

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00030 vom 24. Mai 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-05-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00030

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00030 du 24 mai 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00030 del 24 maggio 2011

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 begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

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).

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).

E. 2

Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden kein somatisches Korrelat aufwiesen (Urk. 2 Ziff. 6, Urk. 6 Ziff. 6.1). Im Vordergrund ständen eindeutig die psychischen Beschwerden. Die Prüfung der (adäquaten) Kausalität habe deshalb unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall (Psychopraxis, BGE 115 V 133) zu erfolgen (Urk. 2 Ziff. 4, Urk. 6 Ziff. 6.2). Da nicht ersichtlich sei, inwiefern von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten sei, sei die Adäquanzprüfung nicht verfrüht (Urk. 6 Ziff. 6.3). Der Unfall sei höchstens im Bereich mittel einzustufen. Die (näher dargelegte) Prüfung der Adäquanzkriterien ergebe, dass keines der Kriterien als erfüllt betrachtet werden könne (Urk. 2 Ziff. 5, Urk. 6 Ziff. 6.4). Die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang könne entsprechend offen bleiben, weitere Abklärungen seien nicht angezeigt (Urk. 2 Ziff. 5-6, Urk. 6 Ziff. 7). Da die psychischen Beschwerden nicht unfallkausal seien, müsse deren Endzustand nicht abgewartet werden (Urk. 2 Ziff. 6).

Der Beschwerdeführer machte in seiner Beschwerde (Urk. 1) demgegenüber im Wesentlichen geltend, sein psychisches und physisches Beschwerdebild sei nicht rechtsgenügend abgeklärt worden, ebenso wenig ein allenfalls noch vorhandenes Verbesserungspotential, weshalb der Fallabschluss zu früh erfolgt sei (S. 10 ff. Ziff. 3.1). Aufgrund des ungenügend abgeklärten Beschwerdebildes lasse sich auch nicht zweifelsfrei beurteilen, ob eine allfällige Adäquanzprüfung nach der Schleudertrauma- oder nach der Psychopraxis vorzunehmen sei (S. 12 ff. Ziff. 3.2.1-2). Für den Fall, dass dennoch bereits eine Adäquanzprüfung vorzunehmen sei, stellte er sich auf den Standpunkt, es sei von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu einem schweren auszugehen (S. 18 f. Ziff. 3.2.3). Von den Adäquanzkriterien (S. 19 ff. Ziff. 3.2.4) seien sowohl nach der Schleudertrauma- als auch nach der Psychopraxis zwei in ausgeprägter Weise sowie vier weitere - damit in gehäuftter Weise - als erfüllt zu betrachten (S. 25 Ziff. 3.2.4).

Strittig und zu prüfen ist somit, ob die per Ende September 2009 erfolgte Leistungseinstellung rechtens ist.

E. 3

3.1. Gemäss Polizeirapport (Urk. 7/5) musste der Beschwerdeführer sein Auto (Peugeot F 106) am 18. April 2008 in einem Autobahntunnel wegen eines sich vor ihm bildenden Staus anhalten, worauf ein von hinten herannahender VW (Passat 1.9 TDI) in sein Heck prallte (S. 1 Mitte, S. 2 Mitte, S. 3 unten, S. 5 oben, S. 7 Mitte).

3.2. Die Erstbehandlung fand gleichentags im Spital Z., Chirurgische Klinik, statt. In ihrem Zeugnis vom 26. Mai 2008 (Urk. 7/3) nannte die erstbehandelnde med. prakt. A. als Diagnose einen Verkehrsunfall mit/bei Commotio cerebri und HWS-Distorsion (S. 1 unten). Sie führte aus, bei der Überwachung des Wertes nach der Glasgow Coma Scale (GCS) habe dieser stets 15 betragen. Mittels Computertomographie (CT) des Schädels, der HWS, des Abdomens und des Beckens hätten keine ossären Läsionen oder Blutungen nachgewiesen werden können. Der Beschwerdeführer habe in deutlich besserem Allgemeinzustand, jedoch mit Schmerzen vor allem im Hals- und Nackenbereich, nach Hause entlassen werden können (S. 1 unten). Eine volle Arbeitsunfähigkeit habe vom 18. April bis 2. Mai 2008 bestanden (S. 2 Mitte).

