

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00351 vom 23. Mai 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-05-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00351

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00351 du 23 mai 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00351 del 23 maggio 2007

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin ging davon aus, dass die Beschwerden der Beschwerdeführerin zwar klinisch fassbar, jedoch organisch nicht hinreichend nachgewiesen seien (Urk. 2 S. 5 Ziff. 4), dass ein Unfallereignis im mittleren Bereich an der Grenze zu einem leichten zu beurteilen sei und dass sechs der gemäss BGE 117 V 367 Erw. 6a massgebenden Kriterien nicht erfüllt seien (Urk. 2 S. 6 f. Ziff. 6).

Dementsprechend sei die Leistungspflicht mangels Adäquanz zu verneinen. In der Beschwerdeantwort führte die Beschwerdeführerin aus, die Adäquanz sei gemäss aktueller Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 zu prüfen, da eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden sei (Urk. 10 S. 7 f. Ziff. 9).

2.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich auf den Standpunkt, der Heilungsprozess sei noch nicht abgeschlossen, deshalb sei die Adäquanzprüfung noch nicht zulässig (Urk. 1 S. 6 f. Ziff. 2). Ferner sei gutachterlich festgehalten, dass die myofaszialen Schmerzen Ausdruck einer organischen Veränderung seien, mithin lägen klar ausgewiesene organische Unfallfolgen vor (Urk. 1 S. 9 f. Ziff. 6). Schliesslich wäre auch die Adäquanz zu bejahen, da vier Kriterien klarerweise erfüllt seien (Urk. 1 S. 10 f. Ziff. 7).

2.3 Strittig und zu prüfen ist somit, ob die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (Mai 2005) bestehenden Beschwerden in natürlichem und adäquatem Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 2. Oktober 2001 stehen.

E. 3

3.1 Am 17. November 1997 war die Beschwerdeführerin als nicht angegurtete Mitfahrerin auf dem Rücksitz in eine Schräg-/Frontalkollision verwickelt und klagte anschliessend über massive, vom Kreuz ausgehende und bis in den Hinterkopf ausstrahlende Beschwerden (Urk. 11/36/3 S. 8 Mitte).

Der vom damals zuständigen Unfallversicherer beauftragte Dr. med. B., Spezialarzt FMH für orthopädische Chirurgie, führte gestützt auf seine Untersuchung vom 18. Februar 2002 im Gutachten vom 22. Februar 2000 aus, bei der Erstbehandlung seien Querfortsatzfrakturen diagnostiziert worden, spätere Untersuchungen hätten jedoch keine traumatisch bedingten knöchernen Läsionen ergeben. Die Therapie habe sich in der Folge dahin gezogen. Auch ein Wechsel in eine rein sitzende Tätigkeit habe gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin nicht bewirkt werden können. Unterdessen sei sie verheiratet. Auch im Haushalt könne sie nichts machen, der Ehemann müsse alles besorgen (Urk. 11/36 S. 8).

Es liege das Vollbild einer Depression vor. Spätestens ein Jahr nach dem Unfallereignis sei der Status quo sine erreicht gewesen. Bei der aktuellen Untersuchung stehe die Ängstlichkeit und depressive Verstimmung im Vordergrund, dies ohne eigentliches objektivierbares Lumbovertebralsyndrom (Urk. 11/36/3 S. 8 unten).

Am 2. Oktober 2001 brachte die Beschwerdeführerin ihr Auto vor einem Fussgängerstreifen zum Stehen, worauf das nachfolgende Fahrzeug auf das Heck ihres Autos auffuhr (Urk. 11/1 Ziff. 6; vgl. Urk. 11/7, Urk. 11/9 S. 1, Urk. 11/17).

Dr. med. C. ____, Allgemeinmedizin, welche die Beschwerdeführerin am Unfalltag behandelte, diagnostizierte am 13. November 2001 eine HWS-Kontusion und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom Unfalltag bis am 23. Oktober 2001 und eine solche von 50 % ab 24. November 2001 (Urk. 11/2 Ziff. 5 und 8-9).

