

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00172 vom 7. Dezember 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-12-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00172

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00172 du 7 décembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00172 del 7 dicembre 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 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).

1.2 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als

bei der Frage, ob ein leistungsbegleitender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

1.3 $\hat{\text{A}} \hat{\text{A}} \hat{\text{A}} \hat{\text{A}}$ Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt 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, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsumschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

1.4 $\hat{\text{A}} \hat{\text{A}} \hat{\text{A}} \hat{\text{A}}$ 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 begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.5 $\hat{\text{A}} \hat{\text{A}} \hat{\text{A}} \hat{\text{A}}$ Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 112 Erw. 2.1).

1.6 $\hat{\text{A}} \hat{\text{A}} \hat{\text{A}} \hat{\text{A}}$ Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b).

$\hat{\text{A}} \hat{\text{A}} \hat{\text{A}} \hat{\text{A}} \hat{\text{A}} \hat{\text{A}} \hat{\text{A}} \hat{\text{A}}$ Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 134 V

116 Erw. 6.1, 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

1.7 Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemäße Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 116 Erw. 6.1, 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58).

Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

1.8 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 ff.; 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).

Die Beurteilung der Adäquanzen in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Bundesgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99

Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1; ferner BGE 134 V 127 Erw. 10.2 f.).

E. 2

2.1. Die SUVA begründete die Leistungseinstellung im Wesentlichen damit, dass das Ereignis vom 10. Juni 2007 weder strukturelle Läsionen noch eine richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustands gezeitigt habe und die über den 29. Februar 2008 hinaus persistierenden, vordergründig psychisch bedingten Beschwerden in keinem - nach der in BGE 115 V 133 begründeten Rechtsprechung zu präferenten - adäquaten Kausalzusammenhang zum fraglichen Verkehrsunfall ständen (vgl. Urk. 2 S. 5, Urk. 8 S. 6 ff.).

2.2. Die Beschwerdeführerin und der Beigeladene stellten sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, einerseits sei der Fallabschluss vor Erreichen des Endzustands und damit verfrüht erfolgt und andererseits habe die SUVA die - richtigerweise gestützt auf die Rechtsprechung gemäss BGE 134 V 109 zu präferente - adäquate Kausalität der Frontalkollision für die persistierenden Beschwerden zu Unrecht verneint (vgl. Urk. 1 S. 4 ff., Urk. 14 S. 2). Hätte er den fraglichen Unfall nicht erlitten, wäre er heute - trotz der vorbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen - uneingeschränkt arbeitsfähig (vgl. Urk. 14 S. 2).

E. 3

3.1. Aus den medizinischen Akten geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

Der noch am Unfalltag konsultierte pract. med. A. ____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, diagnostizierte am 10. Juni 2007 ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma (vgl. Urk. 9/7.2) und hielt fest, beim Patienten seien einige Stunde nach der Kollision Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schwindel aufgetreten. Die HWS-Beweglichkeit sei schmerzbedingt eingeschränkt (vgl. Urk. 9/7). Dem Beigeladenen, der bereits vor dem Unfall unter behandlungsbedürftigen Rückenschmerzen und einer beidseitigen Schwäche in den Beinen gelitten habe (vgl. Urk. 9/7.1), sei eine Medikation verordnet und empfohlen worden, in der folgenden Woche nicht zu arbeiten (vgl. Urk. 9/7).

Dr. med. B. ____, Facharzt FMH für Innere Medizin, gab am 13. Juni 2007 an, der wegen beim Unfall vom 10. Juni 2007 zugezogener Weichteilverletzungen im Bereich der HWS bei ihm in Behandlung stehende Beigeladene sei derzeit zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. Urk. 9/6).

Am 27. Juni 2007 berichtete Dr. B. ____, der Patient habe beim fraglichen Ereignis ein Trauma der HWS erlitten, in dessen Zusammenhang Schwindelbeschwerden beständen, und unterziehe sich aktuell einer physikalischen und medikamentösen (Mydocalm, Truxal, Codafalgan) Therapie. Nach der Rückkehr aus den im Juli 2007 anstehenden Ferien bestehe wieder eine etwa 50%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 9/4).

