

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00064 vom 22. März 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-03-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00064

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00064 du 22 mars 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00064 del 22 marzo 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. Strittig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdegegerin zu Recht ihre Leistungen per 31. Mai 2008 eingestellt hat.

1.2. Ist eine versicherte Person infolge eines Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag. Er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn der Rente oder mit dem Tod der versicherten Person (Art. 16 Abs. 1 und Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG).

2.1.1.

2.1.1. Dr. med. F. ____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, diagnostizierte mit Bericht vom 17. April 2007 (1) ein chronisches thorako-(zerviko) vertebrales Schmerzsyndrom mit Ausstrahlungen bei Status nach Verkehrsunfall am 9. Januar 2007 mit Beschleunigungstrauma und mit kurzstreckiger Kyphosierung Th 3-5 sowie (2) ein dysfunktionales Schmerz- und Krankheitsverhalten. Nachdem eine Arbeitsaufnahme im Februar 2007 nach kurzer Zeit habe abgebrochen werden müssen, und aufgrund des heute gezeigten Schmerzbildes sei eine berufliche Reintegration ohne vorgängige intensive Behandlungen auf der Verhaltensebene und auf der körperlichen Ebene bei zwischenzeitlich zusätzlich eingetretener Dekonditionierung nicht realistisch (Urk. 7/2/37).

2.2. Dr. D. ____, hielt mit Bericht vom 14. Mai 2007 fest, hauptsächlich bestehe eine myofasziale Symptomatik mit Schmerzmaximum auf Höhe Th 10 und dann auch zerviko-thorakal, wenig zerviko-occipital. Die Beschwerdeführerin benötigte intensive analgetische und myotonolytische Behandlung, auch topisch (Urk. 7/2/34).

2.3. Die Beschwerdeführerin hielt sich vom 24. Mai bis 15. Juni 2007 in der Klinik A. ____, auf. Im Austrittsbericht vom 16. Juli 2007 diagnostizierte die Klinik ein chronisches thorakospondylogenes und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach HWS-Distorsion im Januar 2007 und eine Psoriasis bei aktuell psoriatischem Exanthem im Bereich des linken Ellbogens. Aufgrund deutlicher Selbstlimitierung und demonstrativen Schmerzverhaltens habe keine differenzierte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erfolgen können. Die Klinikärzte empfahlen daher im Verlaufe vor allem eine psychiatrische Beurteilung sowie gegebenenfalls eine EFL (Urk. 7/2/32).

2.4. Am 22. und 23. August 2007 führte das Zentrum Z. ____, eine EFL durch und kam dabei zum Schluss, die angestammte Tätigkeit sei ebenso zumutbar wie andere leichte bis mittelschwere Tätigkeiten (Urk. 7/2/25).

2.5. Dr. med. G. ____, Facharzt FMH für Neurologie, diagnostizierte mit Bericht vom 21. Februar 2008 ein chronifiziertes Schmerzsyndrom Schulter/Nacken und Arme nach HWS-Schleudertrauma am 9. Januar 2007. Die Beschwerdeführerin sei seit dem Unfall vom 9. Januar 2007 zu 100 % arbeitsunfähig. Auch in der Haushaltstätigkeit sei sie eingeschränkt. Somit bestehe akut die Gefahr der bleibenden Invalidität. Aus diesem Grunde halte er eine stationäre Rehabilitation für angezeigt (Urk. 7/2/12).

2.6. Dr. E. ____, hielt mit Bericht vom 21. Februar 2008 fest, die Beschwerdeführerin sei zu 100 % arbeitsunfähig. Sie leide an einer BWS Blockade nach HWS-Schleudertrauma, einer Depression und einer Eisenmangelanämie. Die geklagten Beschwerden könnten teilweise objektiviert werden, es beständen ausgeprägte Myogelosen im gesamten Schultergürtel (Urk. 7/2/14).

