

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00195 vom 24. Februar 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-02-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00195

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00195 du 24 février 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00195 del 24 febbraio 2014

Erwägungen

E. 1

2. März 2012 (Urk. 9/65) stellte die AXA ihre für das somatische Leiden erbrachten Leistungen per 1. Oktober 2011 ein und verneinte einen Anspruch auf Leistungen für das psychische Leiden. Zudem lehnte sie die Übernahme der Kosten im Zusammenhang mit der vom 8. bis 23. März 2011 erfolgten Hospitalisation der Versicherten im Spital Z.____

ab. Dagegen erhob der Krankenversicherer der Versicherten am 15. März 2012 Einsprache (Urk. 9/69), welche er am 20. März 2012 zurückzog (Urk. 9/71). Die von der Versicherten am 19. April 2012 erhobene Einsprache (Urk. 9/74) wies die AXA mit Entscheid vom 7. August 2012 (Urk. 9/78 = Urk. 2) ab.

E. 1.1

Die massgeblichen rechtlichen Bestimmungen und die Rechtsprechung zum Gegenstand der Unfallversicherung (Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG), zum Unfallbegriff, zur

Beurteilung der

natürlichen und adäquaten Kausalität im Allgemeinen und bei Schleudertraumata im Besonderen sowie zum Zeitpunkt der Adäquanzprüfung sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk.

E. 1.2

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 Arbeits- beziehungsweise 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 359 E. 4b).

E. 1.3

Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden ist wie folgt zu differenzieren (BGE 127 V 102 E.

5b/ bb): Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS), eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädelhirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/ aa (sogenannte Psycho-Praxis) zur Anwendung. Bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der HWS sowie Schädelhirntraumen, welche mindestens den Schweregrad der Contusio cerebri erreichen (Urteil des Bundesgerichts 8C_270/2011 vom 2

E. 2

S. 7 Ziff. 2.3.2.1). Darauf kann, mit nachfolgenden Ergänzungen, verwiesen werden.

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist, ob eine über den Zeitpunkt der erfolgten Leistung einstellung per Ende September 2011 hinausgehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht und ob die Beschwerdegegnerin für die Kosten der Hospitalisationen der Beschwerdeführerin im Z.____ und in der A.____

sowie der Behandlung bei Dr. B.____ aufzukommen hat.

E. 2.2

mit Hinweisen), wovon vorliegend - mangels gegenteiligen Anhaltspunkten in den medizinischen Akten - nicht auszugehen ist. Abgesehen davon verneinten die Unfallchirurgen des F.____ aus dem Unfall und den bildgebenden Befunden resultierende Einschränkungen (vgl. vorstehend E. 3.4).

Das im Februar 2011 durchgeführte MRI des Schädels ergab ebenfalls keine posttraumatischen Läsionen und im MRI der HWS

wurden erneut degenerative Veränderungen objektiviert (vgl. vorstehend E. 3.7).

Dr. J.____ erachtete die

im MRI der HWS sichtbare Auflockerung der ligamentären Strukturen C5/6 dorso median lediglich als möglichen Ausdruck einer stattgehabten ligamentären Traumatisierung der Etage und wies gleichzeitig auf den degenerativen Vorzustand hin (vgl. vorstehend E. 3.7).

Gestützt auf diese zurückhaltend formulierte Einschätzung können traumatische Läsionen aber jedenfalls nicht als überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen erachtet werden, zumal solche von keinem der anderen Ärzte bestätigt wurden, insbesondere auch nicht von den Ärzten des Z.____, welche im März 2011 lediglich von degenerativen Veränderungen berichteten (vgl. vorstehend E. 3.9).

Sodann ergaben auch die neurologischen Abklärungen im F.____ und durch Dr.

H.____

keine Hinweise auf unfallbedingte

Schädigungen (vgl. vorstehend E.

3.4-5). 4.3

Was die von Dr. I.____ im Audiogramm vom Januar 2011 gemessene mittelgradige Schwerhörigkeit angeht (vgl. vorstehend E. 3.6), so konnte sich Dr. I.____ diese nicht erklären. Für die von der Beschwerdeführerin seit dem Unfall beklagte

Gehörsverschlechterung fehlt somit

ein nachweisbares organisches Korrelat. Abgesehen davon gilt es zu bemerken, dass ein Audiogramm auf den subjektiven Angaben der getesteten Person beruht, weshalb es sich rechtfertigt, die Messergebnisse zurückhaltend zu würdigen, was im Falle der Beschwerdeführerin umso mehr zu gelten hat, als Dr. I.____

in ihrem Bericht vom Januar 2011 (vorstehend E. 3.6) auf ein zunehmendes depressives Geschehen hinweist.

