

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00252 vom 28. Februar 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-02-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2012.00252](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00252)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00252 du 28 février 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00252 del 28 febbraio 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1978, war seit dem Jahr 2000 bei der Z.\_\_\_\_

angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Unfallversicherung der Y.\_\_\_\_ versichert. Am 17. Februar 2010 war er im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit als Beifahrer in einem Personenwagen unterwegs. Als dieser anhielt, um auf einen freien Parkplatz zu warten, fuhr ein anderes Auto von hinten auf den Wagen auf (Unfallmeldung 7/G 00 1). Der Versicherte zog sich durch diesen Vorfall eine leichte HWS-Distorsion zu. Die Unfallversicherung gewährte ab dem Unfalldatum ihre gesetzlichen Leistungen. Der Versicherte nahm seine Arbeit am 30. März 2010 zu 50 % und am 28. April 2010 zu 100 % wieder auf. Am 7. Juli 2011 fand eine Untersuchung durch den beratenden Arzt der Unfallversicherung, Dr. med. A.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, spez. Rheumatologie, statt. In seinem Konsiliarbericht vom 11. Juli 2011 führte er aus, der Beschwerdeführer leide aktuell an cerviko-occipitalen Missempfindungen, welche mit überwiegend er

Wahrscheinlichkeit noch auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Es sei eine gezielte Triggerpunkttherapie zu empfehlen (Urk. 7/M 0 12). In einer neuerlichen Beurteilung vom 27. März 2012 hielt Dr. A.\_\_\_\_ dann fest, die heutigen Beschwerden seien nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 17. Februar 2010 zurückzuführen (Urk. 7/M 0 14). In der Folge stellte der Unfallversicherer seine Leistungen mit Verfügung vom 10. April 2012 per 29. Februar 2012 ein (Urk.

7/G 0 39). Die dagegen gerichtete Einsprache des Versicherten wies er mit Entscheid vom 24.

September 2012 ab (Urk. 2).

### **E. 2**

Hiergegen liess der Versicherte am 25. Oktober 2012 durch Rechtsanwältin U.

Reger- Wyttenbach Beschwerde erheben, mit dem Rechtsbegehren, in Gutheissung der Beschwerde seien der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 24. September 2012 sowie die Verfügung vom 10.

April 2012 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm weiterhin die ihm aufgrund des Unfalls vom 17. Februar 2010 aus UVG zustehenden Leistungen zu erbringen; alles unter Entschädigungsfolgen zuzüglich Mehrwertsteuer zulasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1). In ihrer Vernehmlassung vom 7. November 2012 stellte die Beschwerdegegnerin Antrag auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 12. November 2012 angezeigt wurde (Urk. 8).

## **E. 2.1**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E.

4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

## **E. 2.2**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

## **E. 2.3**

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu und sind allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109

E. 3 und 4 S. 112 ff.). Dabei bestimmt sich der Gesichtspunkt der namhaften Besserung des Gesundheitszustandes namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Im Zeitpunkt des Fallabschlusses ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (BGE 134 V 109; Urteil des Bundesgerichts 8C\_377/2013 vom 2.

Oktober 2013 E. 7.2).

### **E. 3**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin bei der D.\_\_\_\_, hielt in seinem Bericht vom 11. Februar 2011 zuhau den der Beschwer degegnerin einen Status nach HWS-Distorsionstrauma 17. Februar 20 10 fest. Beim Beschwerdeführer bestünden häufig Kopfschmerzen bei extre mem Muskelhartspann nuchal rechts (Urk. 7/M 00 7).

