

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00100 vom 9. August 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-08-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2010.00100](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00100)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00100 du 9 août 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00100 del 9 agosto 2011

## Erwägungen

### E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass die heute bestehenden, organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden in keinem adäquaten Zusammenhang mit dem Unfallereignis ständen, weil das Ereignis vom 26. November 2008 höchstens einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen darstelle und die massgebenden Kriterien für eine Bejahung der Adäquanz nicht oder jedenfalls nicht in gehäuft oder ausgeprägter Weise vorliegen (Urk. 2 S. 5).

2.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin habe den rechtserheblichen Sachverhalt nur ungenügend abgeklärt, weil sie keine polydisziplinäre Begutachtung veranlasst habe (Urk. 1 S. 10 Ziff. 24 ff.). Ferner sei die Adäquanzbeurteilung zu früh erfolgt (S. 15 Ziff. 39 ff.) und es seien die zu erfüllenden Adäquanzkriterien alle gegeben (S. 17 Ziff. 44).

2.3 Streitig und zu prägen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht sämtliche Leistungen per 15. September 2009 eingestellt hat.

### E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin erlitt am 26. November 2008 ein HWS-Distorsionstrauma, als sie dabei war, in einen Kreisel einzufahren, und ein anderes Fahrzeug auf das Heck ihres Fahrzeugs auffuhr (vgl. Unfallmeldung vom 27. November 2008 (Urk. 11/1; ferner Urk. 11/3).

Nach der am 27. April 2009 erstatteten biomechanischen Kurzbeurteilung dürfte die Geschwindigkeitsänderung unterhalb oder knapp innerhalb eines Bereichs von 10-15 km/h gelegen haben (Urk. 11/25 S. 2).

Gemäss Fahrzeugexpertise war nach dem Unfallereignis der Stossfänger am Heck des Fahrzeugs der Beschwerdeführerin mittig leicht deformiert, nach Ansicht der Beschwerdeführerin jedoch nicht reparaturbedürftig; Schäden an tiefer liegenden Strukturen wurden nicht dokumentiert. An der Front des auffahrenden Fahrzeugs waren keine eindeutigen Schäden auszumachen (Urk. 11/17).

3.2 Der erstbehandelnde Arzt Dr. med. Z. \_\_\_\_, FMH Innere Medizin, FMH Rheumatologie, attestierte der Beschwerdeführerin am 8. Dezember 2008 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und verordnete insbesondere eine medikamentöse Therapie sowie passive Physiotherapie (Urk. 11/5). Am 11. Januar und 25. Februar 2009 teilte Dr. Z. \_\_\_\_ mit, dass der Zustand der Versicherten unverändert sei (Urk. 11/6 und Urk. 11/10).

3.3. Vom 12. bis 22. Januar 2009 war die Versicherte im Spital A.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, hospitalisiert. Die Magnetresonanztomographie (MR) vom 14. Januar 2009 ergab einen unauffälligen Befund an der Halswirbelsäule (Urk. 11/43). Ausser ausgeprägten Druckdolenzen im Bereich der HWS, im Schultergürtelbereich und interskapulär sowie einer eingeschränkten Beweglichkeit der HWS konnten die zuständigen Ärzte keine krankhaften Befunde erheben. Anlässlich eines psychologischen Konsils vom 14. Januar 2009 konnte eine Schmerzverarbeitungsstörung mit Bewegungsangst sowie ausgeprägtem Schon- und Vermeidungsverhalten erhoben werden, weshalb eine stationäre Schmerzpsychotherapie mit ambulanter Weiterführung empfohlen wurde. Psychoedukative Interventionen habe die Beschwerdeführerin eher skeptisch aufgenommen. Die empfohlene stationäre interdisziplinäre Rehabilitation habe die Beschwerdeführerin abgelehnt (Urk. 11/30 S. 3 f.). Die behandelnden Ärzte gaben am 28. Januar 2009 an, dass aus rheumatologischer Sicht langfristig eine volle Leistungsfähigkeit möglich sei (Urk. 11/30).