Im vom gleichen Tag datierenden Dokumentationsfragebogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma (Urk. 7/4) vermerkte sie, die chronologische Befragung des Beschwerdeführers zum Unfallablauf habe Anhaltspunkte dafür ergeben, dass dieser während Sekunden (bis wenige Minuten) bewusstlos gewesen sei. Sodann bestehe eine Gedächtnislücke in Bezug auf das Unfallgeschehen (Ziff. 3). Der Beschwerdeführer habe angegeben, sofort nach dem Unfall unter Nackenschmerzen sowie Schmerzen am ganzen Rücken/Thorax gelitten zu haben. Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen habe er verneint (Ziff. 4).

3.3. In seinem Überweisungsschreiben an das Universitätsspital B. (B.), Klinik für Rheumatologie und Physikalische Medizin, vom 17. Juli 2008 (Urk. 7/7) nannte der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. C., Facharzt für Innere Medizin FMH, im Wesentlichen die bekannten Diagnosen und führte aus, dass nach der initialen Hospitalisation vom 18. bis 23. April 2008 im Spital Z. bezüglich der Beschwerden praktisch keine Besserung eingetreten sei. Schmerzen nuchal und cervical, Kopfschmerzen, ein inneres Hitzegefühl, Schwindel (teilweise als Drehschwindel bei Kopfbewegungen, teilweise als diffuse Gleichgewichtsstörungen beschrieben), Nervosität, Schlafstörungen sowie rasche Ermüdbarkeit dominierten die Symptomatik.

3.4. In ihrem Austrittsbericht vom 12. August beziehungsweise 2. Oktober 2008 (Urk. 7/42/1-4) nannten die Ärzte des B., Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, wo der Beschwerdeführer vom 28. Juli bis 13. August 2008 stationär hospitalisiert war, folgende Diagnosen (S. 1 Mitte):

- Status nach Verkehrsunfall (Auffahrkollision) mit HWS-Distorsion und Commotio cerebri am 18. April 2008
- posttraumatisches zervikospondylogenes Syndrom mit Verdacht auf cervikogenen Schwindel
- posttraumatisches lumbospondylogenes Syndrom
- posttraumatische Epicondylopathia humeri beidseits

- Mittelohratektase Grad III rechts mit Myringostapedopexie

- chronische Tubenventilationsstörung

- Gehörgangsinfekt rechts

- Status nach funktioneller geschlossener Septorhinoplastik und Turbinoplastik am 2. April 2007

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie führten aus, die im Rahmen des aktuellen Aufenthalts erfolgte interdisziplinäre Abklärung habe klinisch-rheumatologisch eine deutlich hypertonierte Halsmuskulatur mit Schonhaltung und Bewegungseinschränkung gezeigt. In der interdisziplinären Schwindelabklärung (Otorhinolaryngologie [ORL], Neurologie, Psychiatrie) hätten sich aufgrund von Anamnese sowie klinischen und apparativen Befunden keine Hinweise für eine peripher- oder zentral vestibuläre Funktionsstörung, ebensowenig für einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel (BPPV) ergeben. Retrospektiv könne nicht ausgeschlossen werden, dass initial ein BPPV vorgelegen habe (S. 2 unten, S. 4 unten, Bericht der Ärzte des B. ____, ORL, Neurologische und Psychiatrische Poliklinik, vom 17. September 2008, Urk. 7/67). Einschränkend müsse allerdings festgehalten werden, dass die Untersuchung der HWS und des Schädels mittels Magnetresonanztomographie (MRI) am 4. und am 12. August 2008 bei ausgeprägten Bewegungsartefakten (starker Schmerz und Schwindel im MRI-Gerät) kaum verwertbare Befunde ergeben habe (S. 1 unten, vgl. Berichte der Ärzte des B. ____, Departement Medizinische Radiologie, Institut für Diagnostische Radiologie, vom 5. und 14. August 2008, Urk. 7/50-51).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Zusammenschau der Befunde ordneten sie die beklagte Symptomatik im Rahmen eines posttraumatischen zervikospondylogenen Syndroms mit zervikogenem Schwindel ein. Während des stationären Aufenthalts sei eine intensive Physiotherapie mit dem Ziel einer Muskeldetonisierung und Rekonditionierung erfolgt. Diese sei durch die rezidivierend auftretenden Schwindelattacken kompliziert worden (S. 1 unten, S. 2 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zum jetzigen Zeitpunkt sei eine spezialisierte Rehabilitation in D. ____ mit idealerweise vestibulärer Physiotherapie und gegebenenfalls ergänzend Verhaltenstherapie angezeigt. Bei Persistenz der Schwindelsymptomatik im späteren Verlauf sei gemäss Empfehlung der interdisziplinären Schwindelabklärung durchführenden Ärzte die Wiederholung des qualitativ schlechten MRI des Schädels sowie die Durchführung eines Schellong-Tests und gegebenenfalls einer Kipptischuntersuchung indiziert. Bis auf weiteres sei der Beschwerdeführer vor allem bedingt durch den Schwindel voll arbeitsunfähig (S. 2 Mitte, S. 4 unten, Urk. 7/67 S. 2).

