

BL_GERICHTE 725 14 95 vom 30. Oktober 2013

BL Gerichte, 2013-10-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_14_95

FR: BL_GERICHTE 725 14 95 du 30 octobre 2013

IT: BL_GERICHTE 725 14 95 del 30 ottobre 2013

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in D. , weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde der Versicherten vom 20. März 2014 ist demnach einzutreten.

E. 2

Mit Verfügung vom 30. Oktober 2013 resp. mit Einspracheentscheid vom 18. Februar 2014 stellte die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen per 31. Dezember 2013 ein. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin über diesen Zeitpunkt hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung hat.

E. 3

Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht,

wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

4.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt als erstes voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). 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 bzw. 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, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

4.2 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326, U 180/93 E. 3b mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2009 UV Nr. 3 E. 2.2). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheits-schaden mehr

vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgericht vom 10. März 2010, 8C_963/2009, E. 2.1). 5.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, weshalb es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a). 5.2 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung des Bundesgerichts mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit zahlreichen Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

E. 6

Vorliegend sind im Wesentlichen nachfolgende Berichte zu berücksichtigen: 6.1.1 Dem Arzzeugnis UVG des Spitals C. vom 29. Januar 2003 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am 9. Dezember 2002 einen Verkehrsunfall erlitten hat. Im Rahmen der Befundaufnahme wurde festgestellt, sie sei bei vollem Bewusstsein (Glasgow Coma Scale [GCS] 15) und die Pupillen seien isokor und mittelweit gewesen; zudem hätte sich eine prompte Lichtreaktion beidseits gezeigt. Weiter hätten keine neurologischen Auffälligkeiten, jedoch ein Druckschmerz über dem LWS-Bereich, dem linken Knie sowie dem rechten unteren Schulterblatt bestanden. Als Diagnosen wurden eine HWS-Distorsion und eine LWS-Prellung sowie ein Verdacht auf eine Commotio cerebri und ein psychischer Ausnahmezustand genannt. Die Beschwerdeführerin sei bis mindestens 13. Dezember 2002

zu 100% arbeitsunfähig. 6.1.2 Dr. med. E. , FMH Innere Medizin, diagnostizierte am 20. Januar 2003 eine Kontusion der HWS und der LWS. Es beständen unverändert starke Schmerzen im Bereich des Nackens und des ganzen Rückens, verbunden mit Kopfschmerzen, Schwindel, Schlafstörungen, depressiver Verstimmung und weiteren Symptomen. Die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage, längere Zeit zu sitzen oder andere Stellungen einzunehmen. Sie sei ausser Stande, Auto zu fahren. 6.1.3 Der Neurologe Dr. med. F. , FMH Neurologie, untersuchte die Beschwerdeführerin am 20. Februar 2003. Seinem Bericht vom 21. Februar 2003 ist zu entnehmen, dass eine leichte bis mässige Allgemeinveränderung mit Schwerpunkt temporal links und ein Verdacht auf eine epileptogene Läsion in diesem Gebiet sowie intermittierende Vigilanzschwankungen vorlägen. Um einer Chronifizierung vorzubeugen, erachtete Dr. F. eine intensive 3 - 4 Wochen dauernde stationäre Rehabilitation für dringend angezeigt. 6.1.4 Am 17. März 2003 wurde im Auftrag von Dr. F: im Institut G. , ein triplanares natives MRI des Kopfes der Beschwerdeführerin durchgeführt. Als Indikation ist dem Bericht vom 19. März 2003 ein Unfall am 9. Dezember 2002 mit Verdacht auf ein leichtes Schädelhirntrauma zu entnehmen. Die radiologische Untersuchung ergab sodann, dass keine fokalen oder diffusen Hirnparenchym-läsionen posttraumatischer oder anderweiter Natur erkennbar seien und weder Epinoch Subduralhämatome vorlägen. Die Weite und das Signalverhalten der Liquorräume seien ebenso wie die konfigurierten Temporallappen und der Hippocampus beidseits normal. 6.1.5 Dr. F. diagnostizierte am 22. Mai 2003 ein leichtes Schädel-Hirntrauma mit hochgradigem Verdacht auf eine epileptogene Läsion mit partiellkomplexen Anfällen. Erneut empfahl er eine stationäre Rehabilitation während 3 - 4 Wochen. 6.1.6 In der Zeit vom 17. Juni 2003 bis 29. Juli 2003 befand sich die Beschwerdeführerin in der Rehaklinik H. . Im Austrittsbericht vom 20. August 2003 werden als Diagnosen ein Status nach Verkehrsunfall (Frontal- und Rechtsseitenkollision) am 9. Dezember 2002 mit wahrscheinlicher Distorsion der HWS, ein Verdacht auf ein leichtes Schädel-Hirntrauma, auf eine Distorsion im Bereich des thorakolumbalen Übergangs, auf eine Contusio capitis occipitalis und auf eine Commotio cerebri genannt. Seit dem Unfall leide die Beschwerdeführerin zudem an Dämmerzuständen mit epileptogenen Potentialen im EEG, einem zervikozephalen Symptomkomplex, einem thorakolumbalen Schmerzsyndrom, einer vegetativen Dysregulation, neuropsychologischen Funktionsstörungen und einer Anpassungsstörung mit Angst und Depression. Während des Aufenthalts in der Rehaklinik H. habe die Beschwerdeführerin an einem multidisziplinären Therapieprogramm (Physio- und Ergotherapie, psychologische Einzelbetreuung, logopädische Therapie und neuropsychologische Abklärungen) teilgenommen. Gesamthaft hätten die Beschwerden nur geringfügig beeinflusst werden können. Die Beschwerdeführerin habe aber eine bessere Akzeptanz derselben und einen besseren Umgang damit gezeigt. Ziel sei es, eine weitere psychische und physische Stabilisierung zu erreichen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100%. 6.1.7 Die Beschwerdeführerin begab sich nach dem Austritt aus der Rehaklinik H. in Behandlung von lic. phil. I. , Fachpsychologe für Neuropsychologie und Psychotherapie. Am 9. September 2003 diagnostizierte er aus klinischpsychologischer und neuropsychologischer Sicht unter anderem mässig schwere neuropsychologische Hirnfunktionsstörungen sowie derzeit eine schwere ängstlichdepressive Anpassungsstörung mit Anteil an einer posttraumatischen Belastungsstörung. Ein knappes Jahr später - am 19. August 2004 - berichtete lic. phil. I. , dass sich die ängstlichdepressive Anpassungsstörung in Regression befinde. Restsymptome einer posttraumatischen Belastungsstörung würden weiterhin bestehen, seien aber im

