

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00117 vom 10. März 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-03-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00117

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00117 du 10 mars 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00117 del 10 marzo 2010

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).

1.3. 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).

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 Arbeitsbeziehungsweise 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 Eindrücklichkeit 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).

1.4 Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der rechtlichen Folgen sind Versicherungsträger und Gerichte auf Angaben ärztlicher Expertinnen und

Experten angewiesen. Diese Angaben bilden die ausschlaggebenden Beweismittel. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungssträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rentenanspruchs gestatten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungssträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 161/2 Erw. 1c; vgl. auch 123 V 334 Erw. 1c).

E. 2

2.1 Ä Ä Ä Streitig und zu prüfen ist, ob eine über den Zeitpunkt der erfolgten Leistungseinstellung (September 2008) hinaus gehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht, mithin der Kausalzusammenhang zwischen den zu diesem Zeitpunkt noch vorhandenen Beschwerden und dem Unfallereignis vom 20. Oktober 2007.

2.2 Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) auf den Standpunkt, aufgrund des maladaptiven Umgangs mit den Beschwerden könne beim Beschwerdeführer keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden (S. 6 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Rahmen der Beschwerdeantwort (Urk. 7) hielt die Beschwerdegegnerin fest, heute stünden nur noch degenerative Veränderungen und psychische Beeinträchtigungen der Aufnahme eines 100%-Arbeitspensums entgegen (S. 4 Mitte). Spätestens seit dem 30. September 2008 lägen keine Unfallfolgen mehr vor und eine Behandlungsbedürftigkeit bestehe nur noch hinsichtlich der psychischen Störungen, für welche der adäquate Kausalzusammenhang verneint werden müsse (S. 6 Mitte).

2.3 Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer machte in der Beschwerde (Urk. 1) geltend, es habe sich nicht um eine frontale, sondern um eine seitliche Kollision von rechts gehandelt (S. 5 oben). Der Unfall habe einen bisher stummen Vorzustand aus dem Gleichgewicht gebracht

(S. 6 unten). Gemäss Bestätigung seines Hausarztes Dr. B. ___ habe er vor dem Unfall keinerlei Beschwerden seitens der HWS oder des Rückens und auch keine Kopfschmerzen gehabt (S. 6 Mitte). Es liege ein bildgebend nachweisbarer Gesundheitsschaden an der HWS vor (S. 8). Die bisher durchgeführten Heilbehandlungen seien ungenügend gewesen. So sei eine mittels Computer-Tomogramm präzise platzierte Steroid-Injektion an den betroffenen Stellen der HWS nicht versucht worden. Es bestehe medizinisch gesehen zweifellos noch Verbesserungspotential, ein Endzustand sei nicht erreicht. Nur schon aus diesem Grund sei die Leistungseinstellung per Ende September 2008 unzulässig (S. 7 f.). Ausserdem sei eine Heilungsdauer von knapp einem Jahr viel zu kurz (S. 8 unten).

E. 3

3.1 Die erstbehandelnden Ärzte der Chirurgischen Klinik des Stadtsitals Z. ___ diagnostizierten am 21. Oktober 2007 (Urk. 8/12) eine HWS-Distorsion. Sie führten aus, der Beschwerdeführer leide unter Schmerzen paravertebral der HWS, Kopfschmerzen und leichten Schmerzen im Lumbal-Bereich. Betreffend HWS berichteten die Ärzte über einen paravertebralen Muskelhartspann mit muskulärer Druckdolenz beidseits bei schmerzbedingt leicht eingeschränkter Beweglichkeit und betreffend LWS über eine Druckdolenz der LWK 4-5 mit paravertebraler Druckdolenz muskulär bei intakter peripherer DMS. Die Röntgenaufnahmen der HWS hätten keine Hinweise auf ossäre Läsionen ergeben.

Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 22. Oktober 2007 (Urk. 8/2) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe nach dem Unfall sofort unter Nackenbeschwerden gelitten, nach rund einer Stunde an Kopfschmerzen und nach etwa acht Stunden auch an Schwindel.

3.2 Gemäss Bericht des C. ___ Instituts (C. ___) in K. ___ vom 18. Dezember 2007 (Urk. 8/9) wurden im MRI der HWS eine recht deutliche Osteochondrose auf Höhe von C5/C6 mit Bandscheibenprotrusion mit leichter Einengung der Neuroforamina rechtsbetont sowie eine zirkuläre, breitbasige Bandscheibenprotrusion auf Höhe C6/C7 mit leichter diskogener Einengung der Neuroforamina beidseits festgestellt.

3.3 Med. pract. B. ___, Allgemeine Medizin FMH, führte im Bericht vom 21. Januar 2008 (Urk. 8/13) aus, ohne HWS-Beschwerden in der früheren Anamnese bestände nun seit dem Unfall eine massive vertebromuskuläre Bewegungseinschränkung (Beweglichkeit der HWS allseits nur 10-20°) und Schmerzhaftigkeit der HWS, die bisher auf Analgetica und konventionelle Physiotherapie höchstens minimal gebessert habe.

3.4 Dr. med. D. ___, Fachärztin für Neurologie, nannte im Bericht vom 12. Februar 2008 (Urk. 8/21) folgende Diagnosen (S. 1):

- HWS-Beschleunigungsverletzung Grad I am 20.12.2007 im Rahmen eines Autounfalls mit anhaltenden posttraumatischen Zervikozephalgien, Dysästhesien der Hände ohne klinische Anhaltspunkte für eine traumatische Läsion des zentralen oder peripheren Nervensystems

- Ausgeprägte reaktive depressive Entwicklung v.a. posttraumatische Belastungsstörung

Â Â Â Â Â Â Â Â Sie hielt fest, der Beschwerdeführer berichte über unerträgliche Kopfschmerzen, die sich im Verlauf nach dem Unfall entwickelt hätten. Darüber hinaus beständen weiterhin Nackenschmerzen mit erheblicher Bewegungseinschränkung der HWS. Der neurologische Untersuchungsbefund habe keine objektivierbaren pathologischen Befunde zeigen können. Der Beschwerdeführer sei ausgeprägt depressiv verstimmt und sei offenbar auch suizidal gewesen. Er berichte darüber hinaus über unspezifische weitere Störungen wie Konzentrationsminderung und auch über eine sexuelle Funktionsstörung. Die Beschwerdesymptomatik lasse sich derzeit somatisch nicht hinreichend erklären. Es bestehe daher der Verdacht auf eine ausgeprägte depressive Entwicklung, möglicherweise im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung, da der Unfall den Beschwerdeführer gemäss seinen eigenen Aussagen sehr traumatisiert habe. Die posttraumatischen Zervikozephalgien würden sehr wahrscheinlich auch durch die ausgeprägte depressive Symptomatik mit unterhalten. Dr. D. ___ empfahl eine rasche psychiatrische Beurteilung des Beschwerdeführers (S. 2).

3.5 Â Â Â Â Im MRI des Schädels vom 15. Februar 2008 (Urk. 8/24) wurden keine Anzeichen posttraumatischer Veränderungen festgestellt.

3.6 Â Â Â Â Dr. med. E. ___, FMH Physikalische Medizin/Rehabilitation, von der F. ___ Klinik, nannte im Bericht vom 18. Februar 2008 (Urk. 8/25) als Diagnosen ein zervikozephal und zervikospondylogenes Syndrom beidseits sowie einen Status nach HWS-Distorsion am 20.10.2007 mit Tendenz zur Schmerzausweitung. Nach sechs Physiotherapie-Sitzungen habe der Beschwerdeführer das Gefühl, er könne den Nacken ein wenig besser bewegen, nach wie vor beständen jedoch sehr viele Beschwerden (S. 2 f.).

