

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00305

vom 30. Januar 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-01-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00305

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00305 du 30 janvier 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00305 del 30 gennaio 2013

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1957 geborene X.____, verheiratet, Vater eines mittlerweile erwachsenen Kindes, arbeitete bei der Y.____ AG, '____', in einem Pensum von 100 % als Logistikkassistent und war bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch unfallversichert, als er am 17. Juli 2010 um 5 Uhr morgens in den Ferien in Slowenien als Lenker in einen Autounfall verwickelt wurde. Nach Angaben des Versicherten prallte ein anderes Auto mit ca. 150 km/h hinten ins linke Heck des von ihm gelenkten, mit 120 km/h fahrenden Autos (vgl. Urk. 8/1; Urk. 8/2/4; Urk. 8/4/1; Urk. 8/6/1). Gemäss ärztlichem Zeugnis von PD Dr. med. Z.____, Spezialarzt für Neuroradiologie, Klinik A.____, '____', vom 24. August 2010 erlitt er dabei eine Distorsion der Halswirbelsäule bei einem Status nach Kontusionen der Lendenwirbelsäule und des Kopfes (Urk. 8/3/1).

1.2 Die Suva richtete aufgrund der von den behandelnden Ärzten seit dem 17. Juli 2010 bescheinigten 100%igen Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 8/13; Urk. 8/28; Urk. 8/49; Urk. 8/67) Taggeldleistungen aus und kam für die Kosten der Heilbehandlung auf (vgl. Urk. 8/66/1; Urk. 8/71 S. 2). Wegen unvermindert anhaltender Beschwerden liess sie den Versicherten am 22. Oktober 2010 in der Rehaklinik B.____ in einem ambulanten Assessment untersuchen (Assessmentbericht vom 25. Oktober 2010, Urk. 8/24). Zudem holte sie bei der C.____ eine biomechanische Kurzbeurteilung (Triage; Bericht vom 20. Dezember 2010, Urk. 8/31) sowie bei den behandelnden Ärzten medizinische Berichte (Urk. 8/38; Urk. 8/41-42; Urk. 8/50) ein. Nachdem es zur Entwicklung einer psychischen Symptomatik gekommen war (vgl. Urk. 8/42/1; Urk. 8/50; Urk. 8/54), liess die Suva den Versicherten schliesslich in ihrer Abteilung Arbeitsmedizin durch Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie, ärztlich (Bericht vom 17. Mai 2011, Urk. 8/51; Stellungnahme vom 26. Mai 2011, Urk. 8/53) und in ihrem Agenturärztlichen Dienst durch Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Chirurgie, (Bericht vom 18. Juli 2011, Urk. 8/62) kreisärztlich untersuchen.

1.3 Mit Verfügung vom 5. August 2011 stellte die Suva die Versicherungsleistungen per 15. August 2011 ein mit der Begründung, dass die weiterhin geklagten Beschwerden nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis ständen (Urk. 8/66). Mit Schreiben vom 13. September 2011 erhob X.____ dagegen Einsprache (Urk. 8/68), welche mit Entscheid vom 30. September 2011 abgewiesen wurde (Urk. 2).

E. 2

2.1 Dagegen liess X.____ am 2. November 2011 durch Rechtsanwalt Michael Grimmer, Zürich, Beschwerde erheben mit folgendem Rechtsbegehren (Urk. 1

Ä Ä Ä Ä S. 2):

Ä■1.Ä Ä Ä Der Einsprache-Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 30. September 2011 sei aufzuheben und es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Insbesondere seien dem Versicherten ab dem 16. August 2011 bis auf weiteres Taggelderleistungen basierend auf einer vollen Erwerbsunfähigkeit zu erbringen.

2.Ä Ä Ä Ä Der Abschluss des vorliegenden Falles durch die Beschwerdegegnerin sei nach Beendigung der psychiatrischen Behandlung durch Dr. med. F.____ erneut zu prüfen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eventualiter sei dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab dem 16. August 2011 eine Invalidenrente zuzusprechen und es sei ihm eine Integritätsentschädigung auszurichten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Subeventualiter sei der Beschwerdeführer von einem jeweils unabhängigen Facharzt neurologisch, rheumatologisch und psychiatrisch zu begutachten. Dabei sei dem Versicherten Gelegenheit zu geben, sich zu der Wahl der Gutachter bzw. der Gutachterstelle zu äussern und vor Erstellung des Gutachtens Ergänzungsfragen zu stellen.

3.Ä Ä Ä Ä Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. 8 % MwSt) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.Ä■

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Beschwerdeantwort vom 7. Dezember 2011 (Urk. 7 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8/1-73) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, wovon der Beschwerdeführer am 12. Dezember 2011 (Urk. 9) in Kenntnis gesetzt wurde.