Vergleich zu vor einem Jahr in den Hintergrund getreten. Die im Vergleich mit der Vortestung unverändert weiterbestehenden neuropsychologischen Funktionsstörungen seien im Wesentlichen Folge einer anlässlich des Unfalls vom 9. Dezember 2002 erlittenen Hirnverletzung bzw. eines Schädel-Hirntraumas. Ebenso seien seines Erachtens die vermehrte Reizbarkeit und Affektlabilität sowie die verminderte Impulskontrolle als Unfallfolgen zu betrachten. An diesen Ausführungen hielt lic. phil. I. auch in seinem Bericht vom 7. November 2005 fest. Es lägen bei der Beschwerdeführerin weiterhin unverändert mässig schwere subkortikale, frontolimbische und -temporale Hirnfunktionsstörungen beidseits vor, welche links mehr ausgeprägt seien. Ebenso bestünde eine ängstlichdepressive Anpassungsstörung, welche aufgrund der chronischen Dauerbeschwerden und des Beschwerdeverlaufs gut nachvollziehbar sei. Eine posttraumatische Belastungsstörung sei in Form von Restsymptomen weiterhin zu diagnostizieren.

6.1.8 Der Neurologe Dr. F. führte in seinem ärztlichen Zwischenbericht vom 28. Januar 2004 aus, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall am 9. Dezember 2002 ein leichtes Schädel-Hirntrauma sowie eine HWS- und eine LWS-Distorsion erlitten habe und als Folge davon an kognitiven Defiziten leide. In Bezug auf den Verlauf führte er unter anderem aus, dass sich die Schmerzen seit dem Austritt aus der Rehaklinik H. kaum verändert hätten. Hingegen würden kaum mehr epileptische Dämmerzustände auftreten. Diese Angaben bestätigte Dr. F. in seinen Berichten vom 18. August 2004, vom 29. März 2005 und vom 21. Oktober 2005, wobei er die LWS-Beschwerden als unfallfremd bezeichnete.