2.7. Dr. med. H. ____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte mit Bericht vom 3. März 2008 (1) eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2), (2) ein chronisches thorako- und zervikogenes Schmerzsyndrom nach Auffahrunfall am 9. Januar 2007 und (3) eine Psoriasis. Die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht mindestens zu 70 % arbeitsunfähig. Die Prognose bezüglich der Arbeitsunfähigkeit als Produktionsmitarbeiterin sei ohne stationäre psychosomatische Behandlung nicht absehbar (Urk. 7/2/18).

2.8. Vom 12. Mai bis 10. Juni 2008 hielt sich die Beschwerdeführerin in der B. ____, auf. Diese diagnostizierte mit Bericht vom 17. Juni 2008 (1) ein chronisches thorakales und zervikogenes Schmerzsyndrom seit Autounfall im Januar 2007 bei HWS-Distorsionstrauma und ohne radiologisch nachweisbares morphologisches Korrelat, (2) eine Depression mit HADS Test: A: 17, D: 19 positiv und (3) eine Psoriasis vulgaris. Aufgrund anhaltender Schmerzen zeige sich ein protrahierter Verlauf, die allgemeine Leistungsfähigkeit habe aber gesteigert und das Krankheitskonzept verbessert werden können. Die bei Eintritt formulierten Austrittsziele seien erreicht worden. Subjektiv sei es allerdings zu einer Schmerzregredienz gekommen. Die Beschwerdeführerin habe am 10. Juni 2008 in verbessertem Allgemeinzustand entlassen werden können (Urk. 7/2/8).

2.9. Dr. E. ____, bestätigte am 24. September 2008, dass sich die Beschwerdeführerin seit dem 9. Januar 2007 in seiner ärztlichen Behandlung befinde. Trotz verschiedener medikamentöser, psychiatrischer und physikalischer Therapien und zweier Aufenthalte in Schmerzkliniken beständen nach wie vor erhebliche Beschwerden und eine Arbeitsunfähigkeit sowie schmerzbedingt massive Einschränkungen bei den häuslichen Tätigkeiten. Die Symptome seien direkte Folge der HWS-Distorsion vom 9. Januar 2007 (Urk. 7/2/1).

2.10. Dr. H. ____, führte im Bericht vom 22. Oktober 2008 aus, die Beschwerdeführerin erhalte regelmäßig psychotherapeutische stützende Gespräche und werde neben Schmerzmitteln mit Psychopharmaka behandelt. Die Krankheit habe einen chronischen Verlauf, alle Behandlungsversuche in ambulantem und stationärem Setting mit zweimaliger Rehabilitation hätten keine deutliche Besserung gebracht. Eine weitere psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung bei persistierenden Schmerzen im Nacken mit Ausstrahlung in beide Schultern und beide Arme sowie Schmerzen in der linken oberen Thoraxregion und Angstzustände mit Herzrasen, Unruhe, Zittern sowie zunehmender depressiver Stimmungslage sei indiziert (Urk. 7/2/3).

2.11. Das C. ___ stellte in seinem Gutachten vom 14. Juni 2009 (Urk. 7/3/1) keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte es (1) ein zervikozephalisches Schmerzsyndrom mit (a) wenig ausgeprägten Funktionsstörungen kraniozervikaler Übergang, (b) wenig muskulärer Dysbalance und (c) unauffälligem Röntgenbild mit Funktionsaufnahmen am 30. März 2009, (2) ein thorakospondylogenes Schmerzsyndrom mit (a) leichter thorakaler Hyperkyphose, (b) segmentalen Bewegungsstörungen und (c) beginnenden degenerativen Veränderungen, (3) ein dysfunktionales Verhalten, (4) Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56), (5) ein schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen und Opioiden (Codein) (ICD-10 F11.1, F13.1) und (6) eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) (S. 39). Der Unfall vom 9. Januar 2007 sei bloss eine mögliche Ursache der Gesundheitsstörung (S. 46). In der zuletzt abgetretenen Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin wie auch in allen Verweisungstätigkeiten sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig. Die aktuell ermittelte volle Arbeitsfähigkeit gelte ab sofort. Auch retrospektiv könne seit Abschluss der Rehabilitationsmassnahmen in der Klinik A. ___ Ende Juli 2007 aufgrund der vorliegenden Akten keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit medizinisch begründet werden (S. 45).