#### **E. 3.1**

Der Beschwer deführer hatte angegeben, nach dem Unfall nur leichte Nackenschmerzen verspürt zu haben. Am darauf folgenden Tag sei ihm jedoch schlecht gewesen und er habe an Kopf- und Nackenschmerzen gelitten (Urk. 7/G004). Ein Röntgen HWS in zwei Ebenen sowie Dens

transbuccal und BWS in zwei Ebenen vom 19. Februar 2010 ergab keinen Nachweis einer fri schen trauma tischen ossären Läsion der HWS und BWS und keine pathologi sche Listhesis . Im Bereich der Wirbel C2/C3 fand sich eine Blockwirbelbildung . Des Weiteren präsentierten sich leichtgradige degenerativ e Veränderungen der unteren HWS , insbesondere beginnende

Uncovertebralarthrosen (Urk. 7 / M 00 2). Zum sicheren Ausschluss von trabekulären Mikrofrakturen wurde ein MRT angefertigt.

Dieses liess keinerlei Frakturen erkennen . Im Bereich der Wirbel C2/C3 wurde eine kongenitale Blockwirbelbildung dokumentiert. Läsionen der Ligamente oder ein Weichteilhämatom bestanden nicht . An den Wirbeln C3/C4 fand sich eine flache Protrusion und im Bereich der C4-C7 ein diskretes Bulging der Bandscheiben . Sodann präsentierte sich infolge Uncovertebralarthrosen eine leichte bis mässige foraminale Stenose C5/C6 rechts (Urk. 7/M 00 1).

Ein CT des Schädel s vom 5. März 2010 ergab keinerlei Auffälligkeiten (Urk. 7/M 00 4).

### **E. 4**

Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin , Dr. A.\_\_\_\_, hielt in seinem Kon siliar bericht vom 11. Juli 2011 fest, beim Beschwerdeführer sei keine Diag nose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gegeben. Ohne Auswirkung auf die Arbeits fähigkeit seien mässige rest-myofasciale

Dysbalancen

paracervikal , Schultergürtelregion und M. infraspinatus

beidseits , mit referred

pain -Muster occipital , biparietal und zeitweise auch frontal bei segmental unauffälliger HWS-Untersuchung. De r Beschwerdeführer leide aktuell an cerviko-occipitalen Missemphindungen, zeitweise ausstrahlend bis parietal rechtsbetont, wobei ein eigentlicher Auslöser bis auf stressige Momente bei der Arbeit nicht angegeben worden sei. Unter sportlichen Aktivitäten trete keine Verstärkung ein. Der Explorand sei mit einem vollen Pensum in seiner angestammten Tätigkeit bei der Z.\_\_\_\_ als zu 100 % arbeitsfähig geschrieben mit zurzeit aus schliesslicher Bürotätigkeit. Ein Vorzustand für die HWS fehle, vor dem Ereignis sei er beschwerdefrei gewesen, er habe vorher nie eine HWS-Distorsion erlitten.

Die Befunde wurden wie folgt dargestellt: Normal konfiguriertes Achsenskelett, schmerzfreie Beweglichkeit des gesamten Achsenskeletts, auch an der HWS, ohne Hinweise für Hypermobilität oder Instabilität mit Rotation bds . 80°, Late ralflexion 30 bis 40° (etwas verkürzte paracervikale Muskulatur), Kinn-Sternum-Abstand 0/19 cm; keine Hinweise weder auf eine Facettengelenksfortleitung noch radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik. Der Befund entspricht einer mässig ausgeprägten myofascialen

Triggerpunktbildung

paracervikal, Schultergürtelregion und M. infraspinatus

beidseits mit referred

pain -Muster biparietal und frontal resp. occipital; kursorisch peripher-neurologisch unauffällig. In seiner Beurteilung führte Dr. A. \_\_\_ aus, der Beschwerdeführer habe am 17.