3.4. Am 12. Mai 2009 fand in der Klinik B.\_\_\_\_ ein ambulantes Assessment statt, über das am 18. Mai 2009 berichtet wurde (Urk. 11/31). Dabei wurden die folgenden Diagnosen genannt:

- Unfall vom 26. November 2008: PW-Unfall, Heckaufprall

Primärdiagnose: HWS-Distorsion QTF II

- Haltunginsuffizienz, ausgeprägte myofasziale Beschwerden

- Schmerzverarbeitungsstörung mit Angst- und Vermeidungsverhalten

Bei den physischen Leistungstests habe sich die Beschwerdeführerin selbst limitiert unter Angabe von Schmerzen, bevor die beobachtbare funktionelle Leistungsgrenze erreicht worden sei, weshalb vor allem bei allen Hebe- und Tragetests von einer hohen Belastbarkeit auszugehen sei. Wegen der ausserordentlich langsamen Ausführung der Tests hätten in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht alle sonst vorgesehenen Tests durchgeführt werden können (Urk. 11/31 S. 8). Die Beobachtungen des Umgangs mit Schmerz, Leistungsverhalten und Konsistenz ergab zusammenfassend eine erhebliche Symptomausweitung (Urk. 11/31 S. 10): Die Beschreibung der Beschwerdeführerin von Schmerz und Einschränkungen fiel undifferenziert aus (pauschalisierend, ohne Details), ihr Schmerzverhalten war nicht adäquat und ihr Leistungsverhalten schlecht. Auch die Konsistenz bei der klinischen Untersuchung und den Tests/Aktivitäten wurde als schlecht beurteilt. So ergaben sich widersprüchliche Befunde bei der klinischen Untersuchung (bei der formalen Prüfung der HWS-Flexion wurde eine maximale aktive Flexion von 10° gezeigt, wohingegen die Beschwerdeführerin beim Zeigen auf den eigenen Zehen eine aktive HWS-Flexion von gut 30° offensichtlich problemlos ausführen konnte), eine Diskrepanz zwischen der Bewegungsfähigkeit der HWS bei der klinischen Untersuchung und beim Gleichgewichtstest (Gehen auf dem Balken) und eine Diskrepanz zwischen dem Fehlen einer relevanten klinischen Problematik im Bereich Hand oder Vorderarm und der schlechten Handkraft beidseits (unter der Norm).

Hinweise auf eine Läsion des zentralen oder peripheren Nervensystems liessen sich nicht finden. Eine stationäre interdisziplinäre Rehabilitation - wie bereits im Bericht vom Spital A.\_\_\_\_ im Januar 2009 empfohlen - sei der Beschwerdeführerin aus familiären Gründen nicht möglich, weshalb alternativ zur stationären Behandlung eine

intensivierte ambulante Physiotherapie dreimal wöchentlich empfohlen wurde. Zusätzlich zur körperbezogenen sei eine psychosomatisch orientierte Behandlung sinnvoll. Es spreche nichts gegen die im Spital A.\_\_\_\_ empfohlene stufenweise Aufnahme einer Arbeit (Urk. 11/31 S. 3).

3.5 Am 18. Juni 2009 berichtete Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_, Neurologie FMH, über seine am 17. Juni 2009 erfolgte neurologische Untersuchung der Beschwerdeführerin (Urk. 11/39). Nach einer Heckkollision mit minimalem Schaden am Auto würde eine Schmerzsymptomatik in der Nacken-/Schultergürtelregion persistieren; die Physiotherapie sei offensichtlich fruchtlos geblieben. Bei seiner Untersuchung stehe die Schmerzsymptomatik im akutesten Stadium, was natürlich nach einem halben Jahr aussergewöhnlich sei. Es seien aktive Entlastungsübungen und Muskelentspannungen mit harmonischen Bewegungen zu empfehlen; ansonsten lägen neurologisch keinerlei Probleme vor.