2.12. Die Beschwerdeführerin war schliesslich vom 5. Juni bis am 10. Juli 2009 in der psychiatrischen Klinik I. ___ hospitalisiert. Diese diagnostizierte mit Bericht vom 18. August 2009 aus psychiatrischer Sicht (1) eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), (2) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und (3) einen schädlichen Gebrauch von Analgetika (ICD-10 F55.2). Weiter hielt die Klinik I. ___ als Diagnosen einen Status nach HWS-Distorsion im Januar 2007 und eine Psoriasis fest. Die Beschwerdeführerin sei am 10. Juli 2009 in bezuglich ihrer Depression teilremittiertem Zustand auf eigenen Wunsch aus der Klinik ausgetreten (Urk. 7/1/47). Die Beschwerdeführerin trat darauf am 31. August 2009 in teilstationären Aufenthalt in das Zentrum J. ___ ein. Das Zentrum J. ___ hielt am 22. September 2009 eine ab Eintrittsdatum bis 30. September 2009 dauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit fest (Berichte vom 22. September 2009, Urk. 3/9-10).

2.13. Die Klinik K. ___ erstellte am 6. Oktober 2009 ein MRI der HWS. Sie fand dabei keine Anhaltspunkte für frische, traumatische ossäre Läsionen. Es zeigte sich eine Diskushernie C6/C7 median bis an das Myelon heranreichend, jedoch noch keine Myelopathie. Eine intraforaminale Nervenwurzelkompression bestand nicht (Bericht vom 7. Oktober 2009, Urk. 3/19).

2.14. Dr. F. ___ diagnostizierte mit Bericht vom 14. November 2009 (1) ein chronisches zerviko-thorakovertebrales Schmerzsyndrom seit Unfallereignis vom Januar 2007 bei Diskusprotrusion C4/5 und Diskushernie C6/7 (median), (2) anamnestisch eine Depression und (3) eine dermale Psoriasis ohne Hinweise für entzündlichen axialen Befall. Die heute ausgeführten Therapiemöglichkeiten umfassten Physiotherapien und die Teilnahme an einem unter psychologischer Betreuung durchgeführten Tagesprogramm. Er sehe im Moment keine therapeutischen Möglichkeiten, welche das hier vorliegende Schmerzbild besser beeinflussen könnten. Die Physiotherapien sollten mit Schwerpunkt eines aktiven und im Verlauf selbständigen Trainings ausgeführt werden. Von infiltrativen Interventionen erwarte er ebenfalls keine Wirkung, weshalb auf solche Massnahmen verzichtet werde (Urk. 3/20).

2.15. Dr. med. L. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der IV-Stelle des Kantons Zürich, nahm am 7. Januar 2010 eine psychiatrische Standortbestimmung vor. Laut dieser verhindert ein sich nach dem Unfallereignis vom Januar 2007 ausgebildeter physischer und psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert (Status nach Beschleunigungstrauma mit zerviko-thorako-vertebralem Schmerzsyndrom und ICD-10 F45.41, F32.1; F 55.2 und Z 60.0) seit 2007 zunehmend und auf Verhaltensebene akzentuierend die volle Ausschöpfung der funktionellen Leistungsfähigkeit für beruflich zu verwertende Tätigkeiten. Im Mittelpunkt der heutigen Beschwerden ständen anhaltende Schmerzen im Nacken und Kopf mit der Tendenz, in die Arme und den Rücken auszustrahlen, verbunden mit Mangel an Antrieb, einer ängstlichen und bedrückten Stimmungslage, verbunden mit hartnäckiger Schlaflosigkeit und einer durchgängig verzweifelten resignativen Lebenseinstellung mit einer unbewussten krankheitsbedingten Flucht in die verhaltenseinschränkende Schmerzverarbeitungsstrategie. Aus der Anamnese ergebe sich, dass sich die Verhaltensänderung in der Folge des Unfallgeschehens gebildet und inzwischen trotz lege artis durchgeführter multifokaler Therapien zu einem chronifizierten und weitgehend therapieresistenten Beschwerdebild ausgeweitet habe. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei seit 2007 bis heute vor dem Hintergrund des festgestellten Gesundheitsschadens medizintheoretisch eine Restarbeitsfähigkeit von 30 % bis 50 % eines Pensums von 100 % für behinderungsangepasste beruflich zu verwertende Tätigkeiten zu postulieren, deren praktische Verwirklichung bislang nicht strunngspezifisch orientiert durch koordinierte therapeutische und berufliche Integrationsmassnahmen stattgefunden habe (Urk. 3/21).