E. 2.1

Ä Ä Ä Die SUVA begründete die Einstellung der Versicherungsleistungen im angefochtenen Einspracheentscheid im Wesentlichen damit, dass keine objektivierbaren Unfallfolgen im Sinne struktureller Veränderungen ausgewiesen seien. Es müsse aufgrund der Aktenlage davon ausgegangen werden, dass eine psychische Problematik ganz im Vordergrund stehe. Es sei nicht ersichtlich, dass durch eine weitere medizinische Behandlung mit Wahrscheinlichkeit noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes ausserhalb der psychischen Problematik zu erwarten wäre, und eine namhafte Besserung könne auch in psychischer Hinsicht nicht als wahrscheinlich betrachtet werden (Urk. 2 S. 4). Es sei vorliegend von einem mittelschweren Unfall an der Grenze zu leicht auszugehen, bei der Adäquanzbeurteilung seien die Zusatzkriterien zu verneinen, womit der adäquate Kausalzusammenhang nicht gegeben sei (Urk. 2 S. 6).

E. 2.2

Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer seinerseits machte geltend, es seien keine umfangreichen medizinischen Abklärungen getätigt worden. Es hätte sich eine eingehende psychiatrische bzw. eine polydisziplinäre Begutachtung aufgedrängt (Urk. 1 S. 6 f.). Die Heilbehandlung sei noch nicht abgeschlossen, der Fallabschluss zu früh erfolgt (Urk. 1 S. 7). Der adäquate Kausalzusammenhang sei im vorliegenden Fall nach der Ä■normalenÄ■ Adäquanzformel bzw. nach den bei Halswirbelsäulen-Verletzungen entwickelten Adäquanzkriterien vorzunehmen. Die Adäquanz wäre aber selbst bei der Anwendung der Ä■Psycho-PraxisÄ■ zu bejahen (Urk. 1 S. 7 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

3.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus den Akten ergibt sich Folgendes zu Art und Verlauf der Beschwerden:

3.1. Dr. med. Z., Spezialarzt für Neuroradiologie an der Klinik A., wies in seinem Bericht vom 24. August 2010 aufgrund am selben Tag durchgeführter MRI des Gehirns, der Halswirbelsäule (HWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) darauf hin, es liege ein Status nach Lendenwirbelsäulen-/Kopf-Kontusion mit persistierenden Beschwerden vor. Es seien eine atlantodentale Arthrose und eine Steilstellung der HWS im Liegen vorhanden. Einen sicheren Nachweis posttraumatischer Veränderungen kranial bzw. in der Hals-/Lendenwirbelsäule gebe es nicht. Die Steilstellung der HWS sei geringgradig (Urk. 8/3/1). Lumbal bestanden ein sehr kleiner rechter mediolateraler Prolaps bei Lendenwirbelkörper(LWK)1/2 ohne erkennbare klinische Relevanz sowie geringgradige Protrusionen bei LWK2/3 und LWK4/5 (Urk. 8/3/2).

3.2. In seinem Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 10. September 2010 hielt Dr. med. H., Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, als Röntgenbefund eine Streckhaltung der Halswirbelsäule (HWS) antero-posterior (ap)/seitlich sowie einen Osteophyt C6 fest und diagnostizierte in Bezug auf das Beschleunigungstrauma einen Grad I gemäss der Quebec Task Force (QTF)-Klassifikation, welcher Nackenbeschwerden mit Schmerz, Steifigkeitsgefühl oder nur Schmerzhaftigkeit, ohne somatische Befunde und mit normaler Beweglichkeit umfasst (Urk. 8/4/3).

3.3. Dr. med. I., Facharzt FMH für Neurologie, berichtete am 17. September 2010, der Beschwerdeführer leide an einem posttraumatischen zerviko-zephalen Schmerzsyndrom (Urk. 8/6/1). Er weise ein Schonhinken links auf, die Kopfbeweglichkeit sei schmerzbedingt um etwa 70° eingeschränkt, mit palpatorisch deutlich verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur. Die Heckkollision vom 17. Juli 2010 habe ein ausgedehntes panvertebrales Schmerzsyndrom zur Folge gehabt, mit Schwerpunkten zerviko-zephal und lumbal, mit von dort radikulären Reizerscheinungen im linken Bein (Urk. 8/6/2). Relevante Befunde seien eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der HWS, mit palpatorisch verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur sowie weiteren Druckdolenzen entlang der übrigen paravertebralen Muskulatur (Urk. 8/6/2-3). An fokalen Ausfällen gebe der Beschwerdeführer diffuse Hypästhesien an den linken Extremitäten an, ohne erkennbares segmentäres Muster (Urk. 8/6/3).

