

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00430 vom 3. Oktober 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-10-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2007.00430](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00430)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00430 du 3 octobre 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00430 del 3 ottobre 2008

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

1.2. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss 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 beziehungsweise 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 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 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 beziehungsweise 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 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

### E. 1.3

1.3.1. 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 begründet erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.3.2 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 gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 Erw. 10.2 f.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

## E. 2

2.1 Die drei Stunden nach dem Unfall erstbehandelnden Ärzte des Spitals C. berichteten am 21. Februar 2001 (Urk. 10/M1) von geklagten Schmerzen in der HWS und LWS. Dabei lag kein Kompressions- oder Achsenstossschmerz des Beckens rechts vor, indes eine Druckdolenz über dem Gluteus maximus sowie der HWS und LWS. Die Beweglichkeit der HWS zeigte sich schmerzbedingt eingeschränkt ohne Vorliegen von Neurologien. Mittels Röntgenaufnahmen der LWS und der HWS konnte das Vorliegen ossärer Läsionen ausgeschlossen werden. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert.

2.2 Die Ärzte des Stadtspitals E., an welches die Beschwerdeführerin von der Hausärztin überwiesen worden war, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 20. März 2001 (Urk. 10/M3) über die Hospitalisation vom 22. Februar bis 7. März 2001 ein HWS-Distorsionstrauma mit Schwindel, Übelkeit und Kopfschmerzen bei einem chronisch vorbestehenden Zerviko-Lumbovertebralsyndrom. Die Ärzte berichteten über die vorbestehenden chronischen Kopfschmerzen sowie eine zunehmende Nervosität begleitet von Übelkeit und Schlafstörungen, wobei unter Tolvon eine leichte Besserung bis vor dem neuerdings erlebten Trauma eingetreten sei.

Die Ärzte konnten weder klinisch noch mittels MRI-Untersuchung ein Korrelat zu den geklagten HWS-Schmerzen finden oder neurologische Auffälle objektivieren. Im Verlauf ergab sich sodann eine aktiv und passiv frei bewegliche HWS. Die psychosomatischen Beschwerden zeigten sich unverändert bei nächtlichen Alpträumen und Angstzuständen.

Die Ärzte empfahlen bei der Annahme einer posttraumatischen Belastungsstörung - nebst der Weiterführung der medikamentösen Tolvon-Therapie - eine psychologische Nachbetreuung und attestierten eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit ab Klinikeintritt bis am 14. März 2001, gefolgt von einer 50%igen bis am 25. März 2001. Ab dem 26. März 2001 gingen sie von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit aus.

2.3 Dr. F. berichtete am 16. April 2001 (Urk. 10/M4) über drei erfolgte Untersuchungssitzungen und verwies auf die starke psychische Reaktion der Beschwerdeführerin, wobei Angstsymptome dominierten. Demgemäss diagnostizierte er ein Angstsyndrom und brachte (ergänzend) geklagte Gefühlsstörungen auf der linken Körperseite damit in Zusammenhang. Er führte aus, die Beschwerdeführerin sei bereits vor dem Unfall psychisch labilisiert gewesen, was indes die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt, allenfalls aber die Vulnerabilität für ein Unfallereignis erhöht habe. Er schloss das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung aus und hielt fest, das Beschwerdebild könne nicht vollumfänglich mit der psychischen Dimension in Verbindung gebracht werden. Das Schmerzsyndrom und die kognitiven Probleme stellten Symptomgruppen dar, die nach HWS-Distorsionstraumen häufig und auch ohne derartige vorbestehende psychische Labilisierung beobachtet werden könnten. Er empfahl die Durchführung einer Psychotherapie sowie einen stationären Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik.