Februar 2010 eine leichte HWS-Distorsion erlitten, ohne richtunggebende Veränderungen, ohne Commotio resp. Amnesie, wobei er anhaltende Missempfindungen habe, die vor dem Unfall nicht bestanden hätten. Die erste Behandlung habe eine Physiotherapie mit vorwiegend kräftigenden Massnahmen betroffen. Dies sei nicht zu empfehlen bei Triggerpunkten, da sie sich darunter verstärkten. Die zweite Option habe die Osteopathie betroffen, die zwar eine Entspannung vermitteln könne, jedoch die Triggerpunkte nicht beheben könne. Zuletzt sei über längere Zeit eine Kombination aus Akupunktur mit Schröpftherapien durchgeführt worden, ebenfalls Massnahmen, die diese myofascialen

Triggerpunkte nicht beheben könnten. Bei diesem gut trainierten und motivierten Exploranden sei bei Fehlen einer signifikanten auch degenerativen Veränderung am cervikalen Achsenskelett die Indikation für eine gezielte myofasciale

Triggerpunkttherapie gegeben, die unfallbedingte Therapie sei demnach noch nicht ausgeschöpft, weshalb zum jetzigen Zeitpunkt die Unfallkausalität noch als überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen zu beurteilen sei. Es sei eine gezielte Triggerpunkttherapie bei Herrn E. \_\_\_ in naher Umgebung des Arbeitsortes des Beschwerdeführers durchzuführen, ein- bis zweimal pro Woche. Herr E. \_\_\_ sei ein erfahrener und kompetenter Triggerpunkttherapeut. Er solle über die Frequenz der Therapien entscheiden, da initial bei dieser Behandlung vorübergehend vermehrt Schmerzen auftreten könnten. Andere Therapieoptionen bestünden nicht. Die Dauer bis zur unfallbedingten Ausschöpfung dieser empfohlenen Therapieoption betrage drei bis vier Monate, abhängig davon, ob Herr E. \_\_\_ zwei mal oder nur einmal wöchentlich eine Sitzung durchführe. Der Status quo ante sei demnach drei bis vier Monate nach Beginn dieser empfohlenen Therapie erreicht. Die radiologisch dokumentierte Blockwirbelbildung C2/C3 sei kon genital und ohne Bedeutung für die jetzigen Beschwerden. Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit betrage 0 %, weshalb vorliegend nicht näher darauf eingegangen werde. Die im ORL-Bericht von Dr. B. \_\_\_ vom 25. Juni 2010 erwähnte Tinnitus-Problematik beidseits

sei erst zwei Monate nach dem Ereignis aufgetreten. Wie weit hier die Unfallkausalität ausgewiesen sei, könne man als möglich beurteilen. Tinnitusbeschwerden entstünden häufig cervikogen bedingt, so dass wahrscheinlich ein gewisser Zusammenhang bestehe, die Symptomatik sei aber im Moment deutlich regredient, so dass sich der Beschwerdeführer gemäss seinen eigenen Angaben damit gut arrangieren könne. Ein Integritätschaden sei mit Blick darauf zu verneinen, dass keine Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität bei Fehlen richtunggebender Veränderungen angenommen

werden könne. Was die Prognose betreffe, sei letztere bei diesem gut kooperierenden und motivierten Exploranden als gut zu beurteilen, weshalb eine unfallbedingt auszuschöpfende Therapie, wie zuvor dargelegt, zu empfehlen sei. Triggerpunkte könnten spontan auch ohne Ereignisse entstehen, zum Beispiel unter Stressbelastung, aber auch unter körperlichen Anstrengungen, muskulären Belastungen etc. Das heisse, dass nach Erreichen des Status quo ante bei allenfalls zu einem späteren Zeitpunkt wieder auftretenden myofascialen Dysbalancen diese dann überwiegend wahrscheinlich nicht mehr unfallkausal begründbar seien (Urk.

7/M 0 12).

3.