Am 11. Juli 2007 stellte Dr. B. ____, nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 9/9):

- Status nach HWS-Distorsion
- Anhaltendes zervikozephalisches Schmerzsyndrom (Unfall vom 10. Juni 2007)
- Vorbestehendes weichteilrheumatisches Beschwerdebild

Unter medikamentöser und physikalischer Therapie habe sich keine wesentliche Besserung eingestellt. Der Patient sei bereits früher mit verschiedenen Medikamenten (Cymbalta, Truxal, Surmontil) behandelt worden, diese seien aber wegen in der Folge aufgetretener Erektionsstörungen wieder abgesetzt worden. Subjektiv bestehe ein unveränderter Gesundheitszustand mit vegetativer Begleitsymptomatik (vgl. Urk. 9/9).

3.5 Im Arztzeugnis UVG vom 13. Juli 2007 (Urk. 9/12) gab Dr. B. an, die radiologische Untersuchung habe keine ossäre Läsion ergeben. Die Beweglichkeit der HWS sei eingeschränkt. Der Beigeladene werde medikamentös und physiotherapeutisch behandelt und sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Es sei mit einem komplizierten Verlauf respektive anhaltenden Beschwerden zu rechnen. Bereits vor dem Unfall vom 10. Juni 2007 habe der Patient ein weichteilrheumatisches Beschwerdebild aufgewiesen, in dessen Zusammenhang ihm zeitweilig eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden sei; im Rahmen entsprechender neurologischer Abklärungen im Universitätsklinikum V. habe sich der Verdacht auf eine Myopathie nicht bestätigt. Möglicherweise beeinflusse die vorbestehende Symptomatik den Heilverlauf ungünstig.

3.6 Am 2. August 2007 berichtete Dr. B. über subjektiv unveränderte Beschwerden mit eingeschränkter Beweglichkeit, Schmerzen und Schwindel. Möglicherweise wirkten sich unfallfremde Faktoren in Form einer Somatisierungsstörung auf den Heilungsverlauf aus. Der Patient habe seine Arbeit noch nicht wieder aufgenommen. Allenfalls lasse sich im Rahmen einer stationären Behandlung in der Rehaklinik Y. eine Besserung erzielen (vgl. Urk. 9/13).

3.7 Dr. med. C., Facharzt FMH für Rheumatologie und Rehabilitation, Manuelle Medizin (SAMM), Sportmedizin (SGSM), stellte am 15. August 2007 folgende Diagnosen (vgl. Urk. 9/15):

- Chronisches zervikospindylogenes und lumbospindylogenes Syndrom
- Status nach HWS-Distorsion bei Frontalkollision am 10. Juni 2007

Der Patient leide seit dem fraglichen Unfall unter therapieresistenten zerviko- und lumbospindylogenen Schmerzen. Nach wie vor beständen überdies eine massiv eingeschränkte HWS-Beweglichkeit mit diffusen paravertebralen Druckdolenzen sowie eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule (LWS) mit diffusen Druckdolenzen im Bereich der unteren LWS und der Beckenkammer. Angesichts des bisherigen ungünstigen Verlaufs sei dringend eine stationäre Behandlung in einer Rehaklinik angezeigt. Vorläufig bestehe als Schloßer weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

Am 22. August 2007 gab Dr. C. an, es sei baldmöglichst eine kreisärztliche Untersuchung indiziert (vgl. Urk. 9/16).