2.4 Lic. phil. G., welche die Beschwerdeführerin seit 18. April 2001 betreut, schilderte in ihrem Bericht vom 17. Juli 2001 (Urk. 10/M8) eine seit dem Unfall erhöhte Ängstlichkeit und Verunsicherung der Beschwerdeführerin, welche nicht mehr allein in

einem Zimmer schlafen können. Dies sei vor dem Unfall nicht der Fall gewesen. Auch habe sie vorher keine Alpträume gehabt. Eine Verkehrsphobie habe sich zwischenzeitlich zurückgebildet. Aktuell zeige die Beschwerdeführerin eine Ängstlichkeit gegenüber ihrem Kind und fürchte bei geringem Anlass, es könnte ihm etwas zustossen. Grosse Angst bereiteten der Beschwerdeführerin auch ihre massiven kognitiven Einschränkungen. Sie könne kurzfristig die zeitliche und räumliche Orientierung verlieren und wisse für Sekunden nicht, wo sie sich gerade befinde und ob ihre Tochter bei ihr sei. Auch erinnere sie sich zeitweilig nicht an den Geburtstag der Tochter und gehe zweimal hintereinander den Briefkasten leeren.

Die Psychologin bejahte einen Zusammenhang zwischen dem Unfall und diesen Symptomen unter dem Hinweis, dass die psychischen Probleme vor dem Unfall mit Tolvon gut im Griff gewesen seien. Sie attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit.

2.5 Die Ärzte des Psychiatrie-Zentrums H. \_\_\_\_, wo die Beschwerdeführerin vom 11. bis 17. Juli 2001 wegen Suizidalität hospitalisiert war, berichteten am 29. Oktober 2001 (Urk. 10/M11) von einer raschen Abstandnahme nach dem Klinikeintritt. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, sich im stationären Rahmen gut von den Problemen zu Hause distanzieren zu können. Die Schmerzsymptomatik sei persistent. Nach einem Tagesurlaub am 17. Juli 2001 zur Feier eines Geburtstages im familiären Rahmen sei die Tochter krank geworden und der Austritt - bei deutlicher Distanzierung von Suizidwünschen - erfolgt.

2.6 Die Ärzte der Rehaklinik I. \_\_\_\_ diagnostizierten im Bericht vom 3. Dezember 2001 (Urk. 10/M14) über die Hospitalisation vom 16. Oktober bis 13. November 2001 einen Status nach Verkehrsunfall mit HWS-Distorsion mit konsekutiv persistierendem zervikozephalem Symptomkomplex, Lumbalsyndrom, neuropsychologischen Funktionsstörungen, vegetativer Dysregulation sowie Anpassungsstörung bei längerer depressiver Reaktion (S. 1). Aktuell habe die Beschwerdeführerin über undulierend vorhandene Nacken- und Hinterkopfschmerzen mit Ausstrahlungen entlang des ganzen Rückens und Exazerbation bei Belastung sowie über Gefühlsstörungen und Parästhesien im Bereich des linken Armes und über einen Tinnitus geklagt. Ab und zu ergäben sich ein Schwankschwindel, oft Schwindel und Erbrechen, ab und zu Herzrasen sowie vermehrtes Schwitzen. Die Beschwerdeführerin gebe an, tagsüber extrem müde zu sein, Schlafprobleme habe sie keine (S. 2).

Die Ärzte schilderten die eingeleiteten therapeutischen Massnahmen wie folgt: (1) Physiotherapie mit Mobilisation der LWS und Entlastung der Nacken- sowie Schultergürtelmuskulatur, (2) Ergotherapie mit Förderung des Gedächtnisses, Aufmerksamkeit, Belastbarkeit und Ausdauer sowie (3) psychologische Betreuung mit Stützung. Zusammenfassend hielten die Ärzte fest, durch die therapeutischen Massnahmen habe kaum eine Beeinflussung der Beschwerden und Befunde erreicht werden können. Eine Arbeitsfähigkeit ausser Haus sei momentan unrealistisch (S. 4 f.).

2.7 Die Ärzte des L. \_\_\_\_ verwiesen in ihrem Gutachten vom 13. Januar 2004 (Urk. 10/M16) auf die geklagten Beschwerden (Nacken-/Hinterkopfschmerzen, Schwindel, Schlafstörungen, Gedächtnisstörungen). Die Nacken- und Hinterkopfschmerzen wurden als belastungsabhängig geschildert, wobei diese bei der Untersuchung nach einem schmerzfreien Intervall nach dem Aufstehen spontan aufgetreten seien und bis am Abend an

Intensität zugenommen hätten (S. 4).