3.4. Dr. med. J., Fachärztin FMH für Physikalische Medizin, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 19. Oktober 2010 zuhanden der Beschwerdegegnerin ein posttraumatisches zervikozephalales Schmerzsyndrom, ein posttraumatisches lumbospondylogenes Syndrom bei Protrusionen L1/2 und L2/3 sowie L4/5, eine posttraumatische Periarthropathia humeroskapularis (PHS) polytendinotica links sowie einen Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung mit Symptomausweitung. Der Beschwerdeführer habe ein ausgeprägtes Schonhinken links, eine ausgedehnte muskuläre Verspannung zervikal und lumbal beidseits, wobei die Beweglichkeit der HWS in alle Richtungen je um 2/3, der LWS je um 1/3 eingeschränkt sei, multiple Tendemiosen zervikal und lumbal beidseits, druckdolente Valleixsche Punkte beidseits sowie eine Hypästhesie am linken Bein über dem Dermatome L5 (Urk. 8/21/1). Es handle sich um posttraumatische Zervikalgien mit Ausstrahlungen in den linken Arm und Lumbalgien mit Ausstrahlungen ins linke Bein sowie um vermehrte Kopfschmerzen und Schwindelattacken, aber auch Schlafstörungen. Die bisherigen neurologischen und

radiologischen Abklärungen hätten bis auf diffuse Hypästhesien am linken Bein keinen pathologischen Befund ergeben. Der Gesamteindruck lasse eine posttraumatische Belastungsstörung mit Chronifizierungstendenz vermuten. Die bisherige physikalische Therapie habe keinerlei Besserung der Beschwerden gebracht (Urk. 8/21/2).

3.5 Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, sowie med. pract. L.____, Rehaklinik B.____, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 25. Oktober 2010 (Urk. 8/24) über das ambulante Assessment vom 22. Oktober 2010 eine beim Unfall vom 17. Juli 2010 erlittene HWS-Distorsion QTF I mit zervikalem Syndrom, Schädelprellung mit Spannungskopfschmerz und LWS-Kontusion mit vertebralem Syndrom sowie einen Nikotinabusus. Aktuell leide der Beschwerdeführer an einer erheblichen Symptomausweitung, Dauerschmerzen der HWS mit haubenförmigen Zephalgien, Dauerschmerzen der gesamten Wirbelsäule und einem Taubheitsgefühl des gesamten linken Armes bis zum Handgelenk sowie des linken Beines bis zum Sprunggelenk (S. 1). Da beim Assessment kein Zugang für aktive und passive Therapieformen habe gefunden werden können, sei das Rehabilitationspotenzial als schlecht zu beurteilen (S. 2). Der Beschwerdeführer habe berichtet, die bisherigen ambulanten, passiven Therapien und Bewegungsübungen seien völlig nutzlos gewesen. Es sei insgesamt eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden mit demonstrativem Schmerzgebaren bei der Anamnese, klinischen Untersuchung und auch im physiotherapeutischen Teil. Die Minimal Performance sei nicht erreicht worden. Insgesamt habe keinerlei Reha-Potenzial eruiert werden können (S. 3).

Das Gangbild habe ein Schonhinken links aufgewiesen. Es sei kaum ein muskulärer Hartspann im Bereich der Nackenmuskulatur vorhanden gewesen. Die Beweglichkeit sei zu etwa 1/3 eingeschränkt. Der Beschwerdeführer habe Bewegungsschmerzen im Bereich des linken Schultergelenkes mit aktiver Abduktion von 90° und Anteversion von 100° angegeben, es sei jedoch passiv unter Schmerzangabe frei beweglich gewesen. Der Einbeinstand sowie Zehen- und Fersengang seien laut dem Beschwerdeführer nicht möglich, im Liegen jedoch seien Zehenhebung und Senkung unauffällig gewesen (S. 5). Bei den physischen Leistungstests habe er sich selbst limitiert unter Angabe von Schmerzen (S. 6). Auch Trainingsübungen ausserhalb des Problembereichs seien kaum toleriert worden (S. 7).

3.6 Dr. med. M.____, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen-, Halskrankheiten, speziell Hals- und Gesichtschirurgie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 24. Dezember 2010 eine aktuell grenzwertige peripher-vestibuläre Funktionsstörung links, differentialdiagnostisch commotio labyrinthi links, bei Status nach Autounfall am 17. Juli 2010 und eine vorbestehende hochgradige Schwerhörigkeit beidseits (Urk. 8/32/1). Aufgrund der Schmerzen praktisch panvertebral sei eine komplette Untersuchung nicht möglich gewesen. Er denke jedoch nicht, dass diese grenzwertige periphere Vestibulopathie alleine für die Schwindelbeschwerden verantwortlich sei. Die starken Beschwerden im Nacken- sowie Rückenbereich seien wohl Hauptursache der Schwindelbeschwerden. Im Vergleich zum Reintonaudiogramm vom 18. August 2009 finde sich eine Zunahme der Hörminderung links um 10 %, rechts um 4 %. Somit sei eine zusätzliche posttraumatische cochleäre Störung links nicht ganz ausgeschlossen. Es sei am ehesten von einer posttraumatischen peripher-vestibulären, möglicherweise auch cochleären Störung links (commotio labyrinthi) auszugehen (Urk. 8/32/2).

