

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00088

vom 6. September 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-09-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00088

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00088 du 6 septembre 2005

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00088 del 6 settembre 2005

Erwägungen

E. 3.1

Mit Zeugnis vom 9. Mai 2000 (Urk. 10/16) über die Erstbehandlung der Beschwerdeführerin vom 28. April 2000 diagnostizierte Dr. C.____ ein leichtes Schleudertrauma. Der Allgemeinzustand der Beschwerdeführerin wurde mit **Ä**gut, Kopfweh, Schockzustand **Ä** beschrieben, weiter bestehe ein Status nach fr^Äherem Schleudertrauma (Urk. 10/16 Ziff. 3, Ziff. 4). Der Befund ergab eine leicht eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule. Als Therapie wurden Ruhe und Analgetika verordnet (Urk. 10/16 Ziff. 4, Ziff. 7 lit. a). Die Beschwerdeführerin sei ab 28. April 2000 voraussichtlich für 2 bis 3 Wochen zu 100 % arbeitsunfähig; der Behandlungsabschluss sei innerhalb desselben Zeitraums zu erwarten (Urk. 10/16 Ziff. 8, Ziff. 9).

Im zuhanden der Beschwerdegegnerin am 26. Mai 2000 ausgefüllten **Ä**Zusatzfragebogen bei HWS-Verletzungen **Ä** (Urk. 10/15) hielt Dr. C.____ hinsichtlich der subjektiven Angaben fest, die Beschwerdeführerin habe nach dem Unfall und anlässlich der Erstkonsultation vom 28. April 2000 wenig an Schwindel, okzipital an Spontanschmerz im Kopf sowie im Nacken rechts und links gelitten, weiter habe nach dem Unfall eine leichte Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule bestanden. Vor dem Unfall habe volle Leistungsfähigkeit und bezüglich der Halswirbelsäule Beschwerdefreiheit vorgelegen (Urk. 10/15 Ziff. 2). Der psychische Zustand sei anlässlich der Erstuntersuchung im objektiven Befund normal gewesen (Urk. 10/15 Ziff. 3 lit. e). Dr. C.____ diagnostizierte eine HWS-Distorsion. Die Beschwerdeführerin sei vom 28. April bis zum 8. Mai 2000 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 10/15 Ziff. 5-6). Vor 10 Jahren habe sie ein HWS-Distorsionstrauma erlitten; es hätten keine psychischen Störungen vorbestanden (Urk. 10/15 Ziff. 7).

Gemäss dem durch Dr. C.____ ausgefüllten Unfallschein war die Beschwerdeführerin ab 9. Mai 2000 zu 50 % und ab 1. August 2000 zu 100 % arbeitsfähig; die ärztliche Behandlung endete am 11. Dezember 2000 (Urk. 10/14). Dr. C.____ hielt in seinem Zwischenbericht vom 11. Dezember 2000 (Urk. 10/13) fest, die unfallbedingte ärztliche Behandlung sei abgeschlossen (Urk. 10/13 Ziff. 5). Die Frage, ob ein bleibenden Nachteil zu erwarten sei, beantwortete Dr. C.____ mit **Ä**Abschluss mit Vorbehalt **Ä** (Urk. 10/13 Ziff. 7).

E. 3.2

Dr. med. F.____, Rheumatologie FMH, führte mit Bericht vom 6. Februar 2002 (Urk. 10/9) zuhanden von Dr. C.____ aus, dass seit dem Auffahrunfall im Frühjahr 2000 vertebrogene Beschwerden rezidierten; deswegen seien immer wieder

physiotherapeutische Behandlungen erfolgt. Anfang Januar 2002 habe sich eine ganz akute, spontan aufgetretene Schmerzattacke der gesamten Wirbelsäule mit Ausstrahlung ins rechte Bein ereignet. Im Vordergrund stehe die schmerzhafteste Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule und die ausgeprägte muskuläre Verspannung im Schultergürtel. Die Beurteilung ergab schmerzhafteste Bewegungen der Halswirbelsäule und des zervikothorakalen Übergangs mit ausgeprägter fibromyalgischer Reaktion des Schultergürtels, eine Diskopathie C5/6 sowie eine HWS-Fehlhaltung. Dr. F.____ erachtete die Fortsetzung der Physiotherapie als essentiell (Urk. 10/9).