Die Gutachter hielten fest, klinisch-neurologisch bestehe eine eingeschränkte HWS-Beweglichkeit mit zervikalem, paravertebalem Hartspann linksbetont ohne Hinweise auf fokale neurologische/neuropsychologische Defizite. Bei Zustand nach Autounfall vom 26. Januar 2001 mit seither vorhandenen belastungsabhängigen Hinterkopf- und Nackenschmerzen, subjektivem Schwindelgefühl sowie Schlaf- und Gedächtnisstörungen verwiesen sie auf klinisch-neurologisch objektivierbare Myogelosen. Neuroradiologisch bestanden keine Hinweise auf eine traumatische Diskushernie oder anderweitige, die neuronalen Strukturen komprimierende Pathologien. Für eine formale neuropsychologische Untersuchung habe die Kooperation gefehlt, im Gespräch sei eine Somatisierungstendenz mit auffälligen Persönlichkeitsmerkmalen ohne Hinweise auf ein fokales hirnrorganisches Defizit aufgefallen. Auch wenn die Beschwerdeführerin vor dem Unfall vom Januar 2001 psychische Probleme gehabt habe, sei ein zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Auftreten der geistigen Beschwerden oder deren Akzentuierung mit dem Unfallereignis unbestritten. Die Gutachter erachteten die subjektiven Beschwerden und die objektivierbaren Befunde als überwiegend wahrscheinliche Folge des Unfalles und attestierten eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit im Beruf als Krankenschwester (aufgrund des posttraumatischen zervikozephalen Schmerzsyndroms). In Bezug auf die psychiatrische Seite verwiesen sie auf die Einschätzung des behandelnden Psychiaters (S. 5). Den Endzustand bezeichneten sie - drei Jahre nach dem Unfall - als erreicht (S. 7).

Dr. M. \_\_\_ verwies in seinem Gutachten vom 31. Oktober 2005 (Urk. 10/M16b) auf die Klagen der Beschwerdeführerin (an vier von zehn Tagen auftretende Nacken- und Kopfschmerzen, weswegen sie nichts tragen könne, Müdigkeit, Angstzustände, Freudlosigkeit, Lustlosigkeit, Gedächtnis-, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen). Dem Gutachter fielen deutliche Gedächtnisdefizite für die psychische Situation vor dem Unfallereignis auf. Er erkannte sodann eine deutliche depressive Grundstimmung mit Morgentief und Anhedonie sowie Antriebslosigkeit (S. 2).

Dr. M. \_\_\_ diagnostizierte eine abhängige Persönlichkeitsstörung sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (S. 3). Er hielt fest, die Persönlichkeitsstruktur sei ein wesentlicher Faktor in der Krankheitsentwicklung, indessen könne nicht gesagt werden, auch ohne Unfall wäre eine Arbeitsunfähigkeit eingetreten. Dies sei eben in den Jahren vorher nicht der Fall gewesen. Er ging von einer richtungsweisenden Verschlimmerung des Vorzustandes aufgrund des Unfalls aus (S. 4) und attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit (S. 5), wobei diese sechs Monate nach dem Unfall überwiegend auf die psychischen Beschwerden zurückgingen.

### E. 3

3.1 Die Beschwerdegegnerin liess die Frage des Vorliegens eines natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den noch geklagten Beschwerden im angefochtenen Einspracheentscheid vom 27. August 2007 (Urk. 2) offen, verneinte indes die Adäquanz.

3.2 Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist ein natürlicher Kausalzusammenhang in der Regel anzunehmen, wenn ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert ist und ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer

Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderungen usw. vorliegt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

Das höchste Gericht führte in seiner Rechtsprechung sodann aus, dass im Hinblick auf die in der medizinischen Wissenschaft gesicherten Erkenntnisse nach Schleudertrauma die Zurechnung eines solchen zu einem Unfall zu verneinen sei, wenn die Latenzzeit von Beschwerden und medizinischen Befunden in der Halsregion nicht binnen 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten (Urteil des EVG in Sachen E. vom 12. August 1999, U 264/97). Hierbei genügt es, wenn die versicherte Person an Nackenschmerzen leidet und weitere praxistypische Beschwerden erst mit der Zeit hinzukommen (vgl. hierzu: Urteil des EVG i.S. S. vom 30. Juli 2007, U 336/06, Erw. 5.1).