3.7. Dr. med. F.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. N.____, delegierte Psychotherapeutin, bei welchen der Beschwerdeführer ab 1. Dezember 2010 in Behandlung stand, hielten in ihrem Bericht vom 24. Februar 2011 zuhanden der Beschwerdegegnerin als Diagnose ein Ängstlich-depressives Zustandsbild, mittelgradige Ausprägung, bei Status nach Autounfall am 17. Juli 2010 fest (Urk. 8/38/1). Der Beschwerdeführer sei psychomotorisch verlangsamt mit sichtbarer Bewegungseinschränkung im HWS-Bereich. Im formalen Denken sei er auf das jetzige Leiden eingeeengt, mit ausgeprägter Gräbelneigung. Er habe pessimistische Zukunftsperspektiven (Urk. 8/38/2).

3.8. Dr. med. O.____, Fachärztin FMH für Allgemeine Medizin, berichtete der Beschwerdegegnerin am 3. März 2011, der Beschwerdeführer befinde sich in einer rheumatologischen, neurologischen, psychiatrischen und in hausärztlicher Behandlung. Er besuche die physikalische Therapie, die bis jetzt keine Besserung gebracht habe. Sein Zustand sei in keiner Hinsicht besser. Er sei höchst depressiv und glaube nicht mehr an seine Genesung (Urk. 8/41).

3.9. In ihrem weiteren Bericht vom 17. März 2011 führte Dr. O.____ aus, der Beschwerdeführer leide an therapieresistenten Nacken- und Hinterkopfschmerzen und könne den Kopf kaum bewegen. Er habe sich eindeutig psychisch verändert. Er weine bei praktisch jeder Konsultation und habe seit dem Unfall stark an Körpergewicht verloren. Mit den Behandlungs- und Therapiemassnahmen habe seit Juli 2010 kein Erfolg erreicht werden können (Urk. 8/42/1). Er habe eine stationäre Behandlung, Beobachtung und Beurteilung über längere Zeit dringend nötig. Die Prognose sei ungewiss (Urk. 8/42/2).

3.10. Dr. F.____ berichtete der Beschwerdegegnerin am 4. Mai 2011, obwohl sich der Beschwerdeführer regelmässig in der ambulanten Behandlung befinde, sei es fast zu keinen Änderungen in seinem psychischen Zustand gekommen. Momentan dominierten ein depressiver Affekt und depressive Projektionen in Bezug auf seine Zukunft (Urk. 8/50/1). Er sei weiterhin auf seine körperlichen Probleme fokussiert, die sich stark in seinem Vitalleben reflektierten (Urk. 8/50/1-2). Wann mit dem Endzustand zu rechnen sei, könne nicht beurteilt werden (Urk. 8/50/2).

3.11. Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie, Arbeitsmediziner der Beschwerdegegnerin, hielt in seiner Beurteilung vom 17. Mai 2011 fest, aus einem Audiogramm vom 12. Juli 1995 resultiere ein Hörverlust für beide Ohren von je 2 %. Aus dem am 23. Dezember 2010 erhobenen Audiogramm resultiere eine beidseits hochgradige, pancochleäre sensorineurale Schwerhörigkeit mit einem Hörverlust am rechten Ohr von 72 % und am linken Ohr von 84 %. Das bedeute, dass sich das Gehör des Beschwerdeführers in 16 Jahren an beiden Ohren dramatisch verschlechtert habe. Die Hörstörung sei derart stark ausgeprägt, dass ein Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 17. Juli 2010 sehr fraglich sei (Urk. 8/51/2).

3.12. Am 26. Mai 2011 führte Dr. D.____ in seiner erneuten Stellungnahme aus, der Vergleich der Audiogramme vom August 2009 mit dem Audiogramm vom Dezember 2010 zeige, dass sich der Hörverlust am rechten Ohr um 5 % verringert und am linken Ohr um 10 % vergrössert habe. Bereits im August 2009, also vor dem Unfallereignis vom 17. Juli 2010, habe eine bilaterale, hochgradige Schwerhörigkeit mit einem Hörverlust von

deutlich über 70 % an beiden Ohren bestanden. Es sei ausserst unwahrscheinlich, dass die oben aufgeführten Veränderungen des Hörverlustes ursächlich in Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom Juli 2010 ständen (Urk. 8/53).

