

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00152 vom 26. Februar 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-02-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00152

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00152 du 26 février 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00152 del 26 febbraio 2010

Erwägungen

E. 3

3.1 Die gleich nach dem Unfall vom 2. Januar 2006 aufgesuchte Dr. Z.____ vom Spital A.____ erhob bei der Beschwerdeführerin eine Druckdolenz occipital ohne sichtbare Prellmarke und eine Druckdolenz im Bereich der Halswirbelsäule paravertebral links nach unten. Die Halswirbelsäulenbeweglichkeit war eingeschränkt. Die Röntgenbilder des Schädels und der Halswirbelsäule ergaben keine Anhaltspunkte für eine frische ossäre Läsion. Als Beschwerden werden im Bericht vom 2. Januar 2006 erstmals rund zwei Minuten nach dem Unfall bemerkte Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schwindel, welcher eine Viertelstunde nach dem Unfall erstmals aufgetreten sei, genannt. Zusätzlich bestanden vorübergehend Kribbelparästhesien in beiden Armen. Dr. Z.____ diagnostizierte eine HWS-Distorsion sowie eine Schädelkontusion occipital (Urk. 9/139/2; vgl. auch Urk. 9/3). Im Rahmen von Konsultationen im Januar und Februar 2006 stellten der Hausarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Innere Medizin, sowie Dr. med. F.____, Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie, keinen wesentlichen Rückgang der HWS-Beschwerden trotz der eingeleiteten physikalischen und analgetischen Therapien fest. Es bestanden weiterhin starke Verspannungen im Nacken- und Schultergürtelbereich mit eingeschränkter Halswirbelsäulenbeweglichkeit. Den Verlaufsberichten ist weiter zu entnehmen, dass es innerhalb von drei Tagen nach dem Unfall zu einer Schmerzausstrahlung nach thorakal und später auch in die lumbale Wirbelsäule kam. In diesem Bereich entwickelte sich ebenfalls ein paravertebraler Muskelhartspann mit deutlicher Einschränkung der Beweglichkeit (Urk. 9/4, Urk. 9/8, Urk. 9/11 S. 2). MRI-Bilder der Halswirbelsäule vom 24. April 2006 zeigten keine organischen Läsionen beziehungsweise Pathologien, welche die klinische Symptomatik erklären könnten (Urk. 9/33/7).

Vom 2. April bis 12. Mai 2006 hielt sich die Beschwerdeführerin in der B.____ zur stationären Rehabilitation auf. Dort wurde sie einem individuell angepassten Therapieregime mit Physio-, Ergo-, Berufs- und Sporttherapie, balneophysikalischen Massnahmen sowie klinisch psychologischer und neuropsychologischer Betreuung unterzogen. Als Beschwerdesymptome wurden im Austrittsbericht vom 6. Juni 2006 die bekannten Kopf- und Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die Brust- und Lendenwirbelsäule mit Muskelhartspann genannt, zusätzlich wurden rezidivierende Kribbelparästhesien in den Fingern der linken Hand mit Schmerzausstrahlung vom Nacken bis in die Finger, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, eine gelegentliche Schwindelsymptomatik mit Schwankschwindel sowie Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung ins linke Bein bis zum Kniegelenk aufgeführt. Die neuropsychologische

Testung ergab bei Eintritt ein leichtes bis mittelschweres kognitives Defizit, wobei eine Nachuntersuchung kurz vor Klinikaustritt eine verbesserte kognitive Leistungsfähigkeit ergab. Bei Klinikaustritt bestanden - bei leichter Besserung des Beschwerdebildes, insbesondere der Kopf- und Nackenschmerzen - weiterhin Schmerzen mit wechselnder Qualität, wobei die geführten Schmerzprotokolle zeigten, dass durch die Einnahme von Analgetika keine wesentliche Besserung der Schmerzsymptomatik zu erreichen war (Urk. 9/33/1-7). Aufgrund der in der B.____ erhobenen diffusen Schwindelbeschwerden erfolgte bei Dr. med. G.____, Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, am 11. Mai 2006 eine neurootologische Untersuchung der Beschwerdeführerin. Dr. G.____ kam zum Schluss, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit eine unfallassoziierte, leichte vestibuläre Dysfunktion bestehe, welche sich in den nächsten Wochen und Monaten zurückbilden sollte (Urk. 9/101).