In Bezug auf den von Dr. I.____ diagnostizierten Tinnitus (vgl. vorstehend E. 3.6 und E. 3.14) geht aus ihren Berichten nicht hervor, dass dieser auf einen (hinreichend) nachweisbaren

Organschaden zurückzuführen wäre, zumal Dr. I.____ den Tinnitus nicht explizit als Unfallfolge taxierte. 4.4

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass dem von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden

kein (hinreichend) nachweisbares organisches Substrat zu Grunde liegt, womit deren Adäquanz zu prüfen ist. 5. 5.1

Es stellt sich die Frage, ob der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den von der Beschwerdeführerin weiterhin geklagten

Beschwerden und dem in Frage stehenden Unfallereignis nach der Schleudertrauma-Praxis oder nach der Psycho-Praxis zu prüfen ist (vgl. vorstehend E. 1.3). 5.2

Bei der Würdigung der medizinischen Akten fällt vorab auf, dass der die Beschwerdeführerin am Unfalltag erstbehandelnde Dr. E.____ die Diagnose eines Schleudertraumas der HWS in seinem Bericht vom

7. Oktober 2010 lediglich als Verdachtsdiagnose, im Zeugnis zu Händen der Beschwerdegegnerin demgegenüber als (gesicherte) Diagnose nannte (vgl. vorstehend E. 3.2). Auch die Unfallchirurgen des F.____, welche die Beschwerdeführerin einen Tag nach dem Unfall untersucht hatten, nannten die Diagnose einer HWS-Distorsion Grad I im Dokumentationsfragebogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma lediglich als Verdachtsdiagnose, während sie sie im Bericht vom 8. Oktober 2010 als (gesicherte) Diagnose nannten (vgl. vorstehend E. 3.3).

Angesichts dieses Umstands bestehen gewisse Zweifel daran, ob die Diagnose einer HWS-Distorsion überhaupt als gesichert gelten kann. Diese Frage kann mit Blick auf die weiter zu prüfende Frage einer allfälligen Dominanz psychischer Beschwerden (nachstehend E. 5.4 -5) jedoch letztlich offen gelassen werden. 5.3

Fest steht, dass die Beschwerdeführerin innert der massgebenden Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_849/2011 vom 29. Mai 2012 E. 5.2 mit Hinweis)

über Kopf- und Nackenschmerzen klagte. Am Tag nach dem Unfall berichtete sie den Unfallchirurgen des F.____ gegenüber zudem von Schwindel, Übelkeit und Sehstörungen (vgl. vorstehend E. 3.3). Im weiteren Verlauf

beklagte sie nebst Kopfschmerzen und Schwindel aber vor allem

die linke Körperseite betreffende Kribbelparästhesien , Gefühlsstörungen ,

Schmerzen und Schwäche sowie Hörstörungen (vgl. vorstehend E. 3.4-6, E. 3.9), sodass fraglich erscheint, ob das typische bunte Beschwerdebild nach Schleudertrauma (vgl. vorstehend E. 1.2) überhaupt vorlag . Letztlich kann aber auch diese Frage mit Blick auf die weiter zu prüfende Frage einer allfälligen Dominanz psychischer Beschwerden (nachstehend E. 5.4 -5) offen bleiben. 5.4

Der beratende Arzt der Beschwerdeführerin, Dr. K.____ , wies in seiner Stellungnahme vom Juli 2011 (vorstehend E. 3.11) zutreffend darauf hin, dass die Ursache der vor allem in Schmerzen bestehenden Beschwerden der Beschwerdeführerin sehr früh in der Psychosomatik vermutet worden sei. So berichteten die Unfallchirurgen des F.____ bereits im November 2010 von einer deutlichen Überlagerung und empfahlen eine psychosomatische ambulante Weiterbetreuung. Im Januar 2011 deutete der Neurologe Dr. H.____ das von der Beschwerdeführerin unter anderem angegebene sensible Hemisyndrom links als funktionell und empfahl eine antidepressive Medikation. Damit im Einklang stehend konnte Dr. I.____

anlässlich der zwischen Oktober 2010 und Januar 2011 nahezu wöchentlichen Konsultationen der Beschwerdeführerin ein immer stärker werdendes depressives Geschehen feststellen. Diese Entwicklung führte letztlich dazu, dass sich die Beschwerdeführerin zu Dr. B.____ in psychiatrische Behandlung begab, welche im März 2011 die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit ausgeprägten Ängsten und Schmerzproblematik stellte (vgl. vorstehend E. 3.8). Im März 2011 stellten die Ärzte des Z.____

nunmehr lediglich psychiatrische Diagnosen, nämlich eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei hohem Stressniveau und Vermeidungsverhalten sowie eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (vgl. vorstehend E. 3.9).