3.5 Ä Ä Ä Ä Die Ärzte und Neuropsychologen der RehaClinic D. ____, wo der Beschwerdeführer vom 13. August bis 16. September 2008 stationär hospitalisiert war, nannten in ihrem Austrittsbericht vom 14. November 2008 (Urk. 7/23) im Wesentlichen die gleichen Diagnosen wie die Ärzte des B. ____ in ihrem Austrittsbericht vom 12. August 2008 (S. 1 Mitte, vgl. Erw. 3.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie führten aus, der Beschwerdeführer sei zur stationären Neurorehabilitation zugewiesen worden (S. 1 unten). Klinisch hätten eine Fehlhaltung mit Halskyphose, schwere Myogelosen paravertebral, eine Schonhaltung sowie eine Druckdolenz bei feinsten Berührungen der Schulter und Nackenmuskulatur bestanden. Neurologisch hätten sich keine sichere Herdsymptomatik und keine Paresen gezeigt. Die

Muskeldehnungsreflexe (MDR) seien seitengleich auslösbar gewesen (S. 2 Mitte). Der Beschwerdeführer habe über wechselnde, fluktuierende, diffuse Parästhesien des Nackens und des linken Armes sowie hauptsächlich über massive Nackenschmerzen, eine eingeschränkte Nacken- und Kopfbeweglichkeit sowie Schwindel geklagt. Der Schwindel sei diffus und aktuell durch Lagerung nicht provozierbar. Eine etiologische Zuordnung sei aufgrund der Sprachproblematik schwierig. Bei abgelaufenem Schädelhirntrauma könne jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass initial ein posttraumatischer Lagerungsschwindel vorgelegen habe, wobei im Verlauf trotz Rückbildung noch rezidivierende Attacken auftreten könnten. Trotz intensiver Physiotherapie sei es bis zum Austritt nur zu einer leichtgradigen Steigerung der HWS-Beweglichkeit und Schmerzlinderung in der HWS-Muskulatur gekommen. Der Beschwerdeführer klage weiterhin über Zephalgien und Schwindel. Wegen der Gefahr der Entwicklung eines phobischen Schwankschwindels hätten sie Gleichgewichtsübungen und eine neuropsychologische Abklärung sowie psychologische Stützgespräche durchgeführt. Hierbei habe sich eine starke Fixierung des Beschwerdeführers auf seine Beschwerden (Schwindel und Nackenschmerzen) gezeigt. Er sei jedoch sehr motiviert gewesen und es sei ihm gelungen, im Verlauf des Aufenthaltes von Ablenkungsstrategien zu profitieren (S. 2 unten).

Die formale neuropsychologische Untersuchung habe aufgrund des verminderten Sprachverständnisses nur cursorisch durchgeführt werden können. Es habe sich insgesamt ein durchschnittliches Leistungsprofil mit durchwegs unauffälligen Leistungen in der visuell-räumlichen Wahrnehmung und Verarbeitung gezeigt. Gute Leistungen hätten sich auch im figuralen Lernvermögen gezeigt. Das Gedächtnisvermögen sei dagegen etwas reduziert ausgefallen, was auf eine reduzierte Aufmerksamkeitsleistung zurückgeführt werden könne. Im Bereich des Konzentrations- und Aufmerksamkeitsvermögens hätten sich verlangsamte Reaktionszeiten, Schwierigkeiten in der geteilten Aufmerksamkeit sowie eine verminderte Fehlerkontrolle, welche mit zunehmenden Beschwerden im Laufe der Abklärung einhergegangen sei, gezeigt (S. 3 Mitte).