6.1.9 Am 20. September 2006 erging das polydisziplinäre Gutachten der J. . Die untersuchenden Ärzte diagnostizierten eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, eine teilremittierte posttraumatische Belastungsstörung, eine symptomatische Epilepsie mit rezidivierenden komplexpartiellen Anfällen bei Status nach milder traumatischer Hirnverletzung bei Verkehrsunfall am 9. Dezember 2002, ein chronisches zervikovertebrales bis -brachiales Schmerzsyndrom, eine Migräne ohne Aura und mittelschwere neuropsychologische Defizite. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beständen ein intermittierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom, eine leichte Supraspinatustendopathie der rechten Schulter, eine mögliche beginnende Coxarthrose links, eine morbide Adipositas und eine residuenlos verheilte Extensoren-Sehnenläsion am Zeigefinger links. In der Gesamtbeurteilung wurde zunächst zum neuropsychologischen Beschwerdekreis festgestellt, dass sich formal mittelschwere bis schwere Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeitsfunktionen und - testspezifisch - des Arbeitstempos sowie insgesamt leichte bis mittelschwere Einschränkungen der verbalepisodischen Gedächtnisleistungen objektivieren lassen würden. Die Rechenleistungen seien grenzwertig ausgeprägt. Im Bereich exekutiver Leistungen würden sich Einschränkungen bei der konsequenten Beibehaltung von Zuordnungsregeln zeigen. Die Arbeitsfähigkeit betrage aus neuropsychologischer Sicht bei einer Tätigkeit als Büroangestellte 50%; bei freier Zeiteinteilung sei es der Beschwerdeführerin möglich, dieses Pensum zu leisten. Die Frage, ob Aussicht auf teilweises oder vollständiges Abklingen der neuropsychologischen Defizite bestehe, bejahten die Gutachter insofern, als sich Erfolge in der medikamentösen Behandlung sowie der psychischen Situation der Beschwerdeführerin erreichen lassen würden. Als äusserst ungünstig für die Prognose erweise sich jedoch gegenwärtig die von der Beschwerdeführerin selbst bekundete Überzeugung, den Endzustand nach dem Unfallereignis erreicht zu haben, was wenig Veränderungsmotivation signalisiere. In psychiatrischer Hinsicht sei die Beschwerdeführerin zu 40% in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, wobei eine

Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch die Aufnahme einer ambulanten psychiatrischpsychotherapeutischen Behandlung und eine Medikamenten-Compliance möglich sei. Nach zumindest teilweiser Remission der depressiven Symptomatik könne eine störungsspezifische, kognitivverhaltenstherapeutische Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung erfolgen. Eine konsequente Umsetzung der therapeutischen Massnahmen sei bei der Versicherten anzuraten, um eine weitere Chronifizierung zu verhindern. Eine psychiatrische Reevaluation habe nach vollumfänglicher Umsetzung der therapeutischen Massnahmen nach circa einem Jahr zu erfolgen. In Bezug auf die rheumatologischen Beschwerden wurde im Gutachten der J. festgestellt, dass die Beschwerdeführerin für mittelschwere bis schwere Tätigkeiten nicht mehr arbeitsfähig sei. In einer adaptierten Arbeit sei eine 80%ige Arbeitsfähigkeit zu attestieren. 6.1.10 Im Zwischenbericht vom 13. August 2007 wies lic. phil. I. auf Fort-, aber auch auf Rückschritte in der Behandlung hin. Ein therapeutischer Erfolg habe aber nicht erzielt werden können. Ein solcher sei auch von einer im Sinne der J. -Gutachter vorgeschlagenen neu aufgelegten psychiatrischpsychotherapeutischen Behandlung nicht zu erwarten. Unter der neuerlichen Einnahme des Medikamentes Zolof, verordnet von Dr. F. , fühle sich die Beschwerdeführerin jedoch etwas ausgeglichener. An der psychischen Grenzbelastbarkeit, welche aus der unverändert fortbestehenden komplexen Beschwerdelage und der adaptierten Wahrnehmung resultiere, sowie bei der Bewältigung ihrer alltäglichen Aufgaben und Pflichten, ändere dies kaum etwas. 6.1.11. Der SUVA-Kreisarzt Dr. med. K. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 20. September 2007 zu den Ausführungen von lic. phil. I. und im Gutachten der J. Stellung. Er erachtete die bisherige Behandlung durch den Psychologen als adäquat, verständlich und nachvollziehbar. Die psychiatrische Einschätzung der J. sei hingegen eher theoretisch. Deren prognostische Einschätzung gründe sich vielmehr auf Hypothesen und weniger auf einer ausführlichen Beurteilung des bisherigen Verlaufs. 6.1.12. Am 28. Mai 2008 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung bei Dr. med. L. , FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. In seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung führte er aus, dass sich diffuse Schmerzen auf HWS-Höhe auf Palpation ohne relevante Verspannungen zeigen würden, wobei ein strukturell objektivierbares Korrelat nach allen medizinischen Abklärungen nicht vorhanden sei. Eine Hirnfunktionsstörung sei zwar diagnostiziert worden. Diese stehe aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Zusammenhang mit dem Unfall, sei doch nach demselben keine Bewusstlosigkeit dokumentiert worden. Bildgebend seien aus unfallmedizinischer Sicht keine strukturell objektivierbaren Unfallfolgen vorhanden. Der Zustand sei stabil und im Sinne eines Endzustandes aus rein medizinischer Sicht zu werten. 6.1.13 Lic. phil. I. führte in einem weiteren Bericht vom 20. Juni 2008 aus, dass die Beschwerdeführerin nach einem Verkehrsunfall an einem organischen Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma mit Wesensänderung und erhöhter Erschöpfbarkeit, einer symptomatischen Epilepsie mit rezidivierenden komplexpartiellen Anfällen, einem chronischen zervikozephalen und -brachialem Schmerzsyndrom, einer anhaltenden bzw. rezidivierenden mässig schweren depressiven Störung mit Schlafstörung und nachfolgender Tagesmüdigkeit leide. Weiter wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin prätraumatisch gesund gewesen sei. Es bestünden keinerlei Hinweise für Auffälligkeiten der Persönlichkeitsstruktur. 6.1.14 Die Beschwerdeführerin befand sich vom 27. bis 30. April 2010 in der Klinik M. . Im neurologischpsychiatrischen Gutachten vom 19. Oktober 2010 wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine somatoforme Entwicklung mit depressiven,

