

Tribunale federale  
Tribunal federal

{T 7}  
U 402/06

Urteil vom 9. Januar 2007  
I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung  
Bundesrichter Ursprung, Präsident,  
Bundesrichterin Widmer, Bundesrichter Schön,  
Gerichtsschreiberin Hofer.

Parteien  
T. \_\_\_\_\_, 1979,  
Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt  
Guy Reich, Münchhaldenstrasse 24, 8008 Zürich,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern,  
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand  
Unfallversicherung,

Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen den Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons  
Zürich  
vom 23. Juni 2006.

Sachverhalt:

A.

Der 1979 geborene T. \_\_\_\_\_ war seit dem 1. Oktober 2001 in der Firma X. \_\_\_\_\_ als Flachdachisolierer beschäftigt und bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 8. August 2004 erlitt er einen Verkehrsunfall, als der von ihm gesteuerte, in der Mitte der Fahrbahn eingespart stehende Personenwagen von einem von hinten kommenden Auto angefahren und in ein entgegenkommendes Fahrzeug geschoben wurde. Da er sich zu diesem Zeitpunkt bei heruntergelassener Fensterscheibe leicht nach aussen gelehnt hatte, schlug er den Hinterkopf am Rahmen an. Er wurde von der Sanität gleichentags ins Spital V. \_\_\_\_\_ gebracht, wo bei unauffälligem Röntgenbefund und Computertomogramm von Schädel und oberer Halswirbelsäule (HWS) eine Commotio cerebri, eine Rissquetschwunde am Hinterkopf und eine leichte Distorsion der Lendenwirbelsäule (LWS) diagnostiziert wurden. Weiter wurde eine vorbestehende Ureterabgangsstenose festgestellt (Bericht vom 9. August 2004). Nach ambulanter Untersuchung und Commotioüberwachung wurde er zur Weiterbehandlung durch den Hausarzt Dr. med. P. \_\_\_\_\_ entlassen. Dieser übernahm die im Spital V. \_\_\_\_\_ gestellten Diagnosen (vgl. Bericht vom 15. September 2004) und überwies den Versicherten an Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, welcher bei der Untersuchung vom 17. August 2004 eine schmerzbedingte Einschränkung der Beweglichkeit der HWS um insgesamt etwa 50 % mit mässig verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur fand. Neurologische Ausfälle konnte er nicht feststellen. Gemäss Bericht vom 19. August 2004 diagnostizierte er ein posttraumatisches cervico-cephales Schmerzsyndrom nach Beschleunigungstrauma der HWS mit Kopfanprall und wahrscheinlich leichter Commotio cerebri. Da sich der Zustand in der Folge kaum verbesserte, hielt er eine stationäre Rehabilitationsbehandlung als angezeigt (Bericht vom 4. November 2004). Dem pflichtete SUVA-Kreisarzt Dr. med. W. \_\_\_\_\_ angesichts der bei der Untersuchung vom 8. November 2004 geltend gemachten persistierenden Nacken- und Kopfschmerzen mit Schwindelerscheinungen zu. Das bisherige Arbeitsverhältnis wurde dem Versicherten am 25. November 2004 auf Ende Januar 2005 gekündigt. Vom 1. Dezember 2004 bis 5. Januar 2005 hielt sich T. \_\_\_\_\_ sodann in der Rehaklinik Y. \_\_\_\_\_ auf. Im Austrittsbericht vom 5. Januar 2005 wurde nebst HWS-Distorsion, Commotio cerebri, Rissquetschwunde am Hinterkopf und LWS-Distorsion ein chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom diagnostiziert.

Eine Indikation für ergänzende psychosomatische Abklärungen wurde aus psychiatrischer Sicht verneint. Die zur Schwindelabklärung durchgeführte otoneurologische Untersuchung des Dr. med. G.\_\_\_\_\_ von der SUVA Abteilung Arbeitsmedizin vom 4. Januar 2005 ergab keinen pathologischen Befund im Sinne einer Funktionsstörung des zentralen und peripher-vestibulären Funktionssystems. Die Ärzte der Rehaklinik Y.\_\_\_\_\_ interpretierten das Beschwerdebild als myofasziales Schmerzsyndrom bei entsprechenden, nur mässig ausgeprägten Weichteilbefunden, welches durch eine Tendenz zu maladaptivem Umgang im Zusammenhang mit den Schmerzen mitunterhalten werde und attestierten ab Klinikaustritt eine Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Flachdachisolierer von 50 % und ab 1. Februar 2005 auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine solche von 100 %. Nachdem ein für 10. Januar 2005 vorgesehener Arbeitsversuch bei der bisherigen Arbeitgeberin gescheitert war, ging der Beschwerdeführer keiner Erwerbstätigkeit mehr nach. Die SUVA, welche bis dahin ihre Leistungspflicht anerkannt hatte, stellte mit Verfügung vom 11. Januar 2005 die Heilungskosten- und