2.16. Dr. D. __ und Dr. E. __ attestierten der Beschwerdeführerin mit Bericht vom 11. Februar 2010 (Urk. 14/1) bzw. Bericht vom 19. Mai 2010 (Urk. 14/2) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

E. 3

3.1. Das C. __ legt in seinem Gutachten vom 14. Juni 2009 (Urk. 7/3/1) überzeugend dar, dass weder aus internistischer, rheumatologischer noch psychiatrischer Sicht pathologische Befunde hätten erhoben werden können, welche eine andauernde Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten oder in einer sonstigen Verweisungstätigkeit begründen könnten. Auch retrospektiv könne seit Abschluss der Rehabilitationsmassnahmen in der Klinik A. __ Ende Juli 2007 aufgrund der vorliegenden Akten versicherungsmedizinisch keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit begründet werden (S. 45).

Die internistische Untersuchung der Beschwerdeführerin ergab das Bild einer 38-jährigen, normosomen und kardiopulmonal kompensierten Person in unauffälligem Allgemeinzustand. Die klinische Untersuchung war altersentsprechend normal, ohne Hinweise für eine Links- oder Rechtsherzinsuffizienz oder für eine Lungenerkrankung. Auch im Abdominal- und Neurostatus liessen sich keine pathologischen Befunde erheben. Korrelierend dazu fanden sich durchwegs Normalwerte in den Laboruntersuchungen (S. 43).

Bei der rheumatologischen Untersuchung konnte das C. __ im Grossen und Ganzen zwar den von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerz bezüglich Art und Lokalisation durch klinische Untersuchungsbefunde nachweisen, nicht aber die

angegebenen Auswirkungen auf den Alltag und die nach wie vor subjektiv existierende volle Arbeitsunfähigkeit. Die angefertigten Röntgenbilder der ganzen Wirbelsäule inklusive Funktionsaufnahmen der HWS waren ausser beginnender ventraler Spondylophytenbildung im oberen BWS-Bereich als Ausdruck einer verstärkten Belastung der thorakalen Hyperkyphose unauffällig. Gemäss dem C. ___ ist dieser Befund allerdings vorbestehend und unfallfremd, er könne aber als Mitkomponente für die dort geklagten Beschwerden mit den segmentalen Bewegungsstörungen mitverantwortlich gemacht werden. Nach Ansicht des C. ___ sind die beschriebenen Funktionsstörungen und Palpationsbefunde nicht unfallspezifisch, die entsprechenden Bewegungsstörungen könnten aber initial durch den Unfall ausgelöst worden sein. Gemäss dem C. ___ dürften weitere Therapiebemühungen konservativer Art über den Bewegungsapparat die Situation nicht verbessern (S. 43).