Mit Bericht vom 22. Juli 2002 (Urk. 3/4) diagnostizierte Dr. F.____ ein Zervikothorakal-Syndrom, eine HWS-Fehlhaltung, eine Diskopathie C5/6 sowie spondylogene Schultergürteltendomyosen. Es seien Physiotherapien und eine medikamentöse Behandlung verordnet worden. Die letzte Therapieverordnung stamme vom 13. März 2002; die letzte Kontrolle sei am 24. April 2002 erfolgt. Der Verlauf der letzten drei Monate sei unbekannt. Dr. F.____ sah keine Wiederaufnahme der Physiotherapie vor (Urk. 3/4).

E. 3.3

Dr. C.____ diagnostizierte mit Bericht vom 29. Oktober 2002 (Urk. 3/6) ein posttraumatisches Zervikalsyndrom. Jetzt erfolge keine Physiotherapie mehr, die Beschwerdeführerin betreibe nur noch private Fitness. Auf die Frage, in welchen Zeitabständen die Arztkonsultationen stattfinden, antwortete Dr. C.____ mit „Abschluss“. Vorderhand werde keine weitere Therapie verordnet (Urk. 3/6).

Zur Anfrage der Beschwerdegegnerin betreffend eines ausführenden Verlaufsberichts hielt Dr. C.____ am 18. März 2003 (Urk. 10/12) fest, dass der Heilverlauf unter Physiotherapie gut, aber langsam sei. Dr. C.____ habe die Beschwerdeführerin zum Spezialisten Dr. F.____ geschickt, habe von ihm jedoch keinen Bericht (Urk. 10/12).

E. 3.4

Am 16. Juni 2003 unterbreitete die Beschwerdegegnerin Dr. med. G.____, FMH für Neurologie, die medizinischen Akten zur Beurteilung und Stellungnahme (Urk. 10/7). Dieser führte mit Bericht vom 23. Juli 2003 (Urk. 10/5) nach Zusammenfassung der medizinischen Unterlagen aus, dass über die Zeit von Februar 2002 bis Februar 2003 keine Dokumentation existiere. Aus rheumatologischer Sicht sei festgestellt worden, dass die Beschwerdeführerin an fibromyalgischen Reaktionen des Schultergürtels leide, dazu gehörten auch schmerzhafteste Bewegungen der HWS bis sogar Kopfweh vom Spannungstyp. Hier liege eine krankhafte Veranlagung vor. Es sei somit nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die heutigen Beschwerden auf das Unfallereignis vom 27. April 2000 zurückgehend seien. Die Prognose sei bei einer Fibromyalgie schwierig zu stellen. Meist sei es so, dass im Laufe der Jahre immer mehr chronische Schmerzprobleme aufträten, die infolge unbekannter Ursache schwierig zu behandeln seien (Urk. 10/5 S. 2).

E. 3.5

Dr. med. E.____, FMH für Neurologie, diagnostizierte mit Bericht vom 16. Januar 2004 (Urk. 10/3) einen Status nach HWS-Distorsionstrauma vom Juni 1990, einen Status nach zweitem HWS-Distorsionstrauma vom April 2000, eine Angst- und Panikstörung sowie