Auf Zuweisung von Dr. C. ____, wurde die Beschwerdeführerin am 27. Februar 2002 von Ärzten der Abteilung Neurologie, D. ____, Klinik, untersucht, die folgende Diagnosen nannten (Urk. 11/11 S. 1 Mitte):

- Status nach Heckauffahrkollision am 2. Oktober 2001 mit WS-Dezellerationstrauma
- persistierende symptomatische hypomobile mehrsegmentale Dysfunktion am zervikothorakalen Übergang mit ausgeprägtem myofaszialen Schultergürtelsyndrom
- Status nach Kontusion der Lendenwirbelsäule (LWS) mit Frakturen Prozessus transversi und daraus resultierendem chronischen Lumbovertebralsyndrom
- Symptomausweitung und Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung, keine Aggravation

Die biomechanische Kurzbeurteilung vom 3. Juni 2002 ergab eine Geschwindigkeitsänderung beim Aufprall unterhalb oder innerhalb des Bereiches von 10-15 km/h (Urk. 11/17 S. 2 unten). Die festgestellten Beschwerden und Befunde seien durch die Kollisionseinwirkung, unter Einbezug des offenbar nicht vollständig abgeheilten Vorzustands nach LWS-Kontusion, eher erklärbar (Urk. 11/17 S. 3 oben).

Vom 20. Juni bis 31. Juli 2002 weilte die Beschwerdeführerin in der Rehabilitationsklinik E. ____, wo gemäss Austrittsbericht 13. August 2002 folgende Diagnosen gestellt wurden (Urk. 11/21 S. 1 Mitte):

- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 2. Oktober 2001
- chronisches Panvertebralsyndrom
- Tolvon-Unverträglichkeit
- Symptomausweitung

Vom 1. bis 21. August 2002 wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und vom 22. August bis 19. September 2002 eine solche von 40 % attestiert (Urk. 11/21 S. 2 unten).

Auf Zuweisung von Dr. C. ____, untersuchte Dr. med. F. ____, Neurologie FMH, die Beschwerdeführerin, worüber er am 10. Dezember 2002 berichtete (Urk. 11/37). Diese sei vor dem Unfall voll arbeitsfähig gewesen, habe Sport getrieben und normal gelebt. Ebenso hielt er fest, nach einer LWS-Kontusion 1997 bestehe ein chronisches Panvertebralsyndrom (Urk. 11/37 S. 1). Er stellte fest, die Beweglichkeit der

HWS sei massiv eingeschränkt, und diagnostizierte ein massives Panvertebralsyndrom mit Cervico-Cephalaea und neurovegetativer Symptomatik sowie Lumbovertebralsyndrom (Urk. 11/37 S. 2).

3.5 Im Zwischenbericht vom 15. November 2002 attestierte Dr. C. weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 50 % seit 24. Oktober 2001 beziehungsweise 7. August 2002 (Urk. 11/34 Ziff. 5).

Gemäss den Angaben des Arbeitgebers attestierte Dr. C. sodann eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 23. Dezember 2002 wegen Schwangerschaft (Urk. 11/43).

Mit Verfügung vom 5. Februar 2003 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, sie erachte die von Dr. C. attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % als zu 50 % unfallbedingt und zu 50 % schwangerschaftsbedingt; dementsprechend würden die Taggelder ausgerichtet (Urk. 11/46). Dagegen erhob die Beschwerdeführerin am 3. März 2003 Einsprache (Urk. 11/49).

Dr. C. nahm dazu am 3. März 2003 Stellung: Die Schwangerschaft verlaufe absolut problemlos. Die geschilderten Beschwerden, welche zu einer Steigerung der Arbeitsunfähigkeit geführt hätten, vor allem unerträgliche Kopfschmerzen und Verspannung der Nackenmuskulatur, seien nicht als schwangerschaftsbedingt bekannt. Einen Zusammenhang sehe sie lediglich in der Tatsache, dass der Schmerzmittelgebrauch habe sistiert werden müssen (Urk. 11/ 50/2).