Bei der psychiatrischen Untersuchung fand sich eine sich selbst limitierende, gedanklich inhaltlich sehr auf die Schmerzsymptome und ihre Arbeitsunfähigkeit fixierte Beschwerdeführerin. Es war gemäss dem C. ___ eine deutliche Diskrepanz zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung und demonstrierter Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation festzustellen (gutes Durchhaltevermögen während der Exploration, unauffälliges Bewegungsmuster ohne Schonhaltung). So wechselte der Affekt mit gelassenen, entspannten Phasen und dem theatralisch anmutendem Verdeutlichen der Symptome mit insgesamt vagen und undurchschaubaren Aspekten. Anhaltspunkte für eine subjektiv empfundene mnestiche Störung oder eine Konzentrationsminderung fanden sich keine. Das C. ___ erachtet die geschilderten Zukunftssorgen mit entsprechender Begleitsymptomatik und Gräbeln als nachvollziehbar. Diese entsprechen jedoch eher einer Befindlichkeitsstörung als einer psychischen Störung. Anhaltspunkte für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung fand das C. ___ nicht. Gemäss dem C. ___ darf im Hinblick auf die Schmerzausweitung auf die verschiedenen Körperregionen aus psychiatrischer Sicht bei Nichtvorliegen einer somatoformen Schmerzstörung oder einer Somatisierungsstörung sogar von einer bewusstseinsnahen Symptomausweitung ausgegangen werden. Eine eigentliche depressive Episode liegt nach Ansicht des C. ___ allenfalls im Sinne einer leichten depressiven Episode vor. Das C. ___ wies zudem darauf hin, dass ein enormer sekundärer Krankheitsgewinn mit regressivem Verhalten bestehe. Das grosse Helfernetz und nicht zuletzt das Krankenbett spielten eine grosse Rolle und vermittelten der Beschwerdeführerin das Gefühl, an einer schweren Krankheit zu leiden. Das Helfersystem unterstütze sie in diesem Glauben. Eine die Arbeitsfähigkeit auf Dauer einschränkende psychische Erkrankung liegt gemäss dem C. ___ aus psychiatrischer Sicht nicht vor (S. 43-45).

Die Gutachter des C. ___ gaben ihre Einschätzung unter Berücksichtigung der medizinischen Akten und ihrer eigenen Untersuchungen ab. Das Gutachten beantwortet die gestellten Fragen in nachvollziehbarer Weise und legt insbesondere schlüssig dar, dass die Beschwerden der Beschwerdeführerin teilweise erklärbar seien, in der angestammten Tätigkeit jedoch seit längerem wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe. Das Gutachten des C. ___ bildet somit eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage.

E. 3.2

3.2.1.1 Dr. G. attestierte der Beschwerdeführerin im Gegensatz zum C. am 21. Februar 2008, also in einem Zeitpunkt, für welchen die Beschwerdegegnerin noch Leistungen erbrachte, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/2/12). Aus neurologischer Sicht stellte Dr. G. einen regelrechten Befund fest. Er begründet die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit denn auch im Wesentlichen mit dem typischen Bild eines chronifizierten Schmerzsyndroms nach HWS-Schleudertrauma. Es gilt hierbei jedoch zu beachten, dass das Eidgenössische Versicherungsgericht in BGE 136 V 279 festhielt, es rechtfertige sich, die in BGE 130 V 352 im Zusammenhang mit somatoformer Schmerzstörung entwickelten Kriterien auch für die Beurteilung der invalidisierenden Wirkung einer spezifischen HWS-Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle analog anzuwenden. Bei somatoformen Schmerzstörungen oder ihren Folgen besteht eine Vermutung, dass sie mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

Dr. G. begründet nicht - und es ist auch nicht ersichtlich -, weshalb die Folgen der erlittenen HWS-Verletzung ausnahmsweise nicht überwindbar sein sollen. Der Bericht von Dr. G. vermag daher das Gutachten des C. nicht in Frage zu stellen.

E. 3.2.2

Bei der von Dr. E. am 21. Februar 2008 attestierten Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/2/14) ist nicht klar, weshalb die von ihm angeführten Befunde Deutliche Druckdolenz BWK 6/7, Myogelosen autochtone Rückenmuskulatur BWS, keine neurologischen Ausfälle zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit führen sollen. Soweit die attestierte Arbeitsunfähigkeit auf der erlittenen HWS-Distorsion basieren sollte, gilt das unter Erw. 3.2.1 ausgeführte. Der Bericht vom 21. Februar 2008 stellt daher das C.-Gutachten ebenso wenig in Frage wie die Berichte vom 24. September 2008 (Erw. 2.9) und vom 19. Mai 2010 (Erw. 2.16), in welchen Dr. E., ohne klare Diagnosen oder Befunde zu nennen, eine Arbeitsunfähigkeit festhält.