ein massiges Zervikalsyndrom (Urk. 10/3 S. 1). Der erste Unfall sei ein Auffahrunfall gewesen. Die Beschwerdeführerin habe keine Amnesie für das Geschehen. Unmittelbar nach dem Unfall, bei dem die Autotür blockiert worden sei und sie auf der anderen Seite habe aussteigen müssen, sei sie schockiert und verwirrt gewesen und habe starke Angst verspürt. In der Folge habe sie unter Kopf-, Nacken- und Kieferschmerzen gelitten. Sie habe gleichentags Dr. C. konsultiert, der sie mit Analgetika und einem Halskragen behandelt habe. In der Folge sei der Verlauf unter Physiotherapie und Chiropraktik fluktuierend gewesen. 1995 sei sie für 8 Wochen zur Rehabilitation in Rheinfelden gewesen, was zu einer partiellen Entlastung geführt habe. Ab 1998 sei ihr Zustand relativ stabil gewesen, sie habe aber immer wieder unter Angst- und Panikattacken gelitten (Urk. 10/3 S. 1).

Beim zweiten Unfall vom April 2000 habe sie ebenfalls wegen blockierter Türen nicht aussteigen können. Durch den Airbag sei es zu einer Staubwolke im Wagen gekommen. Dies habe sie als drohenden Brand interpretiert und sie sei in Panik geraten (Urk. 10/3 S. 1). In der Folge sei sie mit Analgetika, Physiotherapie, Akupunktur, später auch mit medizinischer Trainingstherapie behandelt worden. Trotz persistierender Beschwerden sei der Fall zirka 2001 abgeschlossen worden. Ab Sommer 2003 habe sie wegen der Angst- und Panikreaktionen einen Behandlungsversuch beim Psychiater Dr. H. unternommen, der nicht erfolgreich verlaufen sei (Urk. 10/3 S. 2).

Die aktuellen Beschwerden umfassten immer wieder massive Angst- und Panikattacken. Der Schlaf sei gestört, sie leide unter Lustlosigkeit, Erschöpfung und Appetitmangel sowie einem inneren Unruhegefühl. Im Nackenbereich leide sie wechselnd unter Schmerzen, selten auch unter Kopfschmerzen, häufig unter Augenflimmern und gelegentlich unter Trümmel. Der Befund habe klinisch neurologisch im detaillierten Neurostatus keine Auffälligkeiten ergeben. Der Abstand Kinn-Jugulum betrage 4/20 cm, es fänden sich druckdolente Nackenstrukturen im mittleren Bereich. Die Rotation in Mittelstellung erreiche rechts 50°, links 55°, die Lateralflexion links 35°, rechts 30°. Die Kopfgelenke seien gut beweglich (Urk. 10/3 S. 2).

Im Vordergrund der Beschwerden stehe jetzt eine ausgeprägte Angst- und Paniksituation, die seit dem ersten Unfall bestehe und nach dem zweiten Unfall massiv aktiviert worden sei. Auf somatischer Ebene finde sich ein massig ausgeprägtes rechtsbetontes Zervikalsyndrom mit schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit. Sobald die Situation mit den Angst- und Panikattacken etwas unter Kontrolle sei, könne wieder mit einer geeigneten Therapie für das Zervikalsyndrom begonnen werden. Bis zum 15. Januar 2004 zeige sich unter medikamentöser Behandlung und Psychotherapie eine deutliche Tendenz zur Stabilisierung (Urk. 10/3 S. 2).

E. 3.6

Dr. med. I., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte mit Bericht zuhanden der Eidgenössischen Invalidenversicherung vom 16. Juli 2004 (Urk. 11/5/2) einen Status nach Distorsionstrauma der HWS 1990 und 2000 mit chronischem Schmerzsyndrom im Kopf- und Nackenbereich, Verdacht auf neuropsychologische Funktionsstörung, Panikstörung (ICD-10 F41.0) sowie rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.0). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei besserungsfähig; ihre Arbeitsfähigkeit könne durch Psychotherapie verbessert werden. Es sei eine ergänzende neuropsychologische Abklärung angezeigt (Urk. 11/5/2 lit. C Ziff. 1-2, Ziff.