Vor dem Hintergrund dieser medizinischen Aktenlage vermag die Beurteilung durch Dr. K.____ , wonach sich bei der Beschwerdeführerin eine sekundäre (psychische) Gesundheitsstörung entwickelt habe, die weit über die nach einem HWS-Trauma auftretenden üblichen psychischen Befindlichkeitsstörungen hin ausgehe (vgl. vorstehend E. 3.11), ohne Weiteres zu überzeugen. 5.5

Damit steht fest, dass sich bereits kurz nach dem Unfall vom 7. Oktober 2010

eine erhebliche

psychische Problematik manifestierte , welche im Zeitpunkt der Adäquanzprüfung klar im Vordergrund stand, weshalb die

Beurteilung der adäquaten Kausalität - selbst bei Bejahung eines stattgehabten Schleudertraumas der HWS - in Anwendung der für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelten Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 zu erfolgen hat (vgl. vorstehend E. 1.3). 6.6.1

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E.

3b; BGE 115 V 133 E. 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 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E.

5b/ aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

E. 2.3

Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerde (Urk. 1) demgegenüber geltend, ihre chronischen Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren seien gemäss ärztlicher Feststellung auf den Unfall zurückzuführen. Der natürliche Kausalzusammenhang sei daher gegeben (S. 4 unten). Sodann habe die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung der adäquaten Kausalität (nach der Rechtsprechung gemäss BGE 134 V 109, vgl. Urk. 9/65 S. 2 ff.) das Kriterium der erheblichen Beschwerden zu Unrecht verneint beziehungsweise die Frage nach der Erheblichkeit offen gelassen. Tatsächlich leide sie an erheblichen Beschwerden, die besonders ausgeprägt seien. Daher sei auch die Adäquanz zu bejahen (S. 5 oben). 3. 3.1

Am

E. 6

Juli 2011 E. 2.1) wird hingegen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet (sogenannte Schleudertrauma-Praxis ; zum Ganzen: BGE 134 V 109 E. 2.1 mit Hinweisen). Ergeben die Abklärungen, dass die versicherte Person ein Schleudertrauma, eine äquivalente Verletzung der HWS oder ein Schädelhirntrauma erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (vgl. BGE 119 V 337 E. 1, 117 V 359 E. 4b) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. In diesen Fällen ist die Beurteilung praxisgemäss

unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall vorzunehmen (BGE 123 V 98 E. 2a; 127 V 102 E. 5b/ bb). Ergibt sich, dass es an der Adäquanz fehlt, erübrigen sich auch Weiterungen zur natürlichen Kausalität (vgl. SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67, U

183/93 E. 3c; Urteil des Bundesgerichts 8C_70/2009 vom 31. Juli 2009 E. 3 mit Hinweis). 2.

E. 6.2

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: - 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 (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa). 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 gehäufte 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 anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mit begünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb , vgl. auch BGE 120 V 352 E. 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 E.

2).

E. 6.3

Rechtsprechungsgemäss werden einfache Auffahrunfälle in der Regel als mittel schwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_470/2007 vom 15. Mai 2008 E. 5.2

mit

Hinweisen). Ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf, insbesondere in Berücksichtigung des Unfallhergangs (vgl. dazu die Aussagen der Unfallbeteiligten und Zeugen im Rahmen der Regressabklärungen der Beschwerdegegnerin vom 9. November 2010, Urk. 9/10 S. 2), sind vorliegend keine Faktoren ersichtlich, welche zu einer anderen Beurteilung Anlass zu geben vermöchten.

Die Unfalladäquanz des Beschwerdebildes der Beschwerdeführerin kann somit nur bejaht werden, wenn vier der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C_729/2012 vom 4. April 2013 E. 7.2 mit Hinweisen). Bei der Prüfung der einzelnen Kriterien sind nur die organisch bedingten Beschwerden zu berücksichtigen, während die psychisch begründeten Anteile ausgeklammert bleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C_104/2008 vom 18. März 2008 E. 4.2.2 mit Hinweisen). 6 . 4

Der in Frage stehende Unfall hat sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet noch war er objektiv betrachtet von besonderer Ein drücklichkeit.