3.7 Â Â Â Â Dr. med. G. ___, Facharzt FMH Rheumatologie und Innere Medizin, gab im Bericht vom 25. Februar 2008 (Urk. 8/31/2) an, er habe den Beschwerdeführer früher behandelt, im November 1999 wegen eines Impingementsyndroms der linken Schulter sowie zwischen Januar 2001 und März 2002 wegen belastungsunabhängiger lumbaler Rückenschmerzen. Klinisch habe sich ein myofasziales lumbovertebrales Syndrom mit Tendomyosen am Beckenkamm sowie eine Ligamentose Lig interspinale L5/S1 gefunden. Die MRI-Abklärung der LWS habe eine Bandscheibendegeneration L4/5 ergeben.

3.8 Â Â Â Â Am 13. März 2008 erstellte H. ___, Dipl. Ing. FH, von der Zürich Versicherungs-Gesellschaft, eine Unfallanalyse (Urk. 8/35) und errechnete eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeugs des Beschwerdeführers zwischen 14 und 16 km/h (S. 11 oben). Die Fahrzeuge hätten unter einem Winkel zwischen den Längsachsen von 140 bis 150° kollidiert (S. 7 unten).

3.9 Â Â Â Â Im Bericht der Rehaklinik A. ___ über das ambulante Assessment vom 19. März 2008 (Bericht vom 25. März 2008, Urk. 8/40) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1):

- Unfall vom 20.10.2007: Autounfall mit seitlich-frontaler Kollision rechts.

Primärdiagnosen: HWS-Distorsion QTF I

- 18.12.2007 MRI HWS: recht deutliche Osteochondrose C5/6 sowie

Bandscheibenprotrusion mit Einengung der Neuroforamina rechtsbetont; C6/7 breitbasige zirkuläre Protrusion mit leichter diskogener Einengung der beiden Neuroforamina. Keine

Nervenkompression oder zervikale Myelopathie

- 15.02.2008 MRI Schädel nativ: Keine Anzeichen posttraumatischer Veränderungen
- zervikales Schmerzsyndrom rechtsbetont
- mangelnde Strategien zur Krankheitsbewältigung
- Verdacht auf reaktiv-depressive Anpassungsstörung aufgrund der Beschwerdepersistenz
- diskretes, vorwiegend motorisches Karpaltunnelsyndrom beidseits (Abklärung vom 12.02.2008, fecit Dr. D.____, Zürich)
- aktuell kein klinisches Korrelat hierzu

Der Beschwerdeführer leide aktuell an spontanen und bewegungs- respektive belastungsverstärkten Nackenbeschwerden, Kopfschmerzen, Tinnitus rechts und Dysästhesien beider Hände und Unterarme (S. 1). Er sei depressiv verstimmt, alles drehe sich um seine Beschwerden (S. 2). Es werde eine stationäre Rehabilitation empfohlen. Dabei gehe es um allgemeine Aktivierung sowie Schmerz coping. Zusätzlich zu körperbezogenen Behandlungen werde eine psychosomatisch orientierte Behandlung als notwendig erachtet (S. 3).

Nach dem Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Rehaklinik A.____ vom 4. Juni 2008 bis zum 8. Juli 2008 wurden im Austrittsbericht vom 10. Juli 2008 (Urk. 8/62) im Wesentlichen dieselben Diagnosen genannt wie im Bericht vom 25. März 2008. Neu festgestellt wurden eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt sowie ein Verdacht auf familiäre Innenohrschwerhörigkeit (S. 1 Mitte). Die Ärzte der Rehaklinik A.____ gaben an, bei Eintritt habe der Beschwerdeführer über typische Beschwerden einer HWS-Distorsion wie Kopfschmerzen, Augenschmerzen, Schwindelsymptomatik, Parästhesien in den Extremitäten, allgemeines Schwächegefühl und Übelkeit berichtet. Klinisch habe sich eine deutlich eingeschränkte aktive Kopfbeweglichkeit und eine eingeschränkte Armbeweglichkeit gezeigt (S. 3 oben). Infolge erheblicher Symptomausweitung und Selbstlimitierung seien die Resultate von physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den relativ geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie der Diagnose aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären (S. 2 oben). Die berufliche Tätigkeit als Taxifahrer sei aktuell nicht zumutbar, hingegen eine leichte bis mittelschwere Arbeit ganztags (S. 2 Mitte). Zusammengefasst habe trotz intensiven physiotherapeutischen Massnahmen, Vermittlung von Coping-Strategien und psychosomatisch orientierter Behandlung keine deutliche Linderung der HWS-Beschwerden erreicht werden können (S. 4).