6). Die Behandlung erfolge seit dem 18. Oktober 2003. Angesichts der interdisziplinären Problematik sei die Arbeitsfähigkeit ebenfalls interdisziplinär zu beurteilen (Urk. 11/5/2 lit. D Ziff. 1, Ziff. 7).

Mit einem weiteren Bericht vom 16. Juli 2004 (Urk. 10/2) diagnostizierte Dr. I. ___ eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig eine leichte Episode (ICD-10 F33.0; Urk. 10/2 S. 2 Mitte). Die Beschwerdeführerin habe 1990 einen Heckauffahrunfall und dabei ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule erlitten. 1994 sei sie von Dr. med. J. ___ abgeklärt worden. Dieser habe ein mit diesem Unfall im Zusammenhang stehendes Schmerzsyndrom im Kopf- und Nackenbereich, eine temporomandibuläre Gelenkstörung und Anhaltspunkte für eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine sekundäre Depression gefunden. Die neuropsychologischen Befunde habe Dr. J. ___ im Rahmen einer Schmerzinterferenz und der psychoreaktiven Störung beurteilt. Vor dem Unfall sei die Beschwerdeführerin gemäß Dr. J. ___ psychiatrisch unauffällig gewesen (Urk. 10/2 S. 1).

Vom 11. April bis 6. Juni 1995 sei die Beschwerdeführerin in der Rehaklinik Rheinfelden hospitalisiert gewesen. Es seien folgende Diagnosen gestellt worden: Status nach Heckauffahrunfall am 23. Juni 1990 mit traumatischer HWS-Distorsion, Zervikovertebralsyndrom bei HWS-Fehlhaltung mit einem hypermobilen Zervikalsegment C4/5 und sonst größtenteils eingeschränkter HWS-Beweglichkeit, rechtsbetonte Uncarthrosen und Spondylose bei C4 bis C7 (maximal C5/6), beginnende uncarthrotische Neuroforaminalstenose bei C5/6, multiple zervikozepale Symptome, partielle posttraumatische Belastungsstörung, posttraumatische Anpassungsstörung (Urk. 10/2 S. 2).

Am 27. April 2000 habe die Beschwerdeführerin erneut einen Heckauffahrunfall (richtig: Frontalaufprall; vgl. Urk. 13/12; Urk. 13/13/14) und dabei ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule erlitten. Die psychischen Beschwerden hätten seit dem Unfall von 1990 bestanden und seien durch den zweiten Unfall massiv aktiviert worden. Die aufgrund der Untersuchungen im Oktober 2003 vorgenommene Beurteilung durch Dr. I. ___ ergab eine beeinträchtigende Angststörung mit Panikattacken, aber auch Symptomen des Wiedererlebens sowie depressive Äquivalente. Zusätzlich habe eine erhebliche Verunsicherung und affektive Labilisierung bestanden. Die psychiatrische Störung sei psychoreaktiv. Bei der Reaktion spielten die beiden Unfallereignisse eine Rolle, die zumindest subjektiv eindrücklich gewesen seien: 1990 sei die Beschwerdeführerin auf einen Baum zugefahren, 2000 habe sie sich nicht selbst befreien können und habe Angst vor einem Feuersausbruch gehabt. Die Reaktion sei aber auch aufgrund der Unfallfolgen mit der Schmerzsituation, dem Verdacht auf kognitive Störungen, der Einschränkung der Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit und konsekutiv den Überforderungssituationen erfolgt (Urk. 10/2 S. 2).

Zum Beginn der ambulanten Psychotherapie am 17. November 2003 habe sich die psychische Symptomatik massiv verstärkt, es sei in der Folge zu einer relativen Stabilisierung gekommen. Das depressive Syndrom habe sich aufgehellt und die Angstsymptomatik sei nicht mehr so dramatisch, aber nach wie vor vorhanden. Es sei eine neuropsychologische Beurteilung notwendig (Urk. 10/2 S. 2 f.).