E. 3.2.3

Während sich Dr. H. ___ in ihrem Bericht vom 22. Oktober 2008 (Erw. 2.10) nicht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin äußert, attestierte sie ihr im Bericht vom 3. März 2008 eine mindestens 70%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht (Erw. 2.7). In diesem Bericht führt Dr. H. ___ zwar die von Dr. D. ___ aus somatischer Sicht erhobenen Befunde an, sie nennt jedoch keine psychiatrischen Befunde. Die von ihr gestellten psychiatrischen Diagnosen sind daher ebenso wenig nachvollziehbar, wie die von ihr attestierte Arbeitsunfähigkeit.

E. 3.2.4

Die Klinik B. ___ hielt im Bericht vom 17. Juni 2008 die Diagnose "Depression" fest (Erw. 2.8). Aus dem Bericht geht jedoch weder hervor, anhand welcher Befunde diese Diagnose gestellt wurde noch welche Auswirkungen diese Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit hat. Da auch das C. ___ eine depressive Erkrankung diagnostizierte, welche jedoch ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ist, steht der Bericht der Klinik B. ___ dem C. ___-Gutachten nicht entgegen.

E. 3.2.5

Die Klinik I. ___ diagnostizierte mit Bericht vom 18. August 2009 aus psychiatrischer Sicht eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und einen schädlichen Gebrauch von Analgetika. Das C. ___ legte in seinem Gutachten vom 14. Juni 2009 in nachvollziehbarer Weise dar, weshalb, soweit überhaupt eine depressive Erkrankung vorliege, lediglich eine leichte depressive Episode bestehe. Die Beschwerdeführerin leide unter Schuldgefühlen und Gefühlen von Wertlosigkeit sowie negativen Zukunftsgedanken. Die Beschwerdeführerin habe sich jedoch nicht vollständig aus den häuslichen und sozialen Aktivitäten zurückgezogen, sie könne mit (schmerzbedingten) Einschränkungen Teile ihres Haushaltes erledigen, ihre Familie (Ehemann und zwei fast erwachsene Kinder, Schwiegermutter) unterstützen sie hierbei (Urk. 7/3/1 S. 38). Die Klinik I. ___ hielt in ihrem Bericht vom 18. August 2009 im Gegensatz zum C. ___ einen sozialen Rückzug fest. Sie machte jedoch keine Angaben dazu, wie sich dieser äußert. Hierbei fällt auf, dass der Austritt der Beschwerdeführerin auf ihren Wunsch erfolgte, um mit ihrer Familie in die Ferien zu verreisen (Urk. 7/1/47). Da die Klinik I. ___ auch keine Angaben zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin nach der Begutachtung durch das C. ___ macht, ist die von ihr diagnostizierte schwere depressive Episode nicht nachvollziehbar. Es gehen zudem aus dem Bericht der Klinik I. ___ keine Anhaltspunkte hervor, weshalb die von ihr diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung, deren Diagnosestellung nicht begründet wird, oder der schädliche Gebrauch von Analgetika ausnahmsweise Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben sollen. Nach dem Gesagten vermag der Bericht der Klinik I. ___ vom 18. August 2009 das Gutachten des C. ___ nicht in Frage zu stellen.

Das Zentrum J. ___ begründet im Bericht vom 22. September 2009 (Urk. 3/10) die von ihm für die Zeit des Klinikaufenthaltes attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht. Das Zentrum J. ___ führt weder Diagnosen noch Befunde an. Deshalb vermag auch der Bericht des Zentrums J. ___ vom 22. September 2009 das C. ___-Gutachten nicht zu erschüttern.