3.8 Nachdem er den Beigeladenen am 14. September 2007 kreisärztlich untersucht hatte, hielt Dr. med. D., Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, in seinem gleichentags verfassten Bericht (Urk. 9/20) fest, bereits vor dem fraglichen Unfall hätten ein Schwächegefühl in beiden Beinen und Rückenschmerzen Anlass zu medizinischen Abklärungen gegeben. Der Patient, der sich vor fünf oder sechs Jahren einer Arthroskopie des linken Kniegelenks unterzogen habe, leide an einer beidseitigen femoropatellaren Chondromalazie bei wahrscheinlich beginnender Arthrose und wohl auch

an einer Femorotibialarthrose. Diese vorbestehenden Veränderungen seien durch die Frontalkollision, bei welcher der Beigeladene die Sicherheitsgurte getragen habe, nicht traumatisiert worden (vgl. Urk. 9/20 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Ereignis vom 10. Juni 2007 hätten die (initial in Kopf- und Nackenschmerzen bestandenen) Beschwerden des Patienten zugenommen; zwischenzeitlich sei es - in Form eines panvertebralen Syndroms mit diffusen Brachialgien und Ischialgien beidseits - zu einer Ausdehnung der Beeinträchtigungen auf den ganzen Körper gekommen. Bis anhin sei eine suboptimale Therapie durchgeführt worden; so habe die - rein passive - Physiotherapie lediglich bis Mitte Juli 2007 gedauert, und die medikamentöse Behandlung beschränke sich auf Mydocalm (vgl. Urk. 9/20 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die klinische Untersuchung habe - mit Ausnahme einer möglicherweise unfallbedingten zeitweiligen Tonuserhöhung der Nacken- und Paravertebralmuskulatur - kaum pathologische Befunde ergeben. Es habe sich eine massive Selbstbeschränkung gezeigt, mit der auch die - keiner organischen Ursache zuordenbare - extrem niedrige Kraftausübung bei der Testung des Faustschlusses beidseits zu erklären sei. Im Rahmen der komplexen neurologischen Tests hätten keine abnormen Befunde erhoben werden können (vgl. Urk. 9/20 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es sei - im Hinblick einerseits auf eine intensive Behandlung und andererseits auf weitere Abklärungen - ein stationärer Klinikaufenthalt indiziert (vgl. Urk. 9/20 S. 4).

3.9 Ä Ä Ä Ä In der Folge liess sich der Beigeladene vom 9. Oktober bis 6. Dezember 2007 stationär in der Rehaklinik Y. ___ behandeln. In ihrem Austrittsbericht vom 8. Dezember 2007 (Urk. 9/31) stellten die Ärzte nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 9/31.2):

- Unfall vom 10. Juni 2007: als Beifahrer Frontalkollision mit grossem Motorrad
HWS-Distorsionstrauma
- zervikospondylogenes Schmerzsyndrom Ä Ä Ä Ä MRI vom 23. Oktober 2007: degenerative Veränderungen der HWS ohne Nachweis von posttraumatischen Läsionen; flachbogige Diskusprotrusionen HWK5/6 und HWK6/7 ohne Nervenwurzelkompression; mediane Diskushernie C7/Th1 ohne Nervenwurzelkompression, Subarachnoidalraum ventral umschrieben aufgehoben
- depressive Reaktion im Rahmen einer schweren Anpassungsstörung im Übergang zu einer depressiven Episode leichten Ausprägungsgrads im Sinne einer Major Depression
- Chronisches lumbospondylogenes Syndrom
- Pterygium conjunctivae rechts

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Derzeit beständen folgende Probleme (vgl. Urk. 9/31.2):

- Belastungs- und positionsabhängig verstärkte Nackenschmerzen
- Bewegungsabhängige Kreuzschmerzen
- Intermittierende Knieschmerzen beidseits (während des Klinikaufenthalts eher im Hintergrund gestanden)
- Bedrückte Stimmungslage mit Stimmungsschwankungen (wiederholte Tränenausbrüche), reduzierter Antrieb

Nachdem die radiologische Untersuchung eine zirka 4 mm dicke Verkalkung an der Vorderkante von HWK7 ergeben habe, sei - bei Verdacht auf eine frühere Vorderkantenfraktur ohne Kompression - ein MRI der HWS veranlasst worden. Dieses zeige degenerative Veränderungen der HWS ohne Nachweis posttraumatischer Läsionen. Die im Zusammenhang mit dem subjektiven Kraftverlust in den oberen Extremitäten beidseits, linksbetont, sowie dem intermittierenden ungerichteten Schwindel und dem Verschwommensehen durchgefährten Abklärungen hätten keine Anhaltspunkte für eine traumatisch bedingte Läsion des Zentralnervensystems ergeben. Auch eine Verletzung der Vestibularorgane könne ausgeschlossen werden (vgl. Urk. 9/31.3).