Am 4. März 2003 hielt Dr. C. - nachdem ihr offenbar der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin telefonisch einzelne Feststellungen im Gutachten von Dr. B. vom Februar 2000 unterbreitet hatte (vgl. Urk. 11/80/1 S. 2 unten) - fest, sie habe die Beschwerdeführerin seit dem Unfall von 1997 betreut. Diese habe nie über Kopfschmerzen, sondern nur über Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule geklagt. Ebenfalls sei nie eine Depression diagnostiziert worden. Allfällig eingesetzte Antidepressiva hätten der Schmerzlinderung und nicht der Therapie einer Depression gegolten (Urk. 11/80/3 = Urk. 3/5 = Urk. 18/5).

Am 5. April 2003 brachte die Beschwerdeführerin eine Tochter zur Welt (Urk. 11/56 Ziff. 2a).

Die Ärzte der D. Klinik hielten nach am 12. Mai 2003 erfolgter Konsultation fest, es seien noch Abklärungen vorgesehen. Es verdichte sich jedoch der Verdacht auf eine massgebliche beschwerdebeeinflussende psychosoziale Komponente beziehungsweise Schmerzverarbeitungsstörung (Urk. 11/57 S. 2). Am 16. Mai 2003 hielten sie fest, bildgebend hätten Läsionen ausgeschlossen werden können; dies bekräftige die Beurteilung eines vorwiegend myofaszial betonten Schmerzproblems (Urk. 11/59).

Am 24. Juli 2003 berichtete Dr. C., ihres Erachtens seien im Moment alle Optionen erschöpft. Die Problematik beziehe sich auf die muskuläre Verspannung; der Aufbau der Muskulatur scheitere an der Schmerzhaftigkeit (Urk. 11/69).

Am 15. Oktober 2003 liess der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis per 31. Januar 2004 auf (Urk. 11/70).

Am 11. Dezember 2003 überwies Dr. C. die Beschwerdeführerin erneut an Dr. F. und berichtete, diese habe die im Juni 2003 begonnene Craniosacraltherapie nach zwei Sitzungen wegen angeblicher subjektiver Verschlechterung abgebrochen. Jetzt sei sie wieder in der Sprechstunde erschienen und klagte über ein unverändertes Krankheitsbild. Auf Anraten ihres Rechtsvertreters soll sie sich aber zur Bestätigung der weiteren 100%igen Arbeitsunfähigkeit an einen Spezialisten wenden, namentlich an Sie (Urk. 11/73/1).

Dr. F. untersuchte die Beschwerdeführerin am 23. Januar 2004, worüber er am 27. Januar 2004 berichtete (Urk. 11/80/4). Als Beurteilung nannte er eine ausgeprägte myofasziale Symptomatik und wahrscheinlich somatoforme Störung (Urk. 11/80/4 S. 2 oben).

Vom 14. Oktober bis 11. November 2004 weilte die Beschwerdeführerin zur Begutachtung in der Rehaklinik G. Am 1. Dezember 2004 berichteten Dr. med. H., Abteilungsärztin, und Dr. med. I., Oberarzt, über den Aufenthalt (Urk. 11/97) und beantworteten die ihnen unterbreiteten Fragen (Urk. 11/96).

