

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00317 vom 28. Mai 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-05-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2008.00317](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00317)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00317 du 28 mai 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00317 del 28 maggio 2009

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die Beschwerdegegnerin hat die gesetzlichen Bestimmungen über den Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung im Allgemeinen (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG), die Rechtsprechung zu dem für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod; BGE 129 V 181 Erw. 3.1) und zum Dahinfallen des natürlichen Kausalzusammenhanges bei Erreichen des status quo sine oder quo ante mit der entsprechenden Beweislast des Unfallversicherers zutreffend dargelegt. Darauf kann verwiesen werden (Urk. 2 S. 6).

1.2 Im Weiteren hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) in BGE 117 V 360 Erw. 4b bezüglich des natürlichen Kausalzusammenhanges ausgeführt, dass dieser in der Regel zu bejahen ist, wenn ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert ist und das für diese Verletzung typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vorliegt. In BGE 119 V 340 Erw. 2b/aa hat das Gericht präzisierend festgehalten, auch bei Schleudermechanismen der HWS würden zuallererst die medizinischen Fakten, wie die fachärztlichen Erhebungen über Anamnese, objektive Befunde, Diagnose, Verletzungsfolgen, unfallfremde Faktoren, Vorzustand usw. die massgeblichen Grundlagen für die Kausalitätsbeurteilung durch Verwaltung und Gerichtsinstanzen bilden; das Vorliegen eines Schleudertraumas wie seine Folgen müssten somit durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein; treffe dies zu und sei die natürliche Kausalität - auf Grund fachärztlicher Feststellungen in einem konkreten Fall - unbestritten, so könne der natürliche Kausalzusammenhang ebenso aus rechtlicher Sicht als erstellt gelten, ohne dass ausführliche Darlegungen zur Beweiswürdigung nötig wären (vgl. auch Urteil des EVG in Sachen M. vom 26. März 2003, U 125/01, Erw. 2.2).

2. Streitig und zu präzisieren ist, ob die gesundheitlichen Störungen der Beschwerdeführerin nach dem 30. September 2007 zumindest teilweise noch auf das Unfallereignis vom 10. Oktober 2005 zurückzuführen waren oder ob spätestens zu diesem Zeitpunkt jener Gesundheitszustand erreicht war, welcher durch den schicksalshaften Verlauf einer vorbestehenden Krankheit ohnehin eingetreten wäre (status quo sine).

2.1 Nach den initialen Arztberichten erhob der erstbehandelnde Dr. A. am Unfalltag ausser einer Druckdolenz über der zervikalen Muskulatur keine weiteren Befunde und diagnostizierte lediglich eine Cervikalgie (Urk. 8/M5). Am Folgetag hielt Dr. B. als Befunde Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen fest und gab als Diagnose ein Schleudertrauma der HWS an (Urk. 8/M6). In der Folge absolvierte die Beschwerdeführerin die von Dr. B. verordnete Physiotherapie, bis sie am 9. Februar 2006 von Dr. med. D., Facharzt für Neurologie, untersucht wurde (Bericht vom 14. Februar 2006, Urk. 8/M13). Die Beschwerdeführerin berichtete dem Arzt, beim Unfall habe es ihr den Kopf mehrmals vor- und rückwärts geworfen, unmittelbar danach seien Nackenschmerzen aufgetreten, welche sich zunehmend in den Hinterhauptsbereich ausgedehnt hätten. Am Folgetag habe sie den Kopf vor Schmerzen kaum bewegen können. Dr. D. selber erhob eine schmerzbedingte Einschränkung der Kopfreklination, endgradige Einschränkungen in den übrigen Bewegungsrichtungen und eine palpatorisch deutlich verdickte und druckdolente Nacken- und Schultermuskulatur auf beiden Seiten. Neurologische Auffälle fand er keine. Laut Dr. D. zeigte sich damit das typische cervico-zephalische Beschwerdebild eines Beschleunigungstraumas.