Im Rahmen der neurootologischen Untersuchung vom 1. Juli 2008 konnten die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden nicht objektiviert werden (Bericht vom 2. Juli 2008, Urk. 8/60).

Im Bericht der Rehaklinik A.____ vom 3. Juli 2008 über das Psychosomatische Konsilium vom 9. Juni 2008 (Urk. 8/61) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer leide seit dem Unfall an persistierenden Schmerzen im Kopf- und

Nackengebiete sowie Tinnitus, Sehkr ftminderung, Unsicherheit beim Gehen und Parästhesien in beiden Armen. Seine Stimmungslage sei tiefer geworden, traurig, er habe schmerzbedingte Schlafprobleme. Er sei nervös und schnell reizbar geworden, freud- und motivationslos. Der Beschwerdeführer zeige ausgeprägte Tendenzen zu negativen Überzeugungen, Bewertungen und Katastrophisierung seines Zustandes. Trotz ausführlichen psychoedukativen Gesprächen und Aufklärungen über die Symptome und die Natur seines Störungsbildes sowie die Wichtigkeit eines aktiven therapeutischen Vorgehens, habe die Motivation zu einer allgemeinen Aktivierung nur minim gesteigert werden können. Aus seiner dysfunktionalen Kognition, Schmerzfixierung, Angst und Opferrolle resultiere ein ausgeprägtes, regressives und Vermeidungsverhalten. Das aktuelle klinische Krankheitsbild erfülle die Kriterien für eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (S. 3 Mitte).

3.11          Kreisarzt Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, nahm am 18. August 2008 (Urk. 8/63) eine Beurteilung anhand der Akten vor. Er hielt fest, dass passive und aktive Physiotherapie, ebenso wie eine intensive multimodale stationäre Rehabilitation, zu keiner Verbesserung der Situation geführt hätten. Als Grund seien ein dysfunktionaler Umgang mit Schmerzen sowie negative Therapie berzeugungen angenommen worden. Die Gründe für einen schlechten Therapieverlauf best nden nach wie vor, dies allerdings bei fehlender struktureller Pathologie erlitten beim Unfall am 20. Oktober 2007. Überdies sei bei der biomechanischen Unfallanalyse ein Delta-v ermittelt worden, das deutlich unterhalb des Grenzwertes gelegen habe, der üblicherweise überhaupt zu Beschwerden Anlass gebe. Damit lasse sich aussagen, dass der Endzustand erreicht sei, dass weitere Therapien die subjektiv vom Beschwerdeführer wahrgenommenen Beschwerden nicht in wesentlicher Weise beeinflussen würden (S. 2).

3.12    Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 7. September 2008 (Urk. 8/67) eine protrahierte Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (S. 1). Der Beschwerdeführer komme seit dem 7. März 2008 ein bis zwei Mal pro Monat in die psychotherapeutische Behandlung. Während dieser Zeit hätten kleine Fortschritte bezüglich des seelischen Gesundheitszustandes beobachtet werden können (S. 2). Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Prognose grundsätzlich besserungsfähig. Die etablierte Einzelpsychotherapie in der Muttersprache des Beschwerdeführers sowie die Behandlung mit Psychopharmaka seien weiterzuführen (S. 4).

