

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00427 vom 14. Oktober 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-10-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00427

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00427 du 14 octobre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00427 del 14 ottobre 2011

Erwägungen

E. 3

3.1 Die Diagnose einer HWS-Distorsion ist nicht anzuzweifeln, auch wenn die Beschwerdeführerin in Z. ___ keinen Arzt aufsuchte und diese Diagnose als Verdachtsdiagnose erst anlässlich der Erstkonsultation am 10. August 2005 gestellt wurde (Urk. 14/ZM1-2). Denn unmittelbar nach dem Unfall traten bei der Beschwerdeführerin Nackenschmerzen auf (Urk. 13/ZA3). In der medizinischen Literatur figuriert der Nackenschmerz an erster Stelle unter den Symptomen, die nach einer Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule zu beobachten sind (vgl. Strebel et al., Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der Akutphase nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma [sog. Schleudertrauma], in: Schweizerisches Medizinisches Forum, Nr. 47, 20. November 2002, S. 1119 und S. 1120). Dementsprechend wurde auch ärztlicherseits nicht in Frage gestellt, dass die Beschwerdeführerin am 1. Juli 2005 eine HWS-Distorsion erlitten hat (Urk. 14/ZM1-2, 14/ZM7, 14/ZM12, 14/ZM21, 14/ZM45, 14/ZM69 S. 18, 14/ZM70-71).

3.2 Organische Unfallfolgen sind keine ausgewiesen. Zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung bestand ein zervikozephal, zervikobrachiales und ein diskretes lumbovertebrales Syndrom. Als objektiv feststellbares Korrelat hierfür fand sich einzig ein mässiggradiger paravertebraler Hartspann im Bereich der Halswirbelsäule (Urk. 14/ZM69 S. 21, 14/ZM67 S. 2 f.). Dabei handelt es sich jedoch nicht um ein klar ausgewiesenes organisches Substrat im Sinne der Rechtsprechung (vgl. SVR 2008 UV Nr. 2 S. 3 E. 5.2 mit Hinweisen [U 328/06]; Urteile des BGer 8C_744/2008 vom 26. November 2008 E. 4 und U 484/06 vom 15. Mai 2008 E. 4.3.2, je mit Hinweisen). Die zudem festgestellten neuropsychologischen Funktionsstörungen sind zwar klinisch fassbar, nicht jedoch hinreichend organisch im Sinne einer strukturellen Veränderung nachgewiesen (Urk. 14/ZM68, 14/ZM69 S. 22; vgl. auch Urk. 14/ZM35 S. 2). Damit gibt es keine Anhaltspunkte für neurologische Ausfälle im Sinne eines messbaren Defektzustandes als Folge einer Schädigung des zentralen Nervensystems (vgl. Urteil des BGer 8C_364/08 vom 7. November 2008 E. 7.1.2 mit Hinweis). Dafür, dass die in der Klinik K. ___ im September 2011 ausgemachte rechtsseitige Wadenbeinverletzung (auf eine Fraktur hindeutende dorsomediale Exostose am proximalen Fibulaschaft; Urk. 23/1) auf das Unfallereignis vom 1. Juli 2005 zurückzuführen wäre, fehlt im Lichte des Unfallmechanismus jeder greifbare Anhaltspunkt.

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht für die Beschwerden, die mit dem Unfall und der dabei erlittenen HWS-Distorsion zusammenhängen, zunächst zu Recht anerkannt. Dies ist insoweit unbestritten. Was die Beschwerden anbelangt, welche die Versicherte über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 30. Juni 2009 hinaus

klagt, bestehen von Seiten der Ärzte unterschiedliche Ansichten, ob diese in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 1. Juli 2005 stehen (Urk. 14/ZM69 S. 22, 14/ZM71, 14/ZM73 S. 27 ff.). Die Frage kann indessen offen bleiben, wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt. Denn steht aufgrund einer speziellen Adäquanzprüfung fest, dass ein allfällig bestehender natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtserheblich wäre, ist die Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang tatsächlich besteht, nicht entscheiderelevant (BGE 135 V 465 E. 5.1).