Taggeldleistungen per 1. Februar 2005 ein. Dagegen erhob der Versicherte am 10. Februar 2005 Einsprache, worauf die SUVA eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. F.\_\_\_\_\_ anordnete. Laut Bericht vom 14. Februar 2005 veranlasste dieser eine kernspintomografische Untersuchung (MRI) der HWS, welche in der Uniklinik C.\_\_\_\_\_ durchgeführt wurde und gemäss deren Bericht vom 21. Februar 2005 eine im Normalbereich liegende Darstellung der HWS ergab. Am 10. März 2005 nahm Dr. med. F.\_\_\_\_\_ nochmals Stellung. Die SUVA hielt in der Folge mangels einer Unfallkausalität der geltend gemachten Beschwerden mit Einspracheentscheid vom 14. Juli 2005 an der angefochtenen Verfügung fest.

B.

Beschwerdeweise liess T.\_\_\_\_\_ beantragen, es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Zudem gab er die Berichte des Dr. med. P.\_\_\_\_\_ vom 18. August und 20. September 2005 sowie den Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. März 2006 zu den Akten. Mit Entscheid vom 23. Juni 2006 wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich die Beschwerde ab.

C.

T.\_\_\_\_\_ lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen und das vorinstanzlich gestellte Rechtsbegehren erneuern. Gleichzeitig lässt er die Arztberichte des Dr. med. P.\_\_\_\_\_ vom 1. Juni 2006 und der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Q.\_\_\_\_\_ vom 28. März 2006 einreichen.

Während die SUVA auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde schliesst, verzichtet das Bundesamt für Gesundheit auf eine Vernehmlassung.

Das Bundesgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesgesetz über das Bundesgericht vom 17. Juni 2005 (BBG; SR 173.110) ist am 1. Januar 2007 in Kraft getreten (AS 2006 1205, 1243). Da der angefochtene Entscheid vorher ergangen ist, richtet sich das Verfahren noch nach OG (Art. 132 Abs. 1 BGG; BGE 132 V 395 Erw. 1.2).

2.

Im kantonalen Entscheid und im Einspracheentscheid vom 14. Juli 2005 werden die nach der Rechtsprechung für den Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung (Art. 6 Abs. 1 UVG) geltenden Voraussetzungen des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Unfall und dem Gesundheitsschaden (BGE 129 V 181 Erw. 3.1 und 3.2) zutreffend dargelegt. Darauf wird verwiesen. Entsprechendes gilt für die von der Judikatur entwickelten Grundsätze zum Erfordernis des adäquaten Kausalzusammenhangs bei psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) und bei den Folgen eines Unfalles mit Schleudertrauma der HWS oder äquivalenten Verletzungen ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle (BGE 117 V 359; RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29 mit Hinweisen). Das am 1. Januar 2003 in Kraft getretene ATSG hat am unfallversicherungsrechtlichen Begriff des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs und dessen Bedeutung als Voraussetzung für die Leistungspflicht nach UVG nichts geändert (Urteil R. vom 6. November 2006, U 444/05). Die bisher dazu ergangene Rechtsprechung bleibt nach wie vor anwendbar.

3.

Streitig ist, ob der Beschwerdeführer im Zeitpunkt, zu welchem die SUVA die Leistungen einstellte (Januar 2005) noch unter den Folgen des Unfalls vom 8. August 2004 litt.

