

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00214 vom 27. September 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-09-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00214

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00214 du 27 septembre 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00214 del 27 settembre 2007

Erwägungen

E. 3

3.1 Zu Art und Verlauf der nach dem Unfall vom 1. August 2003 eingetretenen Beschwerden ist den medizinischen Akten Folgendes zu entnehmen:

3.2 Am auf den Unfall folgenden Tag begab sich die Beschwerdeführerin wegen Kopfschmerzen, Schwindel und bewegungsabhängigen Nackenschmerzen zu Dr. D. ____. Dieser diagnostizierte in seinem Arztzeugnis vom 19. August 2003 ein Schleudertrauma der HWS und eine commotio cerebri. Ausser bewegungsabhängigen Schmerzen in der HWS mit Einschränkung der Drehbewegung beidseits erhob er keinen pathologischen Befund. Therapeutisch notierte er eine Schmerztherapie und eventuell eine Physiotherapie. Die Beschwerdeführerin verzichtete auf die Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit von einer Woche und unterbrach die Arbeit nicht (Urk. 7/5).

3.3 Am Röntgeninstitut Dr. med. P. ____. erstellt Aufnahmen in Form eines Kernspintomogramms der HWS vom 7. November 2003 waren abgesehen von einer Streckhaltung der HWS unauffällig (Urk. 7/7, 7/106).

3.4 Der Hausarzt Dr. E. ____. schrieb die Beschwerdeführerin ab 5. Dezember 2003 zu 100 % und vom 6. Januar bis 1. Februar 2004 zu 50 % arbeitsunfähig. In seinem Arztzeugnis vom 18. Februar 2004 stellte er die Diagnose eines HWS-Schleudertraumas. Die Beschwerdeführerin leide immer noch an Kopf- und Nackenschmerzen und stehe in physiotherapeutischer und medikamentöser Behandlung (Urk. 7/9).

3.5 Die auf Überweisung von Dr. E. ____. erfolgte neurologische Untersuchung vom 9. Februar 2004 im I. ____. führte zur Diagnose eines beginnenden chronifizierten Schmerzsyndroms cervical bei HWS-Schleudertrauma vom 1. August 2003. Anamnestisch notierte PD Dr. H. ____, dass die Kopfschmerzen bis Weihnachten erträglich gewesen seien, vor Weihnachten sei es zu einer deutlichen Schmerzverstärkung gekommen. Ausserdem leide die Beschwerdeführerin seit dem Unfall an Konzentrationsstörungen und sei langsamer geworden. PD Dr. H. ____. erhob einen insgesamt unauffälligen Neurostatus. Er verneinte ein organisches Korrelat für die sich immer mehr chronifizierenden Nackenschmerzen (Urk. 7/108). Die Prognose in Bezug auf das seit dem Unfall bestehende Schmerzsyndrom erachtete er als eher ungünstig. Es bestehe zudem die Gefahr eines Schmerzmittelabusus. PD Dr. H. ____. empfahl ein Stressbewältigungstraining und die Medikation mit Saroten. Es sei nicht auszuschliessen, dass die Schmerzproblematik durch psychisch belastende Faktoren verstärkt und unterhalten werde. Dies sei psychiatrisch abzuklären. Im Vordergrund stehe das chronische Schmerzsyndrom cervical. Insgesamt sei bei drohender Chronifizierung der Schmerzproblematik eine psychiatrische Exploration und gegebenenfalls ein stationärer

Rehabilitationsaufenthalt mit psychosomatischer Begleittherapie erforderlich (Urk. 7/51).

3.4. Gemäss Zwischenbericht vom 18. Mai 2004 von Dr. E. arbeitete die Beschwerdeführerin nach weiteren Phasen 100- und 50%iger Arbeitsunfähigkeit ab 13. April 2004 wieder zu 100 %. Sie leide gelegentlich an starken Kopf- und Nackenschmerzen sowie Konzentrationsstörungen. Die Behandlung beschränkte sich dannzumal auf nicht näher spezifizierte Medikamente und Ärztliche Kontrollen nach Bedarf (Urk. 7/14). Gemäss Unfallschein UVG suchte die Beschwerdeführerin Dr. E. im Zeitraum vom 11. Mai bis 13. Oktober 2004 siebenmal auf (Urk. 7/73). Einem Bericht von Dr. E. vom 25. Juni 2004 ist zu entnehmen, dass die physiotherapeutische Behandlung nach der neurologischen Untersuchung im I. im Februar 2004 aufgenommen worden war. Der Zustand habe sich danach nur langsam gebessert. Die Beschwerdeführerin sei wegen starker Schmerzen immer wieder arbeitsunfähig gewesen und klage auch heute noch über gelegentlich sehr starke Kopf- und Nackenschmerzen, die sich auch unter Schmerzmitteln nur sehr langsam bessern würden. Sie sei aufgrund der starken Schmerzattacken immer wieder für kurze Zeit arbeitsunfähig, ansonsten jedoch für jegliche Arbeiten zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 7/22).