Auf Wunsch des Beschwerdeführers habe er in eine Psychotherapie bei einer albanisch sprechenden Psychologin vermittelt werden können. Eine solche sei dringend indiziert. Im Vordergrund ständen die Entwicklung und das Umsetzen von adäquaten Copingstrategien im Umgang mit den Beschwerden; insbesondere die vermehrte Aktivierung, der Ausbau von körperlichen Aktivitäten, das Aufgeben des Vermeidungsverhaltens, das Erlangen von mehr Sicherheit sowie die Unterstützung in der beruflichen Reintegration. Des weiteren zu empfehlen sei eine engmaschige Physiotherapie (S. 3 unten). Bis Ende Oktober 2008 sei der Beschwerdeführer voll arbeitsunfähig gewesen (S. 4 oben).

Am 6. März 2009 berichteten Prof. Dr. rer. nat. E.____ und lic. phil. F.____, Ambulanz K.____ (Urk. 7/79). Sie führten aus, der Beschwerdeführer sei von einem Arzt der RehaClinic D.____ zugewiesen worden und stehe nach einem Erstgespräch am 1. September 2008 seit dem 28. November 2008 in ihrer Behandlung (S. 1 unten). Er berichte von verschiedenen psychischen, verhaltensbezogenen und körperlichen Symptomen, welche die Kriterien folgender Diagnosen erfüllten:

- chronische posttraumatische Belastungsstörung, PTBS (ICD-10 F43.1)

- Major Depression (ICD-10 F32.3)

- Schmerzstörung (ICD-10 F43.1)

Die diagnostischen Abklärungen seien hauptsächlich mittels mündlicher anamnestischer und diagnosespezifischer Befragung in der Muttersprache des Beschwerdeführers erfolgt. Aufgrund der sprachlichen Barriere seien keine psychometrischen Messinstrumente zum Einsatz gekommen (S. 2 Mitte).

Bisher hätten 18 Sitzungen mit explorativ-diagnostischem Schwerpunkt und daran anschliessend mit therapeutisch stabilisierendem und veränderungsbezogenem Inhalt stattgefunden. Die letzten Therapiesitzungen seien im Rahmen einer Krisenintervention zur Stabilisierung des Beschwerdeführers durchgeführt worden, weil zu der seit der Zeit nach dem Unfall vom 18. April 2008 bestehenden Schmerz-, PTBS- sowie Depressionssymptomatik zusätzlich schwere psychische Symptome dazugekommen seien (S. 1 unten, S. 2 oben). So habe der Beschwerdeführer im Rahmen der PTBS- und der Depressionssymptomatik sowie der Krankheitsverarbeitung in den letzten Wochen von sehr belastenden und angstaussendenden Symptomen aus dem Bereich der Sinnestäuschungen berichtet. Dabei handle es sich um akustische und visuelle Halluzinationen. Zusätzlich leide er an wiederkehrenden Alpträumen. Aus diesem Grund sei eine engmaschige psychotherapeutische Betreuung im Rahmen einer Krisenintervention indiziert gewesen (S. 2 unten).

SUVA-Kreisarzt Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Chirurgie, welcher den Beschwerdeführer am 4. Juni 2009 unter Beizug eines professionellen Übersetzers untersucht und Einsicht in die vorbestehenden Akten genommen hatte, erstattete gleichentags einen Bericht (Urk. 7/92). Er führte aus, der Beschwerdeführer klagte über sogenannt typische HWS-Symptome wie Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Ermüdbarkeit, Leistungsknick, Schlafstörungen, Nervosität, nicht verifizierbaren Schwindel, sympathische Symptome wie Glomusgefäß, Magen- und Ösophagus, Schwitzen, Hitzegefühl, einschliessende Schmerzen sowie Sensibilitätsveränderungen im ganzen Körper respektive in den oberen Extremitäten. Im Rahmen der Befunderhebung habe sich ein depressiver, sich selbstlimitierend und schmerzausweitend präsentierender Beschwerdeführer gezeigt. In der Aktivität sei er zurückhaltend gewesen (S. 5 Mitte).