Sie nannten als Diagnose (Urk. 11/97 S. 1):

- Status nach Autounfall (Heckkollision) am 2. Oktober 2001 mit craniocervikalem Beschleunigungstrauma mit HWS-Distorsion

Konsekutiv:

- persistierender cervikocephaler Symptomenkomplex
- Cervikobrachialsyndrom und Cervikothorakalsyndrom
- vegetative Dysregulation
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F 45.4)
- Verdacht auf vor allem ängstliche, chronifizierte Anpassungsstörung auf die Unfallfolgen vom 2. Oktober 2001 (ICD-10: F 43.22)
- Verdacht auf neuropsychologische Funktionsstörungen

Als aktuelle Beschwerden wurden Kopfschmerzen, Nackenbeschwerden und (visuelle) Akkommodationsstörungen, kurzzeitig auftretender Schwindel, Ein- und Durchschlafstörungen genannt. Das Gehör sei nicht beeinträchtigt, bis auf einen wechselnd intensiven Tinnitus (Urk. 11/97 S. 2 unten).

Eine neuropsychologische Abklärung sei zur Zeit aufgrund der aktuell stark ausgeprägten Schmerzproblematik nicht möglich, zu einem späteren Zeitpunkt jedoch sinnvoll (Urk. 11/97 S. 7 f.; vgl. Urk. 3/4).

Unter Berücksichtigung der somatischen und psychischen Faktoren liege ein Krankheitsbild vor, welches sich durch die rheumatologisch-orthopädischen Folgen nach HWS-Distorsion und die Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und einer Anpassungsstörung zusammensetze (Urk. 11/97 S. 9).

Aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %, aus psychiatrischer Sicht ebenfalls, so dass die

Beschwerdeführerin aktuell zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 11/97 S. 10).

Es wurde die Fortführung eines intensiven ambulanten Therapiesettings mit physiotherapeutischem und psychotherapeutischem Schwerpunkt empfohlen (Urk. 11/97 S. 10 Mitte).

Die Frage, ob typische Beschwerden nach HWS-Distorsionstraumen vorliegen, beantworteten Dr. H. ___ und Dr. I. ___ dahingehend, dass die Beschwerden der Beschwerdeführerin wohl Beschwerden seien, wie sie häufig nach HWS-Distorsionen vorkommen. Sie seien aber pathophysiologisch unspezifisch beziehungsweise hätten eine breite Differentialdiagnose (Urk. 11/96 S. 1 f. Ziff. 2a).

Es sei davon auszugehen, dass es bezüglich der Schmerzproblematik, wie sie schon vor dem Unfall vom 2. Oktober 2001 bestanden habe, nämlich der lumbovertebralen Schmerzproblematik, zu einer Schmerzexazerbation gekommen sei. Der psychosomatische Mechanismus weise darauf hin, dass bei der Beschwerdeführerin der Unfall als solcher alleine für die festgestellte Problematik verantwortlich gemacht werden könne. Es müsse aber davon ausgegangen werden, dass die Unfallfolgen zumindest teilweise ursächlich für die heutige Problematik, d.h. die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie die verdachtsweise ängstlich gefärbte Anpassungsstörung seien (Urk. 11/96 S. 2 Ziff. 3a).

Ein Teil der Beschwerden sei sicherlich organischer Genese. Sowohl die Muskelverkürzungen als auch die Tonuserhöhung, die positiven Triggerpunkte, die myofaszialen Schmerzen seien Ausdruck einer organischen Veränderung (Urk. 11/96 S. 2 Ziff. 3b).

Zur Frage einer weiteren Behandlungsbedürftigkeit führten Dr. H. ___ und Dr. I. ___ aus, im Rahmen der stationären Behandlung sei die Grundlage für ein komplexes psychosomatisches Behandlungskonzept durch Motivierung und Information der Beschwerdeführerin gelegt worden. Ambulante Physiotherapie, ergänzt durch ambulante Psychotherapie und Akupunktur, seien dringend indiziert (Urk. 11/96 S. 3 Ziff. 7a). Bezüglich der zur Vermeidung einer Verschlechterung empfohlenen Therapiemassnahmen verwiesen sie auf das psychiatrische Gutachten und das im Austrittsbericht genannte Prozedere (Urk. 11/96 S. 3 Ziff. 7b).