2.2 Nach der Rechtsprechung ist es für die Annahme eines Schleudertraumas nicht erforderlich, dass die meisten der dem bunten Beschwerdebild nach Schleudertrauma zugerechneten Symptome bereits innert der massgebenden Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden auftreten. Es genügt, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS manifestieren (Urteil des Bundesgerichts in Sachen R. vom 15. Juni 2007, U 159/05, Erw. 4.5 unter Verweis auf RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29 E. 5e und weiteren Hinweisen). Im vorliegenden Fall werden weitere zum "typischen Beschwerdebild" gehörende Symptome (Schwank-Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten sowie Schlafstörungen) erstmals vier Monate nach dem Unfall im Bericht von Dr. D. erwähnt. Die Beschreibung der initialen Beschwerden und deren Entwicklung beruht dabei einzig auf den Angaben der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 8/M13). Nach der Aktenlage gibt es keine zuverlässigen fachärztlichen Feststellungen darüber, wann und in welcher Intensität diese Beschwerden nach dem Unfall aufgetreten sind. Dem Bericht von Dr. B. über die Untersuchung am Tag nach dem Unfall (vgl. Urk. 8/M6) lässt sich über allgemeine Schmerzangaben hinaus nichts entnehmen, was auf eine Häufung der von der Rechtsprechung geforderten typischen Symptome eines Schleudertraumas hinweisen würde. Unter diesen Umständen ist zweifelhaft, ob die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalles vom 10. Oktober 2005 überhaupt ein Schleudertrauma der HWS erlitten hat. Es liegt initial ein zu einseitiges Beschwerdebild vor, dem sich die für die Diagnose eines Schleudertraumas wesentlichen zusätzlichen Elemente des "bunten Beschwerdebildes" (BGE 117 V 360 Erw. 4b) in den folgenden Tagen und Wochen nicht hinzugesellten bzw. nicht fachärztlich dokumentiert sind.

2.3 Hauptziel der Rehabilitation in der Zürcher Höhenklinik Z. war denn auch die physische Rekonditionierung und muskuläre Kräftigung mittels verschiedener Bewegungstherapien. Laut dem Austrittsbericht vom 24. April 2006 (Urk. 8/M22) verliess die Beschwerdeführerin die Klinik physisch und psychisch rekonditioniert und in gutem Allgemeinzustand.

2.4 Kurz vor dem Reha-Aufenthalt in Z. begutachtete Dr. med. E., Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Beschwerdeführerin im Auftrag der

Invalidenversicherung (Gutachten vom 8. Februar 2006, Urk. 8/M34). Der Experte beschrieb darin eine seit frühesten Kindheit bestehende und sich im beruflichen und sozialen Leben sehr ungünstig auswirkende Persönlichkeitsstörung, die er als Entwicklungsstörung (ICD-10 F80) diagnostizierte. Differentialdiagnostisch sei auch an eine Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) zu denken. Die Störung äußere sich in der andauernd reduzierten Fähigkeit, zielgerichtete Aktivitäten über eine längere Zeit durchzuhalten, in emotionaler Labilität und leichter Reizbarkeit, Nichtberücksichtigung sozialer Konventionen sowie einer gewissen Logorrhoe und Schreibschwäche. Zur erwähnten psychischen Problematik gesellten sich noch körperliche Schwierigkeiten mit einem reduzierten Lungenvolumen und einer Schwerhörigkeit. Aus all diesen Gründen attestierte der Gutachter eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 80 %. Der hier zu beurteilende Unfall spielte bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit keine Rolle. Als Unfallfolge gab die Beschwerdeführerin beim Gutachter einzig an, seither habe sie ein "Pfeifen" im linken Ohr, und sie sei noch in Behandlung (wohl Physiotherapie) in der Klinik Schulthess (vgl. Urk. 8/M34 S. 3 f.).