Die Beschwerdeführerin hat auch keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art und insbesondere keine Verletzungen erlitten, die erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen herbeizuführen.

Ausgewiesen sind körperliche Dauerschmerzen, welche jedoch keinem somatischen Substrat zugeordnet werden können, womit das Kriterium zu verneinen ist.

Aus den Akten ergeben sich sodann keine Hinweise für eine Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat und mangels organischer Unfallfolgen ist auch das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen zu verneinen.

Während der erstbehandelnde Dr. E.____ der Beschwerdeführerin nicht einmal eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigte (vgl. vorstehend E. 3.2), attestierten ihr die Unfallchirurgen des F.____ vom 8. bis 13. Oktober 2010 eine volle und bis 21. Oktober 2010 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 3.3).

In ihrem Bericht vom November 2010 (vorstehend E. 3.4) verneinten sie sodann aus dem Unfall und den bildgebenden Befunden resultierende Einschränkungen. Bereits damals stellten sie eine deutliche Überlagerung fest und empfahlen eine psychosomatische ambulante Weiterbetreuung, wobei sie der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 18. November bis 1. Dezember 2010 erneut eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierten. Vor dem Hintergrund dieser Beurteilung können aber jedenfalls die nach dem 1. Dezember 2010 weiterhin attestierten Arbeitsunfähigkeiten offensichtlich nicht mehr als somatisch bedingt gelten, was sich nicht zuletzt auch deutlich aus dem Bericht der Ärzte des Z.____

vom März 2011 (vorstehend E. 3.9) ergibt, welche rheumatologisch bedingte Einschränkungen verneinten.

Damit ist auch das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt.

E. 6.5

Zusammenfassend ergibt sich, dass keines der praxisgemässen Kriterien erfüllt ist, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den überwiegend psychischen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin und dem Unfallereignis vom 7. Oktober 2010 zu verneinen ist. Damit erübrigen sich weitergehende Ausführungen zur natürlichen Kausalität (vgl. vorstehend E. 1.3).

Nachdem gestützt auf die Beurteilung der Unfallchirurgen des F.____ vom November 2010 (vorstehend E. 3.4) davon auszugehen ist, dass spätestens ab Dezember 2010 keine physisch bedingte Arbeitsunfähigkeit mehr bestand, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdeführerin ihre Leistungen

per Ende September 2011 einstellte.

E. 6.6

Die Hospitalisation der Beschwerdeführerin im Z.____ vom 8. bis 23.

März 2011 schliesslich ist im Zusammenhang mit der psychischen Problematik zu sehen, da die seit November 2010 dokumentierten psychischen Beschwerden

- bei uneingeschränkter Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht ab Dezember 2010 - zu diesem Zeitpunkt deutlich im Vordergrund standen. Grund der Zuweisung war denn auch

die festgestellte Schmerzausweitung und die Ärzte des Z.____

vermochten lediglich psychiatrische Diagnosen zu stellen (vgl. vorstehend E. 3.9).

Nachdem die psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin - wie dargelegt (vorstehend E. 6.1-5) - nicht in adäquatem Zusammenhang zum Unfallereignis vom 7. Oktober 2010 stehen, hat die Beschwerdegegnerin ihre Pflicht zur Übernahme der Kosten für die

Hospitalisation der Beschwerdeführerin im Z.____ zu Recht verneint. Das Gleiche gilt in Bezug auf die Kosten für die

zur psychosomatischen Rehabilitation erfolgte

Hospitalisation in der A.____

vom 26. Dezember 2011 bis 14. Januar 2012 (vgl. vorstehend E. 3.13) sowie die psychiatrischen Behandlungen bei Dr. B.____.