E. 4.1

Dr. C.____ diagnostizierte bei der Erstbehandlung der Beschwerdeführerin vom 28. April 2000 ein leichtes Schleudertrauma (Urk. 10/16), nach dem Unfall traten Schwindel sowie Kopf- und Nackenschmerzen auf (Urk. 10/15 Ziff. 2). In Anbetracht des Umstands, dass der Wagen der Beschwerdeführerin am 27. April 2000 frontal auf ein mit etwa 60-70 km/h schnelles Fahrzeug aufprallte und an beiden Fahrzeugen Totalschaden entstand (vgl. Urk. 13/4-7), kann davon ausgegangen werden, dass sie anlässlich dieses Unfalles ein Schleudertrauma erlitten hat. Dies wird im Übrigen von den Parteien nicht bestritten.

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, sie habe keinen Rückfall erlitten, (vgl. Urk. 1 S. 2), so kann dem nicht gefolgt werden. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt (BGE 118 V 296 Erw. 2c mit Hinweisen). Seit der letzten Behandlung durch Dr. C.____ im Dezember 2000 (Urk. 10/13) erhielt die Beschwerdeführerin zwar Physiotherapie (vgl. Urk. 3/2), dies kann jedoch nicht mit einer ärztlichen Behandlung gleichgesetzt werden. Eine solche wird in den Akten erst mit Bericht von Dr. F.____ vom 6. Februar 2002 dokumentiert, wo über eine Anfang Januar 2002 aufgetretene Schmerzattacke berichtet wurde (Urk. 10/9). Eine erneute Arbeitsunfähigkeit trat sodann erst ab dem 6. April 2003 ein (vgl. Urk. 10/1).

E. 4.2

Dr. F.____ hielt mit Bericht vom 6. Februar 2002 (Urk. 10/9) fest, dass seit dem Auffahrunfall im Frühjahr 2000 vertebrogene Beschwerden rezidierten und deswegen immer wieder physiotherapeutische Behandlungen erfolgt seien. Anfang Januar 2002 sei eine spontane Schmerzattacke in der gesamten Wirbelsäule aufgetreten; im Vordergrund stehe die schmerzhafte Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule und die ausgeprägte muskuläre Verspannung im Schultergürtel. Dr. F.____ äusserte sich nicht dazu, worauf die Schmerzattacke und die genannten Beschwerden zurückzuführen seien. Zudem fand Dr. F.____ eine ausgeprägte fibromyalgische Reaktion im Bereich des Schultergürtels, ohne jedoch dazu entsprechende Untersuchungen, insbesondere bezüglich der erforderlichen druckschmerzhaften Kontrollpunkte (Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, S. 521), vorgenommen zu haben. Dr. F.____ erwähnte sodann die fibromyalgische Reaktion in seinem Bericht vom 22. Juli 2002 (Urk. 3/4), mithin 5 Monate nach seinem ersten Bericht, nicht mehr. Beide Berichte vermögen ebenfalls den praxisgemässen Anforderungen an einen Arztbericht nicht zu genügen: Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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 in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c). Für die hier interessierende Frage, ob die gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auf das Unfallereignis vom 27. April 2000 zurückgehen, sind die Ausführungen von Dr. F.____ insgesamt nicht aufschlussreich.

E. 4.3

Auch den Berichten von Dr. C.____ vom 29. Oktober 2002 (Urk. 3/6) und 18. März 2003 (Urk. 10/12) kommt dementsprechend kein Beweiswert zu, insbesondere da im Zeitpunkt

der Erstellung dieser Berichte offenbar keine Konsultationen bei Dr. C.____ mehr stattfanden (Urk. 3/6).