3.3 Vorliegend steht fest, dass die Beschwerdeführerin bereits anlässlich der polizeilichen Rapportierung des Unfalls Schmerzklagen äusserte (Protokoll vom 6. Februar 2001, Urk. 11/R2/3 S. 3), indes auf einen Beizug der Sanität verzichtete. Im Rahmen der ca. drei Stunden später erfolgten Untersuchung im Spital C. wurden die geklagten Schmerzen im Bereich der HWS und LWS erneut protokolliert. In der Folge traten Müdigkeit und Schlafstörungen auf (Urk. 10/M3) sowie kognitive Störungen (Urk. 10/M8). Schliesslich finden sich in den Akten Anhaltspunkte für einen Tinnitus, Schwankschwindel, Herzrasen, Schwitzen (Urk. 10/M14) sowie eine depressive Problematik (Urk. 10/M11).

3.4 Damit ergibt sich, dass bei der Beschwerdeführerin innerhalb der rechtsprechungsgemäss geforderten Zeit Nackenschmerzen aufgetreten sind und sie sich später auch über weitere einschlägige Beschwerden beklagte. Damit ist - bei der entsprechenden ärztlicherseits gestellten Diagnose einer HWS-Distorsion - die natürliche Kausalität zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 26. Januar 2001 ohne weiteres gegeben.

#### **E. 4.1**

4.1.1 Im Rahmen der Prüfung der Adäquanz ist zwischen den Parteien strittig, ob eine organisch nachweisbare unfallbedingte Schädigung vorliegt oder nicht. Dabei geht es in der Hauptsache um die Beurteilung der Ergebnisse der MRI-Untersuchungen vom 23. Februar 2001 (Urk. 10/M19), welche einen Normalbefund an HWS und Schädel zeigten, indessen eine lokale Erweiterung des Zentralkanals auf Höhe C6/7.

4.1.2 Die untersuchende Oberärztin am Institut für Röntgendiagnostik, Dr. N., interpretierte diesen Befund als Normvariante ohne pathologische Bedeutung. Dr. O. bestätigte am 22. Oktober 2007 (Urk. 10/M20) die Möglichkeit einer vorbestehenden Erweiterung des Zentralkanals und verneinte das Vorliegen einer posttraumatischen Syringomelie mit der Begründung, es fehlten Hinweise auf eine äussere Einwirkung auf die HWS. Die sichtbaren Veränderungen betrafen nur den Zentralkanal (Erweiterung). Er erachtete diesen Befund als eher nicht auf den Unfall zurückzuführen.

4.1.3 Derweil hielt Dr. M. am 31. Oktober 2005 (Urk. 10/M16b S. 6) fest, die Unregelmässigkeiten der Bandscheibe auf Höhe C6/7 seien deutlich sichtbar. Eine Erweiterung des zentralen Spinalkanals auf dieser Höhe könne nicht ohne weitere Kontrolle als Normvariante ohne pathologische Relevanz bezeichnet werden, auch wenn

die Wahrscheinlichkeit einer Syringomyelie nicht gross sei. Am 3. März 2008 (Urk. 23) ergäuzte er, die von den Spezialisten fälschlicherweise als "Normvariante" bezeichnete Veränderung der HWS sei, da auf einem Niveau, praktisch beweisend fäur eine Unfallkausalität, zumal die Bandscheibe C6/7 nicht mehr ganz so symmetrisch und wasserreich wie die Nachbarn sei. Sodann seien angeborene Syringomyelien "kommunizierend", d.h. es bestehe eine kontinuierliche Verbindung zum Gehirn. Erworbene Syringomyelien seien "nicht-kommunizierend", kämen nach Trauma, Infekt, Tumor oder Blutung vor und seien segmental, d.h. sie erstreckten sich nur über eine gewisse Distanz. Vorliegend sei von Letzterem auszugehen (Urk. 23 S. 2 f.).