Am 18. Oktober 2004 hatte Dr. med. J. ___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein Gutachten zuhanden der Ärzte der Rehaklinik G. ___ erstattet (Urk. 11/95). Er stellte darin folgende Diagnosen (Urk. 11/95 S. 21):

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F 45.4)

- Verdacht auf vor allem ängstliche, chronifizierte Anpassungsstörung auf die Unfallfolgen vom 2. Oktober 2001 (ICD-10: F 43.22)

Die vorherrschende Problematik der Beschwerdeführerin äussere sich in den therapieresistenten, quälenden Schmerzen. Diese hätten, unfallbedingt, sicherlich einen somatischen Ursprung, seien dann aber teilweise aufgrund einer innerseelischen Problematik aufrechterhalten worden. Es bestehe zudem eine gewisse psychosoziale Komponente, indem sich die Beschwerdeführerin ganz auf die Familie zurückgezogen habe, in deren grosser Hilfsbereitschaft sich leider eine gewisse Unterstützung und Unterhaltung der regressiven Tendenz der Beschwerdeführerin

zeige (Urk. 11/95 S. 21 f.).

Die Beschwerdeführerin leide an einer psychischen Symptomatik, die ihren Ausgangspunkt im organischen Bereich gehabt und sich in der Folge verselbständigt habe und heute nur noch teilweise somatisch bedingt sei (Urk. 11/95 S. 22 Ziff. 1b).

Auf entsprechende Fragen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin machten Dr. H. ___ und Prof. Dr. K. ___, Rehaklinik G. ___, am 16. November 2005 präzisierende Ausführungen zum Gutachten vom 1. Dezember 2004 (Urk. 18/2):

Organischer Genese seien die klinisch eindeutigen, palpatorisch und damit objektiv nachweisbaren muskulären Verspannungen und Verkürzungen, die myofaszialen Triggerpunkte in Schulter- und Nackenmuskulatur und der ausgeprägte paravertebrale Hartspann. Die beschriebenen Beweglichkeitseinschränkungen der HWS, die Blockaden der Brustwirbelsäule (BWS) und die Druckschmerzhaftigkeit der Dornfortsätze der gesamten HWS und BWS seien funktionelle Befunde, die zumindest teilweise durch die organischen Veränderungen verursacht seien (Urk. 18/2 S. 1 Ziff. 1).

Die beschriebenen objektiv nachweisbaren klinischen Befunde entsprächen einem organischen Substrat im Sinne von nachweisbaren strukturellen Veränderungen. Der beschriebene muskuläre und muskuloskeletale Befund werde als myofasziales Syndrom bezeichnet. Dabei handle es sich um strukturelle Veränderungen der Muskulatur (Urk. 18/2 S. 1 f. Ziff. 2).

Dr. F. ___ untersuchte die Beschwerdeführerin erneut am 7. Februar 2006 und berichtete am 9. Februar 2006 über eine weitgehend eingeschränkte HWS-Beweglichkeit und lokal unterschiedlich ausgeprägte Druckdolenzen (Urk. 18/4 S. 1). Nachdem bis jetzt kein therapeutischer Zugang habe gefunden werden können, schlage er eine Mobilisation in Narkose vor (Urk. 18/4 S. 2 oben).

E. 4

Die Beschwerdeführerin leidet gemäss eigenen Angaben und entsprechenden ärztlichen Feststellungen hauptsächlich an Kopfschmerzen und Nackenbeschwerden, was im Austrittsbericht der Rehaklinik G. ___, wo noch einzelne weitere Beschwerden genannt wurden, in den beiden Diagnosen "persistierender cervikocephaler Symptomenkomplex" sowie "Cervikobrachialsyndrom und Cervikothorakalsyndrom" seinen Niederschlag fand. Ebenfalls diagnostiziert wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein Verdacht auf eine Anpassungsstörung und ein solcher auf neuropsychologische Funktionsstörungen.