#### **E. 4.1**

Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist bekannt, dass bei Schlei der traumaverletzungen sowie äquivalenten Verletzungen auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedener Art auftreten können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma, eine Distorsion der HWS oder ein Schädel-Hirntrauma typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die dies bezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 363 E. 5d/aa). Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt - wie dies konkret der Fall ist - kein fassbarer pathologischer (unfallbedingter) Befund an der HWS vor, muss für die Bejahung der natürlichen Unfallkausalität ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffusen Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Affektlabilität, Depressionen, Wesensveränderungen usw. vorliegen (BGE 117 V 360 E. 4b; vgl. auch 117 V 379 E. 3e). Nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundesgerichts (Urteile vom 30. Januar 2007 i/S T. [U

215/05] und vom 15. März 2007 i/S G. [U 258/06]) muss bei einer HWS-Verletzung das typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS - bei einem Schädel-Hirntrauma in Form von Kopfschmerzen - manifestieren. Die anderen im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen

#### **E. 4.2**

Vorliegend wurde vom beratenden Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. A.\_\_\_\_, am

##### **E. 4.2.2**

mit Hinweisen). In einzelnen Fällen, insbesondere bei einer niedrigen kollisionsbedingten Geschwindigkeitsveränderung und - zusätzlich - weitgehendem Fehlen von unmittelbar im Anschluss an den Unfall

auf tretenden Beschwerden, wurde auch das Vorliegen eines leichten Unfalles angenommen (vgl. z.B. Urteil des Bundesgerichts

U 402/05 E. 6.1 vom 23. August 2007).

Den vorliegenden Akten können nur sehr knappe Angaben über den Unfallhergang entnommen werden. Im Polizeirapport wurde festgehalten, das Fahrzeug, welches den Unfall verursacht habe, sei durch die H. \_\_\_ in Richtung I. \_\_\_ gefahren und nach links in die J. \_\_\_ eingebogen. In der Folge sei es auf den stillstehenden Wagen aufgefahren, in welchem der Beschwerdeführer gesessen ist (Urk.

7/G 0 13). Konkrete Rückschlüsse über die Heftigkeit des Aufpralls lassen sich aus diesen Schilderungen nicht gewinnen. Es wurden offenbar auch keine Untersuchungen zur kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung in die Wege geleitet, welche Aufschluss über das Ausmass der Insassenbelastung lieferten. Immerhin lassen jedoch die polizeilichen Angaben zum Sachschaden, wonach an der Stossstange hinten links ein Farbabrieb entstanden sei bzw. die Stange leicht eingedrückt und verschoben sei, erkennen, dass die Kollision nicht von einer besonders grossen Wucht gewesen sein kann, was entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers gegen das Vorliegen eines mittelschweren Unfalls im engeren Sinn spricht. Umgekehrt kann mangels weiterer Angaben zum Unfallhergang auch kein leichter Unfall angenommen werden. Gesamthaft besteht somit kein Anlass vom Regelfall abzuweichen, den Auffahrunfall als mittelschweres an der Grenze zu einem leichten Unfallereignis zu qualifizieren. Für die Bejahung der Adäquanz müssen somit grundsätzlich vier Kriterien in einfacher Weise oder eines der Kriterien in besonders ausgeprägtem Mass erfüllt sein. 5. 5

Was das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalles betrifft, ist dieses objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. des Angstgefühls der betroffenen Person (Urteil des Bundesgerichts U 56/07

vom 25. Januar 2008

E. 6.1). Wenn der Beschwerdeführer geltend macht, die besondere Eindrücklichkeit gründe darauf, dass sich die Auffahrkollision für ihn völlig unerwartet ereignet habe, so kann dem nicht gefolgt werden. Es liegt in der Natur einer Vielzahl von Unfällen, dass diese den Betroffenen gänzlich unvorbereitet treffen. Sodann ist wohl je dem leichten bis mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen, was somit noch nicht zur Bejahung des fraglichen Kriteriums ausreichen kann. Gesamthaft ist fest zu stellen, dass sich der Unfall vom 17. Februar 2010 weder unter besonders dramatischen Begleitumständen abgespielt hat noch diesem eine besondere Eindrücklichkeit zukam.