Der angefochtene Entscheid erweist sich somit als rechtsens, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. Das Gericht erkennt:

E. 7

März 2011 (Urk. 9/M13) führte PD Dr. med. J.____, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, insbesondere Wirbelsäulen-Chirurgie, welcher die Beschwerdeführerin am 4. März 2011 untersucht hatte, aus, durch das Distorsionsereignis der HWS sei es zu einer Manifestation mit pseudoradikulären Ausstrahlungen links ausgeprägter als rechts gekommen. Im MRI vom 9. Februar 2011 zeige sich eine Auflockerung der ligamentären Strukturen C5/6 dorsomedian als möglicher Ausdruck einer stattgehabten ligamentären Traumatisierung der Etage bei wahrscheinlich auch degenerativem Vorzustand, welcher sich auf C6/7 manifestiere. Aufgrund eines massiven Hartspans der HWS sei eine Funktionsaufnahme zur Prüfung der Stabilität der HWS derzeit nicht möglich. Als Reinigungsangestellte sei die Beschwerdeführerin derzeit nicht einsatzfähig (S. 2 Mitte). 3.

E. 8

Dr. B.____

berichtet am 22. März 2011 (Urk. 9/M22). Sie nannte folgende Diagnosen (Ziff. 1): - mittelgradige depressive Episode mit ausgeprägten Ängsten und Schmerzproblematik (ICD-10 F32.10) - Differentialdiagnose: Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) - Differentialdiagnose: Agitierte Depression - zervikales Schmerzsyndrom (ICD-10 F54) - funktionelle Dysästhesie der linken Körperhälfte - Status nach Auffahrkollision mit HWS-Distorsion Grad I - chronisches vertebrales Schmerzsyndrom

Dr. B.____ führte aus, die Beschwerdeführerin berichte von folgenden Beschwerden: intermittierende starke Schmerzen in der linken Körperhälfte inklusive Arm und Bein, mehrmals pro Tag sowie auch nachts, Weinausbrüche mehrmals pro Tag, Schwarzwerden vor den Augen, Augenflimmern mehrmals pro Tag und in der Nacht, Ameisenlaufen in den Armen, lautes Sprechen als Abwehr gegen Angst und Schmerzen, Logorrhoe, Schlafstörungen in Form von Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Lebensüberdruß, beeinträchtigter Appetit, schnelle Erschöpfbarkeit (Ziff. 2). Da sie die Beschwerdeführerin erst einmal gesehen habe, könne sie die psychischen Anteile an der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht mit Sicherheit beurteilen. Sie gehe von einer etwa 40%igen

Arbeitsunfähigkeit aufgrund der psychischen Problematik aus (Ziff. 5). 3.

E. 9

Am 29. März 2011 berichteten die Ärzte des Z.____ (Urk. 9/ M 34), wo die Beschwerdeführerin vom 8. bis 23. März 2011 hospitalisiert war . Als Diagnosen nannten sie im Wesentlichen

eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit hohem Stressniveau und Vermeidungsverhalten (ICD-10 F43.21) sowie eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, ICD-10 F43.31 (S. 1 Mitte , vgl. auch Urk. 9/M23) .

Sie führten aus, die Beschwerdeführerin sei zur stationären Therapie bei Zervikal syndrom mit Schmerzausweitung zugewiesen worden (S. 1 unten , vgl. auch Urk. 9/M15). Nach dem Auffahrunfall vom 7. Oktober 2010 hätten sich im Verlauf eine Schmerz-Halbseitensymptomatik mit Hyposensibilität und Schwäche über der gesamten linken Körperseite, einem persistierenden Tinnitus links sowie Schwindel entwickelt. Die neurologische Untersuchung durch Dr. H.____

sei unauffällig gewesen. Bei Eintritt sei die HWS bei ausgeprägter Abwehrspannung kaum untersuchbar gewesen. Es habe sich die geschilderte diffuse Halbseitensymptomatik links mit Hyposensibilität und generalisierter Kraftminderung gezeigt (S. 2 oben) . In der Bildgebung bestünden degenerative Veränderungen der HWS, welche die Beschwerden und subjektiven Einschränkungen nicht ausreichend erklären könnten. Die weitere Diagnostik mittels konventionellen Röntgenbildern und Sonographie der Schulter links sei ebenfalls unauffällig gewesen. Bei chronischer Schmerzstörung hätten

sie der Beschwerdeführerin eine psychosoziale Rehabilitation in der A.____ vorgeschlagen und eine volle Arbeitsunfähigkeit bis und mit 22. März 2011 attestiert , wobei aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkungen bestünden (S. 2 Mitte, S. 2 unten). 3.10

Am 24. Mai 2011 berichteten die Ärzte des F.____ , Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 9/M32) . Sie nannten folgende Diagnosen (S. 1 unten): - Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) - chronisches Schmerzsyndrom (Rücken, Kopf, Arm-/Beinbereich links, Schwindel, Tinnitus) - differentialdiagnostisch organisch - differentialdiagnostisch anhaltende somatoforme Schmerzstörung - differentialdiagnostisch im Rahmen des depressiven Syndroms