Ende Juni/Anfang Juli 2006 erhielt die Beschwerdeführerin eine Spritze aufgrund von Knieschmerzen. Die Beschwerden gingen in der Folge aber nicht zurück (Urk. 9/90 S. 2). Im August gab die Beschwerdeführerin an, seit neuestem unter Sehstörungen und Gefühlsstörungen vor allem im linken Arm zu leiden. Teilweise erstreckten sich ihre Beschwerden über die ganze linke Körperseite (Urk. 9/46). Dr. E.____ vertrat im Rahmen eines Telefongesprächs vom 25. August 2006 mit der SUVA die Auffassung, dass es sich bei den von der Beschwerdeführerin geklagten Gefühlsstörungen um die Folgen eines Migräneanfalls handle (Urk. 9/48). In einem Verlaufsbericht vom 29. November 2006 wies Dr. E.____ darauf hin, dass zwischenzeitlich trotz verschiedenster therapeutischer Ansätze einschliesslich der "sanfteren" Sakraltherapie nach einer anfänglichen Besserung es wieder zu einer Verschlechterung der Beschwerden gekommen war (Urk. 9/58; vgl. auch Urk. 9/91).

Die kreisärztliche Untersuchung vom 3. Juli 2007 bei Dr. med. C.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation von der SUVA, ergab ein ausgeprägtes diffuses, nicht mit einem klinischen Syndrom in Übereinstimmung zu bringendes Schmerzsyndrom mit Angabe einer Sensibilitätsabschwächung der gesamten linken Körperhälfte sowie Depression. Dr. C.____ stellte im Vergleich zu den in den medizinischen Vorberichten dokumentierten Befunden eine deutliche Symptomausweitung fest. Die klinische Untersuchung ergab eine ausgedehnte Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin. So gab die Beschwerdeführerin bei der Prüfung des Lasègue-Zeichens bereits ab 5° linksseitig und ab 30° rechtsseitig Schmerzen an. Bei der Prüfung des Lasègue-Zeichens im Sitzen konnten dagegen beide Knie relativ problemlos vollständig gestreckt werden, und zwar ohne Rückneigung des Oberkörpers. Nach Beurteilung von Dr. C.____ war die HWS-Muskulatur, soweit untersuchbar, ohne Myogelosen oder Muskelhartspann. Er kam zum Schluss, dass die geschilderten und gezeigten Funktionseinschränkungen aus medizinischer Sicht nicht dem Beschwerdebild nach einer HWS-Distorsion entsprechen würden (Urk. 9/98).

Am 24. August 2007 gab die Beschwerdeführerin an, im rechten Bein mehr Schmerzen zu haben als vorher. Auch der Druck im Kopf sei stärker geworden. Der Hausarzt wisse auch nicht mehr weiter (Urk. 9/109). Der Neurologe Dr. med. H.____, welcher die Beschwerdeführerin am 10. September 2007 untersuchte, fand einen unauffälligen Neurostatus vor, wobei die Beschwerdeführerin aber weiterhin eine schmerzbedingt eingeschränkte Halswirbelsäulenbeweglichkeit aufwies und nunmehr auch über rechtsseitige panvertebrale Schmerzen klagte (Urk. 9/111 S. 1). Am 23.