4.1.4.4 Zur Beurteilung dieser spezifisch medizinischen Frage bleibt vorweg darauf hinzuweisen, dass es sich bei Dr. N. und Dr. O. um Fachärzte im fraglichen Bereich handelt, während Dr. M. als Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Manuelle Medizin (Urk. 3/7) objektiv als weniger geeignet erscheint, die MRI-Bilder zu interpretieren. Unabhängig davon steht vorliegend indes fest, dass die Erweiterung des Spinalkanals nicht von Verletzungen an der Wirbelsäule begleitet wurden. Dr. M. führte diesbezüglich zwar aus, die Bandscheibe C6/7 sei nicht mehr ganz so symmetrisch und wasserreich wie die Nachbarn, indessen schloss Dr. N. in ihrer Erstbeurteilung (Urk. 10/M19) eine entsprechende Pathologie aus. Die diskrete dorsale Protrusion der Bandscheibe auf der identischen Höhe C6/7 erachtete sie nicht als Indiz für eine Pathologie. Weiter zeigte die MRI-Untersuchung weder ein epidurales Hämatom noch eine Myelonkompression noch foraminale Stenosen und auch keine ligamentären Läsionen (Urk. 10/M19). Auf den am 27. Januar 2001 angefertigten Röntgenbildern waren ebenfalls keine ossären Läsionen zu sehen.

Bei dieser Sachlage kann nicht von einer unfallursächlichen Schädigung des Spinalkanals ausgegangen werden und schon gar nicht von einer solchen mit Beteiligung der Nervenwurzeln. Das Schmerzerleben der Beschwerdeführerin kann mithin nicht mit einer organischen Verletzung begründet werden, was im Übrigen auch Dr. M. nicht vorbrachte.

In diesem Sinne hielt denn auch das Bundesgericht in seiner Rechtsprechung fest, dass eine richtunggebende, mithin dauernde, unfallbedingte Verschlimmerung einer vorbestandenen, degenerativen Erkrankung der Wirbelsäule nur dann als nachgewiesen gelten kann, wenn ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen nach einem Trauma rioskopisch erstellt sind (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 28. September 2005 in Sachen M., U 248/05, Erw. 2.1 mit Hinweisen). Solche Befunde konnten bei der Beschwerdeführerin jedoch nie erhoben werden, weshalb nicht von einer unfallbedingten Wirbelverletzung auf Höhe C6/7 auszugehen ist.

4.1.5 Im Übrigen wurden von den Ärzten keine organisch fassbaren Pathologien dargelegt. Die von den Ärzten des L. erwähnten Myogelosen und der Muskelhartspann (Urk. 10/M16 S. 5) sind - da unspezifisch - nicht als somatisch relevanter, unfallkausaler Befund zu fassen. Damit steht fest, dass die Beschwerdeführerin an keinen relevanten, objektiv erhebbaren organischen Beschwerden leidet.

4.2 Weiter ist festzuhalten, dass die Figur *post hoc ergo propter hoc*, bei der eine Schädigung bereits deshalb als durch einen Unfall verursacht erachtet wird, weil sie nach diesem aufgetreten ist (vgl. Alfred Maurer, Schweizerisches

Unfallversicherungsrecht, 2. Auflage Bern 1989, S. 460, Anm. 1205), für die Annahme eines Kausalzusammenhangs indes rechtsprechungsgemäss nicht genügt (BGE 119 V 341 f. Erw. 2b/bb). Die in diesem Sinne abgegebenen Stellungnahmen diverser Ärzte bleiben demnach ohne rechtliche Relevanz (vgl. etwa Urk. 23 S. 4 ad Ziff. II 15 2. Satz oder Urk. 10/M8 S. 2 4. Absatz).