Die Ärzte führten aus, Auslöser der depressiven Beschwerden sei der Unfall vom 8. (richtig: 7.) Oktober 2010 gewesen. Klinisch bestünden Müdigkeit, Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst, Schlafstörungen, Unruhe. Körperlich bestünden sehr diffuse und starke Dauerschmerzen des Kopfes und der linken Körperseite, zudem Schwindel, Tinnitus, Gangunsicherheit, verschwommenes Sehen (S. 2 oben). Aufgrund der zu kurzen Beobachtungszeit sei eine Aussage bezüglich Leistungs- und Arbeitsfähigkeit nicht möglich (Ziff. 6). 3.

E. 11

In seiner Stellungnahme vom 18. Juli 2011 (Urk. 9/M37) führte Dr. med. K.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, aus, der Verlauf nach einer HWS-Distorsion Grad I sei bei der Beschwerdeführerin sehr auffällig. Die Ursache der vor allem in Schmerzen bestehenden Beschwerden werde sehr früh in der

Psychosomatik vermutet. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei naheliegend, begleitet von depressiven Symptomen unklaren Ausmaßes. Unübersehbar sei eine Symptomausweitung bis hin zu einer eventuellen Aggravation mit Selbstlimitierung und fehlenden Coping-Strategien, Katastrophisierung und maladaptiven Bewältigungsversuchen (Ziff. 1). Es handle sich um eine sekundäre Gesundheitsstörung, die weit über die sogenannten üblichen psychischen Befindlichkeitsstörungen, wie sie bei einer (allerdings stärkeren) HWS-Distorsion auftreten könnten, hinaus gehe (Ziff. 2). Die psychische Störung sei praktisch von Anfang an im Vordergrund gestanden (Ziff. 3). Der Zusammenhang zwischen dem psychischen Leiden und dem Unfall sei eher nicht überwiegend wahrscheinlich (Ziff. 4). 3. 1 2

In seiner Stellungnahme vom 12. August 2011 (Urk. 9/M38) beurteilte

Dr. med. L.____, beratender Arzt der Beschwerdeführerin, die Beschwerden und insbesondere auch die in den Vorberichten diagnostizierte chronische Schmerzstörung und Anpassungsstörung überwiegend wahrscheinlich als unfallfremd (Urk. 9/M38 unten). 3. 1 3

Vom 26. Dezember 2011 bis 14. Januar 2012 weilte die Beschwerdeführerin in der A.____. In ihrem Kurzbericht vom 11. Januar 2012 (Urk. 9/M43) nannten die dortigen Ärzte die bereits von den Ärzten des Z.____ im Bericht vom 29. März 2011 (Urk. 9/M34) genannten Diagnosen. 3.14

In ihrem Bericht vom 10. Februar 2012 (Urk. 9/M45) diagnostizierte Dr.

I.____ einen Tinnitus sowie eine beidseitige Innenohrschwerhörigkeit leichten Grades, wobei sie beide Diagnosen als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnete (Urk. 9/M45 S. 1 unten). 4. 4.1

Zunächst ist zu prüfen, ob bei der Beschwerdeführerin organisch nachweisbare Unfallfolgeschäden bestehen (vgl. vorstehend E. 1.3). 4.2

Mittels den

nach dem Unfallereignis vom 7. Oktober 2010 durchgeführten bildgebenden Untersuchungen des Schädels und der HWS konnten keine unfallbedingten strukturellen Schädigungen objektiviert werden. So fiel die vom erstbehandelnden Arzt veranlasste Röntgenuntersuchung der HWS unauffällig aus (vgl. vorstehend E. 3.2). Unauffällig waren auch die von den Unfallchirurgen des F.____

am Tag nach dem Unfallereignis veranlassten CT des Schädels und der HWS. Das CT des Schädels ergab weder eine Blutung noch eine Fraktur (vgl. vorstehend E. 3.3).

Die im November 2010 objektivierte DVA

wurde von den Ärzten nicht in Zusammenhang mit dem in Frage stehenden Unfallereignis gebracht, ebenso wenig die

bildgebend nachgewiesene Diskusprotrusion HWK5/6 (vgl. vorstehend E. 3.4).

Es entspricht denn auch einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfall nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt (Urteil des Bundesgerichts 8C_794/2012

vom 26. November 2012 E.

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