neurasthenischen und dissoziativen Zügen bei einem Status nach Unfall im Dezember 2002 mit HWS-Distorsionstrauma, Verdacht auf Commotio cerebri und psychischem Ausnahmezustand, einem Status nach Anpassungsstörung mit Angst und Depression, einem Status nach partieller posttraumatischer Belastungsstörung (2006 teilremittiert), einem Status nach mittelgradiger depressiver Episode mit somatischem Syndrom (2006), bei fehlenden Hinweisen auf eine posttraumatische zerebrale Pathologie, eine Epilepsie und neuropsychologische Beeinträchtigungen sowie ein Vitamin-D Mangel diagnostiziert. Dem in drei Bereiche gegliederten Gutachten ist zu entnehmen, dass es aus neurologischepileptologischer Sicht keine Anhaltspunkte für eine traumatische Läsion oder einen anderweitigen pathologischen Prozess gebe. Auch unter Zuzug der Echtzeitdokumentationen ergäben sich keine zwingenden Anhaltspunkte auf eine milde traumatische Hirnläsion. Eine Commotio cerebri sei aufgrund des Unfallablaufs mit Anschlagen des Kopfes nicht ausgeschlossen, eine strukturelle posttraumatische Hirnpathologie sei allerdings vor allem zufolge der Ergebnisse der bisher durchgeführten Bildgebung als nicht wahrscheinlich anzusehen. Somit sei nicht von einer posttraumatischen epileptogenen Hirnpathologie auszugehen. Auch eine anderweitige epileptogene Hirnpathologie offenbare die Bildgebung nicht. Im Rahmen der Begutachtung sei ein 4-tägiges Langzeit-EEG abgeleitet worden, bei dem kein patiententypisches Ereignis in Form eines von der Beschwerdeführerin so genannten „Aussetzers“ habe aufgezeichnet werden können. Das EEG zeige einen normalen Befund und eine Wortfindungsstörung sei nicht erkennbar. Es ergäben sich aus der bei der Klinik M. durchgeführten Diagnostik keine Hinweise auf das Vorliegen einer Epilepsie. In neuropsychologischer Hinsicht hielten die Gutachter fest, dass sich aktuell keine relevanten Beeinträchtigungen ergäben. Die in den Berichten des behandelnden Psychologen lic. phil. I. und auch im Gutachten der J. erwähnten neuropsychologischen Defizite hätten nicht bestätigt werden können. In der aktuellen Testung habe sich gezeigt, dass die Beschwerdeführerin über ein unter dem Normbereich liegendes allgemeines kognitives Leistungsniveau verfüge. Es würden sich aber -in Übereinstimmung mit der J. - Anhaltspunkte auf eine nicht durchgehend vorhandene Testmotivation und Anstrengungsbereitschaft zeigen. Die in der Untersuchung gezeigte Antriebsminderung und die reduzierte Reaktions- und Verarbeitungsgeschwindigkeit würden oft als kognitive Begleitsymptome einer affektiven bzw. psychiatrischen Störung beobachtet. Aus psychologischpsychiatrischer Sicht wurde ein insuffizienter Behandlungsstand konstatiert. Ein primär auf das Coping mit als organisch bedingt eingeschätzten Teilleistungsstörungen fokussierter therapeutischer Zugang müsse retrospektiv im Lichte der aktuellen somatischen Ausschlussdiagnostik als problematisch eingeschätzt werden. Sowohl Anpassungsstörungen als auch somatoforme Störungen seien prinzipiell behandelbar. Dies setze aber voraus, dass der Patient oder die Patientin und der Therapeut bzw. die Therapeutin die Überzeugung teilen würden, aktiv die Behandlung der Beschwerden anstreben zu wollen. Sowohl der gewählte therapeutische Zugang als auch die korrespondierende Überzeugung der Beschwerdeführerin hinsichtlich des Endzustands der Beschwerden - wie bereits im neuropsychologischen Gutachten der J. festgehalten - hätten sich in prognostischer Hinsicht sicherlich nicht günstig ausgewirkt.