4.3 Hinzuweisen bleibt sodann auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts, wonach grundsätzlich auf den medizinischen Erfahrungssatz abzustellen ist, dass der organische Zustand des Rückens nach Verletzungen wie Prellung, Verstauchung oder Zerrung in der Regel sechs Monate bzw. spätestens nach einem Jahr (bei degenerativen Veränderungen) nach dem Unfall wieder soweit hergestellt ist, wie er auch dann wäre, wenn sich der Unfall niemals ereignet hätte (Status quo sine, vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen N. vom 29. November 2006, U 207/06, Erw. 2.2). Insofern ist auch bei der Annahme von nicht erkannten Verletzungen der Wirbelsäule anlässlich des Unfalls nicht davon auszugehen, dass diese noch längerdauernd bestanden haben.

#### **E. 4.4**

4.4.1 Damit steht fest, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden organisch und namentlich bildgebend nicht nachweisbar sind. Indessen diagnostizierten die Ärzte eine psychische Erkrankung. So gingen die Ärzte des Stadtsitals E. bereits am 20. März 2001 von psychosomatischen Beschwerden aus und empfahlen eine entsprechende Nachbetreuung (Urk. 10/M3). Auch Dr. F. schloss am 16. April 2001 auf eine psychische Störung und empfahl eine entsprechende Therapie (Urk. 10/M4). Die behandelnde Psychologin verwies am 18. April 2001 auf eine Angstproblematik und gar auf eine Hospitalisation wegen Suizidalität (Urk. 10/M8). In der Rehaklinik I. gingen die Ärzte von einer Anpassungsstörung bei längerer depressiver Reaktion aus (Urk. 10/M14), und der Gutachter Dr. M. diagnostizierte eine abhängige Persönlichkeitsstörung sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Urk. 10/M16b S. 3).

4.4.2 Den Akten ist sodann zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfall Psychopharmaka verschrieben bekam. Die Hausärztin Dr. D. besttigte am 28. September 2001 (Urk. 10/M9) eine im Dezember 2000 einsetzende Behandlung wegen Unruhe, Reizbarkeit, Lustlosigkeit bei der Diagnose eines Verdachts auf eine beginnende Depression, wobei unter Tolvon eine Besserung zu verzeichnen gewesen sei.

4.4.3 Bei dieser Aktenlage steht fest, dass die Beschwerdeführerin von Beginn weg mit psychischen Beschwerden zu kämpfen hatte und in diesem Sinne nicht adäquat auf die Unfallfolgen reagierte. Auch wenn Dr. M. eine vordergründige psychische Verantwortlichkeit für den Zustand erst sechs Monate nach dem Unfall äusserte (Urk. 10/M16b S. 5), ist doch den Akten zu entnehmen, dass psychische Auffälligkeiten bereits lange vor der Begutachtung und mithin auch vor Ablauf von sechs Monaten nach dem Unfall dokumentiert sind. Die Einschätzung des Dr. M. ist denn auch im Rahmen einer (späteren) Begutachtung erfolgt und nicht echtzeitlich. Damit sind die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nach dem Unfall in wesentlichem Zusammenhang mit ihrer psychischen Erkrankung zu sehen, weshalb die Adäquanz nach der oben unter Erw. 1.3.2 zitierten, mit BGE 115 V 133 eingeleiteten und mit BGE 134 V 109 Erw. 10.2 f. weiterentwickelten Rechtsprechung zu präfen ist.



5.2.4. Die Beschwerdeführerin wurde seit dem Unfall von verschiedenen Ärzten vollumfänglich arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 10/M12, Urk. 10/M8, Urk. 10/M16b S. 5). Indessen gab es auch Stimmen, die die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit forderten (Urk. 10/M16 S. 5). Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals C. gingen denn auch gar nie von einer Arbeitsunfähigkeit aus (Urk. 10/M1), und das Stadtspital E. attestierte schon nach kurzer Zeit wieder eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/M3 S. 2.). Fest steht, dass die hernach attestierten Arbeitsunfähigkeiten nie organisch, sondern bloss mit dem Schmerzklagen der Beschwerdeführerin bzw. deren psychischem Zustand begründet wurden. Dies ist vorliegend aber irrelevant, sind doch die bundesgerichtlichen Kriterien bloss im Hinblick auf die organische Komponente zu prüfen.