Zu klären ist, ob diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (April 2005) in einem rechtsgenüglichen Kausalzusammenhang mit der beim Auffahrunfall vom Oktober 2001 erlittenen HWS-Distorsion standen und ob sie gegebenenfalls auf versicherungsrechtlich massgebende Weise die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen.

E. 4.2

Rechtsgenügend ist der Kausalzusammenhang, wenn er sowohl natürlich als auch adäquat ist. In bestimmten Fällen erfolgt die Prüfung der Adäquanz nach den besonders, dafür entwickelten Kriterien (BGE 115 V 133, 117 V 359). Zu klären ist

vorab, ob der Zeitpunkt, in welchem die Beschwerdegegnerin diese Adäquanzprüfung vorgenommen hat (Mai 2005), richtig ist, oder ob diese verfrüht erfolgt ist.

Rechtsprechungsgemäss massgebend ist der - fallspezifische - Abschluss der normalen Heilungsphase (vorstehend Erw. 1.6). Es ist mit anderen Worten die Adäquanz in dem Zeitpunkt zu prüfen, in welchem der Heilungsprozess normalerweise abgeschlossen sein müsste und sich deshalb die Frage stellt, ob noch vorhandene Beschwerden als unfallkausal zu werten sind. Würde man schematisch den vollständigen Abschluss der medizinischen Behandlung zur Vorbedingung für die Zulässigkeit der Adäquanzprüfung machen, so hätte dies zur Folge, dass der Zeitpunkt der Adäquanzprüfung - theoretisch unendlich - hinausgeschoben würde wegen einer noch bestehenden Behandlungsbedürftigkeit von Beschwerden, die sich, wäre die Adäquanz geprüft worden, als gar nicht unfallkausal erwiesen hätten.

Im vorliegenden Fall datiert der Unfall - eine gewöhnliche Auffahrkollision - vom Oktober 2001, lag also im Zeitpunkt der erfolgten Adäquanzprüfung schon über 3 ½ Jahre zurück. Dass in diesem Zeitpunkt noch immer anhaltende Kopf- und Nackenschmerzen beklagt wurden und von ärztlicher Seite eine psychische Fehlverarbeitung der Unfallfolgen festzustellen war, entspricht nicht dem anzunehmenden normalen Heilungsverlauf, der längst hätte abgeschlossen sein sollen. Vielmehr sind es gerade die nach derart langer Zeit noch bestehenden Beschwerden, die als aussergewöhnlich erscheinen, weshalb deren Unfallkausalität klärungsbedürftig ist, wofür eine Prüfung der Adäquanz und des Anspruchs auf weitere Versicherungsleistungen unumgänglich ist.

Rechtsprechungsgemäss

Die Prüfung der Adäquanz im Mai 2005 erfolgte somit nicht verfrüht. Der Einwand, die Voraussetzungen für die Adäquanzprüfung seien (noch) nicht erfüllt gewesen, ist unbegründet, da die unfallbedingte Heilungsphase im Mai 2005 als abgeschlossen zu gelten hat.

4.3 Die Adäquanzprüfung von anhaltenden Beschwerden nach erlittener HWS-Distorsion setzt einerseits voraus, dass für diese keine organische Ursache im Sinne einer durch den Unfall bewirkten strukturellen Läsion ersichtlich ist, und andererseits, dass das entsprechende sogenannt typische bunte Beschwerdebild besteht und zudem nicht psychische Beschwerden dominieren (vorstehend Erw. 1.2).

Die im Vordergrund stehenden Kopf- und Nackenbeschwerden sind gemäss übereinstimmender medizinischer Beurteilung nicht auf eine strukturelle Läsion zurückzuführen, sondern gehen auf Verspannungen und Verkürzungen der Muskulatur zurück und halten an, weil der aus therapeutischer Sicht angezeigte Aufbau der Muskulatur wiederum schmerzbedingt scheiterte. Damit einhergehende myofasziale Verhärtungen und Veränderungen, die als solche zwar belegbar und belegt sind, sind rechtsprechungsgemäss (vorstehend Erw. 1.4) lediglich Anhaltspunkte für die gestellten Diagnosen (Äcervikocephaler SymptomenkomplexÄ, ÄCervikobrachialsyndrom und CervikothorakalsyndromÄ) und kein klar fassbares, organisches Korrelat des Beschwerdebildes.