6.1.15 Nachdem sowohl lic. phil. I. am 7. Januar 2011 wie auch Dr. F. am 17. Juni 2011 das Gutachten der Klinik M. als mangelhaft, nicht umfassend und die Schlussfolgerungen als nicht korrekt bezeichneten, holte die SUVA bei Dr. med. N. , FMH Neurologie, SUVA Versicherungsmedizin Luzern, eine neurologische und bei Dr. med. O. , Facharzt Psychiatrie, eine psychiatrische Stellungnahme ein. Dr. N. führte am 21. November 2011

aus, die neurologischen Ausführungen im Gutachten der Klinik M. seien nachvollziehbar, begründet und würden sich auf objektivierbare Befunde stützen. Die Auseinandersetzung mit den Vorbefunden sei detailliert und überzeugend. Die Kritik am Gutachten durch lic. phil. I. sei zwar interessant, jedoch geprägt vom Prinzip post hoc-ergo propter hoc. Es sei anhand der Untersuchungen in der Klinik M. anzuerkennen, dass keine strukturellen Hirnläsionen als Erklärung neurologischer/neuropsychologischer oder psychiatrischer Beschwerden als Folge des Unfalls vom 9. Dezember 2002 ausgewiesen seien. Der Kritik von Dr. F. am Gutachten der Klinik M. entgegnete Dr. N. mit der Argumentation, dass ein funktionelles MRI des craniozervikalen Übergangs nicht geeignet sei, verlässliche Aussagen zu allfälligen Läsionen der Bänder zu machen. Dr. F. müsse anerkennen, dass keine strukturelle Läsion als Erklärung epileptischer Anfälle ausgewiesen sei. Es sei auch allgemein wissenschaftlich anerkannt, dass eine leichte traumatische Hirnverletzung nicht geeignet sei, eine Epilepsie auszulösen bzw. zu erklären. Dr. O. hielt aus psychiatrischer Sicht am 5. Januar 2012 zum Gutachten der Klinik M. fest, dass der Aktenauszug, die Exploration und die neuropsychologische Testuntersuchung zwar gut strukturiert und umfassend seien. Problematisch sei aber die psychologisch-psychiatrische Beurteilung. So sei für die Diagnose einer dissoziativen wie auch einer somatoformen Schmerzstörung erforderlich, dass emotionale Konflikte oder psychosoziale Probleme genannt würden, die schwerwiegend genug seien, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten. Hierzu äussere sich der Gutachter aber nicht. Es werde einzig über die Persönlichkeitsentwicklung der Beschwerdeführerin und eine wahrscheinlich unfallunabhängige, konflikthafte Versorgungsautarkie-Problematik spekuliert. Auf dem Boden der vorliegenden Beurteilung seien die Aussagen zur Leistungsfähigkeit aber nicht ausreichend begründet. Dr. O. erachtete eine ergänzende psychiatrische Begutachtung als angezeigt. In ihrer Stellungnahme zum Schreiben des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin vom 24. Januar 2012 erachtete Dr. N. am 23. April 2012 eine weitere neurologische Abklärung als nicht erforderlich. Die Argumentation von Advokat Züblin, wonach die Ergebnisse der EEG-Untersuchung in der Klinik M. diskussionswürdig seien, weil sie unter dem Einfluss von epilepsiehemmenden Medikamenten erfolgt seien, sei nicht stichhaltig, denn das Absetzen der Medikamente würde nichts zur inhaltlich kausalen Klärung beitragen. 6.1.16 In der Folge beauftrage die SUVA Dr. med. P., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, mit der Untersuchung der Beschwerdeführerin. In seinem Gutachten vom 31. Mai 2013 diagnostizierte er (1) eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlichdepressiven und emotionalinstabilen Zügen, beeinträchtigter Spannungsregulation, Dissoziationsneigung und Somatisierungstendenz sowie (2) eine rezidivierende ängstlichdepressive Störung, gegenwärtig remittiert. In seiner zusammenfassenden Beurteilung hielt Dr. P. fest, dass bei der Beschwerdeführerin eine kombinierte Persönlichkeitsstörung vorliege, welche bis ins frühe Erwachsenenalter nicht fassbar gewesen, jedoch durch das Unfallereignis manifest geworden sei. Die Persönlichkeitsstörung zeige eine vielgestaltige Symptomatik (von ausgeprägter emotionaler Instabilität mit rezidivierenden Verstimmungszuständen bis hin zu depressivsuizidalen Einbrüchen, beeinträchtigter Spannungsregulation mit dem Drang, sich selbst zu verletzen, Selbstwertproblematik, Überforderungsgefühlen, dissoziative Neigung und Somatisierungstendenz). Im Verlauf sei es wiederholt zu längeren depressiven Phasen gekommen, welche diagnostisch als komorbide rezidivierende Störung aufgefasst werden könnten. In der ersten Zeit nach dem Unfallereignis hätten sich zudem Anteile einer posttraumatischen Belastungsstörung gezeigt, welche aber aktuell remittiert sei. Zwar sei die Persönlichkeitsstörung nach dem Unfall manifest geworden, dieser sei aber nicht die