3.6 Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Chirurgie, legte in seinem kreisärztlichen Bericht vom 13. August 2009 die bisherigen Untersuchungsergebnisse der involvierten Ärzte dar und gab dann an, dass nun bald neun Monate nach dem Unfallereignis eine volle Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit vorliege, da bildgebend keine traumatisch bedingte Läsion habe festgestellt werden können und auch die neurologische Untersuchung unauffällig ausgefallen sei. Es sei von einem Endzustand auszugehen, weil nach den Angaben von Prof. Dr. C.\_\_\_\_ die Physiotherapie keinen Erfolg zeitige und keine weiteren therapeutischen Vorschläge mehr gemacht werden könnten (Urk. 11/45).

3.7 Im Laufe des Beschwerdeverfahrens hat die Beschwerdeführerin das von der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, eingeholte neurologische und psychiatrische Gutachten vom 19. April 2010 (Urk. 13) eingereicht (Urk. 12).

Aus somatischer Sicht wurde durch Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Neurologie, die Diagnose eines leichten bis höchstens mässig ausgeprägten rechtsbetonten Zervikalsyndroms mit in diesem Rahmen auch möglichen zervikozephalen Beschwerden (Kopfschmerzen) gestellt. Die Beschwerdeangabe der Beschwerdeführerin könne qualitativ zum Teil objektiviert werden, die quantitative Beschwerdeangabe sei aber neurologisch nicht nachvollziehbar. Die Untersuchung habe sich ausgesprochen schwierig gestaltet. So habe die HWS-Beweglichkeit wegen aktiver Gegeninnervation nicht korrekt untersucht werden können. Während der Anamneseerhebung und der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin den Kopf fast nicht bewegt, in unbeobachteten Momenten habe sich aber eine deutlich bessere Beweglichkeit gezeigt. Die angegebenen sehr starken Schmerzen hätten wegen gänzlich fehlender vegetativer Begleitphänomene (vermehrtes Schwitzen, Erblassen, motorische Unruhe, der Schmerzintensität nicht entsprechende psychische Stimmung) nicht nachvollzogen werden können. Weitere auffällige Inkonsistenzen hätten sich insbesondere durch eine ausgeprägte Fehlinnervation beim Prüfen der Kraft sowohl im Bereich der unteren als auch der oberen Extremitäten ergeben. Zum Beispiel habe die Innervation des Musculus Extensor hallucis longus rechts nach Angaben der Beschwerdeführerin zu ausgeprägten Genickschmerzen geführt, was organisch nicht erklärt werden könne. Die Prüfung auf nicht-organische Krankheitszeichen nach Waddell sei dementsprechend positiv ausgefallen, und auch der zusätzlich durchgeführte PACT-Test (Selbstbeurteilungsfragebogen zur Einschätzung der subjektiv empfundenen Leistungsfähigkeit) liege bei einem Wert von 20 Punkten deutlich unter der

Leistungsfähigkeit für minimale elementare Alltagsanforderungen, zudem habe sich die Prüfung als inkonsistent gezeigt. Die subjektiv bewertete Leistungsfähigkeit, entspreche auch nicht der demonstrierten Fähigkeit für Gebrauchsbewegungen und der Fähigkeit zur Fortbewegung im Alltag. Insgesamt sei von einer Symptomausweitung und einer ausgeprägten Verdeutlichungstendenz auszugehen. Dass die Beschwerdeführerin selber angegeben habe, seit Juni 2009 eine 100 %-Stelle im Verkauf zu suchen, relativiere zusätzlich ihre Schmerzangabe, welche - wenn tatsächlich entsprechende Beschwerden vorliegen würden - nicht mehr mit einer Arbeitsfähigkeit vereinbar wäre. Eine Tätigkeit mit ausgeprägter Schultergürtelbelastung oder mit ausschliesslicher Kopfzwangshaltung sei nicht möglich; in einer angepassten Tätigkeit mit höchstens leicht bis mässiger Belastung des Schultergürtels sowie ohne Kopfzwangshaltung sei eine Arbeitsfähigkeit von 90 % anzunehmen (Urk. 13 S. 7).