Nach dem Unfallereignis vom 18. April 2008 sei die Diagnose einer Commotio cerebri gestellt worden, dies bei anamnestisch kurzem Bewusstseinsverlust, welcher aber nicht habe verifiziert und dargestellt werden können. Deshalb seien die chirurgischen Kriterien für die Diagnose nicht erfüllt (S. 5 unten).

Die HWS-Distorsionssymptomatik sei konservativ therapiert worden. Durch die Behandlungen oder den Spontanverlauf seien heute bis auf eine unspezifische Verspannung und Bewegungseinschränkung der HWS und der oberen BWS bei konstitutioneller Fehlhaltung und muskulärer Dysbalance praktisch keine somatischen Befunde mehr zu erheben. Traumatische Läsionen seien nie nachgewiesen worden. Die Ohrproblematik beidseits habe mit dem Unfallereignis keinen Zusammenhang. Es handle sich um Folgen von rezidivierenden Entzündungs- und Infektionserkrankungen.

Somatische Unfallfolgen könnten nicht festgestellt werden (S. 6 oben).

Im Verlauf sei der Beschwerdeführer zunehmend psychisch entgleist. Mehrere psychiatrische Berichte ständen nicht zur Verfügung. Er lasse sich regelmäßig psychiatrisch behandeln. Aufgrund des Unfallmechanismus sei die natürliche Kausalität zum Unfallereignis nicht gegeben. Dies sei allenfalls fachärztlich zu bestätigen (S. 6 oben).

Somatische Therapien, so auch die vom Beschwerdeführer regelmäßig wahrgenommene Physiotherapie, seien aufgrund des heutigen Befundes kaum notwendig (S. 6 Mitte). Aus somatischer Sicht sei nicht zu rechtfertigen, dass der Beschwerdeführer seine berufliche Tätigkeit als Bauarbeiter seit dem Unfallereignis nicht mehr aufgenommen habe (S. 6 unten).

Am 12. August 2009 berichtete H. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 7/110). Er führte aus, der Beschwerdeführer sei ihm wegen eines paranoid-halluzinatorischen Zustandsbildes durch Dr. C. ____, zugewiesen worden. Er habe sich seit dem 28. November 2008 bei der Psychologin F. ____, Ambulanz K. ____, in Behandlung befunden, welche wegen Auftreten der besagten Symptomatik eine begleitende psychopharmakologische Behandlung durch einen Facharzt gewünscht habe. Seit dem 6. März 2009 stehe der Beschwerdeführer in seiner Behandlung, wobei er zu den Konsultationen regelmäßig einen Dolmetscher mitbringe (S. 1 unten).

Als Diagnose nannte H. ____, ein paranoid-halluzinatorisches Zustandsbild auf dem Hintergrund einer PTBS, ICD-10 F43.1, sowie eine Major Depression, ICD-10 F32.3 (S. 2 Mitte).

Er berichtete, der Beschwerdeführer habe zu Beginn der Behandlung einen äußerst agitierten und verzweifelten Eindruck gemacht, insbesondere aufgrund der seit einigen Monaten bestehenden belastenden und angestaufsenden akustischen und visuellen Halluzinationen. Er sehe eine schöne, nackte, aber böse und aggressive Frau mit langen schwarzen Haaren bis zu den Hüften, die manchmal ein Kind in den Armen trage. Er sehe sie zu jeder Tageszeit mehrmals, auch nachts. Oft höre er nur ihre Stimme. Er rede mit ihr als wäre sie da. Zudem habe er ständig das Gefühl, dass jemand hinter ihm gehe und ihn angreifen werde. Auch habe er häufig den Eindruck, dass Räume und Container sich bewegten. Er wirke angespannt und nervös, berichte über Energie-, Lust- und Motivationslosigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, ein Durcheinander im Kopf, Gedankenkreisen um negative Gedanken, Freudlosigkeit und Müdigkeit. Unter vielen Menschen habe er regelmäßig panikartige Anfälle mit Atemnot. Er leide auch unter Ein- und Durchschlafstörungen und habe regelmäßig Alpträume. Zudem klage er über Nacken- und Kopfschmerzen mit Ausstrahlung in beide Arme, Dysästhesien der Arme, Schwindelbeschwerden und Lärmempfindlichkeit (S. 1 unten, S. 2 oben).

Am 4. September 2009 wies H. ____, den Beschwerdeführer zwecks Tagesstrukturierung dem Zentrum für Psychiatrische Rehabilitation, Zürich, zu (Urk. 7/111).