E. 4.4

Dr. G.____ beschränkte sich in seinem Bericht vom 23. Juli 2003 (Urk. 10/5) - entsprechend dem Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/7) - darauf, aufgrund der Akten eine Stellungnahme abzugeben. Nachdem er keinerlei eigene Untersuchungen vornahm und seine Beurteilung hauptsächlich auf die wie oben dargelegt nicht genügend abgeklärte Möglichkeit einer fibromyalgischen Erkrankung stützte (Urk. 10/7 S. 2), kann diesem Bericht kein Beweiswert zukommen.

E. 4.5

Aus neurologischer Sicht stellte Dr. E.____ mit Bericht vom 16. Januar 2004 (Urk. 10/3) keine Auffälligkeiten fest. Somatisch finde sich ein mässig ausgeprägtes Zervikalsyndrom rechtsbetont mit schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit. Weiter liege eine ausgeprägte Angst- und Paniksituation vor, die seit dem ersten Unfall bestehe und nach dem zweiten Unfall massiv aktiviert worden sei (Urk. 10/3 S. 2). Warum jedoch die Beschwerdeführerin zwischen dem 1. August 2000 und dem 5. April 2003, dem Zeitraum, in dem sie gemäss Akten vollständig arbeitsfähig war (vgl. Urk. 10/13 in Verbindung mit Urk. 10/1), offenbar keine psychische Beeinträchtigung erlitt, sondern erst im Sommer 2003 einen psychiatrischen Behandlungsversuch unternahm (vgl. Urk. 10/3 S. 2 oben), erklärt Dr. E.____ nicht. Hinzu kommt, dass der Beurteilung der psychischen Leiden der Beschwerdeführerin durch Dr. E.____ selbst bei Vollständigkeit seines Berichts infolge seiner Spezialisierung für die Neurologie nur geringer Beweiswert zugemessen werden konnte.

E. 4.6

Dr. I.____ diagnostizierte mit Bericht vom 16. Juli 2004 (Urk. 10/2) eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig eine leichte Episode (ICD-10 F33.0). Die psychischen Beschwerden hätten seit dem ersten Unfall 1990 bestanden und seien durch den zweiten Unfall massiv aktiviert worden (Urk. 10/2 S. 2). Dr. I.____ nahm seine Beurteilung aufgrund seiner Untersuchungen vom Oktober 2003 vor und hielt fest, dass die psychiatrische Störung psychoreaktiv sei, dabei spielten die beiden Unfallereignisse eine Rolle; die Reaktion stehe aber auch mit den Unfallfolgen, nämlich der Schmerzsituation, dem Verdacht auf kognitive Störungen, der Einschränkung der Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit und konsekutiv den Überforderungssituationen in Zusammenhang. Dr. I.____ empfahl weiter eine neuropsychologische Beurteilung (Urk. 10/2 S. 2 f).

Für die hier streitigen Belange, nämlich die Frage, ob die heutigen gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auf den Unfall vom 27. April 2000 zurückzuführen sind, vermag auch der Bericht von Dr. I.____ nicht genügend Aufschluss zu geben. Zwar finden sich darin genügend Hinweise für ein psychisches Leiden der Beschwerdeführerin, das gemäss Dr. I.____ durch das zweite Unfallereignis aktiviert worden sei. Es wird jedoch wiederum nicht erklärt, weshalb den zeitnah zum Unfall erstellten Akten dennoch kein Hinweis auf eine solche Aktivierung zu entnehmen ist, führte Dr. C.____ - obwohl Facharzt für Allgemeinmedizin - im Zusatzfragebogen bei HWS-Verletzungen vom 26. Mai 2000 (Urk. 10/15) doch aus, der psychische Zustand sei anlässlich der Erstuntersuchung im objektiven Befund normal

gewesen (Urk. 10/15 Ziff. 3 lit. e) und es hätten keine psychischen Störungen vorbestanden (Urk. 10/15 Ziff. 7). Dr. I. ___ geht sodann nicht auf den Umstand ein, dass die Beschwerdeführerin trotz psychischer Leiden erst im Oktober 2003 seine Hilfe in Anspruch nahm (vgl. Urk. 10/2 S. 1).