5.2.5. Die Beschwerdeführerin leidet aktenkundig seit dem Unfall unter Nacken- und Kopfschmerzen. Doch gründen diese wiederum in der psychischen Problematik und nicht in einer organisch objektivierbaren Pathologie. Sodann gab die Beschwerdeführerin selber an, bloss an vier von zehn Tagen unter erheblichen Schmerzen zu leiden (Urk. 10/M16b S. 2)

5.3. Zusammenfassend steht fest, dass von den praxisgemässen Kriterien zwei in Frage kommen (längerdauernde Arbeitsunfähigkeit und Dauerschmerzen), diese jedoch nicht organisch zu begründen sind, sondern ihren Ursprung im Schmerzklagen der Beschwerdeführerin haben bzw. in der psychischen Pathologie. Damit sind die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nicht mehr adäquat kausal zum Unfallereignis vom 26. Januar 2001. Die Beschwerdegegnerin hat demgemäss zu Recht ihre Leistungen eingestellt.

## **E. 6**

6.1. Zum Zeitpunkt der Einstellung der Leistungen ist festzuhalten, dass ein Fallabschluss dann zu erfolgen hat, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann. Dabei darf keine retrospektive Sicht greifen, sondern ist der Sachverhalt nach den im fraglichen Zeitpunkt vorliegenden Fakten zu beurteilen.

6.2. Die Beschwerdegegnerin stellte die Leistungen per 31. Juli 2001 ein. In diesem Zeitpunkt war die Beschwerdeführerin bei lic. phil. G. in Behandlung, welche am 17. Juli 2001 (Urk. 10/M8) entsprechend berichtet hatte und damit die psychische Komponente hinreichend bekannt war. Gleichwohl aber verlangte die Beschwerdegegnerin Auskunft bei Dr. J. (vom 28. November 2001, Urk. 10/M13), welche ihrerseits eine Rehabilitation sowie hernach eine neue Abklärung vorschlug. Demgemäss kann nicht gesagt werden, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 31. Juli 2001 von einer weiteren Behandlung keine Ergebnisse mehr zu erwarten gewesen wären. Erst anlässlich der Rehabilitationsbehandlung in der Rehaklinik I. (vom 16. Oktober bis 13. November 2001, Urk. 10/M13) zeigte sich, dass die Beschwerdeführerin therapeutischen Massnahmen gegenüber nicht zugänglich ist und trotz aller Bemühungen keine Verbesserung erzielt werden konnte. Die Ärzte konnten keine weiteren Massnahmen mehr nennen, ausser Physiotherapie sowie Psychotherapie.

In gleichem Sinne hielt Dr. J. am 19. Februar 2002 (Urk. 10/M15) fest, dass auch wegen der psychischen Problematik ein langer Weg bis zur beruflichen Wiedereingliederung vor der Beschwerdeführerin liege. Auch sie konnte ausser Physio-

und Psychotherapie keine Vorschläge mehr machen.

6.3 Damit ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin erst mit Kenntnisnahme der Einschätzung von Dr. J.\_\_\_\_ am 19. Februar 2002 (Urk. 10/M15) davon ausgehen konnte, dass von einer weiteren Ärztlichen Behandlung keine Verbesserung mehr zu erwarten ist. Ein Fallabschluss und damit verbunden die Einstellung der Versicherungsleistungen ist demgemäss erst per diesem Datum möglich. Damit ist der angefochtene Einspracheentscheid in teilweiser Gutheissung der Beschwerde dahingehend abzuändern, dass die Einstellung der Leistungen auf 19. Februar 2002 festzulegen ist.

7. Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung, welche ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens festzulegen ist (§ 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht). Angesichts des bloss geringen Obsiegens rechtfertigt sich die Zusprache einer Prozessentschädigung von Fr. 500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 27. August 2007 insoweit abgeändert, als der Zeitpunkt der Einstellung der Versicherungsleistungen auf den 19. Februar 2002 festgelegt wird.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Advokat Dr. Claude Schnüriger
- Unfallversicherung Stadt Zürich
- 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters 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.