Ist das Fehlen eines organischen Substrats vorliegend somit zu bejahen, so trifft dies für das bunte Beschwerdebild offensichtlich nicht zu. So sind in somatischer

Hinsicht die geklagten Kopf- und Nackenbeschwerden deutlich ausgeprägter als die wenigen anderen genannten Beschwerden (Akkommodationsstörungen, kurzzeitig auftretender Schwindel, Ein- und Durchschlafstörungen), von denen überdies fraglich ist, ob sie nicht als Begleiterscheinungen der Kopf- und Nackenbeschwerden zu betrachten sind. Überdies erklärten Dr. H. und Dr. I. ausdrücklich, die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden kämen zwar häufig nach HWS-Distorsion vor, seien jedoch pathophysiologisch unspezifisch, verneinten also im Ergebnis das Vorliegen des typischen Beschwerdebilds.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich macht der Verlauf nach dem Unfall vom Oktober 2001 deutlich, welchen Stellenwert die psychischen Beschwerden entwickelt haben: Bereits im Februar 2002 und ebenso im Juli 2002 wurde eine Symptomausweitung festgestellt. Im Mai 2003 wurde sodann eine Schmerzverarbeitungsstörung vermutet, im Januar 2004 sprach selbst Dr. F. von einer wahrscheinlich somatoformen Störung und im Oktober 2004 wurde das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und eventuell Anpassungsstörung durch den Gutachter Dr. J. psychiatrisch-fachärztlich bestätigt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vor diesem Hintergrund ist eine frühzeitige und eindeutige Dominanz der psychischen Beschwerden festzustellen. Damit erfolgt eine allfällige Adäquanzprüfung nicht gemäss der mit BGE 117 V 359, sondern der mit BGE 115 V 133 begründeten Praxis.

4.4 Ä Ä Ä Ä Aus psychiatrischer Sicht wurde eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und allenfalls eine Anpassungsstörung diagnostiziert. Damit kommt die Rechtsprechung zum Tragen, wonach die willentliche Schmerzüberwindung nur ausnahmsweise als unzumutbar gilt und die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im Regelfall versicherungsrechtlich nicht zu berücksichtigen sind (vorstehend Erw. 1.7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das diesbezügliche Hauptkriterium - eine zusätzliche eigenständige psychische Erkrankung - ist klar nicht erfüllt, da die von Dr. J. als Verdachtsdiagnose genannte Anpassungsstörung ebenso auf eine Fehlverarbeitung von Unfallfolgen und eine maladaptive Schmerzbewältigung hinweist wie die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung selber, und nicht auf eine davon losgelöst bestehende psychische Krankheit.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Betreffend die mangels Komorbidität alternativ zu prüfenden Kriterien hat eine wertende Gesamtbetrachtung zu zeigen, ob die zur Schmerzbewältigung erforderliche Willensanspannung zumutbar erscheint oder nicht. Hier fällt ins Gewicht, dass zwar anhaltende Kopf- und Nackenschmerzen bestehen, aber keine anderen körperlichen Leiden ersichtlich sind. Der Verlauf der Beschwerden ist nicht progredient, sondern, soweit ersichtlich, unverändert, wobei diesbezüglich einzig die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin vorliegen. Von einem sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens kann nicht gesprochen werden. Eine gewisse Rückzugstendenz wurde zwar festgehalten, dies jedoch lediglich im Sinne einer verstärkten Zuwendung zur Familie. Der in diesem Zusammenhang erwähnte ungünstige Einfluss der grossen Hilfsbereitschaft seitens der Familie ist sodann ein deutlicher Hinweis auf einen sekundären Krankheitsgewinn. Schliesslich sind zwar die bisherigen Therapiebemühungen erfolglos geblieben, dies jedoch nicht trotz guter Kooperation der Beschwerdeführerin, sondern mindestens teilweise auch deswegen, weil