Ursache derselben; das Unfallereignis habe vielmehr durch die mit ihm verbundenen sozialen Belastungen (Verletzung, Behandlung, Ängste) die bis zu diesem Zeitpunkt nicht manifeste Störung aufgedeckt. Es müsse jedoch davon ausgegangen werden, dass sich die Persönlichkeitsstörung mit fortschreitendem Lebensalter und unter den damit zusammenhängenden psychosozialen Belastungen (Eintritt ins Berufsleben, Heirat, Mutter werden etc.) auch ohne Einwirkung eines Unfallgeschehens geäußert hätte. Gleichzeitig hätten die unfallbedingten Einflüsse abgenommen, weshalb der Status quo sine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht sei. 7.1. Im angefochtenen Einspracheentscheid stützte sich die SUVA in erster Linie auf die neurologischepileptologischen Abklärungsergebnisse im Gutachten der Klinik M. vom 19. November 2010 und auf das Gutachten von Dr. P. vom 31. Mai 2013. Sie ging demnach davon aus, dass die geklagten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zwar möglicherweise im Zusammenhang mit dem Trauma vom 9. Dezember 2002 stünden. Ein überwiegend wahrscheinlicher natürlich kausaler Zusammenhang bestehe gemäss diesen Berichten nicht, weshalb sie die Leistungen per Ende Dezember 2013 habe einstellen dürfen. Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass der natürliche Kausalzusammenhang zu bejahen sei und sie weiterhin Anspruch auf Leistungen der SUVA habe. In Bezug auf die beim Unfall erlittenen Verletzungen an der LWS sind sich die Parteien einig, dass diese nicht mehr unfallkausal sind. 7.2.1. Wie in Erwägung 5.2 ausgeführt, ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Solche Indizien sind weder den neurologischepileptologischen Ausführungen im Gutachten der Klinik M. vom 19. November 2010 noch jenen von Dr. P. vom 31. Mai 2013 zu entnehmen. Vorweg ist jedoch betreffend die psychologischpsychiatrische Beurteilung im Gutachten der Klinik M. vom 19. November 2010 festzustellen, dass darauf zu Recht nicht abgestellt wurde. In Übereinstimmung mit den Ausführungen des SUVA-Kreisarztes Dr. O. vom 5. Januar 2012 weist das Gutachten der Klinik M. in diesem Teilbereich Mängel betreffend die psychiatrische Beurteilung, die Diagnosestellung und die Begründung auf. Dass die Vorinstanz unter diesen Umständen eine ergänzende psychiatrische Begutachtung bei Dr. P. veranlasste, ist nachvollziehbar und nicht zu beanstanden. Überzeugend, umfassend und einleuchtend präsentierte sich demgegenüber der neurologischepileptologische Teil des Gutachtens der Klinik M. Die Fachärzteschaft stützte sich dabei auf die umfangreichen Vorakten und die Ergebnisse der stationäre Untersuchung der Beschwerdeführerin, welche zwischen dem 27. und 30. April 2010 stattfand. Dabei wurde ein 72-Stunden EEG-Monitoring durchgeführt. Die Beschwerdeführerin wurde daher einer umfassenden Untersuchung unterzogen und die Ergebnisse dieser Abklärungen wurden eingehend - auch unter Berücksichtigung der abweichenden ärztlichen Meinungen - in einer Konsensbesprechung erläutert und analysiert. Die Auswertung dieser Untersuchungsergebnisse ergab, dass bei der Beschwerdeführerin weder Hinweise für eine Epilepsie noch für eine organische Hirnschädigung vorliegen. Weiter ist auch die neuropsychologische Begutachtung in der Klinik M. nicht zu beanstanden, bei welcher festgestellt wurde, dass die neuropsychologischen Funktionsdefizite nicht durch den Unfall verursacht wurden. 7.2.2. In psychiatrischer Hinsicht überzeugen die Feststellungen von Dr.