3.1 Das kantonale Gericht hat die Leistungspflicht des Unfallversicherers mit der Begründung verneint, dass es an einem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den ab 10. Januar/1. Februar 2005 geklagten, dem Formenkreis einer HWS-Distorsion zuzuordnenden Beschwerden und dem Unfallereignis fehlt, der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallgeschehen und den geklagten psychischen Beschwerden zwar gegeben, diesbezüglich aber der adäquate

Kausalzusammenhang zu verneinen ist. In somatischer Hinsicht hat die Vorinstanz in Würdigung der medizinischen Unterlagen erwoogen, der Beschwerdeführer habe unmittelbar nach dem Unfall lediglich an Schmerzen im Hinterkopf und im Bereich der LWS gelitten. Von den erstbehandelnden Ärzten im Spital V. \_\_\_\_\_ würden weder Klagen über Schmerzen in der HWS, noch diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen (mit Ausnahme der kurzzeitigen Phase des Unfalls an sich), Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit oder Affektlabilität erwähnt. Einzelne zum Beschwerdebild einer HWS-Distorsion gehörende Symptome seien erst zu einem späteren Zeitpunkt beklagt worden. Da Hinweise auf eine organische Schädigung der HWS fehlten, der Versicherte nicht innert der von

der medizinischen Lehrmeinung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs mit dem Unfall vorausgesetzten Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall über Nackenbeschwerden geklagt und sich auch nicht wegen solchen in ärztliche Behandlung begeben habe und unmittelbar im Anschluss an den Unfall keine weiteren schleudertraumaspezifischen Symptome geltend gemacht habe, lägen keine relevanten somatischen Unfallfolgen mehr vor. Hinsichtlich der psychischen Beschwerden sei gestützt auf den Bericht des Dr. med. I. \_\_\_\_\_ von einer durch den Unfall ausgelösten Überlagerung eines organischen Psychosyndroms, einer depressiven Episode und einer posttraumatischen Belastungsstörung auszugehen, während Dr. med. F. \_\_\_\_\_ auf eine maladaptive Problemverarbeitung und Selbstlimitierung hingewiesen habe, womit der natürliche Kausalzusammenhang zu bejahen sei.

3.2 Der Beschwerdeführer wendet ein, er habe beim Unfall ein HWS-Distorsionstrauma erlitten, wovon auch die SUVA bis zum Einspracheentscheid noch ausgegangen sei. Es sei daher nicht näher abgeklärt worden, wann er sich deswegen in die Behandlung des Hausarztes begeben habe. Die objektiv nachvollziehbaren Kopfschmerzen und der Unfallmechanismus liessen zudem mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf ein HWS-Distorsionstrauma schliessen. Ein solches werde auch im Polizeirapport erwähnt. Im Bericht der psychiatrischen Poliklinik vom 28. März 2006 werde des Weiteren die Diagnose einer leichten bis mittelgradigen Hirnverletzung gestellt.

4.

4.1 Aufgrund der medizinischen Unterlagen liegt kein klar fassbares organisches Korrelat für die geltend gemachten Beschwerden vor. Die im Anschluss an den Unfall durchgeführten bildgebenden Untersuchungen ergaben unauffällige Befunde. Auch die neurologischen Befunde waren laut Dr. med. R. \_\_\_\_\_ unspezifisch (Berichte vom 19. August und 4. November 2004). Anlässlich der otoneurologischen Untersuchung ergaben sich keine Hinweise auf eine zentrale oder vestibuläre Funktionsstörung, wie dem Bericht des Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 5. Januar 2005 entnommen werden kann. Laut Austrittsbericht der Rehaklinik Y. \_\_\_\_\_ vom 5. Januar 2005 waren die Untersuchungsergebnisse an der HWS bescheiden und bestanden in einer leicht eingeschränkten aktiven HWS-Beweglichkeit mit mässigem paravertebalem Muskelhartspann und Druckdolenzen vor allem im Bereich der Linea nuchae. Die kernspintomographischen Befunde erwiesen sich ebenfalls als unauffällig und zeigten eine unspezifische Streckhaltung der HWS (Bericht der Uniklinik C. \_\_\_\_\_ vom 21. Februar 2005).