2.5. Am interdisziplinären Gutachten des W. \_\_\_ vom 12. September 2007 (Urk. 8/M32) waren die medizinischen bzw. psychologischen Fachrichtungen Innere Medizin und Rheumatologie (Dr. med. F. \_\_\_), Psychiatrie und Neurologie (Dr. med. G. \_\_\_) sowie Neuropsychologie (lic. phil. H. \_\_\_) beteiligt. Das Gutachten basiert auf einer umfassenden Darstellung der bekannten Aktenlage (inklusive des für die Invalidenversicherung erstellten Gutachtens von Dr. E. \_\_\_), eigenen fachärztlichen Untersuchungen (S. 14 ff.) und deren Beurteilung (S. 23 ff.) sowie der Beantwortung der von der Beschwerdegegnerin gestellten Fragen (S. 27 ff.). Die Untersuchungen (vgl. S. 24 ff.) ergaben in neurologischer Hinsicht, abgesehen von der vorbestehenden Schwerhörigkeit, keine pathologischen Befunde. Den Tinnitus links, dessen Auftreten die Beschwerdeführerin in die zeitliche Nähe des Unfalls rückte, erachteten die Experten angesichts der Vielzahl anderer ebenso wahrscheinlicher Erklärungen als nur möglicherweise unfallbedingt (S. 25 Mitte). Rheumatologisch konnten eine schmerzbedingte diskrete Einschränkung der HWS-Flexion und v.a. der Extension, aber keine traumatischen Schäden an den Halte- und Bewegungsorganen nachgewiesen werden. Die Gutachter schlossen deshalb eine strukturelle Schädigung des Nackens als Ursache der geltend gemachten Beschwerden mit hoher Wahrscheinlichkeit aus. Sie erklärten die Schmerzen mit muskulären Verspannungen, welche durch Überbelastungen, chronische Fehlhaltung und psycho-soziale Belastungen des Alltags hervorgerufen oder verstärkt werden könnten. Da diese Spannungsschmerzen funktioneller Natur seien und sich inzwischen verselbständigt hätten, seien sie überwiegend wahrscheinlich als unfallfremd anzusehen. Weiter bestätigten die Gutachter in psychischer und neuropsychologischer Hinsicht weitgehend die Beurteilung durch Dr. E. \_\_\_ und hielten fest, für diese vorbestehende Störung könne weder ein möglicher noch ein überwiegend wahrscheinlicher Zusammenhang mit dem Unfall vom 10. Oktober 2005 postuliert werden. Es gebe auch keine Hinweise dafür, dass die kognitiven Defizite durch den Unfall eine auch nur vorübergehende richtungsweisende Verschlimmerung erfahren hätten. Die auch von ihnen bestätigte dysphorisch-depressive Grundstimmung stelle keine eigenständige affektive Störung dar, sondern sei unter die psychiatrisch-kognitive Grundstörung zu subsumieren. Diagnostisch gelangten die Gutachter zum Schluss, dass der Unfall vom 10. Oktober 2005 ursächlich für ein vorübergehendes zerviko-zephalales Schmerzsyndrom war,

während die weiteren Diagnosen Spannungskopfschmerzen, chronisch-obstruktive Lungenkrankheit (COPD) bei fortgesetztem Tabakwarenkonsum, Schwerhörigkeit, Tinnitus beidseits und Persönlichkeitsstörung unfallfremd bzw. vorbestehend sind (vgl. S. 27). Zusammenfassend (vgl. Fragenbeantwortung S. 27 ff.) vertraten die Gutachter aufgrund ihrer Untersuchungen die Auffassung, dass einzig die zerviko-zephalen Schmerzen bis zum Abschluss der Rehabilitation im April 2006 überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 10. Oktober 2005 zurückzuführen waren. Diese hätten während dieser Zeit auch die noch bestehende Restarbeitsfähigkeit von 20 % aufgehoben. Seither bestehe ein Zustand, wie er ohne den Unfall eingetreten wäre (status quo sine), wozu auch die zwischenzeitlich aufgetretenen Spannungsschmerzen gehörten.