E. 4.7

Insgesamt vermag keiner der vorliegenden Arztberichte den praxisgemässen Anforderungen (BGE 125 V 352 Erw. 3a) zu genügen: Eine Stellungnahme, ob die aktuellen gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auf den Unfall vom 27. April 2000 zurückzuführen sind, liegt nicht oder nur ungenügend vor. Die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den im Februar 2003 gemeldeten erneuten Beschwerden und dem Unfall vom 27. April 2000 muss daher offen bleiben.

5.1.1.1.1.1

5.1.1.1.1.1 Zur Bejahung einer Leistungspflicht ist erforderlich, dass Beschwerden und Unfall nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang stehen. Es rechtfertigt sich somit, vorerst die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs offen zu lassen und jene der Adäquanz zu prüfen.

5.2.1.1.1.1 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 125 V 461 Erw. 5a, 123 V 103 Erw. 3d, 139 Erw. 3c, 122 V 416 Erw. 2a, 121 V 49 Erw. 3a mit Hinweisen; RKUV 1997 Nr. U 272 S. 172 Erw. 3a).

5.3.1.1.1.1 Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen (beziehungsweise bestimmten Beschwerden ohne organisches Korrelat nach erlittenem Schleudertrauma und verwandten Verletzungen) ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenblicklichen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

5.4.1.1.1.1 Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Überbetreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6a).

5.5. Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

5.6. Im Anschluss an den Unfall vom 27. April 2000 war die Beschwerdeführerin ab 9. Mai 2000 wieder zu 50 % und ab 1. August 2000 wieder zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 10/13 Ziff. 4). Die ärztliche Behandlung wurde im Dezember 2000 eingestellt (vgl. Urk. 10/13 Ziff. 5).

Im Januar 2002 kam es zu einer spontan aufgetretenen akuten Schmerzattacke der gesamten Wirbelsäule (Urk. 10/9), wogegen Physiotherapie und Medikamente verordnet wurden (Urk. 3/4). Am 29. Oktober 2002 diagnostizierte Dr. C. ein posttraumatisches Zervikalsyndrom und führte aus, es erfolge keine Physiotherapie mehr, sondern nur noch ein privates Fitnessprogramm (Urk. 3/6).

Am 18. Februar 2003 erstattete die Beschwerdeführerin eine Rückfallmeldung und beantragte wegen immer wiederkehrenden Schmerzattacken die Kostenübernahme für Physiotherapien und stabilisierende Übungen in Physio-Fitness (Urk. 11/10 S. 1). Ab 6. April 2003 wurde ihr eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert (Urk. 10/1).

Im Januar 2004 diagnostizierte der Neurologe Dr. E. ___ je einen Status nach HWS-Distorsionstrauma Juni 1990 und April 2000, eine Angst- und Panikstörung und ein massiges Zervikalsyndrom (Urk. 10/3 S. 1). Im Vordergrund der Beschwerde stehe eine massive Angst- und Panikstörung (Urk. 10/3 S. 2).

Im Juli 2004 diagnostizierte der Psychiater Dr. I. ___ einen Status nach HWS-Distorsionstrauma 1990 und 2000 mit chronischem Schmerzsyndrom im Kopf- und Nackenbereich, einen Verdacht auf neuropsychologische Funktionsstörung, eine Panikstörung und eine rezidivierende depressive Störung (Urk. 11/5/2 S. 1 lit. A).

Der geschilderte Verlauf lässt deutlich werden, dass im zu beurteilenden Zeitraum, von der Rückfallmeldung im Februar 2003 bis zum Einspracheentscheid im Dezember 2004, psychische Beschwerden im Sinne einer massiven Angst- und Panikstörung sowie einer depressiven Störung eindeutig im Vordergrund standen, dies sowohl diagnostisch wie auch bezogen auf die in dieser Zeit erfolgte Behandlung.