E. 4

4.1 Im Rahmen der Adäquanzprüfung ist vorweg zu untersuchen, ob die psychische Problematik derart überwog, dass die mit der HWS-Distorsion einhergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen ganz in den Hintergrund traten.

4.2 Bereits vor dem Unfall litt die Beschwerdeführerin unter einer depressiven Symptomatik. Sie wurde deshalb vom 22. Oktober 2004 bis April 2005 von ihrem Hausarzt mit Antidepressiva (Citalopram 20 mg) behandelt. Eine Arbeitsunfähigkeit bestand deswegen indessen nie (Urk. 14/ZM29). Die erstbehandelnden Medizinalpersonen des Spitals A. hielten am 10. August 2005 nebst der Diagnose eines Verdachts auf eine HWS-Distorsion eine depressive Verstimmung fest (Urk. 14/ZM1-2). Der Hausarzt Dr. B. erwähnte in den Verlaufsberichten zu Händen der involvierten Versicherungsträger keine psychischen Auffälligkeiten, sondern betonte das zervikovertebrale und lumbovertebrale Schmerzsyndrom (Urk. 14/ZM7, 14/ZM11, 14/ZM13-16). Gegenüber der psychiatrischen Gutachterin des Instituts P., Dr. med. L., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, gab er jedoch im Rahmen ihrer Fremdanamnese am 22. Oktober 2007 an, nach dem Unfall sei wegen der körperlichen Symptome eine anhaltende resignative Stimmung mit Gefühlen von Wertlosigkeit entstanden, die eine andere Qualität gehabt habe als die früheren depressiven Verstimmungen (Urk. 14/ZM66 S. 7). Seinem Bericht vom 28. Januar 2006, in welchem er trotz Besserung der Zervikalgien von einem protrahierten Verlauf sprach, ist überdies zu entnehmen, dass er die Beschwerdeführerin nach dem Unfall wieder mit Citalopram 20 mg behandelte (Urk. 14/ZM15). Die Ärzte der Klinik C., wo unter anderem am 2. März 2006 ein psychosomatisches Konsilium stattgefunden hatte, führten aus, seit dem Unfall vom 1. Juli 2005 leide die Beschwerdeführerin an einer ausgeweiteten Schmerzproblematik und zudem erneut unter depressiven Symptomen, so dass von einer rezidivierenden depressiven Stimmung ausgegangen werden müsse, welche leicht- bis mittelgradig ausgeprägt sei. Der Unfall habe psychotraumatische Restfolgen hinterlassen, ohne dass jedoch das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstimmung vorliegen würde. Es sei davon auszugehen, dass die körperliche Symptomatik erheblich von somatoformen Depressionsäquivalenten überlagert sei (Urk. 14/ZM20 S. 4 f., 14/ZM21 S. 2). Der die Beschwerdeführerin ab Mai 2006 behandelnde Psychiater Dr. med. R., Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bestätigte diese Beurteilung insofern, als er eine mittelschwere Depression diagnostizierte (Urk. 14/ZM32).

Angesichts dieser Entwicklung ist davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin die psychische Problematik schon bald eindeutig im Vordergrund stand. Dr. H. erachtete holt in ihrem Aktengutachten vom 3. Juni 2009 den psychischen Gesundheitsschaden aufgrund der Prädisposition der Beschwerdeführerin für unfallfremd beziehungsweise die Unfallkausalität schon bald als dahingefallen