3.13 In seinem Bericht vom 18. Juli 2011 über die gleichentags durchgeführte Untersuchung des Beschwerdeführers legte Kreisarzt Dr. med. E. ____, Facharzt FMH für Chirurgie, dar, der Beschwerdeführer habe sich als sehr auffällige Persönlichkeit gezeigt, sich theatralisch eingeschränkt und das Gesicht in einer Grimasse verzerrt präsentierend, den Mund halb offen haltend, die oberen Zähne nach aussen stellend, den Kopf nach vorne in steifer Haltung streckend, sich zeitlupenartig langsam bewegend, ruhig und vorbereitet Auskunft gebend sowie seine Beschwerden betonend darstellend. Die Streckhaltung der HWS sei unregelmässig eingehalten worden. Im Korridor sei er langsam, demonstrativ zurückhaltend gegangen, wobei der Bewegungsablauf beim Gehen ohne Einschränkungen gewesen sei. Während des Gesprächs im Sessel sitzend habe er den Kopf demonstrativ vorgeneigt, dazwischen aber freie spontane Bewegungen im HWS-/Nackbereich im Normalbewegungsumfang aufgewiesen (Urk. 8/62/3). Die Vorneigung des Oberkörpers habe er nicht gezeigt, obwohl beim Ausziehen der Kleider eine Vorneigung sitzend und stehend habe problemlos durchgeführt werden können. Bei der demonstrativen Haltung der Wirbelsäule habe er sie manchmal aufgerichtet, dann wieder eher eine Schiefhaltung nach links, aber auch nach rechts, den Kopf nach vorne gebeugt, dann wieder zurückgenommen gehabt. Trotz der Steifhaltung der HWS habe auch im Nacken-/HWS-Bereich keine wesentliche Druckdolenz oder Verspannung der Muskulatur bestanden. Den Bewegungsumfang in der HWS demonstrierte er in allen Richtungen massivst eingeschränkt, spontan drehe er aber insbesondere rotatorisch mindestens bis 60° auf beiden Seiten. Beim Wiegeversuch sei er auf die Waage mit Demonstration einer Standunsicherheit getreten (Urk. 8/62/4). Die Beweglichkeit habe er vorwiegend indirekt demonstriert: bei aktivem Beugeversuch im Liegen habe er über 90° aufgegeben, andererseits sei er bei der Vorneigung auf die Knie abgesunken mit vollständigem Zusammenlegen der Oberschenkel auf die Unterschenkel. An der Wirbelsäule beständen keine einschränkende Befunde. Es werde eine Funktionseinschränkung der HWS und lumbal demonstrativ vorgeführt, allerdings in den spontanen Bewegungen ohne wesentliche Einschränkungen. Bildgebend seien degenerative Veränderungen nachgewiesen, welche aber die Funktionseinschränkungen nur in bedingtem Ausmass rechtfertigten. Auffallend seien eine selbstlimitierende und schmerzausweitende Funktionsdemonstration ganzkörperlich, demonstrativ verlangsamte Bewegungsabläufe und eingeschränkte Persönlichkeitsfunktionen, obwohl der Beschwerdeführer im direkten Kontakt, Gespräch, der Aufnahme aller geforderten Auskünfte und Übungen wach sowie aufmerksam ohne Einschränkungen erscheine. Der Rücken sei grotesk verklebt mit sogenannten Entlastungsbandagen. In Bezug auf die Heckauffahrkollision am 17. Juli 2010 hätten die Abklärungen keine traumatischen Läsionen, aber degenerative Veränderungen der LWS/HWS ergeben. Die therapeutischen Massnahmen seien wenig erfolgreich, trotz diesen naheliegender Selbstlimitierung und Schmerzausweitung zu (Urk. 8/62/5). Daneben hätten die Abklärungen einen unfallunabhängigen Vorzustand bezüglich Schwerhörigkeit und vestibulären Funktionen ergeben. Die sogenannten typischen HWS-Symptome seien abgeklärt und weiteren medizinischen Untersuchungen nicht zugänglich. Mit der heutigen Untersuchung sei eine Zuordnung der klinischen, bildgebenden Untersuchungsbefunde und der Beschwerden zum Unfallereignis

unwahrscheinlich geworden. Traumatische Läsionen seien nie nachgewiesen worden. Damit sei der Status quo sine zum Unfallereignis erreicht. Beim Beschwerdeführer bestehe wahrscheinlich eine psychiatrische Erkrankung, welche fachärztlich-psychiatrisch im Zusammenhang mit dem Unfallereignis beurteilt werden müsse. Somatischerseits sei die Abklärungssequenz mit der ärztlichen Zusammenfassung vom 3. März 2011 abgeschlossen gewesen, so dass somatisch frühestens zu diesem Zeitpunkt der Status quo sine erreicht sei. Die Bestätigung einer vollen Arbeitsunfähigkeit sei kaum haltbar. Mindestens eine Teilarbeitsfähigkeit sei möglich (Urk. 8/62/6).

3.14 Nachdem die Beschwerdegegnerin am 5. August 2011 die Einstellung der Versicherungsleistungen mangels Adäquanz der noch geklagten Beschwerden mit dem Unfall vom 7. Juli 2010 per 15. August 2011 verfügt hatte (Urk. 8/66), führte Dr. F. am 18. August 2011 aus, die Arbeitsunfähigkeit sei unfallbedingt, und diagnostizierte eine organische affektive Störung (ICD-10 F06.3) und eine leichte kognitive Störung (ICD-10 F06.7). Der Beschwerdeführer sei psychomotorisch verlangsamt mit einer sichtbaren Bewegungseinschränkung im HWS-Bereich. Im formalen Denken sei er inhaltlich auf das Unfallereignis und damit verbundene Leistungseinschränkungen fokussiert (Urk. 8/68 Beilage 2).