Aus psychosomatischer Sicht weisen der Beigeladene Symptome (depressive Stimmung, erhöhte Ermüdbarkeit, Antriebsverminderung, Zukunftsängste, vermindertes Selbstwertgefühl, Libidostörungen) auf, die vor dem Hintergrund multipler psychosozialer Belastungsfaktoren (anhaltender Schmerz, Angst vor Kündigung, Kriegsverluste) zu sehen seien; es lasse sich eine Tendenz zur somatoformen Verarbeitung feststellen. Im Zusammenhang mit dem Unfall sei eine psychotraumatologische Reaktion mit erhöhter Schreckhaftigkeit, innerer Unruhe, Nervosität und Gereiztheit aufgetreten, die von einem leichten Vermeidungsverhalten begleitet werde, das sich etwa darin zeige, dass der Patient kein Auto mehr lenke (vgl. Urk. 9/31.3 f.). Für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung im Vollbild fehle es allerdings an Flashbacks wie auch an einer bei der Schilderung des Unfallhergangs erkennbaren intrusiven Symptomatik. Es sei dringend eine engmaschige psychologisch-psychiatrische Weiterbetreuung in einem tagesklinikartigen Setting indiziert. Zur Weiterbetreuung nach Klinikaustritt sei der Patient daher im Medizinischen Zentrum Z.____ angemeldet worden (vgl. Urk. 9/31.4). Daneben sei auch die Weiterführung der ambulanten Physiotherapie in Form einerseits einer medizinischen Trainingstherapie (MTT) zur weiteren Konditionierung und Steigerung der Belastbarkeit der rückenstabilisierenden Muskulatur sowie andererseits muskeldetonisierender Massnahmen angezeigt (vgl. Urk. 9/31.3).

Im Rahmen des stationären Aufenthalts habe kaum eine namhafte Verbesserung der Belastbarkeit erreicht werden können, was auch vor dem Hintergrund der sich kumulierenden Beschwerden und der eher bedrückten seelischen Verfassung zu sehen sei (vgl. Urk. 9/31.4).

Aus rein funktionell-somatischer Sicht sei dem Beigeladenen die angestammte Tätigkeit als Schweisser [richtig: Schlosser] wegen des damit verbundenen Hantierens mit schweren Lasten und der teilweise länger dauernden nackenbelastenden Zwangspositionen derzeit nicht zumutbar. Leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne längere Tätigkeit über Brusthöhe sei der Patient dagegen ohne zeitliche Einschränkung ausüben in der Lage. Aufgrund der psychischen Symptomatik könne indes aktuell (und jedenfalls schon seit Klinikeintritt am 9. Oktober 2007) keine auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verwertbare Arbeitsfähigkeit attestiert werden (vgl. Urk. 9/31.3).

3.10 Nach Kenntnisnahme des Austrittsberichts der Rehaklinik Y.____ vom 8. Dezember 2007 (Urk. 9/31) hielt Dr. D.____ am 23. Januar 2008 hinsichtlich der somatischen Beschwerden fest, dokumentiert sei, dass der Beigeladene im Zeitpunkt des Unfalls einen Vorzustand mit weichteilrheumatischen Beschwerden, Schwächegefühl