5. 6

In Bezug auf das Kriterium der schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art ist festzuhalten, dass

die Diagnose eines Schleudertraumas oder einer schleudertrauma-ähnlichen Verletzung der HWS die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung für sich allein nicht zu begründen vermag. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, die das Beschwerdebild beeinflussen können (BGE 134 V 109 E. 10.2.2). Solche besonderen Umstände sind den vorliegenden Akten nicht zu entnehmen, vielmehr ist darauf hinzuweisen, dass

das MRI HWS vom 19. Februar 2010 keine unfallbezogenen

strukturellen Läsionen zu Tage gefördert hatte. Im Ergebnis ist hier somit keine schwere Verletzung bzw. Verletzung besonderer Art anzunehmen. 5. 7

Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen belastenden ärztlichen Behandlung (BGE 134 V 128 E. 10.2.3) ist objektiv zu beurteilen und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens der versicherten Person (vgl. Urteil des Bundesgerichts

8C\_299/2009 vom 30. September 2009 E. 4.3.3). Vorliegend ist aktenkundig, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfallereignis zahlreiche Behandlungsanstrengungen unternommen hat. Die erste Behandlung betraf eine Physiotherapie mit vorwiegend kräftigenden Massnahmen, die zweite eine Osteopathie und die dritte eine Akupunktur mit Schröpftherapien. Zuletzt ist die erwähnte Triggerpunkttherapie dokumentiert. Ferner seien seit dem Unfall schon diverse Kopfweh-Medikamente zum Einsatz gekommen.

Diese bisher zur Anwendung gelangten Therapiemassnahmen können nicht als fortgesetzt spezifisch belastende ärztliche Behandlung angesehen werden, weshalb das betreffende Kriterium ebenfalls nicht erfüllt ist. 5. 8

Für die Erfüllung des Adäquanzkriteriums erhebliche Beschwerden können nur in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden massgebend sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.2.4 S. 128 und Urteil des Bundesgerichts 8C\_172/2009 vom 21. Juli 2009 E. 5.3.3). Aufgrund des bisher Gesagten erscheint zwar unklar, inwieweit seit dem Unfall von einer durchgehenden Kopfwehproblematik ausgegangen werden kann, nachdem Dr.

A.\_\_\_\_ am 27. März 2012 angegeben hatte, anlässlich des ersten Konsiliums sei eine Kopfweh/Migräne-Symptomatik nicht beklagt worden, und der behandelnde Arzt anlässlich der Konsultation vom 28. März 2011 eintrug, der Beschwerdeführer klage über rezidivierendes mässiges Kopfweh, ca. drei Mal pro Woche für ca. 1 Stunde, alle zwei Wochen extrem über Stunden (Urk. 7/ M 011).

Immerhin ist aber wie erwähnt zu beachten, dass

in den Beurteilungen des F.\_\_\_\_ und der D.\_\_\_\_

starke und häufig auftretende Kopfbeschwerden über einen langen Zeitraum dargestellt werden.

Erhebliche Beschwerden im Sinn der genannten Voraussetzung sind deshalb grundsätzlich zu bejahen. Mit Blick darauf, dass beim Beschwerdeführer keine wesentlichen Einschränkungen in den häuslichen und ausserhäuslichen Aktivitäten dokumentiert sind, er namentlich seit dem 28. April 2010 wieder zu 100

% arbeitsfähig ist, und darüber hinaus die besondere Intensität der Beschwerden bereits definitionsgemäss vorausgesetzt ist, kann dieses Adäquanzkriterium aber nur in einem geringen Masse als erfüllt gelten. 5. 9

Ohne Weiteres zu verneinen ist das Kriterium der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat. Eine solche wird vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht. 5. 10

Beim Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen müssen die beiden Teilaspekte nicht kumulativ erfüllt sein (BGE 117 V 369 E. 7b). Aus der ärztlichen Behandlung und den erheblichen Beschwerden

welche im Rahmen der spezifischen Adäquanzkriterien zu berücksichtigen sind - darf nicht bereits auf einen schwierigen Heilungsverlauf und/oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (Urteile des Bundesgerichts 8C\_1020/2008 vom 8. April 2009 E. 5.7 und

8C\_623/2007 vom 22. August 2008 E. 8. 6). Vorliegend ergeben sich aufgrund der Akten keine Hinweise für einen schwierigen Heilungsverlauf bzw. erhebliche Komplikationen. Insbesondere reicht der Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien keine

Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte, nicht zur Bejahung dieses Kriteriums (Urteile des Bundesgerichts

8C\_252/2007 vom 1. Juli 2008 E.