3.5. Die Beurteilung von Dr. F. vom 11. Oktober 2004 aufgrund seiner audio-neurootologischen Untersuchung lautet dahingehend, dass es sich um ein typisches cervico-encephales Akzelerations-/Dezelerationstrauma vom "head non contact"-Typ handle. Alle drei erwähnten Symptomenkomplexe - Dr. F. notierte anamnestisch als unmittelbare Unfallfolgen Nacken- und Kopfschmerzen sowie Unwohlsein, zusätzlich leide die Beschwerdeführerin an Rückenschmerzen vor allem lumbal, diffusen Schwindelbeschwerden eng vermischt mit visueller Symptomatik und Konzentrationsstörungen, schneller Ermüdbarkeit und reduzierter Belastbarkeit - seien praktisch sofort und/oder mit sehr kurzen "delay"-Intervallen aufgetreten. Da 14 Monate nach dem Unfall die Beschwerden bei Belastung fluktuierend auftraten und persistent seien sowie lediglich vorübergehend auf die therapeutischen Massnahmen reagieren würden, könne von einem "late whitplash injury"-Syndrom gesprochen werden. Neurootologisch liege einerseits eine peripher-zentrale vestibuläre Funktionsstörung links mit visuo-vestibulärer Integrationsstörung vor und andererseits seien Anhaltspunkte für eine cervico-proprio-nociceptive Funktionsstörung gegeben. Diese Befunde würden auf ein posttraumatisches cervico-encephales Syndrom hinweisen. Zur Abklärung des Verdachts auf eine Funktionsstörung der cervicalen Proprio- und Nociceptoren und deren Behandlung empfahl Dr. F. die Durchführung von komparativen, multisegmentalen Blockaden der Medialäste der Rami dorsales der Cervicalnerven nach der Methode von N. Bogduk (Urk. 7/33).

3.6. Dr. G. nahm in seinem Aktenbericht vom 29. November 2004 insbesondere zur Kausalität der Beschwerden Stellung und wies darauf hin, dass es ungewöhnlich sei, dass das Befinden nach einer Behandlung sich erst drei Monate nach einem entsprechenden Unfallereignis einstelle und gar erst vier Monate nach dem Unfall eine Arbeitsunfähigkeit eintrete. Es sei ungeklärt, weshalb sich das Beschwerdebild ständig verschlechtere. Eine gewisse psychische Fehlverarbeitung sei nicht auszuschliessen. Dr. G. empfahl eine neutrale polydisziplinäre Begutachtung (Urk. 7/45).

3.7. Dr. J. erkannte im am 15. Dezember 2004 erstellten Funktions-CT C0 bis C7 neben rotatorischen Fehlstellungen C2 und C3 geringen Grades und einer Kippung des

Atlas normale anatomische Verhältnisse der Kopfgelenke. Die Überprüfung der Rotationen der einzelnen Wirbelkörper ergab neben einer leichten bis mässigen Hypermobilität von C1 nach rechts, einer Hypomobilität von C2 nach links, Rotationsblockaden C5 bis C7 links und eine paradoxe Rotation C4/C5 und C5/C6 links. Diese Verhältnisse sind, gemäss Dr. J. ____, Ausdruck ausgeprägter Funktionsstörungen in den Segmenten C4/C5 und C5/C6 sowie cervico-cranial. Wahrscheinlich sei dies myofaszial aber zusätzlich auch durch die Gelenksblockierungen bedingt (Urk. 7/52).