(Urk. 14/ZM73 S. 28). Offenbar von einem selbständigen sekundären Gesundheitsschaden gingen die Ärzte der Klinik Q.____ aus, welche in ihrem Bericht vom 10. Juli 2007 eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie einen Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) festhielten und erklärten, dieses Beschwerdebild habe sich nach dem Unfall vom 1. Juli 2005 konsekutiv entwickelt (Urk. 14/ZM45). Die P.____-Gutachter ihrerseits erklärten im Gutachten vom 15. Dezember 2007, nach einer HWS-Distorsion könne es je nach Ausmass des Traumas, nach persönlichem Erleben des Unfallereignisses etc. zu psychischen Folgeerscheinungen kommen. Die bei der Beschwerdeführerin nun bestehende somatoforme Schmerzstörung und die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung seien auf den Unfall als Teilursache zurückzuführen. Indessen habe aufgrund der vorbestehenden dissoziativen Störung (Konversionsstörung, ICD-10 F44.7) eine Disposition zur Entwicklung solcher Störungen bestanden (Urk. 14/ZM69 S. 22 f.). Daraus ist zu schliessen, dass die P.____-Gutachter die psychische Überlagerung primär als Folge der HWS-Distorsion betrachteten. Wie es sich damit verhält, ob es sich bei der schon bald nach dem Unfall dominierenden psychischen Problematik um eine Folge der HWS-Distorsion oder um einen selbständigen sekundären Gesundheitsschaden handelt, kann dahingestellt bleiben, zumal die Adäquanzprüfung - bei Annahme der natürlichen Kausalität - auf jeden Fall nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133 ff.) zu erfolgen hat. Daran ändert auch die laut Klinik K.____ durchgemachte, in keinem greifbaren Zusammenhang zum Unfallgeschehen stehende Wadenbeinfraktur nichts (Urk. 23/1).

E. 5

5.1.1. Psychische Beeinträchtigungen gelten nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung nur bei schweren Unfällen in der Regel als deren adäquate Folge. Banale Unfälle (z.B. geringfügiges Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses) oder leichte Unfälle (z.B. gewöhnlicher Sturz oder Ausrutschen) sind hingegen in der Regel nicht geeignet, einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen. Ist ein Unfall als mittelschwer einzustufen, lässt sich die Frage der Adäquanz nicht aufgrund des Unfalls allein schlüssig zu 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 nennt die Rechtsprechung besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit 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 115 V 140 E. 6c/aa).

E. 5.2

5.2.1. Nach der Rechtsprechung werden einfache Auffahrunfälle in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237 mit Hinweisen). Davon ist auch dann auszugehen, wenn es sich um eine Doppelkollision mit primärer Heckkollision und sekundärer Frontkollision handelt

(RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237). Im vorliegenden Fall bestehen keine Besonderheiten, welche zu einer anderen Beurteilung zu führen vermöchten. Gemäss dem vom Haftpflichtversicherer veranlassten unfallanalytischen Gutachten vom 11. Oktober 2005 betrug die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (delta-v) des vom Ehemann der Beschwerdeführerin gesteuerten Personenwagens bei der Heckkollision zwischen 13,3 und 18,4 km/h und war damit innerhalb oder leicht oberhalb der für den Normalfall geltenden Harmlosigkeitsgrenze von 10-15 km/h. Bei der Frontkollision lag der Wert im Bereich von 6,9 bis 10,5 km/h und damit deutlich unter der für Frontkollisionen geltenden Harmlosigkeitsgrenze von 20-30 km/h (Urk. 13/Z0). Bei dieser Sachlage ist der Unfall als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu qualifizieren (vgl. Urteile des BGer 8C_304/08 vom 1. April 2009 E. 5.1 und 8C_51/07 vom 20. November 2007 E. 4.3.1 sowie Urteil des damaligen EVG U 342/02 vom 10. September 2003 E. 4.2). Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs wäre daher zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wäre oder die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise gegeben wären (BGE 115 V 141 E. 6c/bb).