September 2007 über ein Beschwerdebild klagte, welches mittlerweile panvertebrale, links- und rechtsseitige Schmerzen zerviko- und lumbospondylogenen betont sowie diverse andere Beschwerden umfasste (Urk. 9/111; vgl. auch Urk. 9/90 S. 2, Urk. 9/109). Von einer Besserung der Beschwerden unter der ärztlichen Behandlung kann somit keine Rede sein. Ob vom stationären Aufenthalt in der psychiatrischen D.____ tatsächlich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten war (vgl. Urk. 3/2), ist unerheblich, da die dortige Hospitalisation offensichtlich aufgrund der schweren Depression der Beschwerdeführerin erfolgte und es sich hierbei weder um eine organisch-pathologische Unfallfolge noch um eine dem typischen Beschwerdebild nach einem Schleudertrauma zuordenbare Störung handelt. Ebenso ist für den von der SUVA bisher einzig beurteilten Anspruch auf Taggeldleistungen und die Übernahme der Heilungskosten nicht von Belang, ob allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind oder nicht. Dies spielt nur bei der Ermittlung des Rentenanspruchs eine Rolle (Art. 19 Abs. 1 UVG). Schliesslich steht dem Fallabschluss auch nicht entgegen, dass die SUVA keine interdisziplinäre Begutachtung veranlasst hat, wie die Beschwerdeführerin geltend macht. Im Rahmen der stationären Behandlung in der B.____ erfolgten nämlich interdisziplinäre Abklärungen (vgl. Urk. 9/33), und die Beschwerdeführerin wurde auch später noch mehrmals von Fachärzten verschiedener Disziplinen untersucht (vgl. etwa Urk. 9/111, Urk. 9/117, Urk. 9/129). Der pauschale Vorwurf, die Dres. C.____ und I.____ ständen in einem Arbeitsverhältnis zur SUVA, weshalb Zweifel an deren Unparteilichkeit angebracht seien und auf ihre Berichte nicht abgestellt werden dürfe, ist mit Blick auf die geltende Rechtsprechung zum Beweiswert von Berichten versicherungsinterner Ärzte (vorstehend Erw. 1.5) und das Fehlen von Hinweisen auf mangelnde Objektivität beziehungsweise Befangenheit dieser Ärzte haltlos. Der medizinische Sachverhalt erweist sich als genügend abgeklärt. Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass die SUVA den Fall mit dem angefochtenen Einspracheentscheid, in Bestätigung der Verfügung vom 6. Februar 2008, abgeschlossen hat.

E. 5

5.1 Unbestrittenermassen hat die Beschwerdeführerin am 2. Januar 2006 eine HWS-Distorsion erlitten. Im späteren Verlauf manifestierte sich zumindest ein Teil des nach Schleudertraumaverletzungen typischen Beschwerdebildes. Es ist folglich vom Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und der anschliessenden Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen (vgl. vorstehend Erw. 1.3.1).

Aus den Akten ergibt sich, dass durch Fachärzte verschiedener Fachrichtungen (Rheumatologie [Urk. 9/11 S. 2 f.], Physikalische Medizin und Rehabilitation [Urk. 9/98, Urk. 9/119], Neurologie [Urk. 9/111], Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten [Urk. 9/101, Urk. 9/117]) sowie mittels diverser Untersuchungsmethoden (Röntgenbilder [Urk. 9/139/2], MRI-Bilder der Halswirbelsäule [Urk. 9/33/7], MRI-Bilder des Schädels [Urk. 3/2], laborchemische Abklärungen sowie EKG [Urk. 9/33/1 S. 2]) keine organisch-strukturellen Läsionen festgestellt werden konnten, mit Ausnahme degenerativer Veränderungen in der Brustwirbelsäule (kleine mediane Diskushernie Th5/6 [Urk. 9/33/7]), welche aber ohne Zweifel nicht auf den Unfall vom 2. Januar 2006 zurückgeführt werden können. Dagegen wurden bei der Beschwerdeführerin psychische Störungen festgestellt (Urk. 3/2, Urk. 9/129).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu prägen ist deshalb im Folgenden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer Schleudertraumaverletzung gehörenden Beeinträchtigungen im Vergleich zur psychischen Problematik ganz in den Hintergrund treten, was eine Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges nach den in BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätzen zur Folge hätte; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 134 V 109 ff. für das Schleudertrauma festgelegten Kriterien.