3.8. Gemäss dem Bericht des Psychotherapeuten K. ____, habe er am 30. November 2004 auf Überweisung von Dr. L. ____ eine stützende-motivierende und mit verhaltenstherapeutischen Interventionen auf die berufliche Wiedereingliederung fokussierte Gesprächspsychotherapie begonnen. Bei der Beschwerdeführerin liege eine ausgeprägte depressive Entwicklung vor, welche zu Sinnlosigkeitsgefühlen, Selbstzweifeln und Antriebslosigkeit führe. Dadurch sei die Behandlungsmotivation für die medizinischen Massnahmen und die erforderliche aktive Mitarbeit deutlich beeinträchtigt, was offenbar die Heilungsfortschritte verzögert habe. Dies wiederum verstärke das depressive Denken bis zu phasenweiser Suizidalität. Gemäss Herrn K. ____ müssen die unfallbedingten körperlichen und psychischen Beschwerden parallel behandelt werden. Der geplante Wiedereinstieg in die Arbeit auf Anfang Februar 2005 sei aufgrund der aktuellen psychischen Labilität zu früh (Urk. 7/69).

3.9. Dr. E. ____ hielt am 27. Januar 2005 fest, dass die Beschwerdeführerin mittlerweile regelmässig Medikamente nehme sowie physio- und psychotherapeutisch behandelt werde. Aufgrund der starken Schmerzen, des Schwindels und der Beliebigkeit könne sie zur Zeit keine Arbeit verrichten, sie sei sogar im Haushalt auf Dritthilfe angewiesen. Die psychische Situation habe sich aufgrund der andauernden Schmerzen massiv verschlechtert (Urk. 7/77).

3.10. Dr. L. ____ beantwortete den von der Unfallversicherung erstmals am 2. Dezember 2004 zugestellten Fragenkatalog (Urk. 7/47) mit Bericht vom 15. April 2005 (Urk. 7/107). Seine Diagnose lautete auf einen Status nach Auffahrunfall mit Akzelerationstrauma und HWS-Distorsion sowie eine Hirnleistungsschwäche. Die Beschwerdeführerin habe sich über Schulter-Nackenschmerzen, okzipitale Kopfschmerzen sowie weiterhin Magenschmerzen vor allem unter Stress beklagt. Zeitweilig gehe es ihr gut, zeitweilig miserabel. Im November 2004 habe sie wegen Schmerzen ganze Tage im Bett verbracht. Ausserdem sei sie leicht aus dem Konzept zu bringen, sei schnell durcheinander. Die psychotherapeutische Behandlung sei anfänglich erfolgreich gewesen, jedoch konzeptarm, weshalb sie sie wieder aufgegeben habe.

Die Frage nach der Objektivierung der subjektiv geklagten Beschwerden beantwortete Dr. L. ____ unter Rückgriff auf die Ergebnisse der durchgeführten bildgebenden Verfahren zusammenfassend im Wesentlichen dahingehend, dass die Funktionsprüfung mit der Spinalmaus die radiologisch beschriebenen thorakalen Skoliosen bestätigt habe. Das Wirbelsäulengesamtscore laute dahingehend, dass eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit, eine funktionell eher ungenügende Wirbelsäule, eine knapp bis ungenügende Wirbelsäulenhaltung und eine unharmonische und funktionell ungenügende Wirbelsäulenbeweglichkeit vorlägen. Der Behandlungsverlauf sei wechselnd; neben deutlichen Fortschritten traten auch immer wieder Rezidive auf. Ein psychisches Leiden verneinte Dr. L. ____ und stellte

sowohl subjektiv als auch im Hinblick auf die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit die Schulter-Nackenschmerzen und die insbesondere problematische Dauerbelastung in den Vordergrund. Beim Heben und Tragen von schweren Lasten, Körperstellungen im Sinne einer längeren zeitlichen Anspannung und Überkopfarbeiten erachtete er die Beschwerdeführerin als zu 100 % arbeitsunfähig. Tätigkeiten in Wechselpositionen mit der Möglichkeit zu Pausen und eigenem Arbeitsrhythmus seien zu 50 bis 70 % zumutbar (Urk. 7/107).