E. 4

4.1 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, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungswise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

Das Bundesgericht 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 Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen E. vom 12. August 1999, U 264/97). Hierbei genügt es, wenn die versicherte Person an Nackenschmerzen leidet und weitere praxisgemässe Beschwerden erst mit der Zeit hinzukommen (vgl. hierzu: Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen S. vom 30. Juli 2007, U 336/06, Erw. 5.1).

4.2 Anlässlich der noch am Unfalltag erfolgten Erstbehandlung wurde beim Beschwerdeführer eine HWS-Distorsion sowie eine Comotio cerebri diagnostiziert, wobei er bereits zum damaligen Zeitpunkt über Nackenschmerzen klagte (Erw. 3.2). Aus dem Überweisungsschreiben von Dr. C. vom Juli 2008 (Erw. 3.3) geht sodann hervor, dass beim Beschwerdeführer in der Folge auch Kopfschmerzen, ein inneres Hitzegefühl, Schwindel, Nervosität, Schlafstörungen sowie eine rasche Ermüdbarkeit auftraten. Ebenfalls im Juli 2008 berichtete der Beschwerdeführer einem SUVA-Mitarbeiter gegenüber zusätzlich von einer eingeschränkten Konzentration, Vergesslichkeit und Aggressivität (Urk. 7/8 S. 3 Mitte). Entsprechende Beschwerden, insbesondere Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schwindel, gehen sodann auch aus den weiteren Arztberichten hervor (Erw. 3.4-5, Erw. 3.7-8). Zudem berichteten Prof. Dr. rer. nat. E. und lic. phil. F. im März 2009 unter anderem von einer nach dem Unfallereignis auftretenden Depressionssymptomatik (Erw. 3.6).

4.3 Damit ergibt sich, dass beim Beschwerdeführer eine Distorsion der HWS diagnostiziert wurde, innerhalb der rechtsprechungsgemäss geforderten Zeit Nackenschmerzen aufgetreten sind und er im Verlauf auch weitere einschlägige Beschwerden beklagte. Somit ist zumindest von einer natürlichen Teilkausalität der geklagten Beschwerden auszugehen.

E. 5

5.1 Am Unfalltag wurden beim Beschwerdeführer CT des Schädels, der HWS, des Abdomens und des Beckens durchgeführt, welche allesamt keine pathologischen Auffälligkeiten zeigten. So konnten weder ossäre Läsionen noch Blutungen nachgewiesen werden (Erw. 3.2). Auch in den folgenden ärztlichen Untersuchungen konnten keine unfallrelevanten Befunde objektiviert werden. Die im B. durchgeführte interdisziplinäre Schwindelabklärung ergab keine Hinweise für eine peripher- oder zentral vestibuläre Funktionsstörung. Aus dem im B. angefertigten MRI der HWS resultierten zwar wegen des schmerzbedingt unruhigen Beschwerdeführers nur artefaktüberlagerte Aufnahmen. Aus der unter

Berücksichtigung dieser Umstände abgegebene Beurteilung der Ärzte (Urk. 7/51) geht jedoch nicht hervor, dass im Bereich der HWS auf unfallbedingte Läsionen zu schliessen wäre. Die Ärzte waren sodann offenbar nicht der Auffassung, dass mittels Wiederholung des MRI der HWS wesentliche pathologische Befunde objektiviert werden könnten, ist doch dem Austrittsbericht unter dem Titel «Prozedere» keine entsprechende Empfehlung zu entnehmen (Urk. 7/42 S. 2 Mitte). Sodann ist davon auszugehen, dass die Ärzte der RehaClinic D. ____, wo der Beschwerdeführer in der Folge während rund eines Monats hospitalisiert war, bei Indikation eine entsprechende Bildgebung durchgeführt hätten, was sie allerdings nicht taten (vgl. Erw. 3.5).