5.2 Ä Ä Ä Ä Aus den zuvor wiedergegebenen medizinischen Akten (Erw. 3) ergibt sich, dass das Beschwerdebild mit der Zeit immer mehr von psychischen Problemen überlagert war beziehungsweise durch diese Störungen unterhalten wurde. Insbesondere nach der Kündigung der Arbeitsstelle per 30. Juni 2006 (Urk. 9/39) traten bei der Beschwerdeführerin Gefühle der Kränkung, Stimmungsschwankungen sowie depressive Symptome auf. In der Folge kam es dann zu einer immer weiteren Ausdehnung der Beschwerden. In diesem Zusammenhang äusserten die Ärzte der B. ___ am 6. Januar 2006 sowie Dr. H. ___ am 11. September 2007 den Verdacht auf eine Somatisierungsstörung beziehungsweise eine somatoforme Störung (Urk. 9/33/1, Urk. 9/111). Auch die behandelnde Psychologin sowie Dr. G. ___ wiesen in ihren Berichten vom 1. Dezember 2006 (Urk. 9/59) beziehungsweise vom 21. August 2006 (Urk. 9/101) auf eine Tendenz der Beschwerdeführerin zur Somatisierung von Emotionen hin. Für die Entwicklung einer psychosomatischen Störung spricht, dass sich die Beschwerden trotz intensiver Therapiebemühungen (seitens der Ärzte und Therapeuten) von der Kopf- und Nackenregion immer weiter ausbreiteten und von den Ärzten und der Beschwerdeführerin mehrmals festgestellt wurde, dass Analgetika keine wesentliche Besserung bewirkten (vgl. Urk. 9/90 S. 2, Urk. 33/1 S. 2). Zudem wiesen sowohl die behandelnde Psychologin als auch Dr. L. ___ vom M. ___, Psychosoziale Medizin, auf dysfunktionale Denkmuster der Beschwerdeführerin mit fehlender Krankheits- und Behandlungseinsicht hin (Urk. 9/59, Urk. 9/129). Nebst der psychosomatischen Problematik entwickelte sich eine Depression, welche innerhalb des gesamten Beschwerdebildes ein immer grösseres Gewicht einnahm. Während die Ärzte der B. ___ eine reaktive Depression in ihrem Bericht vom 6. Juni 2006 erst im Sinne einer Verdachtsdiagnose aufführten (Urk. 9/33/1), stellte Dr. C. ___ im Rahmen seiner Untersuchung vom 3. Juli 2007 bereits ein Überwiegen der psychischen Symptomatik fest (Urk. 9/98); am 28. Januar 2008 diagnostizierte Dr. L. ___ von der N. ___, Psychosoziale Medizin, dann ein mittelgradig depressives Syndrom mit somatischem Syndrom (Urk. 9/129), und die Psychiater der D. ___ stellten in ihrem Bericht vom 2. Mai 2008 gar die Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2; Urk. 3/2). Sowohl Dr. C. ___ als auch die Fachärzte der D. ___ hielten fest, dass die Wahrnehmung der somatischen Beschwerden durch die psychische Problematik wohl verstäerkt werde. Zwar bestanden bei der Beschwerdeführerin seit dem Unfall während der meisten Zeit auch muskuläre Verspannungen beziehungsweise ein Muskelhartspann (unterbrochen durch mehreren Phasen kurzzeitiger Besserung der Beschwerden [vgl. Urk. 9/4, Urk. 9/58, Urk. 9/98 S. 3]). Solche Beschwerden können aber bekanntermassen auch rein psychische Ursachen haben. Dasselbe gilt für die von der Beschwerdeführerin geklagten neuropsychologischen Defizite wie Konzentrationsstörungen (vgl. Urk. 9/33/1 S. 2). Auch kann die bei der Beschwerdeführerin beobachtete Selbstlimitierung bei der Einschätzung der Schwere der typischen Schleudertraumabeschwerden nicht berücksichtigt werden (vgl. Urk. 9/98

S. 3). Es ist deshalb davon auszugehen, dass die psychosomatische Störung sowie die depressiven Symptome die nach dem Unfall ausgewiesenen typischen Beschwerden nach dem Schleudertrauma nach und nach vielfältig in den Hintergrund gedrängt haben. Die Adäquanzbeurteilung hat daher nach den Regeln zu erfolgen, welche bei Unfällen mit psychischen Folgeschäden zur Anwendung gelangen.