4.2 Bei einem Schleudertrauma der HWS kann die Leistungspflicht des Unfallversicherers unter Umständen auch ohne organisch direkt nachweisbare Schädigung gegeben sein (BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa). Den medizinischen Unterlagen ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Unfall wohl über Kopf-, nicht aber über Nackenschmerzen geklagt hat. Erstmals erwähnt werden solche im Bericht des Dr. med. R. \_\_\_\_\_ vom 19. August 2004, wonach laut Angaben des Versicherten kurze Zeit nach dem Unfallereignis zu den Kopf- auch Nackenschmerzen gekommen seien, welche sich in beide Schultern ausgedehnt hätten. Der Neurologe nahm daher ein beim Unfall erlittenes Beschleunigungstrauma der HWS mit Kopfanprall an. Von einer HWS-Distorsion gingen auch die Ärzte der Rehaklinik Y. \_\_\_\_\_ aus, wobei die Beschwerden insgesamt als diffus und wenig lokalisierbar umschrieben werden (vgl. Austrittsbericht vom 5. Januar 2005). Laut Kreisarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ handelt es sich bei den von den Ärzten der Rehaklinik erhobenen klinischen Befunden an der HWS um weitgehend kooperationsabhängige Befunde und solche, die sich auch bei harmlosen Befindlichkeitsstörungen anderer Ursache an der HWS erheben lassen und einen posttraumatischen Schaden somit

nicht zu beweisen vermögen. Hinzu kommt, dass es einem allgemein anerkannten medizinischen Erfahrungsgrundsatz entspricht, dass Nackenbeschwerden innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten müssen, um diesem zugerechnet werden zu können (RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29). Zu welchem Zeitpunkt die Nackenbeschwerden nach dem Unfall erstmals aufgetreten sind, lässt sich den medizinischen Akten nicht entnehmen. Es findet sich einzig die von Dr. med. R. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 19. August 2004 festgehaltene Aussage des Versicherten. Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen einer Schleuderverletzung der HWS ohne organisch nachweisbare Beschwerden und den eingetretenen Gesundheitsschädigungen besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der

Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht herrschenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Für die Leistungsberechtigung gegenüber dem Unfallversicherer müssen die geklagten Beschwerden medizinisch einer fassbaren gesundheitlichen Beeinträchtigung zugeschrieben werden können und diese Gesundheitsschädigung muss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem versicherten Unfall stehen (BGE 119 V 341 Erw. 2b/bb). Ob die Nackenbeschwerden des Beschwerdeführers auch nur im Sinne einer Teilkausalität noch auf das Unfallereignis vom 8. August 2004 zurückzuführen sind, erscheint fraglich. Sowohl die Ärzte der Rehaklinik Y. \_\_\_\_\_ wie auch Kreisarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ erklären die fortbestehenden Beschwerden vielmehr durch eine Tendenz zu maladaptivem Umgang im Zusammenhang mit Schmerzen und einer Selbstlimitierung. Weitere Abklärungen erübrigen sich indessen, wie sich aus dem Folgenden ergibt.

4.3 Soweit der Beschwerdeführer bemängelt, es sei nicht geprüft worden, ob er beim Unfall eine leichte traumatische Hirnverletzung erlitten hat, worauf verdachtsweise auch die Ärzte der psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Q. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 28. März 2006 hinweisen, ist festzuhalten, dass nach allgemein anerkannter Lehrmeinung die Diagnose einer milden traumatischen Hirnverletzung entweder eine Episode von Bewusstlosigkeit oder einen Gedächtnisverlust für Ereignisse unmittelbar vor oder nach dem Unfall oder eine Bewusstseinsstrübung (z.B. Benommenheitsgefühl, Desorientierung) im Zeitpunkt der Verletzung voraussetzt (Adrian M. Siegel, Neurologisches Beschwerdebild nach Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule, in: Die neurologische Begutachtung, Zürich 2004, S. 166, Tabelle 9, mit bibliographischen Hinweisen). Mit Bezug auf den Beschwerdeführer steht fest, dass er beim Unfall den Kopf angeschlagen hat. Eine Bewusstlosigkeit oder Amnesie ist nicht ausgewiesen. Dagegen scheint nach dessen Angaben gegenüber Dr. med. R. \_\_\_\_\_ vom 17. August 2004 eine kurze Bewusstseinsstrübung in Form von Benommenheit und Desorientierung aufgetreten zu sein. Während des Spitalaufenthaltes wurde eine Commotio-Überwachung

durchgeführt, welche jedoch zu keinen besonderen Massnahmen Anlass gab und zur Diagnose einer Commotio cerebri führte (Bericht des Spitals V. \_\_\_\_\_ vom 9. August 2004). Aufgrund dieser ärztlichen Angaben ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 8. August 2004 keine Hirnkontusion erlitten hat. Vielmehr ist anzunehmen, dass der Unfall eine Hirnerschütterung zur Folge hatte, welche allerdings leichter Natur gewesen sein dürfte. Weder führte sie zu einem Bewusstseinsverlust, noch ergeben sich aus den Akten Hinweise auf Übelkeit, Brechreiz oder Erbrechen im Anschluss an den Unfall. Die Ärzte der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Q. \_\_\_\_\_ äusserten laut Bericht vom 28. März 2006 sodann lediglich einen Verdacht auf leichte bis mittelgradige traumatische Hirnverletzung, ohne im Übrigen in der Beurteilung darauf näher einzugehen.