3.13    Auf der Krankenkarte der Taggeldversicherung, auf welcher Dr. B.____ und Dr. J.____ dem Beschwerdeführer im Zeitraum Oktober 2008 bis Februar 2009 100%ige Arbeitsunfähigkeiten bescheinigten, wurde das Feld  Unfall  nicht angekreuzt und das Feld  Krankheit  mit einem Fragezeichen versehen (Urk. 3/13).

3.14    Dr. B.____ fasste am 16. März 2009 die Krankengeschichte des Beschwerdeführers zusammen (Urk. 3/14). Dazu gab er an, dass vor dem Unfall im Jahre 2007 keinerlei Beschwerden seitens der HWS oder des Rückens bestanden hätten, und auch keine Kopfschmerzen.

E. 4

4.1      Die Beschwerdegegnerin bejahte im angefochtenen Einspracheentscheid vom 24. Februar 2009 implizit einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall

und den noch geklagten Beschwerden (Urk. 2 S. 6 unten).

4.2 Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist ein natürlicher Kausalzusammenhang in der Regel anzunehmen, wenn ein Schleudertrauma der HWS festgestellt wird und ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, 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 damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts, EVG, in Sachen E. vom 12. August 1999, U 264/97). Hierbei geht es nach neuerer Rechtsprechung, wenn die versicherte Person an Nackenschmerzen leidet und weitere praxisgemässe Beschwerden erst mit der Zeit hinzukommen (vgl. hierzu: Urteil des EVG in Sachen S. vom 30. Juli 2007, U 336/06, Erw. 5.1).

4.3 Vorliegend traten beim Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Unfall Nackenschmerzen auf, kurze Zeit später auch Kopfschmerzen und Schwindel (Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 22. Oktober 2007, Urk. 8/2). Am folgenden Tag wurde eine HWS-Distorsion diagnostiziert (Urk. 8/12). Im Verlauf nach dem Unfall verstärkten sich die Kopfschmerzen und es bestanden weiterhin Nackenschmerzen (Urk. 8/21). Zudem wurde über depressive Verstimmungen, Konzentrationsminderung, Schwindelsymptomatik, allgemeines Schwächegefühl und Übelkeit berichtet (vgl. Urk. 8/21; Urk. 8/62).

4.4 Demnach ergibt sich, dass beim Beschwerdeführer innerhalb der gemäss Rechtsprechung geforderten Zeit Nackenschmerzen aufgetreten sind und er später auch weitere einschlägige Beschwerden beklagte. Auch wenn diese nicht objektivierbar waren, ist doch zumindest eine Teilkausalität anzunehmen.

E. 5

5.1 Im Rahmen der Prüfung der Adäquanz ist vorab festzuhalten, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden nicht einem organisch nachweisbaren unfallbedingten Substrat zuzuordnen sind.

So ergaben die am Folgetag des Unfalls erstellten Röntgenaufnahmen von HWS, Dens und LWS keine Befunde, welche auf eine unfallbedingte Schädigung hinweisen würden; ossäre Läsionen konnten ausgeschlossen werden (Urk. 8/12). Die neurologische Untersuchung zeigte keine objektivierbaren pathologischen Befunde (Urk. 8/21). Auch im MRI des Schädels ergaben sich keine Anzeichen posttraumatischer Veränderungen (Urk. 8/24). Das MRI der HWS zeigte mit Ausnahme einer Osteochondrose sowie Bandscheibenprotrusionen in Höhe C5/C6 und C6/C7 - bei welchen es sich um Veränderungen degenerativer Natur handelt - keine pathologischen Auffälligkeiten (Urk. 8/9). Auch den übrigen ärztlichen Berichten können keine unfallrelevanten Befunde entnommen werden, abgesehen von einem Muskelhartspann,

Druckdolenzen und einer Bewegungseinschränkung der HWS sowie Druckdolenzen der LWS (Urk. 8/12; vgl. auch Urk. 8/13; Urk. 8/25; Urk. 8/40; Urk. 8/60-62).