5.3.1.1

5.3.1.1 Einfache Auffahrunfälle werden rechtsprechungsgemäss in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert. Im vorliegenden Fall bestehen keine Besonderheiten, welche zu einer anderen Beurteilung zu führen vermöchten. Nach den Angaben im unfallanalytischen Gutachten vom 5. Oktober 2006 (Urk. 9/93) lag die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (delta-v) des Personenwagens, in welchem die Beschwerdeführerin sass, bei der Heckkollision vom 2. Januar 2006 zwischen 11,9 und 15,7 km/h und damit innerhalb der für den Normalfall geltenden Harmlosigkeitsgrenze von 10-15 km/h (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen G vom 20. November 2007, 8C_51/2007, Erw. 4.3.1 mit Hinweisen). Die auf den Fotos ersichtlichen Schäden an den Unfallfahrzeugen sind nicht besonders schwer (vgl. Urk. 9/93). Auch wenn die Beschwerdeführerin beim Aufprall den Kopf nach links gedreht hatte, wie sie - im Widerspruch zu den Angaben unmittelbar nach dem Unfall (vgl. Urk. 9/3 S. 1) - den Ärzten der B. ___ angab (Urk. 9/33/1 S. 5), ändert dies nichts an der Qualifikation der Unfallschwere.

5.3.2.1 Wird der Unfall bei den mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingeordnet, müssen die zuvor unter Erw. 1.4.2 aufgeführten unfallbezogenen Merkmale in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann.

Der Unfall vom 20. Februar 2003 erfolgte nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen und war - objektiv betrachtet - auch nicht besonders eindrücklich. Die erlittenen Verletzungen sind im Weiteren nicht als derart schwer oder besonders zu qualifizieren, dass sie erfahrungsgemäss geeignet wären, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Die Diagnose eines Schleudertraumas vermag die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen für sich allein nicht zu begründen, wobei vorliegend keine erschwerenden Umstände ersichtlich sind. Das Kriterium "ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung" kann höchstens in leichter Ausprägung bejaht werden, da Schleudertraumaverletzungen der Halswirbelsäule oft eine langdauernde medizinische Behandlung und Therapie erfordern und das Beschwerdebild massgeblich durch bei der Adäquanzprüfung nicht zu berücksichtigende psychische Beschwerden und selbstlimitierendes beziehungsweise dysfunktionales Verhalten der Beschwerdeführerin beeinflusst wurde. Dasselbe gilt für das Kriterium "körperliche Dauerschmerzen", zumal die Beschwerdeführerin in der Lage war, im August 2007 den langen Weg nach O. ___ für einen Ferienaufenthalt am Steuer ihres Autos zurückzulegen (vgl. Urk. 9/109), was nicht für besonders grosse Beschwerden spricht. Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, wird durch die Akten nicht ausgewiesen. Das Kriterium "schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen" ist aufgrund des - bei der Adäquanzprüfung nicht zu berücksichtigenden - Einflusses der psychischen Beschwerden auf das gesamte Beschwerdebild und des dysfunktionalen Verhaltens der Beschwerdeführerin - die behandelnden Therapeuten wiesen mehrmals auf ihre

problematische Passivität hin (vgl. Urk. 9/47-48, Urk. 9/72-73, Urk. 9/75) - höchstens in leichtem Ausmass zu bejahen. Das Kriterium Grad und Dauer der körperlich bedingten Arbeitsunfähigkeit ist angesichts der relativ leichten körperlichen Beschwerden bei fehlenden organisch-strukturellen Läsionen und der deutlich im Vordergrund stehenden psychischen Problematik ebenfalls höchstens in leichtem Masse erfüllt. Insgesamt sind somit höchstens vier unfallbezogene Kriterien jedoch lediglich in leichtem Masse erfüllt. Unter diesen Umständen muss das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 2. Januar 2006 und den nach der Leistungseinstellung durch die SUVA fortbestehenden Beschwerden verneint werden. Deshalb entfällt auch ein Anspruch auf die weiteren beantragten Versicherungsleistungen. Die Beschwerde ist abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Walter Fritsche

- Rechtsanwalt Mathias Birrer

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung 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.