sie aus eigenem Antrieb Therapien nach kurzer Zeit wieder abgebrochen hat.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Insgesamt sind keine ausreichenden Hinweise zu finden, die auf eine ausnahmsweise Unzumutbarkeit der Schmerzbewältigung schliessen liessen, so dass entsprechend dem Regelfall eine sich aus der somatoformen Schmerzstörung ergebende Arbeitsunfähigkeit ausser Betracht zu bleiben hat.

4.5 Ä Ä Ä Ä Ein weiterer Hinweis darauf, dass die Annahme richtig ist, die erforderliche Schmerzbewältigung sei der Beschwerdeführerin zuzumuten, ist ihr Umgang mit den Folgen des 1997 erlittenen ersten Unfalls: Anlässlich der Begutachtung durch Dr. B. ___ im Februar 2000 beklagte die Beschwerdeführerin massive, bis in den Hinterkopf ausstrahlende Schmerzen, die sie an einer sitzenden Tätigkeit ebenso hinderten wie an der Betätigung im Haushalt. Andererseits führte ihre Hausärztin aus, gemäss Krankengeschichte habe die Beschwerdeführerin nach dem Unfall von 1997 nie Kopfschmerzen, sondern immer nur lumbale Rückenschmerzen angegeben. Rund 8 Monate nach der Vorstellung bei Dr. B. ___, ab Anfang Oktober 2000, nahm die Beschwerdeführerin sodann die Tätigkeit als Büroangestellte beziehungsweise in der Beratung und im Verkauf auf, die sie bis zum Unfall vom Oktober 2001 ausübte. Dr. F. ___ gegenüber schliesslich erweckte sie im Dezember 2002 den Eindruck, sie sei vor dem Unfall (von 2001) stets voll leistungsfähig, sportlich und vital gewesen, was ziemlich genau das Gegenteil dessen ist, was sie Dr. B. ___ im Februar 2000 geschildert hatte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Für diese Ungereimtheiten sind verschiedene Erklärungen denkbar. So könnte sein, dass die Beschwerdeführerin im Februar 2000 ihr(e) Leiden gegenüber Dr. B. ___ eher übertrieben darstellte. Oder es könnte sein, dass es ihr nach erfolgtem Fallabschluss gelungen ist, sich dermassen wieder aufzufangen, dass sie ab Oktober 2000, statt vollkommen schmerzgeplagt wie im Februar 2000, nunmehr vollzeitig erwerbstätig sein, Sport treiben und aktiv leben konnte, wie sie dies dann Dr. F. ___ berichtete. Möglich ist auch eine Kombination der beiden Erklärungen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Jedenfalls ist den geschilderten Begebenheiten zu entnehmen, dass es der Beschwerdeführerin auch schon gelungen ist, die Folgen eines Autounfalls so zu verarbeiten, dass sie wieder uneingeschränkt arbeitsfähig war. Daraus ist zu schliessen, dass ihr dies auch in der Folge des Auffahrunfalls vom Oktober 2001 zuzumuten ist.

E. 4.6

Nachdem feststeht, dass eine allfällige aus der somatoformen Schmerzstörung resultierende Arbeitsunfähigkeit versicherungsrechtlich ausser Betracht bleiben muss, erbringt sich die Prüfung der Frage, ob diese - als psychische Beeinträchtigung - in adäquatem Kausalzusammenhang mit dem erlittenen Unfall stehe.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da - unbesehen der Adressanzfrage - keine versicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht, besteht auch keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den strittigen Zeitpunkt hinaus. Somit ist der angefochtene Entscheid zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Hanspeter Riedener
- Rechtsanwalt Christian Leupi
- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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