3.11 Die Diagnosen im Austrittsbericht der O.____ vom 15. Juli 2005 lauten wie folgt:

1. Chronisches cervicocephales und -brachiales Schmerzsyndrom rechtsbetont mit/bei

- Status nach HWS-Distorsionstrauma 1. August 2003

- mittelgradige Schwindel- und Gleichgewichtsbeschwerden mit

- peripher-zentraler vestibulärer Funktionsstörung links

- visuo-vestibulärer Integrationsstörung

- cervico-proprio-nociceptiver Funktionsstörung

- Tendenz zu Generalisation

2. Rezidivierende depressive Episoden

- aktuell mittelgradig

Gemäss Beurteilung der zuständigen Abteilungsärztin Dr. med. Q.____ sei es in der Vergangenheit trotz intensiver Physiotherapie zu keiner deutlichen Schmerzregredienz gekommen. Zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektiven Befunden im MRI und den Röntgenbildern bestehe eine deutliche Diskrepanz. Auch im Eintrittsstatus hätten keine die Beschwerden erklärenden Befunde erhoben werden können. Im Verlauf der Hospitalisation sei es trotz intensiver Physiotherapie und Mobilisierung der Brustwirbelsäule und der Rippen zu einer Generalisierung der Schmerzsymptomatik mit panvertebralen Schmerzen gekommen. Die Leistungsfähigkeit habe im Verlauf zunehmend abgenommen. Wegen der chronischen Schmerzsymptomatik sei die Beschwerdeführerin auch in der psychosomatischen Abteilung mitbetreut worden. Nach Austritt empfahl Dr. Q.____ eine regelmässige Fortsetzung des instruierten Heimprogramms sowie ambulant 2-3x/Woche eine medizinische Trainingstherapie und eine ambulante Psychotherapie. Die Arbeitsfähigkeit liegt gemäss Dr. Q.____ für eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit bei 50 %. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe aktuell aus psychiatrischer Sicht. Aus rheumatologisch-medizinischer Sicht sei die Beschwerdeführerin ganztags mit zusätzlichen Pausen von insgesamt 2 Stunden arbeitsfähig.

Der rheumatologische Befund ergab einen massiven paravertebralen Hartspann vor allem zervikal und thorakal, eine grundsätzlich freie Beweglichkeit mit einer allenfalls leicht eingeschränkten Flexion der HWS. Ausserdem notierte Dr. Q.____

einen Druckschmerz und Irritationszonen über dem Prozessus transversus des Atlas. Der neurologische Befund war unauffällig (Urk. 10/2). Die Schlussfolgerungen der Ergonomieabteilung der O.____ aufgrund eines durchgeführten Job Match lauteten dahingehend, dass die verminderte Belastbarkeit der HWS mit belastungsabhängigen Kopfschmerzen und Schwindel die arbeitsbezogenen relevanten Probleme seien. Auffällig seien deutliche Pulsschwankungen und ein allgemein reduzierter Kraft- und Konditionszustand. Die Leistungsbereitschaft der Beschwerdeführerin sei im Grossen und Ganzen zuverlässig, die Schmerzangaben seien glaubhaft. In Anbetracht der reduzierten körperlichen Belastbarkeit in den arbeitsrelevanten Tests müsse davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin in der geleisteten (gemeint wohl: zu leistenden) Arbeitszeit nicht die erforderliche Leistung erbringen könne. Deswegen erschienen aus ergonomisch-medizinischer Sicht zusätzliche Pausen in einem Ausmass von zirka 2 Stunden täglich gerechtfertigt (Urk. 7/125).

E. 4

4.1 Unbestritten und aufgrund der Akten erstellt ist, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 1. August 2003 ein Distorsionstrauma der HWS erlitten hat. Aufgrund des Unfallhergangs, einer Auffahrkollision von hinten mit Anschlag des Kopfes (vgl. Urk. 7/13 S. 1, 7/23 S. 2), liegt eine schleudertraumatische Verletzung vor, welche praxisgemäss einem Schleudertrauma gleichzustellen ist (RKUV 2000 Nr. U 395 [U 160/98] S. 317 Erw. 3; SVR 1995 UV Nr. 23 [U 183/93] S. 67).

Nicht erstellt ist dagegen, dass die Beschwerdeführerin zusätzlich ein leichtes Schädelhirntrauma in Form der von Dr. D.____ am 19. August 2003 diagnostizierten commotio cerebri (vgl. Urk. 7/5) erlitten hat. Wie Dr. G.____ in seinem Bericht vom 29. November 2004 zu Recht festhielt, fehlt es für eine derartige Annahme an den für eine Hirnerschütterung notwendigen Anhaltspunkten wie dem Vorliegen einer Bewusstlosigkeit oder Amnesie (vgl. Urk. 7/23 S. 2 7/45 S. 1). Da unmittelbar nach dem Unfall auch sonst nicht das typische Beschwerdebild nach einem Schädelhirntrauma - mit Konzentrations-, Gedächtnis- und Schlafstörungen, rascher Ermüdbarkeit, Licht- und Lärmempfindlichkeit, Reizbarkeit und Nervosität, Angstzuständen und Depression sowie Wesensveränderung (BGE 117 V 377 Erw. 3c, 382 Erw. 4b) auftrat, steht das Vorliegen eines Schädelhirntraumas trotz Kopfanprall zu Recht zwischen den Parteien nicht zur Diskussion.