## **E. 5**

Das F.\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 29. November 2011 als Kopfweg-Diagnose ein episodisches bis subchronisches Spannungstypkopfweg mit migränösen Anteilen; DD: sekundär zervikal; DD: Borrelien-assoziiert, z.B. im Rahmen einer Vaskulitis. Unter den weiteren Diagnosen wurde der Verdacht auf eine floride

Lyme-Borreliose angegeben. In der Beurteilung hielten die behandelnden Ärzte fest, bei den Kopfschmerzen des Patienten handle es sich am ehesten um ein sekundär zervikal rechts eingeleitetes Migränekopfweg, welchem ein Spannungstypkopfweg vorausgehe. Hierfür sprächen anhand der IHS-Kriterien die Lokalisation, Charakteristik und Ausprägung der Beschwerden. Diesbezüglich sei dem Beschwerdeführer im Rahmen der Schmerzexazerbation der diagnostische Einsatz von Triptanen empfohlen worden. Sollten diese wirksam sein, wäre die Diagnose der Migräne faktisch belegt. Für das sekundär zervikale Kopfweg könne der Patient auch mit Naproxen oder Nisulid arbeiten. Trotz unauffälligem Neurostatus und typischer Anamnese sei der Beschwerdeführer für eine MR-Untersuchung angemeldet worden, um eine sekundäre Genese der Beschwerden auszuschliessen (vgl. dazu nachstehend E. 3).

### **E. 5.1**

2

Zusammenfassend ist mit den "erheblichen Beschwerden" lediglich ein Adäquanzkriterium erfüllt, jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 17. Februar 2010 und den in der Folge vom Beschwerdeführer weiterhin geklagten Beschwerden ist somit zu verneinen. Die von der Beschwerdegegnerin per 29. Februar 2012 verfügte Leistungseinstellung erweist sich im Ergebnis als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Ursula Reger- Wyttenbach - Unfallversicherung Y.\_\_\_\_ - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
Hurst Giger

## **E. 6**

Das vom F.\_\_\_\_ veranlasste MRT der HWS vom 6.

Dezember 2011 ergab geringe degenerative Veränderungen der HWS ohne Nachweis einer Forameneinengung, einer Spinalkanalstenose oder einer Myelopathie; keine deutliche Unkovertebralarthrose; keine Zeichen einer Instabilität (Urk.

7/M 0 13). 3.

## **E. 7**

In einer weiteren Stellungnahme vom 27. März 2012 führte der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. A.\_\_\_\_, aus, die heutigen Beschwerden seien auf Grund der erhobenen Befunde nicht mehr auf den Unfall vom 17. Februar 2010 zurückzuführen. Als Begründung gab er an, die aktuell beklagte Kopfweh/Migräne-Problematik sei anlässlich seines ersten Konsiliums im Juli 2011 nicht beklagt worden. Es scheine sich dabei um eine unfallfremde Problematik zu handeln. Der Beschwerdeführer habe sich bei dem zwei Jahre zurückliegenden Unfallereignis eine leichte HWS-Distorsion zugezogen mit geringen Restdysbalancen. Der Status quo sine sei per Ende Februar 2012 erreicht

(Urk.

7/M 0 14). 4.

## **E. 7.6**

und 8C\_57/2008 vom 16. Mai 2008 E. 9.6.1, je mit Hinweisen). Was sodann den vom Beschwerdeführer angesprochenen Tinnitus betrifft, gilt dieser gemäss der Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ vom 25. Juni 2010 als kompensiert, wobei seither nichts Abweichendes dokumentiert wurde. Gesamthaft ist somit auch das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen zu verneinen.