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde von Dr. med. F. \_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, angegeben, dass aufgrund der Untersuchungsbefunde, der Angaben der Beschwerdeführerin und der Aktenlage keine psychiatrische Diagnose nach den ICD-10-Kriterien gestellt werden könne. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung, die einen schmerzhaften, organisch nicht erklärbaren, langwierigen und therapieresistenten Symptomenkomplex darstelle, bei dem auch stationäre Aufenthalte keinen erhofften Erfolg bringen und der in Zusammenhang mit einem emotionalen Konflikt oder psychosozialen Problemen stehe, könne bei der Beschwerdeführerin nicht gestellt werden, weil insbesondere die letztgenannten Faktoren bei der Beschwerdeführerin nach der Anamnese nicht erfüllt seien. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig. Es könne ihr auf dem Hintergrund der zumutbaren Willensanstrengung zugemutet werden, die nach wie vor vorhandenen Beschwerden willentlich zu überwinden, diese auszuhalten und einer Tätigkeit nachzugehen. Die Beschwerdeführerin scheine fixiert zu sein auf ihre Schmerzproblematik. Gleichzeitig bestehe aber auch eine gewisse Ambivalenz, suche sie sich doch angeblich eine 100%ige Stelle via das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV). Eine psychotherapeutische Behandlung sei nicht indiziert, da dafür die Motivation nicht vorhanden sei (Urk. 13 S. 12).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der Konsensbesprechung unter Berücksichtigung der Aktenlage, der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und der objektiven Befunde kamen die Gutachter zum Schluss, dass die festgehaltene neurologische Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit massgebend sei, so dass eine angepasste Tätigkeit zu 90 % zumutbar sei (Urk. 13 S. 13).

#### **E. 4**

4.1 Ä Ä Ä Bei den im strittigen Zeitpunkt der Leistungseinstellung (September 2009) noch vorhandenen Beschwerden handelt es sich um von der Beschwerdeführerin angegebene Schmerzen in der Kopf-, Nacken- und Schulterregion, welche nach der medizinischen Aktenlage durch kein einziges organisches Korrelat objektiviert werden konnten.

4.2 Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin ist - entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin - ihrer Pflicht zur Abklärung des leistungserheblichen Sachverhalts (Art. 43 Abs. 1 ATSG) genügend nachgekommen ist. Sie hat den Bericht des Spitals A. \_\_\_\_, eingeholt (E. 3.3) und ein ambulantes Assessment in der Rehaklinik

B.\_\_\_\_ (E. 3.4) sowie eine neurologische Untersuchung bei Prof. Dr. C.\_\_\_\_ (E. 3.5) veranlasst. Weitere (fach-)Ärztliche Abklärungen zur Frage der natürlichen Unfallkausalität drängen sich weder aufgrund der Berichte des behandelnden Arztes Dr. Z.\_\_\_\_ (E. 3.2) noch aufgrund der genannten ärztlichen Stellungnahmen auf, so dass die Beschwerdeführerin zu Recht kein interdisziplinäres Gutachten einholte. Aus den Berichten des Spitals A.\_\_\_\_, der Klinik B.\_\_\_\_ sowie dem Bericht des Neurologen Dr. C.\_\_\_\_ geht klar hervor, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht bei gänzlich unauffälligem Röntgen- und MRI-Befund an keiner objektivierbaren unfallbedingten Gesundheitsstörung leidet. Die Beschwerdeführerin macht denn auch nicht geltend, die in den erwähnten Berichten erhobenen objektiven Befunde seien unzutreffend.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Identische Befunde ergeben sich im Übrigen auch aus dem von der Beschwerdeführerin beigebrachten bidisziplinären IV-Gutachten, in welchem Dr. E.\_\_\_\_ das von der Beschwerdeführerin gezeigte inkonsistente Schmerzverhalten in Diskrepanz zu den objektivierbaren Befunden und ihrer Stellensuche (nach eigenen Angaben in einem Pensum von 100 %) eindrücklich geschildert hat (Urk. 13 S. 6 f.). Nicht nachvollziehbar ist hingegen, weshalb die Beschwerdeführerin bei einem derart geringfügigen Beschwerdebild überhaupt in ihrer Arbeitsfähigkeit - nach Einschätzung von Dr. E.\_\_\_\_ zu 10 % - eingeschränkt sein soll.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Unter Berücksichtigung aller vorliegenden ärztlichen Berichte ist mit Dr. D.\_\_\_\_ aus somatischer Sicht davon auszugehen, dass spätestens im Zeitpunkt seiner Beurteilung eine volle Arbeitsfähigkeit in sämtlichen, in der Art der vor dem Unfallereignis aufgetretenen Tätigkeiten vorliegt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dass bei der Beschwerdeführerin auch keine psychiatrische Erkrankung aus dem Kreis der somatoformen Schmerzstörungen diagnostiziert werden kann, wird zudem durch das von der Beschwerdeführerin beigebrachte bidisziplinäre IV-Gutachten bestätigt. Dr. F.\_\_\_\_ hat hierzu erklärt, dass bei der Beschwerdeführerin die für eine solche Störung typischen emotionalen Konflikte und psycho-sozialen Probleme nicht vorliegen, was anhand des von der Beschwerdeführerin geschilderten intakten familiären Umfeldes und Freundeskreises nachvollziehbar ist. Eine Verlagerung oder Überlagerung psycho-sozialer oder sozio-kultureller Probleme auf oder durch die somatische Problematik ist somit nicht ersichtlich.