5.2 Der Beschwerdeführer machte geltend, die Überdehnung der HWS und die Querbewegung hätten eine erhebliche Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes bewirkt. Es habe sich um einen stummen Vorzustand gehandelt, der bis zum Unfall zu keinen Beschwerden geführt habe (Urk. 1 S. 6). Dabei verwies er auf die Bestätigung von Dr. B., wonach vor dem Unfall im Jahre 2007 keinerlei Beschwerden seitens der HWS oder des Rückens und auch keine Kopfschmerzen bestanden hätten.

Vorweg ist auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts hinzuweisen, 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 EVG in Sachen N. vom 29. November 2006, U 207/06, Erw. 2.2). Insofern ist auch bei der Annahme von nicht erkannten Verletzungen anlässlich des Unfalls nicht davon auszugehen, dass diese im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nach rund einem Jahr noch bestanden haben.

Des Weiteren kann nach der Rechtsprechung eine richtunggebende, mithin dauernde, unfallbedingte Verschlimmerung einer vorbestandenen, degenerativen Erkrankung der Wirbelsäule nur dann als nachgewiesen gelten, wenn ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen nach einem Trauma radioskopisch erstellt ist (Urteil des EVG vom 28. September 2005 in Sachen M., U 248/05, Erw. 2.1 mit Hinweisen). Solche Befunde konnten beim Beschwerdeführer jedoch nicht erhoben werden. Damit erscheint insbesondere die Bandscheibenproblematik des Beschwerdeführers als unfallfremd.

Ausserdem genügt die Rechtsfigur *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), rechtsprechungsgemäss nicht für die Annahme eines Kausalzusammenhangs (BGE 119 V 341 f. Erw. 2b/bb). In diesem Sinne kann der Beschwerdeführer aus der Bestätigung von Dr. B., wonach er vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei, nichts zu seinen Gunsten ableiten. Damit erweist sich auch der Beweisantrag des Beschwerdeführers, es sei bei der Krankenkasse Helsana Auskunft darüber zu verlangen, ob vor dem Unfall vom 20. Oktober 2007 bereits Heilungskosten wegen Beschwerden der HWS oder des Rückens erbracht worden seien (Urk. 1 S. 6), als entbehrlich.

Schliesslich ist zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer gemäss Bericht von Dr. G. bereits zwischen Januar 2001 und März 2002 wegen belastungsunabhängiger lumbaler Rückenschmerzen in Behandlung war (vgl. Urk. 8/31/2).

5.3 Angesichts des dokumentierten Ereignisablaufs (vgl. Polizeirapport vom 17. November 2007, Urk. 8/7) und den Angaben in der Unfallanalyse (Urk. 8/35) hat die Beschwerdegegnerin das Unfallereignis zurecht als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingestuft (vgl. Urk. 2 S. 8). Für die Annahme einer Tendenz

gegen schwer verlangt die Rechtsprechung viel erheblichere Umstände (vgl. die Beispiele aus dem mittleren Bereich bei Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Auflage, Zürich 2003, S. 57 f.). Die Qualifikation des Unfalls wurde denn auch durch den Beschwerdeführer nicht beanstandet.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit ist eine adäquate Kausalität nur zu bejahen, wenn ein einzelnes praxisgemässes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder verschiedene Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise gegeben sind.