3.15 Dr. O. diagnostizierte in ihrem Bericht vom 29. August 2011 massive Verhaltensstörungen posttraumatischer Ursache. Den Zustand des Beschwerdeführers könne sie sich nicht erklären. Die psychische Veränderung sei auf keinen Fall eine Simulation. Der Beschwerdeführer weine häufig, grimassiere, rede mit sich selber und hinterlasse einen verstörten Eindruck. Es wäre ein Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik zur Beobachtung angezeigt (Urk. 8/68 Beilage 5).

3.16 In ihrem Bericht vom 12. September 2011 zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers diagnostizierte Dr. F. ein ängstlich-depressives Zustandsbild mittel- bis schwergradiger Ausprägung bei Status nach Autounfall am 17. Juli 2010, nebst einer organischen affektiven Störung (ICD-10 F06.3) und leichten kognitiven Störung (ICD-10 F06.7). Aufgrund ausgeprägter Einengung auf seinen gesundheitlichen Zustand und damit verbundener Entwicklung von ängstlich-depressiven Symptomen seit dem Unfallereignis sowie aus den anamnestischen Angaben und dem objektiven Verlauf sei anzunehmen, dass es sich bei den psychischen Beschwerden um eine direkte Unfallfolge handle. Die anlässlich des Unfalles vom 17. Juli 2010 erlittenen Verletzungen seien erfahrungsgemäss geeignet, die beim Beschwerdeführer festgestellten psychischen Entwicklungen auszulösen. Es liege keine mitwirkende, psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer vor. Der Beschwerdeführer pflege Kontakte nur im familiären Kreis. Es liege kein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) vor. Eine kurz- bis mittelfristige Leistungsverbesserung sei eher unwahrscheinlich. Langfristig gesehen sei eine Leistungssteigerung aus psychiatrischer Sicht zu erwarten. Obwohl sich der Beschwerdeführer regelmässig in der ambulanten Behandlung befinde, sei es zu fast keinen Änderungen in seinem psychischen Zustand gekommen. Die Prognose sei ungenügend. Es sei davon auszugehen, dass die Symptomatik je nach aktuellen Belastungen psychischer, somatischer oder sozialer Natur und im Behandlungsverlauf fluktuieren werde, so dass fraglich sei, ob es zu einer dauerhaften Steigerung seiner Arbeitsfähigkeit kommen werde (Urk. 8/68 Beilage 3).

3.17. Schliesslich führte Dr. G. in seinem Bericht vom 26. Juni 2012 aus, der Unfall sei ein Bruch in der Lebenslinie des Beschwerdeführers. Durch ihn sei die Anlage zur Krankheit ausgelöst worden. Der Beschwerdeführer leide an einer Schizophrenia simplex. Der Unfall habe die Symptome ausgelöst. Die Vulnerabilität, so zu reagieren, sei vorbestehend. Die beim Unfall am 17. Juli 2010 erlittenen Verletzungen seien erfahrungsgemäss geeignet, diese psychische Entwicklung auszulösen. Das Unfallereignis sei durchaus genlegend, um die Krankheit auf der bestehenden Genetik auszulösen. Vor dem Unfall habe der Beschwerdeführer immer gearbeitet, durch den Unfall sei diese vorbestehende Praedisposition ausgelöst worden. Es gebe keine Therapien, die Krankheit aufzuheben. Sie könne lediglich begleitet und gelindert werden (Urk. 13 S. 3). Der Beschwerdeführer werde nie mehr eine Arbeitsfähigkeit im Sinn einer Leistung erreichen (Urk. 13 S. 4).

4. Zu prüfen ist vorab, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht den Fall per 15. August 2011 abgeschlossen hat.

4.1. Unabhängig davon, ob in jenem Zeitpunkt noch unfallbedingte Beschwerden bestanden haben (dazu später), war die Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG gehalten, die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) einzustellen, sofern von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers mehr erwartet werden konnte (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung - solche liefen nicht - abgeschlossen waren). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bestimmt sich die namhafte Besserung des Gesundheitszustandes namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (an Stelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_736/2012 vom 10. Dezember 2012 E. 3.1).

4.2. Aufgrund der medizinischen Aktenlage ist erstellt, dass der Auffahrunfall vom 17. Juli 2010 die typischen Beschwerden nach einem Schleudertrauma auslöste. Organische Läsionen konnten nie erhoben werden. Denn von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen bzw. bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_806/2007 vom 7. August 2008 E.8.2 mit Hinweisen). Keine nachweisbaren organischen Unfallfolgen stellen nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in der Regel dar: zervikozephal und zervikobrachiales Schmerzsyndrom (Urteil des Bundesgerichts 8C_498/2007 vom 28. Dezember 2007), Verletzungen, Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken, Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit oder eine Streckhaltung (Urteil des Bundesgerichts U 328/06 vom 25. Juli 2007 E. 5.2) sowie ein zerviko- bzw. lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und ein Panvertebralsyndrom (Urteil des Bundesgerichts 8C_623/2009 vom 2. März 2010 E. 3 mit Hinweisen). Genau an solchen Störungen litt der Beschwerdeführer, die konservativ, insbesondere mit Physiotherapie behandelt wurden, womit indes keine Besserung geschweige denn eine Wiedererlangung einer (Teil-)Arbeitsfähigkeit erreicht werden konnte (vgl. E. 3.8 und 3.9). Das Gleiche gilt für die psychischen Störungen: Trotz regelmässiger Behandlung (vgl. E. 3.10) konnte keine Veränderung des

Zustandsbildes erreicht werden und soll es nach Ansicht des Psychiaters Dr. med. G. ___ keine Therapien geben, die von ihm diagnostizierte Krankheit des Beschwerdeführers - Schizophrenia simplex - zu heilen, diese könne lediglich begleitet und gelindert werden (Urk. 13 S. 3 Ziff. 6).