Im Zusammenhang mit der Schwindelproblematik empfahlen die Ärzte des B. ____, die Wiederholung des qualitativ schlechten MRI des Schädels (Erw. 3.4). Diese Empfehlung dürfte indes rein therapeutisch-diagnostisch begründet gewesen sein, um näheren Aufschluss über die Art des Schwindels zu erlangen. Sie ändert jedoch nichts daran, dass nicht von organischen Unfallfolgen auszugehen ist. So führten die nachbehandelnden Ärzte der RehaClinic D. ____, aus, der Schwindel sei diffus und aktuell durch Lagerung - wie sie die Ärzte des B. ____, in Form eines Schellong-Tests und einer Kipptischuntersuchung empfohlen hatten (Erw. 3.4) - nicht provozierbar. Sodann konnten sie weder anlässlich der neurologischen noch der neuropsychologischen Untersuchung wesentliche pathologische Befunde erheben. Eine weitere MRI-Untersuchung des Schädels erachteten sie offenbar nicht als angezeigt. Vielmehr führten sie aus, es habe die Gefahr der Entwicklung eines phobischen Schwankschwindels, mithin also eines psychogen begründeten Schwindels, bestanden, weshalb mit dem Beschwerdeführer psychologische Sitzgespräche durchgeführt worden seien. Dabei sei eine starke Fixierung des Beschwerdeführers auf den Schwindel und die Nackenschmerzen feststellbar gewesen (Erw. 3.5). SUVA-Kreisarzt Dr. G. ____, hielt im Juni 2009 schliesslich fest, beim Beschwerdeführer könnten keine somatischen Unfallfolgen festgestellt werden. Die durchgeführte Abklärungssequenz, in deren Rahmen nie traumatische Läsionen hätten nachgewiesen werden können, erachtete er zudem als genügend aussagekräftig (Erw. 3.7, Urk. 7/92 S. 5 unten).

5.2 Aufgrund dieser medizinischen Aktenlage ist davon auszugehen, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden keinem organisch nachweisbaren unfallbedingten Substrat zuzuordnen sind.

Die medizinische Aktenlage ist insoweit vollständig. Die Einholung eines Verlaufsberichts beim Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. C. ____, (vgl. Beschwerdeschrift, Urk. 1 S. 8 unten und S. 11 oben), vermögte daran nichts zu ändern. Der Beschwerdeführer wurde verschiedentlich abgeklärt und von weiteren Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb von der Einholung ergänzender Beurteilungen abzusehen ist.

5.3 Hinzuweisen bleibt in diesem Zusammenhang schliesslich auf die Rechtsprechung, 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 beziehungsweise 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 Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen N. vom 29. November 2006, U 207/06, Erw. 2.2). Insofern ist auch bei der Annahme von nicht erkannten

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

6.4.2 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 (BGE 115 V 140
Erw. 6c/aa):

- 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.

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 andern 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).
Einfache Auffahrkollisionen auf ein haltendes Fahrzeug werden in der Regel als

mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen betrachtet (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 Erw. 5.1.2, S. 237).

6.4.3.1 Der vorliegende Unfall ist im weiteren Sinn unbestrittenermassen mittelschwer. Fraglich ist, wo im mittleren Bereich der Unfall anzusiedeln ist. Gemäss Aussagen des Beschwerdeführers hatte er aufgrund eines sich vor ihm bildenden Staus anhalten müssen. Gerade als er wieder etwa einen Meter angefahren sei, sei der nachfolgende VW in sein Heck geprallt (Urk. 7/5 S. 7 unten). Der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 19. Dezember 2008 (Urk. 7/47) ist zu entnehmen, dass der am Unfall beteiligte VW mit einer Überdeckung von ca. 40 % rechts praktisch gerade von hinten auf das Heck des Peugeot des Beschwerdeführers prallte und dieser in weitgehend frontaler Richtung beschleunigt wurde (S. 1 unten, S. 2 unten). Die Experten führten aus, die dadurch bedingte Geschwindigkeitsänderung (Δv) des Peugeot habe knapp innerhalb oder oberhalb eines Bereichs von 10 bis 15 km/h gelegen (S. 2 unten). Der Peugeot des Beschwerdeführers sei dabei im Heckbereich mittel bis stark und der VW im Frontbereich mittelstark beschädigt worden (S. 2 1 unten, S. 2 oben). Angesichts der biomechanischen Beurteilung und der Schäden an den beteiligten Fahrzeugen ist davon auszugehen, dass beim vorliegenden Auffahrunfall nicht unerhebliche Kräfte freigesetzt wurden. Allerdings waren diese nicht derart massiv, dass sich eine Qualifikation des Unfalls als schwer im mittleren Bereich oder gar im Grenzbereich zu den schweren rechtfertigen würde. Im Unterschied zum Sachverhalt, der dem vom Beschwerdeführer zitierten (Urk. 1 S. 19 Mitte) Urteil des Bundesgerichts in Sachen C. vom 7. Mai 2008, 8C_633/2007 zugrunde lag, waren am Unfallgeschehen denn auch keine weiteren Fahrzeuge beteiligt beziehungsweise wurde das Fahrzeug des Beschwerdeführers nicht zusätzlich in ein vor ihm befindliches Fahrzeug geschoben. Auch nicht ersichtlich ist eine besondere Endposition, beispielsweise infolge Drehung, welche auf massive Kräfte schliessen lassen würde. Somit ist nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin den Unfall innerhalb des mittleren Bereichs maximal als mittelschwer einstufte.