P. . In seinem gründlichen, die Anamnese und die Vorakten ausführlich berücksichtigenden Gutachten vom 31. Mai 2013 kam er nachvollziehbar zum Schluss, dass die von ihm gestellten Diagnosen (kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlichdepressiven und emotionalinstabilen Zügen, beeinträchtigter Spannungsregulation, Dissoziationsneigung und Somatisierungstendenz und rezidivierender ängstlichdepressiver Störung, gegenwärtig remittiert) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 9. Dezember 2002 zurückzuführen sind. Er nahm ausführlich zu den seinen Untersuchungsergebnissen widersprechenden Berichten des behandelnden Psychologen lic. phil. I. Stellung und wies darauf hin, dass dieser seine Beurteilung auf der Annahme, die Beschwerdeführerin habe eine organische Hirnverletzung erlitten, basiere. Nachdem aufgrund der Ausführungen im Gutachten der Klinik M. feststehe, dass keine Hirnverletzung vorliegt, könne lic. phil. I. nicht gefolgt werden. Gestützt auf die stichhaltige Beurteilung von Dr. P. und der neurologisch-epileptologischen Abklärung der Klinik M. durfte die SUVA davon ausgehen, dass die von der Beschwerdeführerin weiterhin geklagten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Autounfall vom 9. Dezember 2002 stehen.

7.3.1. Daran ändern die Ausführungen in der Beschwerde nichts. Mit Blick auf die Begründungen von Dr. F. ist festzustellen, dass er sowohl betreffend die Diagnosestellung als auch bezüglich der Behandlung der Beschwerden von einer leichten traumatischen Hirnverletzung und einer Epilepsie ausging. Dr. F. äusserte in seinem Bericht vom 21. Februar 2003 aufgrund seiner EEG-Ableitung vom 20. Februar 2003 den Verdacht auf eine epileptogene Läsion. Die in der Folge im Institut G. am 17. März 2003 durchgeführte MRI-Untersuchung zeigte jedoch keine fokalen oder diffusen Hirnparenchym-läsionen posttraumatischer oder anderweitiger Natur und keine Epider Subduralhämatomate. Damit konnten aber eine unfallbedingte strukturelle Hirnschädigung und die Verdachtsdiagnose einer Epilepsie bzw. einer leichten traumatischen Hirnverletzung bereits einen Monat nach der EEG-Untersuchung bei Dr. F. ausgeschlossen werden. Die von ihm in die Wege geleiteten Abklärungen mittels funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT; fmri) ändern an diesen Schlussfolgerungen nichts. Zwar ergaben diese Untersuchungen Hinweise auf beidseitige Läsionen des Ligamentums transversum atlantis Grad III nach Krakenes und eine Läsion des linken Ligamentum alare Grad II nach derselben Klassifikation (vgl. Bericht des Zentrums Q. vom 14. Februar 2007). Daraus kann aber aufgrund der überzeugenden Ausführungen im Gutachten der Klinik M. weder auf eine traumatische Hirnverletzung noch auf eine Epilepsie geschlossen werden. Zudem kommt den mittels fMRT/fmri erhobenen Befunden für die Beurteilung der Unfallkausalität von Beschwerden nach Schleudertraumen der HWS und äquivalenten Unfallmechanismen nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft kein Beweiswert zu, weshalb darauf vorliegend nicht abgestellt werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2011, 8C_310/2011, E. 4.2). Die Behauptung, wonach die Beschwerdeführerin an einer unfallbedingten Epilepsie leide, wurde schliesslich durch die Klinik M. widerlegt. Zwar ist mit der Beschwerdeführerin einig zu gehen, dass der Verlust der von Dr. F. erstellten EEG-Ableitung vom 20. Februar 2003 in der Klinik M. unverständlich ist. Der Beweiswert des Gutachtens der Klinik M. (als eine auf Epilepsieerleidern spezialisierte Institution) vom 19. November 2011 wird dadurch aber nicht geschmälert. Dies umso mehr, als in diesem Gutachten auch auf die EEG-Ableitung von Dr. F. Bezug genommen und betont wird, dass die hierbei beschriebenen Graphoelemente nicht beweisend für das Vorliegen einer Epilepsie seien. Zu bedenken ist auch, dass anlässlich der Erstbehandlung der

Beschwerdeführerin im Spital C. am 9. Dezember 2002 festgestellt worden war, dass diese bei vollem Bewusstsein nach der GCS gewesen sei, was als weiterer Hinweis darauf zu werten ist, dass die Beschwerdeführerin keine Hirnläsionen erlitt (vgl. E. 6.1.1 vorstehend).