5.4 Ä Ä Ä Ä Der Unfall vom 20. Oktober 2007 war weder von besonders dramatischen Umständen begleitet noch besonders eindrücklich. Es ergab sich kein aussergewöhnlicher Sachschaden und der Beschwerdeführer musste sich erst am Folgetag wegen Nackenbeschwerden und Kopfschmerzen in ärztliche Behandlung begeben.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Des Weiteren erlitt der Beschwerdeführer keine Verletzungen von nennenswerter Schwere oder besonderer Art. Auf den Röntgen- und MRI-Bildern zeigten sich keine Läsionen und die organischen Beschwerden beschränkten sich auf einen Muskelhartspann, Druckdolzen und eine Bewegungseinschränkung der HWS.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur ärztlichen Behandlung ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer von Anfang an adäquat behandelt wurde. Nachdem Analgetica und Physiotherapie kaum Besserung brachten (vgl. Urk. 8/13; Urk. 8/25), erfolgte eine stationäre Rehabilitation, unter anderem mit Physiotherapien, Schmerzlerngruppe, Rehatraining, psychoedukativen Gesprächen und Aufklärung sowie psychopharmakologischer Therapie (vgl. Urk. 8/62). Eine physiotherapeutische Weiterbetreuung war aufgrund fehlenden Erfolges nicht indiziert, eine psychotherapeutische Weiterbetreuung wurde als wünschenswert beurteilt (Urk. 8/62 S. 2 oben). Eine solche erfolgte - wie bereits vor dem Aufenthalt in der Rehaklinik - bei Dr. J. ___ in Form einer Einzelpsychotherapie in der Muttersprache des Beschwerdeführers (Urk. 8/67). Diese therapeutischen Massnahmen und deren Verlauf rechtfertigen es nicht, von einer fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung zu sprechen. Das entsprechende Kriterium ist somit nicht erfüllt. Auch ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen lagen nicht vor, ebenso wenig eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Während in der bisherigen beruflichen Tätigkeit als Taxifahrer eine voll-umfängliche Arbeitsunfähigkeit besteht (vgl. Urk. 8/62 S. 2; Urk. 3/13), wurde dem Beschwerdeführer im Austrittsbericht der Rehaklinik A. ___ vom 10. Juli 2008 in einer leichten bis mittelschweren angepassten Tätigkeit eine ganztägige Arbeitsfähigkeit attestiert, wobei der Einstieg vorerst halbtags mit einer sukzessiven Steigerung auf ganztags erfolgen sollte (Urk. 8/62 S. 2). Diese Arbeitsfähigkeit wurde nicht umgesetzt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zum Kriterium **Ä■erhebliche BeschwerdenÄ■** ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer offenbar noch immer an typischen Beschwerden einer HWS-Distorsion leidet, insbesondere an Nackenbeschwerden und Kopfschmerzen (vgl. Urk. 8/40 S. 3; Urk. 8/62 S. 3 f.; Urk. 8/61 S. 3).

5.5 Zusammenfassend steht fest, dass von den praxisgemässen Kriterien zwei in Frage kommen (längerdauernde Arbeitsunfähigkeit und erhebliche Beschwerden), dies jedoch nicht in der erforderlichen Ausprägung und auch nicht in gehäuft oder auffallender Weise. Damit sind die vom Beschwerdeführer nach dem 30. September 2008 geklagten Beschwerden nicht mehr adäquat kausal zum Unfallereignis vom 20. Oktober 2007.

Damit erbringt sich eine Auseinandersetzung mit der Beanstandung des Beschwerdeführers, dass medizinisch gesehen noch Verbesserungspotential bestehe und ein Endzustand nicht erreicht sei. Die Frage, wonach die bisher durchgeführten Heilbehandlungen ungenügend gewesen seien, findet in den Akten keine Stütze. Eine mittels Computer-Tomogramm platzierte Steroid-Injektion, wie sie der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vorschlug, wurde nie thematisiert. Ob eine solche Behandlung zu einer Verbesserung führen könnte, ist jedoch fraglich (vgl. Beurteilung des Kreisarztes, Urk. 8/63 S. 2). Aus rein psychiatrischer Sicht ist der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gemäss Einschätzung durch Dr. J. _____ grundsätzlich besserungsfähig, dies steht jedoch mit dem Unfall in keinem relevanten Zusammenhang.

Die Beschwerdegegnerin hat demnach zu Recht ihre Leistungen per 30. September 2008 eingestellt, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- 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.