Im Anschluss an den Unfall sind denn auch Beschwerden aufgetreten, welche zum typischen Beschwerdebild einer Distorsionsverletzung der HWS gehören (BGE 117 V 360 Erw. 4b). Nach den Akten sind unmittelbar nach dem Unfall und noch innerhalb der für die Unfallkausalität geltenden Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden (RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29) bewegungsabhängige Schmerzen im Bereich der HWS mit Einschränkung der Drehbewegung beidseits aufgetreten (Urk. 7/5). Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin im UVG-Abklärungsbericht vom 14. Juli 2004 kamen zu den am Unfalltag aufgetretenen Kopf- und Magenschmerzen und den am Folgetag aufgetretenen Nackenschmerzen ebenfalls am Folgetag Schwindelanfälle hinzu und im Laufe der Arbeitswoche Konzentrationsstörungen (Urk. 7/23 S. 2). Diese Angaben finden im Wesentlichen Bestätigung in den Anamnesen verschiedener ärztlicher Berichte wie demjenigen von Dr. E.____ vom 18. Mai 2004 (Urk. 7/14) und dem Bericht von PD Dr. H.____ vom 9. Februar 2004 (Urk. 7/108). Eine mögliche psychische Beteiligung erwähnte erstmals PD Dr. H.____ aufgrund seiner Untersuchung vom 9. Februar 2004,

hielt er doch fest, dass nicht auszuschliessen sei, dass psychisch belastende Faktoren für die sich immer mehr chronifizierenden Nackenschmerzen mitverantwortlich seien (Urk. 7/51 S. 2). Der Psychotherapeut K.____ sodann bestätigte in seinem Bericht vom 25. Januar 2005 aufgrund der am 30. November 2004 begonnenen Gesprächstherapie das Vorliegen einer ausgeprägten depressiven Entwicklung (Urk. 7/69).

Die von Dr. F.____ in seinem Bericht vom 11. Oktober 2004 erwähnten, angeblich seit dem Unfall bestehenden lumbalen Rückenschmerzen (vgl. Urk. 7/33 S. 1) fanden zuvor weder in den medizinischen noch den übrigen Akten Niederschlag. Gegenteilig erklärte die Beschwerdeführerin zu Händen des UVG-Abklärungsberichts am 8. Juli 2004, dass die Beschwerden mit Ursprung im Nacken der Wirbelsäule entlang bis Mitte Rücken vorhanden seien (Urk. 23 S. 3).

Auch wenn bezüglich der HWS-Beschwerden und insbesondere des Auftretens und der Relevanz der lumbalen Beschwerden sowie auch der von Dr. F.____ erwähnten visuellen Symptomatik (Urk. 7/33 S. 1), welche die Beschwerdeführerin gegenüber PD Dr. H.____ ausdrücklich verneint hatte (Urk. 7/108 S. 1), nicht gänzliche Klarheit herrscht und möglicherweise unfallfremde Faktoren in Form von Fehlstellungen/Fehlhaltungen im Bereich der Wirbelsäule mitspielen, ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem Gesundheitsschaden zumindest im Sinne einer Teilkausalität zu bejahen, wovon auch die Beschwerdegegnerin ausgegangen ist. Streitig und zu präzisieren ist, wie es sich hinsichtlich der Unfallkausalität der ab 1. Juli 2005 (Leistungseinstellung) weiter bestehenden Beschwerden verhält. Weil es sich dabei um eine leistungsaufhebende Tatsache handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45, RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328). Der Unfallversicherer hat jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen, sondern nur, dass die unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen P. vom 15. Oktober 2003, U 154/03, F. vom 10. September 2003, U 343/02, und E. vom 12. Dezember 2002, U 247/02).

4.2 In der für die Beurteilung massgebenden Zeit von der Leistungsaufhebung (1. Juli 2005) bis zum Erlass des Einspracheentscheids vom 13. März 2006 (BGE 130 V 446 Erw. 1.2 mit Hinweisen) klagte die Beschwerdeführerin insbesondere über ein chronisches cervicocephales und -brachiales Schmerzsyndrom rechtsbetont mit zum Teil Schwindel mit Schlägigkeit und Erbrechen und Gleichgewichtsbeschwerden. Zunehmend problematisch für das Berufsleben erachtete sie ausserdem die Konzentrationsschwäche, ihre rasche Ermüdbarkeit und die reduzierte Belastbarkeit (vgl. Urk. 10/2 S. 1 und 3).