Wohl wurde auch ein Status nach HWS-Distorsionstrauma diagnostiziert. Über diese Feststellung (Zustand nach ...) hinaus finden sich jedoch - mit einer allfälligen Ausnahme - keine Hinweise auf ein typisches (oder sogenannt buntes; BGE 117 V 382 Erw. 4b) Beschwerdebild nach HWS-Verletzungen, das eine Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Ängstlichkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. (BGE 117 V 360 Erw. 4b) umfassen würde.

Auch wenn man die festgestellten Kopf- und Nackenschmerzen als dem Beschwerdebild nach HWS-Distorsion zugehörig werten würde, wäre fraglich, ob dies schon für die Feststellung genügen würde, die zum genannten typischen Beschwerdebild gehörenden Beeinträchtigungen lägen teilweise vor. Dies kann jedoch offen bleiben, da sie jedenfalls im Vergleich zur psychischen Problematik in einem solchen Mass in den Hintergrund treten, dass für die Adäquanzbeurteilung die in BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend sind (vgl. BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb). Davon ist vorliegend auszugehen.

Der Unfall (vgl. Urk. 13/1-13) erscheint als weder leicht noch nachgerade schwer, sondern ist in Übereinstimmung mit der diesbezüglichen Praxis (vgl. RKUV 2005 Nr. U 548 S. 228, 2003 Nr. U 481 S. 203 RKUV 2003 Nr. 489 S. 357, RKUV 1999 Nr. U 330 S. 122) der Kategorie der mittleren Unfallereignisse zuzuordnen. Die Adäquanz des Kausalzusammenhanges ist daher zu bejahen, wenn ein einzelnes der für die Beurteilung massgebenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder mehrere Kriterien gegeben sind.

Der Unfall hat sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet; eine nachgerade besondere Eindringlichkeit ist ebenfalls nicht ersichtlich. Ob Begleitumstände vorhanden waren, die objektiv geeignet waren, zu einer psychischen Beeinträchtigung zu führen, hängt vom Gewicht ab, das man der Staubentwicklung, welche die Beschwerdeführerin als Zeichen für ein ausgebrochenes Feuer interpretierte, zumisst. Dies rechtfertigt es, das Kriterium als erfüllt zu betrachten, wenn auch nicht in ausgeprägter Weise.

Von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung kann nicht gesprochen werden, wurde diese doch rund 8 Monate nach dem Unfall eingestellt und erst später in wechselnder Intensität wieder aufgenommen.

Hinsichtlich der geklagten Nacken- und Kopfschmerzen erscheint fraglich, inwieweit sie nicht ihrerseits durch die psychische Problematik unterhalten werden. Dies lässt das Kriterium körperlicher Dauerschmerzen als wenn überhaupt, dann jedenfalls nicht in ausgeprägter Weise erfüllt erscheinen.

Die übrigen Kriterien (ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit) sind klarerweise nicht erfüllt, wie sich bereits aus den dargelegten Arztberichten (vgl. vorstehend Erw. 3) ergibt.

Somit sind höchstens zwei der massgebenden Kriterien und kein Kriterium in ausgeprägter Weise erfüllt. Das Bestehen eines adäquaten Kausalzusammenhangs ist deshalb zu verneinen.

5.9. Fehlt es, wie dargelegt, an der Adäquanz des Kausalzusammenhangs, so entfällt eine weitere Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin unabhängig davon, wie die offen gelassene Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs beantwortet würde. Weitere diesbezügliche Abklärungen sind deshalb nicht angezeigt.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass in Ermangelung eines rechtsgenügenden Kausalzusammenhangs zwischen den gemeldeten Beschwerden und dem erlittenen Unfall keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin mehr besteht.

Somit erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Michael Ausfeld

- Försprecher Peter Urs Bärswyl

- Bundesamt für Gesundheit

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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