4.3     Somit erweist sich die Einstellung der Heilbehandlung und damit der Taggelderleistungen per 15. August 2011 als in jeder Hinsicht rechens.

5.       Zu entscheiden bleibt, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente und/oder eine Integritätsentschädigung hat, was zu bejahen ist, wenn die nach dem 15. August 2011 geklagten Beschwerden nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 17. Juli 2010 stehen.

5.1     Organische Unfallverletzungen lagen - wie aufgezeigt - von Anfang an keine vor (E. 4.2). Ob die psychiatrisch erhobenen Befunde, welche bei den behandelnden Fachärzten zu unterschiedlichen Diagnosen führten (Dr. F. ___:  ngstlich-depressives Zustandsbild [E. 3.7 und 3.16], Dr. G. ___: Schizophrenia simplex [Urk. 13]), in einem natürlichem Kausalzusammenhang mit dem Auffahrunfall stehen, kann offen bleiben, da die Adäquanz ohnehin verneint werden muss.

5.2    

5.2.1   Ob ein adäquater Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich in analoger Anwendung der Rechtsprechung zu psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) danach, ob dem Unfall eine massgebende Bedeutung zukommt (BGE 117 V 366). Dabei ist vorab zu prüfen, ob die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zur ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, so hat die Beurteilung unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall (BGE 115 V 133) zu erfolgen (anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_957/2008 vom 1. Mai 2009 E. 4.2 f.).

5.2.2   Die aufgezeigte medizinische Aktenlage erhellt, dass die psychische Problematik schon kurz nach dem Auffahrunfall im Vordergrund stand, äusserte doch bereits im Oktober 2010 Dr. J. ___ die Vermutung einer posttraumatischen Belastungsstörung (E. 3.5) und wurde darauf  im ambulanten Assessment in der Rehaklinik B. ___ vom 22. Oktober 2010 eine erhebliche Symptomausweitung festgestellt (E. 3.5). Überdies war der Beschwerdeführer ab Anfang Dezember 2010 in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. F. ___ und lic. phil. N. ___ (E. 3.7).

5.2.3   Demnach ist der adäquater Kausalzusammenhang der nach dem 15. August 2011 geklagten Beschwerden zum Unfall vom 17. Juli 2010 in Anwendung der Rechtsprechung zu psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) zu prüfen. Dabei ist an das Unfallereignis anzuknüpfen.

5.3    

5.3.1 Ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf hat die bundesgerichtliche Rechtsprechung folgende Einteilung vorgenommen: einerseits banale bzw. leichte und andererseits schwere Unfälle sowie - dazwischenliegend - sog. mittelschwere Unfälle. Der adäquater Kausalzusammenhang ist - in der Regel - bei schweren Unfällen zu bejahen und bei leichten Unfällen zu verneinen. Bei den mittelschweren Unfällen beurteilt sich die Frag der Adäquanz nicht allein anhand des Unfalls, sondern aufgrund

einer Gesamtwürdigung folgender unfallbezogener Kriterien:

• besondere dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des

Unfalls;

• die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;

• 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.

5.3.2 Da nicht die Geschwindigkeiten der beteiligten Fahrzeuge vor der Kollision (vgl. die diesbezüglichen Ausführungen des Dr. I. ___ in seinem Bericht vom 17. September 2010, Urk. 8/6), sondern die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeugs des Versicherten von zwischen 10 und 15 km/h (biomechanische Kurzbeurteilung der C. ___ vom 20. Dezember 2010, Urk. 8/31) bzw. zwischen 13 bis 17,9 km/h (unfallanalytisches Kurzgutachten der AXA Winterthur vom 18. April 2011, Urk. 8/68 Beilage 1) massgebend ist, hat die Beschwerdegegnerin den Unfall vom 17. Juli 2010 zu Recht als mittelschweren Unfall an der Grenze zu den leichten Unfällen qualifiziert.

5.3.3 Das Kriterium besonderer dramatischer Begleitumstände oder besonderer Eindrücklichkeit des Unfalls ist nicht erfüllt. Der Beschwerdeführer konnte nach der Kollision sein Fahrzeug auf dem Pannestreifen zum Stillstand bringen, die Airbags gingen nicht los (vgl. Bericht Dr. I. ___ vom 17. September 2010, Urk. 8/6). In ärztliche Behandlung begab er sich erst in Mazedonien, nachdem er die Reise dorthin mit dem Flugzeug fortgesetzt hatte (vgl. Bericht Dr. H. ___ vom 10. September 2010, Urk. 8/4/1).