Dr. Q.____ der O.____ stellte die Unfallkausalität des von ihr im Bericht vom 15. Juli 2005 diagnostizierten chronischen cervicocephalen und -brachialen Schmerzsyndroms nicht in Frage. Zu den aus der Beurteilung von Dr. F.____ übernommenen Diagnosen einer peripher-zentralen vestibulären Funktionsstörung links, einer visuo-vestibulären Integrationsstörung sowie einer cervico-proprio-nociceptiven Funktionsstörung finden sich im Bericht der O.____ keine weitergehenden Auseinandersetzungen (Urk. 10/2). Dr. F.____ ordnete dieselben dem von ihm diagnostizierten posttraumatischen cervico-encephalen Syndrom zu (Urk. 7/33 S. 5). Was schliesslich die psychischen Beeinträchtigungen betrifft, ist den Akten abgesehen

vom Kurzbericht von Herrn K.____ vom 25. Januar 2005 keine fachärztliche respektive von einer Fachperson erstellte Stellungnahme zu entnehmen. Gemäss Herrn K.____ lag Ende 2004/Anfang 2005 eine ausgeprägte depressive Entwicklung vor, welche er als unfallbedingt bezeichnete (Urk. 7/69). Von der O.____, wo die Beschwerdeführerin aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik in der psychosomatischen Abteilung mitbetreut worden war, liegt keine schriftliche psychiatrische Beurteilung vor. Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Episode, aktuell mittelgradig, im Austrittsbericht vom 15. Juli 2005 kann daher nicht nachvollziehbar überprüft werden. Auch liegen keine Aussagen zur Kausalität der festgestellten psychischen Beschwerden vor. Die Annahme, dass eine depressive Symptomatik gegeben ist, scheint sich jedoch aufgrund der grundsätzlich übereinstimmenden Diagnosen von Herrn K.____ und der O.____ zu rechtfertigen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Beschwerdeführerin in der für die Beurteilung massgebenden Zeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an diversen Beschwerden (Kopf-, Nackenschmerzen, Schwindel, Konzentrationsstörungen, Depressivität), welche dem typischen Beschwerdebild nach einer schleudertraumatischen Verletzung zugerechnet werden, litt. Zumindest eine Teilkausalität dieser Beschwerden ist unter Würdigung der medizinischen Akten nicht in Zweifel zu ziehen.

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Nach der Rechtsprechung deckt sich bei organisch nachweisbaren Befunden die adäquate, das heisst die rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität, weshalb sich eine spezifische Adäquanzprüfung in der Regel erbringt (BGE 117 V 365). Für die Bejahung der Adäquanz genügt es indessen nicht, dass organische Befunde erhoben werden; vielmehr müssen diese objektivierbar sein.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Was nun aber die Objektivierbarkeit der somatischen Beschwerden anbelangt, sind die medizinischen Akten nicht schlüssig. Die im Röntgeninstitut P.____ erstellten Aufnahmen vom 7. November 2003 zeigten abgesehen von einer Streckhaltung der HWS bei einer leichten S-förmigen skoliotischen Fehllhaltung cervical links-, hochthoracal rechtskonvex eine normale Morphologie ohne Sekundärveränderungen (Urk. 7/7, 7/106). Dr. J.____ erkannte gestützt auf sein Funktions-CT vom 15. Dezember 2004 dagegen ausgeprägte Funktionsstörungen in den Segmenten C4/5 und C5/6 sowie cervico-cranial. Zur Ursächlichkeit notierte er, dass die Befunde wahrscheinlich myofascial bedingt seien, zusätzlich aber auch durch Gelenksblockierungen (Urk. 7/52). Dr. L.____ sodann schloss, dass die Funktionsprüfung mit der Spinalmaus eine ausgesprochene Kippung in Höhe Th1/C7, jedoch auch thorakal Th5/6 bei Bewegungsstarre durch Schonhaltung im zervikalen Gebiet zeige, und die radiologisch beschriebene thorakale Skoliose bestätige (Urk. 7/107).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die in den bildgebenden Verfahren erhobenen Befunde variieren, teilweise wohl durch verschiedene Techniken bedingt, erheblich. Eine nachvollziehbare Beurteilung, welche sich insbesondere mit den von Dr. J.____ festgestellten Hyper- und Hypomobilitäten sowie den Rotationsblockaden und der paradoxen Rotation C4/5 rechts und C5/6 links, aber auch mit den von Dr. L.____ erwähnten Kippungen in den Bereichen Th1/C7 und Th5/6 auseinandersetzt, findet sich in den Akten nicht. Das von Dr. L.____ angeführte Wirbelsäulengesamtscore lässt zwar darauf schliessen, dass die