1.1.1.1 Eine Zuordnung zu den schweren Unfällen im mittleren Bereich beziehungsweise im Grenzbereich zu den schweren Unfällen fällt sodann auch mit Blick auf die in der Rechtsprechung beschriebenen Fälle ausser Betracht (vergleiche etwa die Beispiele aus dem schweren und mittleren Bereich bei Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3. Auflage, Zürich 2003, S. 55 ff.).

6.4.4.1 Aufgrund der Angaben im Polizeirapport (Urk. 7/5) kann festgehalten werden, dass der Unfall vom 18. April 2008 weder von besonders dramatischen Umständen begleitet noch besonders eindrücklich war. So war der Beschwerdeführer beispielsweise weder eingeklemmt noch musste er aufwendig geborgen werden noch war er längere Zeit bewusstlos. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass sich der Unfall in einem Tunnel ereignete.

1.1.1.2 Der Beschwerdeführer erlitt sodann keine schweren Verletzungen oder solche besonderer Art. So konnten zu keinem Zeitpunkt strukturelle Läsionen nachgewiesen werden. Die Befunderhebungen ergaben einzig eine hypertonierte Halsmuskulatur mit Schonhaltung, eine Bewegungseinschränkung im Bereich der HWS und der oberen BWS, schwere Myogelosen paravertebral sowie Druckdolenzen im Bereich der Schulter- und der Nackenmuskulatur (Erw. 3.4-5, Erw. 3.7). Sodann ist festzuhalten, dass die Folgen einer Commotio cerebri, wie sie im Rahmen der Erstbehandlung diagnostiziert wurde, erfahrungsgemäss innert Wochen abheilen.

Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung: Nach dem Austritt aus der RehaClinic I. nahm der Beschwerdeführer lediglich noch Kontrollen bei seinem Hausarzt sowie regelmässige Physiotherapieeinheiten wahr. Ab November 2008 (Beginn der Behandlung in der Ambulanz K., Erw. 3.6) war sodann ausschliesslich die psychische Problematik verantwortlich für die ärztliche Behandlung und nicht organische Unfallfolgen. Das für die Adäquanzbeurteilung massgebende Kriterium einer ungewöhnlich langen Dauer der aus somatischen Gründen notwendigen ärztlichen Behandlung ist ebenso wenig erfüllt wie dasjenige körperlicher Dauerschmerzen, beziehen sich beide Kriterien doch auf unfallbedingte somatische Beschwerden, die hier gerade nicht vorliegen.

Für eine ärztliche Fehlbehandlung mit Verschlimmerung der Unfallfolgen bestehen keine Anzeichen. Das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen ist mangels organischer Unfallfolgen ebenfalls zu verneinen.

Spätestens im September 2008 begannen psychische Beschwerden im Vordergrund zu stehen (vorstehend Erw. 6.2.1), so dass nur während einiger Monate eine physisch bedingte Arbeitsunfähigkeit bestand, womit auch das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt ist.

6.4.5 Da somit weder ein einzelnes Beurteilungskriterium in besonders ausgeprägter Weise noch mehrere der massgebenden Beurteilungskriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sind, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers und dem Unfallereignis vom 18. April 2008 zu verneinen. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per Ende September 2009 einstellte.

Der angefochtene Entscheid erweist sich demnach als rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwältin Andrea Müller-Ranacher
 - 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.

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren BegrÃ¼ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des BeschwerdefÃ¼hrers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in HÃ¤nden hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht verÃ¶ffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.