4.3 Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin beanstandet ferner den Zeitpunkt der verfahrensmässigen Leistungseinstellung.

4.3.1 Ä Ä Laut Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat der Unfallversicherer einen Fall abzuschliessen und den Anspruch auf eine Invalidenrente zu prüfen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Ist von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr zu erwarten, wird jedoch der Entscheid der IV über die berufliche Eingliederung erst später gefällt, so wird nach Art. 30 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) i.V.m. Art. 19 Abs. 3 UVG vom Abschluss der ärztlichen Behandlung an vorübergehend eine Rente ausgerichtet.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass



Fallabschluss notwendig war (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.2.3 S. 128). Die Tatsache alleine, dass die verschiedenen Behandlungen - unter anderem in Form eines stationären Aufenthaltes - zu keiner wesentlichen Besserung des subjektiven Beschwerdebildes geführt hatten, vermag dieses Adäquanzkriterium nicht zu erfüllen. Eine ärztliche Fehlbehandlung liegt, entgegen ihrer Auffassung (Urk. 1 S. 18 ff.), ebenfalls nicht vor. Das Verschreiben eines Halskragens alleine kann dieses Kriterium nicht erfüllen, zumal auch die Beschwerdeführerin nicht darlegt, inwiefern diese Behandlung die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte (statt Vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_334/2010 vom 9. September 2010 E. 5.3.4). Ob die Beschwerdeführerin bis zum Fallabschluss unter erheblichen Beschwerden gelitten hat, bestimmt sich u.a. nach den glaubhaften Schmerzen. In Anbetracht der Tatsache, dass sämtliche Ärzte, welche die Beschwerdeführerin untersucht haben, die doch auffallende Inkonsistenz in der Schmerzbeschreibung und im Schmerzverhalten der Beschwerdeführerin eindrücklich beschrieben haben (siehe E. 3.3, E. 3.4 und E. 3.7), sind an den von ihr geklagten Beschwerden doch erhebliche Zweifel angebracht. Selbst wenn dieses Kriterium erfüllt wäre, läge es jedenfalls in keiner besonderen Ausprägung vor. Einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen liegen nicht vor. Schliesslich ist auch das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengung nicht als erfüllt zu betrachten. Nachdem bei der Beschwerdeführerin keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr ausgewiesen ist (siehe E. 4.2), ist auch dieses Kriterium selbstredend nicht erfüllt.

5. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Holger Hägel

- Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer

- Bundesamt für Gesundheit

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).

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

6. 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.