Wirbelsäulenhaltung der Beschwerdeführerin ungenügend ist, was möglicherweise mit der vorbestehenden thorakalen Skoliose einhergeht. Doch ist seiner Beurteilung nicht abschliessend zu entnehmen, welche Ursache er den von Dr. J. ___ festgestellten Funktionsstörungen zuordnet und ob insbesondere die von ihm notierte Bewegungsstarre durch Schonhaltung im zervikalen Gebiet im Bereich Th5/6 als unfallkausal zu betrachten ist und welche Beschwerden diese verursacht.

Die von Dr. J. ___ notierten möglichen Ursachen helfen diesbezüglich ebenfalls nicht weiter, denn sowohl wenn die von ihm festgestellten Störungen myofaszial bedingt wären, als auch wenn Gelenkblockierungen dafür verantwortlich sind, könnte der Unfall vom 1. August 2003 seinerseits für diese Ursächlichkeiten verantwortlich sein. Eine eingehende ärztliche Beurteilung der in den bildgebenden Verfahren erhobenen Befunde mit einer klaren Stellungnahme zur Unfallkausalität derselben und den sich daraus ergebenden Beschwerden erscheint daher unabdingbar.

Im Lichte der Prüfung der Objektivierbarkeit der organischen Befunde stellt sich in Bezug auf die von Dr. F. ___ gestützt auf seine audio-neurootologische Untersuchung erhobenen Befunde ebenfalls die Frage nach der Notwendigkeit ergänzender Abklärungen. Dr. F. ___ erkannte unter anderem Anhaltspunkte für eine cervico-proprio-nociceptive Funktionsstörung. Zur Klärung und Behebung derselben und ihm zufolge auch der Funktionsstörung im Bereich der cervicalen Facettengelenke empfahl er die Durchführung von komparativen, multisegmentalen Blockaden der Medialäste der Rami dorsales der Cervicalnerven nach der Methode von N. Bogduk (Urk. 7/33 S. 6). Die Beschwerdegegnerin kam nach Eingang dieses Berichts selber zum Schluss, dass hierzu Weiterungen notwendig seien und unterbreitete den Bericht Dr. G. ___ zur Stellungnahme (Urk. 7/37). Dr. G. ___ sah sich jedoch nicht in der Lage, zur Unfallkausalität der von Dr. F. ___ diagnostizierten Störungen oder zu Zweck und Validität der von letzterem vorgeschlagenen Methode von N. Bogduk Stellung zu nehmen. Zur Organizität der audio-neurootologischen Störungen äusserte er sich mangels entsprechender Fragestellung ebenfalls nicht (Urk. 7/45 S. 2). Dr. L. ___ listete unter der Frage nach der Objektivierbarkeit der subjektiv geklagten Beschwerden die von Dr. F. ___ gestellten Diagnosen auf, enthielt sich jedoch ebenfalls einer erläuternden Begründung dafür (Urk. 7/107 S. 2).

Damit aber kann gestützt auf die momentane Aktenlage nicht abschliessend beurteilt werden, ob die von Dr. F. ___ gefundenen Anhaltspunkte für eine cervico-proprio-nociceptive Funktionsstörung auf einen objektiv nachweisbaren organischen Befund wie demjenigen der von ihm erwähnten posttraumatischen Mikroläsionen im Bereich Pontomesencephalons schliessen lassen. Auch diesbezüglich wird die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Abklärungen im Sinne einer fachärztlichen Beurteilung, welche unter Umständen durch eine zusätzliche Untersuchung zu ergännen sein wird, in die Wege zu leiten haben.

5.2 Sollten die zu ergänzenden medizinischen Abklärungen zum Schluss führen, dass keine unfallkausalen, objektiv nachweisbaren organischen Befunde vorliegen, wird die Beschwerdegegnerin ausserdem eine psychiatrische Begutachtung in die Wege zu leiten haben. Die Vorinstanz hat die Adäquanz des Kausalzusammenhangs nach den für psychische Unfallfolgen geltenden Kriterien geprüft mit der Begründung, dass die psychischen Beschwerden eindeutig im Vordergrund ständen und fast seit dem