## **E. 11**

Juni 2011 ein erstes Konsilium durchgeführt. Dr. A.\_\_\_\_ ging damals von einer mässig ausgeprägten myofascialen

Triggerpunktbildung aus

und erachtete die Unfallkausalität noch als

ausgewiesen . Er empfahl die Durchführung einer Triggerpunkttherapie bei Dr. E.\_\_\_\_ , wobei drei bis vier Monate nach deren Beginn der Status quo ante als erreicht zu betrachten sei

( E. 3.4) . Was den Verlauf dieser Therapie betrifft, können den Akten nur wenige Angaben entnommen werden. So geht aus einer Aktennotiz der Beschwerde gegnerin vom 12. Juli 2011 hervor, dass der Beschwerdeführer dieser damals mitgeteilt hatte, er werde in die Physiotherapie zu Dr. E.\_\_\_\_ gehen (Urk.

7/G 0 31). In ihrer Verfügung vom 10. April 2012 hatte die Beschwerde gegnerin sodann erwähnt, seit Juli 2011 seien insgesamt vier Physiotherapie serien à neun Sitzungen durchgeführt worden (Urk. 7/G 0 39). Weiter äusserte sich der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeschrift dahingehend, die durch geführte Triggerpunkttherapie habe leider nicht den erwarteten und von Dr.

A.\_\_\_\_ prognostizierten Erfolg gebracht (Urk. 1, S. 9). Einschätzungen von ärztlicher Seite, d.h. insbesondere von Dr. E.\_\_\_\_ selber , sind in den Akten hingegen nicht enthalten. Die neuerliche Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ vom 27.

März 2012 geht ebenfalls nicht auf diese Frage ein .

In der betreffenden Stellungnahme wird das Fehlen der Unfallkausalität der heutigen Beschwerden einzig damit begründet, dass die aktuell beklagte Kopfweh/Migräne-Problematik anlässlich des ersten Konsiliums nicht beklagt worden sei , weshalb es sich dabei um eine unfallfremde Problematik zu handeln scheine. Diesbezüglich ist einerseits fest zustellen, dass Kopfschmerzen im Zusammenhang mit dem vor liegenden Unfallereignis offenbar durchaus eine Rolle spielten.

Der Beschwer deführer selber hatte angegeben, nach dem Unfall nur leichte Nackenschmerzen verspürt zu haben. Am darauf folgenden Tag sei ihm jedoch schlecht gewesen und er habe an Kopf- und Nackenschmerzen gelitten (Urk. 7/G 00 4). So dann hatte Dr. G.\_\_\_\_ von der D.\_\_\_\_ zwei Tage nach dem Unfall anlässlich der Konsultation vom 19. Februar 2010 Schulter-, Nacken- und Kopfschmerzen festgehalten und gestützt darauf eine HWS Distor sion nach Auffahrunfall diagnostiziert (Urk.

7/M 00 3). Weiter hatte Dr. C.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 11. Februar 2011 häufige Kopfschmerzen bei extremem Muskel hartspan nuchal rechts aufgeführt (Urk. 7/M 00 7).

Obschon nun Dr.

A.\_\_\_\_ im Rahmen seines Konsiliums vom 11. Juli 2011 keine unfall bedingten Kopf schmerzen (mehr) befundete , erscheint fraglich, ob die vom F.\_\_\_\_ am 29.

November 2011

do kumentierten Kopf schmerzen als unfall fremd anzusehen sind, zumal aus der dort dargestellten Anamnese ersicht lich ist, dass diese Schmerzen seit dem 17.

Februar 2010 bestünden. Der klinische Befund wurde auch gleich wiedergegeben wie von den Ärzten der D.\_\_\_\_ ,

konkret ein stets von rechts nuchal ausge löstes Kopfweh (Urk.

7/M 0 15). Letztlich braucht die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Kopfschmerzen jedoch nicht abschließend

beantwortet zu werden, wie nachfolgende Ausführungen zeigen. 5.

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