4.1.3.3 Während der Beigeladene im Zeitpunkt des Unfallereignisses aktenkundig zu 100 % arbeitsunfähig war, ist unbestritten und wurde verschiedentlich dokumentiert, dass er bereits damals seit einiger Zeit unter behandlungsbedürftigen und zeitweilig eine Arbeitsunfähigkeit bedingenden, als weichteilrheumatisch beschriebenen Rücken- und Beinschmerzen litt, wobei er betreffend die unteren Extremitäten auch beidseitig über eine - keiner organischen Ursache zuordenbare - Kraftlosigkeit klagte (vgl. Urk. 9/7, Urk. 9/9, Urk. 9/12, Urk. 9/20 S. 4, Urk. 9/34). So vermerkte Dr. B. ___ in der (ersten) Verordnung zur Physiotherapie vom 21. Juni 2007 (Urk. 9/28) unter der Diagnose eines HWS-Schleudertraumas auch noch eine bekannte unklare Myopathie. Wenn auch unklar ist, inwieweit die nach der Frontalkollision geklagten Beschwerden mit der geschilderten vorbestehenden Symptomatik zu erklären waren beziehungsweise sind, so wies der Hausarzt Dr. B. ___ schon bald darauf hin, dass diese sich allenfalls ungünstig auf den - auch von den weiteren Ärzten als protrahiert beschriebenen (vgl. Bericht Dr. C. ___ vom 15. August 2007 [Urk. 9/15], Bericht Dr. D. ___ vom 14. September 2007 [Urk. 9/20 S. 4], Austrittsbericht Rehaklinik Y. ___ vom 8. Dezember 2007 [Urk. 9/31.4]) - Heilungsverlauf auswirke (vgl. Bericht vom 13. Juli 2007, Urk. 9/12).

E. 4.1.4

Der Beigeladene leidet anerkanntermassen (vgl. Urk. 1 S. 6 und S. 7, Urk. 14 S. 2) unter einer erheblichen, zumindest während der Dauer seines Aufenthalts in der Rehaklinik Y. ___ und noch nach dem Austritt anfangs Dezember 2007 (vgl. Urk. 9/31) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zeitigenden psychischen Störung. Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass die schon vor dem Unfall geklagten somatischen Beschwerden - jedenfalls teilweise - für psychischer Genese gehalten wurden und sich der Beigeladene denn auch schon einer Behandlung mit verschiedenen Psychopharmaka, die in der Folge allerdings wegen unerwünschter Nebenwirkungen wieder abgesetzt worden waren, unterzogen hatte (vgl. insbesondere Bericht Dr. B. ___ vom 11. Juli 2007, Urk. 9/9). Die von Dr. B. ___ am 2. August 2007 erwähnte - und explizit als unfallfremd taxierte - Somatisierungsstörung dürfte wohl schon im Zusammenhang mit den der vor dem Unfall geklagten und mit keinen pathologischen Befunden erklärbaren Beschwerden, wenn nicht eindeutig festgestellt, so zumindest vermutet worden sein. Die fragliche (Differential-)Diagnose fand in der Folge in den weiteren medizinischen Beurteilungen insofern ihre Bestätigung, als die Ärzte der Rehaklinik Y. ___ - nachdem Dr. D. ___ am 14. September 2007 eine Ausdehnung der initial ausschliesslich im Kopf- und Nackenbereich bestandenen Schmerzen auf den ganzen Körper konstatiert hatte (vgl. Urk. 9/20 S. 4) - am 8. Dezember 2007 auf eine somatoforme Verarbeitung hinwies (vgl. Austrittsbericht, Urk. 9/31.3) und die Psychiater des Medizinischen Zentrums Z. ___ dem Beigeladenen am 23. Januar 2008 ausdrücklich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bescheinigten (vgl. Urk. 9/37.2). Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch darauf, dass die nach der Frontalkollision geklagte - nicht ohne Weiteres als für eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung charakteristisches Symptom zu qualifizierende - Kraftlosigkeit in den oberen Extremitäten (vgl. Urk. 9/20 S. 4, Urk. 9/31.3) ihr Pendant in der bereits vor dem genannten Ereignis angegebenen (ebenfalls auf kein organisches Korrelat zurückzuführenden) Kraftlosigkeit in beiden Beinen findet (vgl. Urk. 9/7, Urk. 9/20 S. 4, Urk. 9/10 S. 3). Wenn die psychischen Beeinträchtigungen ihren Ursprung nach dem Gesagten (zumindest zum weit überwiegenderen Teil) auch nicht im Geschehnis vom 10. Juni 2007 hatten, so ist aufgrund der zitierten ärztlichen Beurteilung immerhin davon auszugehen, dass der damals erlittene Unfall zur Verschlimmerung der psychischen