### E. 3

3.1 Die Gutachterin hält das Gutachten des W. \_\_\_ für nicht geeignet, den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den heutigen Beschwerden und dem Unfall vom 10. Oktober 2005 zu beurteilen. Sie macht geltend, die Gutachter hätten lediglich untersucht, ob die Beschwerden am Halte- und Bewegungsapparat auf objektivierbare Schädigungen zurückgeführt werden könnten (und dies verneint). Da es sich vorliegend um ein Schleudertrauma mit definitionsgemäss nicht nachweis- und objektivierbaren Gesundheitsschädigungen handle, seien die Gutachter von einer falschen Ausgangslage ausgegangen. Dies werde noch dadurch untermauert, als sie selber angegeben hätten, aus medizinischer Sicht könne kein typisches Beschwerdebild nach einem HWS-Distorsionstrauma existieren (Urk. 1 S. 5). Die Gutachterin spricht den Gutachtern letztlich die Kompetenz zur Beurteilung von Schleudertrauma-Verletzungen ab (Urk. 1 S. 5 unten).

3.2 Die Einwände halten einer näheren Betrachtungsweise nicht stand. Die Gutachterin geht mit Selbstverständlichkeit davon aus, dass bei ihr ein sog. Schleudertrauma vorliege (vgl. Urk. 1 S. 4). In der Tat haben Dr. B. \_\_\_ und Dr. D. \_\_\_ (nicht aber der erstbehandelnde Dr. A. \_\_\_) ein solches postuliert. In Erw. 2.2 wurde indessen dargelegt, dass es in beiden ärztlichen Berichten an der sorgfältigen Beschreibung der rechtsprechungsgemäss geforderten Symptomatik mangelte und die Diagnose letztlich einzig aufgrund der Angaben der Gutachterin und der Tatsache, dass sie kurz zuvor in einen Auffahrunfall verwickelt war, gestellt wurde. Demgegenüber wird im Gutachten basierend auf der bestehenden Aktenlage, der umfassenden Anamneseerhebung und der eigenen Untersuchungen versucht, ein objektives Bild der komplexen gesundheitlichen Situation der Gutachterin darzustellen. Breiten Raum nehmen dabei auch die seit Langem bestehenden psychiatrischen und geistigen Störungen ein (vgl. Urk. 8/M32 S. 25 f.). Mit den von der Gutachterin kritisierten Aussagen zum "typischen Beschwerdebild nach HWS-Distorsionstrauma" (Urk. 1 S.5 Ziff. 17) geben die Gutachter lediglich den medizinisch-wissenschaftlichen Konsens wieder, dass es eine Reihe unspezifischer Allgemein-Symptome gibt, die ganz unterschiedliche Ursachen haben können, aber auch nach Beschleunigungstraumen oder traumatischen HWS-Schädigungen auftreten (vgl. Urk. 8/M32 S. 28). Weshalb den Gutachtern aufgrund dieser medizinischen Tatsachenfeststellung die Kompetenz zur Beurteilung von HWS-Distorsionstraumen abgehen soll, ist nicht erfindlich. Ebenso haltlos ist der Vorwurf der Verletzung des rechtlichen Gehörs (Urk. 1 S. 5 unten), weil die Gutachter, sich auf den neuesten Forschungsstand stützend, die hypothetische Annahme von Mikro-Verletzungen an den Muskeln und Bändern des Nackens als

vorübergehender Natur bezeichneten (vgl. Urk. 8/M32 S. 26 unten).

4. Zusammenfassend kann auf die überzeugend begründete und nachvollziehbare Kernaussage des Gutachtens des W.\_\_\_\_ abgestellt werden, dass ab April 2006 (nach dem Rehabilitationsaufenthalt in der Zürcher Höhenklinik Z.\_\_\_\_) der status quo sine erreicht war und die weiter bestehenden Beschwerden auf unfallfremden bzw. vorbestehenden Ursachen beruhen. Die Einstellung der Versicherungsleistungen per 30. September 2007 mit Verneinung eines Anspruchs auf eine Invalidenrente oder Integritätsentschädigung ist damit nicht zu beanstanden. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - Rechtsanwalt Christos Antoniadis
  - Fürsprecher René W. Schleifer
  - Bundesamt für Gesundheit

4. 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.