehenden degenerativen Veränderungen zu sehen sowie bei massiver Schonhaltung mit konsekutiver Verkürzung der beteiligten Strukturen (Urk. 11/44.1). Dr. D. führte am 28. Juni 2005 einen Status nach HWS-Distorsion mit chronifizierter myofascialer Symptomatik sowie wahrscheinlich bei verkürzter Muskulatur im Nacken- und Schulterbereich an (Urk. 11/48.2). Dr. J. berichtete von einem cervicovertebralen und cervicocephalen Syndrom bei Status nach Unfall vom 9. Juli 2003 (Urk. 3/14). Gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin habe Dr. J. zudem angegeben, dass eine richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes vorliege. Durch die bereits verminderte Beweglichkeit der HWS habe sich der erlittene Auffahrunfall schlimmer ausgewirkt (Urk. 1 S. 11).

Auf die Beurteilung von Dr. G. kann schon deshalb nicht abschliessend abgestellt werden, weil er im Gegensatz zu allen anderen Ärzten keine glaubhaften somatischen Einschränkungen hatte feststellen können (vgl. Urk. 11/22 S. 2, 11/27, 3/12, 11/44, 11/48 und 3/14). Dr. J. war bei seiner Beurteilung zudem offenbar nicht in Kenntnis der Vorakten (vgl. Urk. 3/14). Aber auch die Beurteilungen von Dres.

C.____ und D.____ sowie der Ärzte der I.____ sind uneinheitlich. Die somatischen Beschwerden werden offenbar einerseits als Folge des Traumas (Dr. C.____), als Folge einer HWS-Distorsionsverletzung (Dr. D.____) oder als auf den Vorzustand (Ärzte der I.____) zurückgehend beurteilt. Auch das Ausmass der Beteiligung von psychischen Faktoren am somatischen Beschwerdebild wird unterschiedlich beurteilt. Die Beschwerdegegnerin hat zudem bis anhin auch keine umfassende, abschliessende Beurteilung eingeholt, die sich zur Kausalität der geklagten somatischen Beschwerden zum Unfallereignis und die sich zur Frage äussert, ob (noch) somatische Symptome vorhanden sind, die auf eine HWS-Distorsion zurückgehen. Dr. D.____ etwa wurde einzig nach dem Behandlungsabschluss gefragt (Urk. 11/43.1).

3.5 Was den psychischen Gesundheitszustand betrifft so wurde in der E.____ erstmals ein Symptomausweitungsverhalten festgestellt (Urk. 11/15 S. 1). Die Ärzte der F.____ äusserten den Verdacht auf eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung, nachdem das somatische Beschwerdebild durch Therapien nicht beeinflusst werden konnte und die Versicherte eine Schonhaltung eingenommen hatte (Urk. 11/22 S. 2 f.; vgl. auch Urk. 11/20). Kreisarzt Dr. G.____ berichtete von einer massiv depressiven Beschwerdeführerin mit einer Fehlverarbeitung des Unfalles (Urk. 11/26), Dr. C.____ von einer depressiven Reaktion auf die lang dauernden Beschwerden (Urk. 11/27), währenddem Dr. D.____ den Eindruck einer massiven Depression oder einer somatoformen Schmerzstörung nicht bestätigen konnte (Urk. 3/12). Dr. H.____ diagnostizierte ein depressives Syndrom bei chronischen Schmerzen und hielt einen unbefriedigenden Verlauf fest (Urk. 11/40). Die Ärzte der I.____ gingen von einem tendomyotischen Schmerzsyndrom aus (Urk. 11/44.1).

Während etwa eine somatoforme Schmerzstörung als selbständiger, sekundärer Gesundheitsschaden zu betrachten ist, können depressive Zustandsbilder auch Folge einer HWS-Distorsionsverletzung sein (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen G. vom 16. Dezember 2005, U 297/04, Erw. 4.2) und dies auch dann, wenn sie nicht unmittelbar im Anschluss an den Unfall auftreten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt vom 31. Januar 2007, U 167/06, Erw. 3.2).

Vorliegend bestehen zwar Hinweise, dass es bei der Beschwerdeführerin im Verlauf zu einer Schmerzverarbeitungsstörung mit Symptomausweitung gekommen ist, und dass das grundsätzlich für glaubhaft beurteilte erhebliche somatische Beschwerdebild psychosomatisch mitbeeinflusst wird. Andererseits werden auch depressive Symptome ohne Symptomausweitung festgehalten (vgl. Urk. 11/27, 3/12, 11/40.1). Zudem fehlt es an einem ausführlichen ärztlichen Bericht eines der Muttersprache der Versicherten kundigen Psychiaters. Insbesondere aus den Berichten der E.____, der F.____ und aufgrund der Angaben von Dr. C.____ ergibt sich indes, dass die Versicherte sich nicht klar in deutscher Sprache ausdrücken kann, was aber im Rahmen einer psychiatrischen Abklärung unerlässlich ist (Urk. 11/15 S. 2, 11/22 S. 2, 11/27 S. 2). Die Beschwerdeführerin hat es trotzdem unterlassen, beim behandelnden Dr. H.____, welcher der albanischen Sprache offenbar kundig ist, einen ausführlichen Bericht beizuziehen (vgl. Urk. 11/40). Dies wird die Beschwerdegegnerin nachzuholen haben.

Aufgrund der uneinheitlichen Berichte und angesichts des Zusammenspiels von somatischen und psychischen Faktoren wird die Beschwerdegegnerin im Anschluss zudem einen ergänzenden Bericht beizuziehen haben, welcher aus

somatischer (neurologischer, rheumatologischer/internistischer) sowie psychiatrischer Sicht zum Gesundheitszustand der Versicherten Stellung nimmt und die Frage beantwortet, ob die vorhandenen Symptome ganz oder teilweise auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren und ob sie im konkreten Fall einer Distorsionsverletzung der HWS zugeordnet werden kÃ¶nnen. Danach wird sie Ã¼ber die Leistungspflicht ab 1. August 2005 neu zu entscheiden haben.

4.ÃÃÃÃÃÃ Nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung gilt die RÃ¼ckweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren AbklÃ¤rung und neuen VerfÃ¼gung als vollstÃ¤ndiges Obsiegen (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2004 i.S. K., U 199/02, Erw. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 57 Erw. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 3), weshalb die vertretene BeschwerdefÃ¼hrerin Anspruch auf eine ProzessentschÃ¤digung hat.

ÃÃÃÃÃÃÃ Diese ist auf Fr. 2'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1.ÃÃÃÃÃÃÃ Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 2. November 2005 aufgehoben und die Sache an die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt zurÃ¼ckgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter AbklÃ¤rung im Sinne der ErwÃ¤gungen, Ã¼ber den ab 1. August 2005 bestehenden Anspruch auf Versicherungsleistungen neu verfÃ¼ge.

2.ÃÃÃÃÃÃÃ Das Verfahren ist kostenlos.

3.ÃÃÃÃÃÃÃ Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der BeschwerdefÃ¼hrerin eine ProzessentschÃ¤digung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4.ÃÃÃÃÃÃÃÃ Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Massimo Aliotta
- Rechtsanwalt Christian Leupi
- Bundesamt fÃ¼r Gesundheit

5.ÃÃÃÃÃÃÃÃ Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes Ã¼ber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht wÃ¤hrend folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

ÃÃÃÃÃÃÃÃ Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

ÃÃÃÃÃÃÃÃ Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren BegrÃ¼ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in HÃ¤nden hat (Art. 42 BGG).

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