Der Unfall verursachte keine organischen Verletzungen, die ärztliche Behandlung des typischen Beschwerdebildes nach Schleudertrauma war nicht ungewöhnlich lang, körperliche Dauerschmerzen sind mangels organischer Unfallfolgen nicht ausgewiesen, ebenso wenig eine ärztliche Fehlbehandlung (rein konservativ), ein schwieriger Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen. Schliesslich ist auch das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht gegeben, wurde doch dem Beschwerdeführer wegen seiner psychischen Störungen jeweils eine geringe Arbeitsunfähigkeit attestiert.

Zusammenfassend ist kein einziges Kriterium erfüllt, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht die Adäquanz der nach dem 15. August 2011 geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 17. Juli 2010 verneint hat.

5.3.4 Zu den beschwerdeweise vorgetragene Einwendungen ist kurz Folgendes festzuhalten: Abgesehen davon, dass kein Anlass besteht, von der vom Bundesgericht entwickelten Praxis zur Adäquanzbeurteilung bei psychischen Störungen nach einem Unfall abzuweichen und vorliegend die normale Adäquanzformel anzuwenden (Urk. 1 S. 8f.), würde auch dies zur Verneinung der Adäquanz führen, da die zur Beurteilung stehende Auffahrkollision ohne organische Unfallverletzungen und ohne

jegliche dramatische Begleitumstände (vgl. erster Absatz von E. 3.3.3) erfahrungsgemäss nicht geeignet ist, eine psychische Störung zu verursachen, die im Allgemeinen nicht mehr therapeutisch angegangen werden kann und zeitlebens zu einer vollständigen Arbeits- und damit Erwerbsunfähigkeit führt. Selbst wenn schliesslich vorliegend die Kriterien zur Adäquanzbeurteilung nach Schleudertraumata gemäss BGE 134 V 109 E. 10.3 herangezogen würden, würde dies zu keinem anderen Ergebnis führen, da weder eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung stattgefunden hat noch Anstrengungen des Beschwerdeführers zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen sind. Die übrigen Kriterien sind deckungsgleich mit denjenigen laut BGE 115 V 133.

6. Gestützt auf diese Erwägungen hat die Beschwerdegegnerin zu Recht die Gewährung von Heilbehandlung und Taggeld auf den 15. August 2011 eingestellt und mangels Vorliegens von Unfallfolgen einen Anspruch auf weitere Leistungen (Rente und/oder Integritätsentschädigung) verneint. Dies führt zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde.

E. 7

7.1 Gemäss § 28 lit. a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) in Verbindung mit Art. 119 Abs. 4 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO) kann die unentgeltliche Rechtspflege ausnahmsweise rückwirkend bewilligt werden, wobei von dieser Möglichkeit äusserst restriktiv Gebrauch zu machen ist (Huber, in: Brunner/Gasser/Schwander, Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, Zürich/St. Gallen 2011, N 12 zu Art. 119). Dies ist namentlich der Fall bei zeitlicher Dringlichkeit oder dann, wenn die nicht anwaltlich vertretene gesuchstellende Person ihren Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege nicht kannte, weil sie seitens des Gerichts über ihren Anspruch nicht aufgeklärt wurde (BGE 122 I 203 E. 2d f.; Regg, in: Späthler/Tenchio/Infanger, Basler Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, Basel 2010, N 5 zu Art. 118 und N 5 zu Art. 119; Emmel, in: Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO), N 4 zu Art. 119; siehe zum alten Recht auch Frank/Strulli/Messmer, Kommentar zur Zürcherischen Zivilprozessordnung, 3. Auflage, Zürich 1997, N 2 zu § 90).

7.2 Nach erneuter Mandatierung rund ein halbes Jahr nach Mandatsniederlegung liess der Beschwerdeführer am 22. August 2012 das Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit auflegen (Urk. 16/1) und um wohlwollende Prüfung des beiliegenden Gesuchs ersuchen (Urk. 15). Der Beschwerdeführer stellte indes keinen Antrag auf rückwirkende Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung und unterliess es auch darzulegen, weshalb ihm die unentgeltliche Rechtsverteidigung rückwirkend gewährt werden soll, namentlich, weshalb ein Ausnahmefall vorliege. Es sind denn auch keine Gründe ersichtlich, warum es dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer nicht möglich bzw. unzumutbar gewesen wäre, gleichzeitig mit der Beschwerdeerhebung das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung beim Gericht einzureichen. Folglich ist das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung für das vorliegende Verfahren abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

Das Gesuch des Beschwerdeführers vom 22. August 2012 um Gewährnung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung wird abgewiesen,

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Michael Grimmer

- Rechtsanwalt Reto Bachmann

- Bundesamt für Gesundheit

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

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

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

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