E. 3.2.6

Die Klinik K.____ Äusserte sich in ihrem Bericht vom 7. Oktober 2009 nicht zur ArbeitsfÄhigkeit der BeschwerdefÄhrerin (Erw. 2.13). Die Klinik nennt auch keine Befunde, welche die EinschÄtzung des C.____ in Frage stellen wÄrde.

E. 3.2.7

Dr. F.____ macht in seinem Bericht vom 14. November 2009 ebenfalls keine Angaben zur ArbeitsfÄhigkeit der BeschwerdefÄhrerin. Er weist lediglich daraufhin, dass er von einem ablehnenden Entscheid der Invalidenversicherung betreffend Rente oder berufliche Massnahmen Äberrascht wÄre, falls wirklich eine relevante Depression vorliege (Urk. 3/20). Zur Frage, ob eine solche Depression besteht, macht Dr. F.____ als Facharzt fÄr Rheumatologie und Innere Medizin naturgemÄss keine Angaben.

E. 3.2.8

Dr. L.____ vom RAD attestierte der BeschwerdefÄhrerin mit Stellungnahme vom 7. Januar 2010 eine RestarbeitsfÄhigkeit von 30 % bis 50 % fÄr eine behinderungsangepasste TÄtigkeit (Erw. 2.15). Dr. L.____ setzt sich dabei in keiner Weise mit der medizinischen Aktenlage und insbesondere nicht mit dem Gutachten des C.____ auseinander, welches schlÄssig darlegte, dass die BeschwerdefÄhrerin in der angestammten TÄtigkeit wieder zu 100 % arbeitsfÄhig ist, und insbesondere auch aufzeigte, weshalb, wenn Äberhaupt, lediglich eine leichte depressive Episode, bestehe. Die Stellungnahme von Dr. L.____ erweist sich damit in jeder Hinsicht als nicht nachvollziehbar und damit auch nicht als verwertbar.

E. 3.2.9

Die von Dr. D.____ im Bericht vom 11. Februar 2010 festgehaltenen 100%ige ArbeitsunfÄhigkeit basiert im Wesentlichen auf der erlittenen HWS-Verletzung der BeschwerdefÄhrerin. Wie ausgefÄhrt (Erw. 3.2.1), begrÄndet eine solche fÄr sich alleine jedoch keine ArbeitsunfÄhigkeit. Da sich Dr. D.____ in keiner Weise mit dem Gutachten des C.____ auseinandersetzt, vermag er dieses nicht in Frage zu stellen.

3.3Ä Ä Ä Ä Nach dem Gesagten ist in Äbereinstimmung mit dem Gutachten des C.____ davon auszugehen, dass die von der BeschwerdefÄhrerin seit Ende Juli 2007 geklagten Beschwerden keine EinschrÄnkung der ArbeitsfÄhigkeit in der angestammten TÄtigkeit begrÄnden und demnach nicht invalidisierend sind. Bei diese Sachlage entfÄhlt selbstredend eine PrÄfung der natÄrlichen und adÄquaten KausalitÄt. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 31. Mai 2008, also mehr als 16 Monate nach dem Unfall und 10 Monate nach Erreichen der vollstÄndigen ArbeitsfÄhigkeit, einstellte. AnzufÄgen bleibt, dass die Beschwerdegegnerin das rechtliche GehÄr der BeschwerdefÄhrerin nicht verletzte, war das unfallanalytische Gutachten der N.____ doch im Gutachten des C.____ (Urk. 7/3/1 S. 4) erwÄhnt und hÄtte sie ohne Weiteres Akteneinsicht verlangen kÄnnen. Zudem ist - wie eben gezeigt - das Gutachten fÄr die vorliegende Streitsache nicht relevant. Die Beschwerde erweist sich demzufolge als unbegrÄndet und ist abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

- 1.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.
- 2.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.
- 3.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Karl Gehler
- SWICA Versicherungen AG
- Bundesamt für Gesundheit
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

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