9/27.12) bei Tag frontal mit einem von rechts in die Strasse einbiegenden (vortrittsbelasteten) Motorrad (vgl. Polizeirapport, Urk. 9/27), wobei die Airbags ausgelöst und die Front des Autos massiv beschädigt wurden (vgl. 9/27.5, Urk. 9/10 S. 2). Während sich der Motorradfahrer und seine Sozia schwere Läsionen zuzogen und beim Beigeladenen mit einer Latenzzeit von einigen Stunden Nacken- und Kopfschmerzen auftraten, erlitt dessen - das Auto lenkende - Ehefrau geringfügige und die mitfahrende Tochter gar keine Verletzungen (vgl. Urk. 9/7, Urk. 9/20 S. 2). Aufgrund des geschilderten augenfalligen Geschehensablaufs und der sich dabei entwickelten Kräfte ist die Kollision höchstens als mittelschwerer Unfall im engeren Sinn einzustufen.

Angesichts der Tatsache, dass die anhaltende vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit psychischer Genese ist und der Beigeladene aus somatischer Sicht schon bald nach dem Unfall einer geeigneten Tätigkeit wieder mit einem Pensum von 100 % nachzugehen in der Lage gewesen wäre (vgl. Austrittsbericht Rehaklinik Y. ___ vom 8. Dezember 2007, Urk. 9/31.3), ist das Kriterium des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt. Dass eines der weiteren zu prüfenden unfallbezogenen Merkmale gegeben wäre, machte die Beschwerdeführerin zu Recht nicht geltend (vgl. Urk. 1 S. 8 f.). So war der Umstand, dass der Motorradfahrer und seine Begleiterin sich bei der Kollision erheblich verletzten, zwar durchaus tragisch; eine besondere Dramatik der Begleitumstände kann darin aber noch nicht gesehen werden. Auch zog sich der Beigeladene keine schwere oder besonders geartete Verletzung, die sich geeignet hätte, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen, zu. Angesichts der Tatsache, dass sich die Ärzte die geklagten physischen Beeinträchtigungen aufgrund der wenig erheblichen erhobenen Befunde vordergründig mit der psychische Symptomatik, die das Beschwerdebild - wenn nicht von Anfang an, dann zumindest schon sehr bald nach dem fraglichen Ereignis - eindeutig dominierte, erklärten, kann auch nicht von körperlichen Dauerschmerzen gesprochen werden. Schon aus dem genannten Grund und überdies auch wegen der zeitlichen Verhältnisse (bis zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung seit knapp acht Monaten andauernde Therapie) ist das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ebenfalls zu verneinen. Schliesslich gibt es in den medizinischen Akten weder Anhaltspunkte für eine die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung noch für einen schwierigen Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen.

4.2.4 Da nach dem Gesagten keines der relevanten Kriterien erfüllt, der Unfall vom 10. Juni 2007 mithin nicht adäquat kausale Ursache der noch über den 29. Februar 2008 hinaus persistierenden Beschwerden beziehungsweise der daraus resultierenden Einschränkung der Leistungsfähigkeit ist, ist die Leistungseinstellung der SUVA auf letztgenanntes Datum hin nicht zu beanstanden.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Helsana Versicherungen AG
 - Rechtsanwalt Mathias Birrer
 - Rechtsanwalt Dr. Kreso Glavas

- 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.