5.2.2.2 Der Unfall vom 1. Juli 2005 ereignete sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen, noch war er - objektiv betrachtet (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc; vgl. auch RKUV 2000 Nr. U 394 S. 313) - von besonderer Eindringlichkeit. Daran ändert nichts, dass die Beschwerdeführerin - wie aus dem eingereichten Bericht von Dr. phil. I. ___ vom 10. Dezember 2009 hervorgeht (Urk. 17) - den Unfall subjektiv als äusserst dramatisch wahr-genommen hat. Die Diagnose eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumatischen Verletzung der HWS vermag die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen (RKUV 2003 Nr. U 489 S. 361 E. 4.3 mit Hinweisen), oder wenn die HWS-Distorsion auf eine bereits erheblich vorgeschädigte Wirbelsäule trifft (Urteil BGer 8C_785/07 vom 11. Juni 2008 E. 4.4). Solche Umstände sind hier nicht gegeben, woran die Tatsache nichts ändert, dass es sich um eine Doppelkollision handelte (RKUV 2005 Nr. U 549 E. 5.2.3 S. 238) und die Beschwerdeführerin an der Wirbelsäule degenerative Vorzustände aufwies, zumal jene lediglich geringfügig ausgeprägt waren und zu keiner Arbeitsunfähigkeit geführt hatten (Urk. 14/ZM2, 14/ZM69 S. 21; vgl. Urk. 31/1). Auch liegt keine aussergewöhnliche Körperhaltung vor, die zur Bejahung dieses Kriteriums führen würde. Die Beschwerdeführerin sass auf dem Rücksitz leicht seitlich und etwas gekrümmt, um sich eine Sicht nach vorne zu verschaffen (Urk. 3/5, 13/Z31). Dabei handelt es sich um eine Abweichung von der Grundposition, die noch im Rahmen des üblichen liegt und nicht als aussergewöhnlich bezeichnet werden kann (vgl. dazu Urteil des damaligen EVG U 82/04 vom 14. März 2005 E. 3.2). Eine ärztliche Fehlbehandlung liegt nicht vor. Ebenso wenig kann von einem schwierigen Heilungsverlauf gesprochen werden. Weder der am 9. September 2006 erlittene Bagatellunfall (Sturz mit Schädel-, Rippen- und Hüftprellung mit unauffälligen CT-Befunden von Schädel und HWS; vgl. Urk. 14/ZM33-35) noch die Wadenbeinverletzung (Urk. 23/1) stellen erhebliche Komplikationen dar. Aus dem Umstand, dass trotz verschiedenster Therapien keine nachhaltige Besserung des Gesundheitszustandes erreicht werden konnte, kann noch nicht

auf einen schwierigen Heilungsverlauf geschlossen werden (Urteil des BGer 8C_438/08 vom 20. November 2008 E. 7.6). In körperlicher Hinsicht wurden zwar physiotherapeutische Massnahmen sowie medikamentöse Schmerztherapien durchgeführt (Urk. 14/ZM7, 14/ZM14-15), schon bald lag aber das Schwergewicht der ärztlichen Therapievorschläge im hier nicht massgebenden psychotherapeutischen Bereich. So wurde bereits bei Austritt der Beschwerdeführerin aus der Klinik C.____ am 29. März 2006 einzig eine psychiatrische Betreuung, nicht aber die Fortführung einer Physiotherapie empfohlen (Urk. 14/ZM21 S. 2). Vor diesem Hintergrund sowie mit Blick darauf, dass eine Behandlungsbedürftigkeit (im Sinne medikamentöser Schmerz- und Physiotherapie) während zwei bis drei Jahren nach einem Schleudertrauma der HWS respektive äquivalenten Verletzungen mit ähnlichem Beschwerdebild durchaus üblich ist (Urteil des BGer U 272/06 vom 22. Februar 2007 E. 4.4.3), ist eine spezifische zielgerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer zu verneinen. Körperliche Dauerschmerzen können zwar bejaht werden, angesichts der adäquanzrechtlich auszuklammernden psychischen Überlagerung ist dieses Kriterium jedoch nur als geringgradig erfüllt zu betrachten. Was den Grad und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit anbelangt, bestand bei Austritt aus der Klinik C.____ aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten (Urk. 14/ZM21 S. 2). Für die Arbeitsunfähigkeit waren somit schon bald weit überwiegend psychische Gründe verantwortlich, weshalb auch dieses Kriterium zu verneinen ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Gesagten ist bloss eines der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien in nur gering ausgeprägter Weise gegeben, was praxisgemäss nicht ausreicht, um eine über den 30. Juni 2009 hinaus bestehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu begründen. Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass folglich auch kein Anspruch auf Dauerleistungen in Form von Rente und Integritätsentschädigung besteht (vgl. BGE 127 V 104 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Elda Bugada Aebli

- Zürich Versicherung-Gesellschaft AG, unter Beilage des Doppel von Urk. 22 sowie je einer Kopie von Urk. 23/1-2

- Bundesamt für Gesundheit

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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.