4.4 Was schliesslich die psychische Problematik betrifft, erwähnt Dr. med. P. \_\_\_\_\_, welcher im Bericht an die SUVA vom 15. September 2004 keine psychischen Beschwerden angeführt hatte, im Arztbericht zu Händen der Staatsanwaltschaft Zürich vom 18. August 2005 und im Bericht vom 20. September 2005 eine depressive Stimmungslage. Im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen habe sich eine Depression entwickelt. Der Heilungsprozess sei negativ verlaufen und die Schmerzverarbeitung habe keine Fortschritte mehr gemacht. Dr. med. I. \_\_\_\_\_, welcher den Versicherten ab 1. Dezember 2005 ambulant-psychiatrisch betreute, führte im Bericht vom 14. März 2006 an, verschiedene Zustandsbilder schienen sich zu überlagern. In zeitlicher Korrelation mit dem Unfallereignis könnten ein organisches Psychosyndrom, eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom und eine posttraumatische Belastungsstörung im Sinne einer Comorbidität sich teilweise überlappend in Gang gekommen sein. Der Psychiater erhob indessen lediglich Verdachtsdiagnosen und schlug die Durchführung weiterer Abklärungen durch die Psychiatrische Poliklinik des Universitätsspitals Q. \_\_\_\_\_ vor. Die dortigen Ärzte diagnostizierten gemäss Bericht vom 28. März 2006

eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Zur Unfallkausalität des psychischen Beschwerdebildes nehmen die beteiligten Ärzte nicht ausdrücklich Stellung. Unklar bleibt daher, ob der Unfall als auslösender Faktor zumindest teilsächlich für eine psychische Fehlentwicklung war. Weitere Abklärungen erübrigen sich indessen auch diesbezüglich, weil es jedenfalls an der ebenfalls erforderlichen Adäquanz des Kausalzusammenhangs mangelt, wie nachstehend noch darzutun sein wird.

5.

5.1 Mangels hinreichend objektivierbarer organischer Befunde hat eine spezifische Adäquanzprüfung zu erfolgen (BGE 123 V 102 f. Erw. 3b mit Hinweisen). Dabei stellt sich die Frage, ob die Adäquanz nach der für die Schleudertraumen und schleudertraumaähnlichen Verletzungen der HWS ohne nachweisbare Funktionsausfälle geltenden Rechtsprechung (BGE 117 V 359 ff.) oder nach den für psychische Unfallfolgen massgebenden Kriterien (BGE 115 V 133 ff.) zu erfolgen hat.

5.2 Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs ist nach den für psychische Fehlentwicklung nach

Unfall geltenden Regeln (BGE 115 V 133 ff.) zu beurteilen, wenn die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas oder einer ähnlichen Verletzung der HWS gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, die psychische Problematik indessen bereits unmittelbar nach dem Unfall eindeutige Dominanz aufweist (BGE 123 V 99 Erw. 2a). Erfolgt die Adäquanzprüfung in einem späteren Zeitpunkt, ist zu fragen, ob im Verlauf der ganzen Entwicklung seit dem Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt die physischen Beschwerden gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind (RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437 [Urteil W. vom 18. Juni 2002, U 164/01]). Sind die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS oder einer äquivalenten Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (teilweise) gegeben, ist mit Bezug auf im Anschluss an den Unfall auftretende psychische Störungen des Weiteren zu fragen, ob es sich hierbei um Symptome des erlittenen Traumas oder um eine selbstständige Gesundheitsschädigung handelt. Dabei ist für die Abgrenzung insbesondere die Art und Pathogenese der Störung, das

Vorliegen konkreter unfallfremder Faktoren oder der Zeitablauf von Bedeutung (RKUV 2001 Nr. U 412 S. 80 [Urteil B. vom 12. Oktober 2000, U 96/00]).