Unfall eine massgebende Bedeutung hätten (Urk. 2 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dieser Auffassung kann gestützt auf die momentane Aktenlage nicht gefolgt werden. Einzige Stellungnahme einer fachlich versierten Person bildet der Bericht des Psychologen K. ___ vom 25. Januar 2005 (Urk. 7/79). Herr K. ___ spricht sich zwar für das Vorliegen einer ausgeprägten depressiven Entwicklung bis hin zur Suizidalität aus, doch sind seinen Ausführungen keine Anhaltspunkte zum Beginn der depressiven Beschwerden zu entnehmen, so dass gestützt darauf nicht der - von der Rechtsprechung geforderte (vgl. Erw. 2.5) - Schluss gezogen werden kann, dass die psychische Problematik bereits unmittelbar nach dem Unfall eindeutig im Vordergrund gestanden ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin gemäss den von der Krankenversicherung eingereichten Unterlagen im Zeitraum vom 6. Februar 2003 bis 22. Januar 2004 beim Psychiater M. ___ in Behandlung stand, wobei sich die Behandlungskosten auf insgesamt Fr. 966.85 beschränkten (Beilage zu Urk. 7/70), weist darauf hin, dass möglicherweise eine psychische Vorbelastung bestanden hat. Alleine gestützt darauf kann aber nicht davon ausgegangen werden, dass die psychische Problematik bereits unmittelbar nach dem Unfall eindeutige Dominanz aufgewiesen hat. Angesichts dessen darf die Adäquanz nur dann nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen beurteilt werden, wenn im Verlauf 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 (Erw. 2.5). Hierauf aber lassen zumindest die momentanen medizinischen Akten nicht schliessen. So erklärte PD Dr. H. ___ aufgrund seiner Untersuchung vom 9. Februar 2004 zwar eine psychiatrische Abklärung für angezeigt, doch stehe das chronische Schmerzsyndrom cervical klar im Vordergrund (Urk. 7/51). Dr. E. ___ erklärte am 27. Januar 2005, dass die Beschwerdeführerin an starken Schmerzen, Schwindel und Übelkeit leide (Urk. 7/77). Dr. L. ___ verneinte das Vorliegen eines psychischen Leidens gar (Urk. 7/107 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Einzig gestützt auf die Beurteilung von Dr. Q. ___, gemäss welcher die Reduktion der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit um 50 % aktuell aus psychiatrischer Sicht gegeben sei (Urk. 10/2 S. 2), lässt sich nicht begründen, dass die physischen Beschwerden im Gesamtverlauf eine untergeordnete Rolle gespielt hätten und nunmehr ganz in den Hintergrund getreten seien. Hierfür bedürfte es einer nachvollziehbar begründeten psychiatrischen Stellungnahme. Der Umstand, dass Dr. Q. ___ die geschilderten Beschwerden keinen objektiven Befunden im MRI der HWS zuordnen konnte, lässt die somatische Natur der ärztlicherseits nicht in Frage gestellten Nacken-, Kopf-, Rücken- und Schwindelbeschwerden sowie der Konzentrationsstörungen nicht entfallen. Immerhin erkannte Dr. Q. ___ im rheumatologischen Befund einen Druckschmerz und Irritationszonen über dem Prozess transversus des Atlas, und dem Austrittsbericht der Physiotherapie Rheumatologie ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin eine sehr steife Oberkörperhaltung insbesondere des Kopfes und der Schultern sowie eine stark verminderte Beweglichkeit der HWS zeige (Urk. 10/2 mit Beilage). Somatische Befunde waren somit sehr wohl vorhanden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin wird daher, sofern die zu ergänzenden medizinischen Abklärungen nicht bereits zu organisch nachweisbaren Befunden führen, was eine spezifische Adäquanzprüfung wohl entfallen liesse, eine - im übrigen ärztlicherseits bereits mehrfach empfohlene (Urk. 7/45 S. 2, 7/51 S. 2) -

psychiatrische Begutachtung zu veranlassen haben, welche insbesondere auch zur Unfallkausalität eines allfälligen psychischen Gesundheitsschadens, zum Beginn desselben, zum Beschwerdeverlauf und zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie zum Verhältnis der somatischen zu den psychischen Beschwerden Stellung nimmt.

Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

E. 6

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

E. 6.2

Die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfolgung gilt als vollständiges 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 Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Unter Berücksichtigung obgenannter Kriterien ist diese auf Fr. 1'900.-- zu bemessen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. März 2006 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfolge.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- SWICA Versicherungen
- Rechtsanwalt Werner Bodenmann
- Bundesamt für Gesundheit

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

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

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

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