7.3.2. Ebenso wenig kann den Ausführungen von lic. phil. I. gefolgt werden. Wie Dr. F. ging er von einer traumatischen Hirnverletzung und einer Epilepsie als Basis für die gestellten Diagnosen aus. Nachdem nunmehr feststeht, dass die Beschwerdeführerin keine Hirnpathologie und auch keine Epilepsie aufweist, basiert seine Behandlung auf einer unzutreffenden Beurteilung. Dies wird denn auch durch Dr. P. einleuchtend dargelegt. Er fasste in seinem Bericht vom 31. Mai 2013 die von lic. phil. I. genannten Beschwerden zusammen und wies verständlich nach, dass diese mangels Hirnverletzung nicht als organisches Psychosyndrom und organische Persönlichkeitsstörung bezeichnet werden könnten, sondern auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung zurückzuführen seien. Diese Beurteilung zeigte er nachvollziehbar gestützt auf die Anamnese und die eigene Untersuchung der Versicherten auf. Es wird aufgrund seiner Ausführungen klar, dass die Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits vor dem Unfall an einer Persönlichkeitsstörung gelitten hat, diese sich aber erst durch das Ereignis vom 9. Dezember 2002 manifestierte.

7.3.3 Weiter kann die Beschwerdeführerin aus dem Umstand, dass ihr die Beschwerdegegnerin während mehr als elf Jahren Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeldern ausgerichtet hat, nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die dadurch erfolgte (faktische) Anerkennung der Leistungspflicht bedeutet nicht etwa, dass die Beschwerdegegnerin nachträglich nur unter den Voraussetzungen der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision auf die bisher gewährten Versicherungsleistungen zurückkommen darf. Wie das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) in BGE 130 V 380 ff. entschieden hat, ist es dem Unfallversicherer freigestellt, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen und den Fall abzuschliessen, wenn er nachträglich zur Auffassung gelangt, die Leistungszusprechung sei anfänglich unrichtig gewesen. Eine Leistungseinstellung mit Wirkung ex nunc et pro futuro bedeutet nämlich - so das damalige EVG - kein Rückkommen auf die bisher gewährten Versicherungsleistungen. Nur wenn der Unfallversicherer diese zurückfordert, muss er den hierfür erforderlichen Rückkommenstitel der prozessualen Revision oder der Wiedererwägung ausweisen. Will er aber - wie im vorliegenden Fall - nicht so weit gehen, sondern die bisher zu Unrecht ausgerichteten Leistungen stehen lassen, ist Verfügungsgegenstand nur die zukünftige Leistungseinstellung, welche - wenn materiell-rechtlich begründet und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen - der Unfallversicherer ohne Rückkommensvoraussetzungen und damit ohne Bindung an früher ausgerichtete Leistungen vornehmen kann (BGE 130 V 384 E. 2.3.1 mit weiteren Hinweisen).

7.3.4 Schliesslich ist nicht nachvollziehbar, auf welche medizinischen Unterlagen die Beschwerdeführerin ihre Behauptung stützt, dass die Hirnverletzung mit Epilepsie und einem hirnanorganischen Psychosyndrom anfänglich gutachterlich bestätigt gewesen sei, denn die kurz nach dem Unfall aufgrund anerkannter Methoden (EEG/MRI) durchgeführten Abklärungen konnten keine objektivierbaren Befunde aufzeigen. Selbst Dr. F., auf den sich die Beschwerdeführerin stützt, ging ursprünglich nur von einem Verdacht auf eine epileptogene Läsion aus.

7.3.5 Fehl geht die Beschwerdeführerin auch, wenn sie unter Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts vom 5. Dezember 2012, 8C_476/2001,

behauptet, der Status quo sine habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden können. Im genannten Urteil hielt das Bundesgericht im Wesentlichen dafür, dass der Status quo sine nicht nur aufgrund eines Aktengutachtens bestätigt werden könne, welches zudem - entgegen sämtlichen anderen Berichten - eine Teilursächlichkeit des Unfalls verneine. Die Beschwerdeführerin wurde vorliegend in der Klinik M. umfassend durch auf Epilepsie spezialisierte Fachärzte der Neurologie begutachtet. Diese kamen nach einer fundierten Untersuchung zum Schluss, dass der Status quo sine erreicht sei, weshalb ohne weiteres davon auszugehen ist. 7.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund der medizinischen Unterlagen die Unfallkausalität zwischen dem Unfallereignis vom 2. Dezember 2002 und den heute noch geltend gemachten Beschwerden unter Berücksichtigung des Beweisgrades der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verneinen ist. Die blossе Möglichkeit der Unfallkausalität genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches der SUVA nicht (BGE 119 V 338 E. 1). Genau so wenig reicht für die Begründung eines Leistungsanspruches der SUVA die Tatsache, dass die geltend gemachten Beschwerden erst nach dem Unfall aus dem Jahre 2002 eingetreten sind. In seiner Rechtsprechung hat das Bundesgericht diesbezüglich festgehalten, dass eine gesundheitliche Schädigung nicht bereits dadurch als durch ein Unfall verursacht gilt, weil sie zeitlich nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 341 f. E 2bb). Demgemäss ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 8

Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Verfahrensausgang entsprechend wettzuschlagen Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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