5.3 Ob die Symptomatik bereits kurze Zeit nach dem Unfall psychisch überlagert war und die physischen Beschwerden bis zum Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 14. Juli 2005 gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben, ist eher fraglich. Weder der Hausarzt Dr. med. P. \_\_\_\_\_ (Bericht vom 15. September 2004) noch der Neurologe Dr. med. R. \_\_\_\_\_ (Berichte vom 19. August und 4. November 2004) wiesen auf psychische Probleme hin. Laut Austrittsbericht der Rehaklinik Y. \_\_\_\_\_ vom 5. Januar 2005 sah der Psychiater trotz Hinweisen auf eine maladaptive Schmerzverarbeitung keinen Anlass für eine psychosomatische Abklärung. Sodann erwähnen weder Kreisarzt Dr. med. W. \_\_\_\_\_ (Bericht vom 8. November 2004) noch Kreisarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ (Berichte vom 14. Februar und 10. März 2005) eine psychische Problematik mit Krankheitswert. Erst im Bericht vom 18. August 2005 gibt Dr. med. P. \_\_\_\_\_ an, es sei eine psychiatrische Behandlung in die Wege geleitet worden, welche dann ab 1. Dezember 2005 durch Dr. med. I. \_\_\_\_\_ durchgeführt wurde (Bericht vom 14. März 2006). Die Verdachtsdiagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer mittelgradigen depressiven Episode wurden alsdann von der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Q. \_\_\_\_\_ bestätigt (Bericht vom 28. März 2006). Von weiteren Abklärungen kann abgesehen werden, weil die Adäquanz des Kausalzusammenhangs selbst dann zu verneinen ist, wenn die Beurteilung nach den für Schleudertraumen der HWS massgebenden Regeln erfolgt.

5.4 Die Vorinstanz hat den Unfall vom 8. August 2004 in Übereinstimmung mit der SUVA als mittelschwer qualifiziert, was sich nicht beanstanden lässt. Die Adäquanz wäre daher zu bejahen, wenn ein einziges der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wäre oder mehrere der zu berücksichtigenden Kriterien gegeben wären (BGE 117 V 367 Erw. 6b).

5.5 Der Unfall hat sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet, noch war er von besonderer Eindrücklichkeit. Auch hat der Beschwerdeführer keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art erlitten. Die Diagnose einer Distorsion der HWS oder einer äquivalenten Verletzung vermag die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. Die im Anschluss an den Unfall durchgeführten physiotherapeutischen Massnahmen wurden bei Austritt aus der Rehaklinik Y. \_\_\_\_\_ am 5. Januar 2005 als nicht mehr indiziert erachtet. Eine ambulant-psychiatrische Betreuung wurde erst am 1. Dezember 2005, und somit nach dem für die Beurteilung massgebenden Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids vom 14. Juli 2005 (BGE 121 V 366 Erw. 1b mit Hinweisen) aufgenommen, wie dem Bericht des Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 14. März 2006 zu entnehmen ist. Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist daher für die hier zu berücksichtigende Zeitdauer weder für die somatischen Befunde noch insgesamt erfüllt. Von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, kann nicht gesprochen werden, ebenso wenig von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen. Zum Kriterium von Dauer und Schwere der Arbeitsunfähigkeit ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer von den Ärzten der Rehaklinik Y. \_\_\_\_\_ ab 5. Januar 2005 zu 50 % und ab 1. Februar 2005 zu 100 % arbeitsfähig erklärt wurde. Der Hausarzt äusserte sich im Bericht vom 15. September 2004 nicht zum Grad der Arbeitsunfähigkeit und verneinte einen zu erwartenden bleibenden Nachteil. Im Zeugnis vom 4. März 2005 attestierte er alsdann eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 8. August 2004, ohne dies indessen näher zu begründen, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Das Kriterium von Dauer und Schwere der Arbeitsunfähigkeit kann daher nicht bejaht werden. Das Gleiche gilt für das Kriterium der Dauerbeschwerden. Da somit weder eines der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, noch mehrere der zu berücksichtigenden

Kriterien zu bejahen sind, ist der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen und der vorinstanzliche Entscheid im Ergebnis zu bestätigen.

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.  
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.
2.  
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.  
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.

Luzern, 9. Januar 2007

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung  
des Schweizerischen Bundesgerichts  
Der Präsident: Die Gerichtsschreiberin: