

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00367 vom 27. Juli 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-07-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00367

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00367 du 27 juillet 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00367 del 27 luglio 2007

Erwägungen

E. 1

1.1. Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körpererschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

1.2. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosses Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.3. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis

allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.4 Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen 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 augenfälligen 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).

Bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie zum Beispiel einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen 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).

Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 140 Erw. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 Erw. 3b).

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:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;

- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemäÙsse Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulöÙsen;
- ungewöÙhnlich 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 (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa).

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 zum Beispiel 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. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (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).

1.5 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines sogenannten Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien nennt das Eidgenössische Versicherungsgericht hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;

- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- Dauerbeschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Anders als bei den Kriterien, die das Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und der in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Eidgenössische Versicherungsgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas (BGE 117 V 382 f. Erw. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 Erw. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2).

1.6 Dort, wo die zum typischen Beschwerdebild eines sogenannten Schleudertraumas der Halswirbelsäule oder einer vergleichbaren Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, nimmt das Eidgenössische Versicherungsgericht die Adäquanzbeurteilung im Sinne einer Ausnahme nicht nach den besonderen, für das Schleudertrauma aufgestellten Kriterien, sondern nach wie vor nach den Kriterien für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall vor, die allein auf dem Ausmass und den Auswirkungen der organisch nachweisbaren Unfallfolgen basieren (vgl. BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a; RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437 ff.). Dieser Ausnahmetatbestand setzt nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung voraus, dass die psychische Problematik bereits unmittelbar nach dem Unfall eine eindeutige Dominanz aufweist beziehungsweise - über einen längeren Zeitraum hin betrachtet - dass im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt die physischen Beschwerden gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind (vgl. RKUV 2002 Nr. U 465 S. 439 Erw. 3b; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen B. vom 23. März 2005, U 457/04, Erw. 3, und in Sachen K. vom 14. Oktober 2004, U 151/01, Erw. 4.2, je mit Hinweisen).

1.7 Sodann hat das Eidgenössische Versicherungsgericht wiederholt darauf hingewiesen, dass die besondere Adäquanzbeurteilung, die nicht zwischen physischen und psychischen Komponenten eines Beschwerdebildes differenziert, den Fällen vorbehalten sei, wo sich die psychische Problematik als Teil des typischen

organisch-psychischen Beschwerdebildes des so genannten Schleudertraumas der Halswirbelsäule darstelle oder wo eine psychische Fehlentwicklung mit diesem organisch-psychischen Beschwerdebild eng verflochten sei. Von diesen Fällen unterscheidet das Eidgenössische Versicherungsgericht diejenigen Fälle, wo sich nach einem Unfall, losgelöst vom organisch-psychischen Beschwerdebild eines so genannten Schleudertraumas oder einer vergleichbaren Verletzung, eine selbständige, sekundäre psychische Gesundheitsschädigung manifestiert oder wo eine derartige selbständige psychische Beeinträchtigung vorbestanden hat und sich durch einen Unfall verschlimmert. Die Unfalladäquanz solcher selbständiger Gesundheitsschädigungen beurteilt das Eidgenössische Versicherungsgericht ebenfalls nach den allgemeinen, für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien (vgl. RKUV 2001 Nr. U 412 S. 79 ff., 2000 Nr. U 397 S. 327 ff.; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen B. vom 23. März 2005, U 457/04, Erw. 3 mit Hinweisen, sowie in Sachen D. vom 7. November 2002, U 377/01, und in Sachen B. vom 24. Oktober 2002, U 424/01).

2. Das Sozialversicherungsgericht kam in seinem Urteil vom 27. November 2003 zum Schluss, dass die damalige Aktenlage nicht hinreichend deutlich gemacht hatte, worauf die von der Beschwerdeführerin geklagten multiplen Beschwerden zurückzuführen waren. Es erachtete es zwar als erstellt, dass keine bildgebend nachweisbaren organischen unfallkausalen Ursachen für die Beschwerden verantwortlich waren (Urk. 8/86 S. 8 f.). Es erkannte sodann eine relevante psychische Komponente. Es hielt es jedoch für unklar, welche Bedeutung diese in der Gesamtheit der geklagten und erhobenen Symptomatik spielte. Es wies die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück, damit diese eine interdisziplinäre Abklärung veranlasse, die sich dazu äussern sollte, wieweit das geklagte Beschwerdebild von der typischen Symptomatik eines Schädeld-Hirntraumas und/ oder einer Halswirbelsäulendistorsionsverletzung geprägt ist, und wieweit es den Charakter einer eigenständigen psychischen Fehlentwicklung aufweist. Einzubeziehen seien dabei die Fragen nach der ursprünglichen Verletzung nach dem Unfall und die des natürlichen Kausalzusammenhanges einer allfälligen psychischen Fehlentwicklung (Urk. 8/86 S. 12 unten).

E. 3

3.1 Die angeordnete Begutachtung der Versicherten erfolgte nach Absprache der Parteien untereinander (Urk. 8/107, 8/108) am 20. Juli und 9. August 2004 am D._____.

Die dortigen Ärzte hielten nach einer Zusammenfassung der damals vorhandenen Akten, nach einer internistischen, psychiatrischen und rheumatologischen Untersuchung im Gutachten vom 28. September 2004 fest, die Beschwerdeführerin leide seit dem Unfall an chronifizierten, ständig vorhandenen Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates, die therapieresistent geblieben seien. Die Versicherte sei in ihrem Alltagsleben stark beeinträchtigt und sehe sich nicht in der Lage, einer regelmässigen Arbeit nachzugehen (Urk. 8/114 S. 6). Die Ärzte berichteten von Klagen der Versicherten über anhaltende Kopf-, Nacken-, Stirn- und Brustschmerzen sowie über Schmerzen und Kraftverlust in den Armen und Händen. Eine Angabe der Schmerzintensität sei der Versicherten jedoch nicht möglich. Sowohl längeres Stehen, Sitzen als auch Gehen seien sehr mühsam. Die Versicherte berichte über Schlafstörungen und sie sei reizbar geworden. Sie habe Mühe sich zu konzentrieren. Früher sei sie eine leistungsfähige Frau gewesen, heute sei sie nicht mehr im Stande den eigenen Haushalt zu führen (Urk.

8/114 S. 9).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der internistischen Untersuchung zeigte sich im Besonderen eine druckdolente paravertebrale Muskulatur der Halswirbelsäule. Deren Beweglichkeit sei uneingeschränkt, endphasig jedoch schmerzhaft unter Angabe von Drehschwindel. Die restliche Wirbelsäule sei normal beweglich. Sowohl Nacken- als auch Schrägengriff seien möglich und die Rotatorenmanschettentests seien unauffällig (Urk. 8/114 S. 10). Die Rheumatologin Dr. med. K. ___ diagnostizierte ein chronisches, myofascialbedingtes cervikocephales und cervikospodylogenes Schmerzsyndrom, begünstigt durch die Haltungsinsuffizienz mit Schulter- und Kopfprotraktion und muskulärer Dekonditionierung (Urk. 8/114 S. 14). Die Psychiaterin Dr. med. L. ___, die das Gespräch unter Beizug einer Dolmetscherin geführt hatte, diagnostizierte eine mittelgradig depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.00, richtig: ICD-10 F32.10) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Die Versicherte zeige eine eingeschränkte Verarbeitungsfähigkeit hinsichtlich des Unfallgeschehens. Es zeigten sich depressive Symptome wie Schlafstörungen, sozialer Rückzug, Konzentrationsstörungen, gedrückte Stimmung, Gedankenkreisen und Gedankeneinengung. Man könne davon ausgehen, dass ohne den Unfall diese Symptome nicht vorhanden wären, dies hänge jedoch mit der eingeschränkten Verarbeitungsfähigkeit zusammen (Urk. 8/114 S. 17).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der zusammenfassenden Gesamtbeurteilung der Ärzte übernahmen diese zum Einen die erwähnten Diagnosen der Rheumatologin. Die vorwiegend myofaszial bedingten cervikocephalen und cervikospodylogenen Schmerzen seien wahrscheinlich durch das Unfallereignis ausgelöst worden und würden nun jedoch durch die Haltungsinsuffizienz mit Schulter- und Kopfprotraktion und die muskuläre Dekonditionierung unterhalten. Das Ausmass der Beschwerden liesse sich jedoch nicht strukturell-rheumatologisch erklären, so dass eine Schmerzverarbeitungsstörung angenommen werden müsse (Urk. 8/114 S. 21). Sie kamen weiter zum Schluss, aufgrund der festgestellten Befunde könne radiologisch und klinisch-rheumatologisch keine Einschränkung in der angestammten leichten körperlich wechselbelastenden Tätigkeit mit vorwiegender Kontrollfunktion gesehen werden. Eine Einschränkung bestehe lediglich bei Überkopfarbeiten oder beim repetitiven Heben von Gewichten über 15 kg (Urk. 8/114 S. 19). Weiter übernahmen sie die Diagnose der Psychiaterin und verneinten gleichzeitig das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung. Aus psychiatrischer Sicht sei eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit gegeben (Urk. 8/114 S. 20). Die Gutachter äusserten sodann die Ansicht, dass die psychiatrischen Diagnosen im Vordergrund ständen, da die erwähnten rheumatologischen Befunde keine Arbeitsunfähigkeit bewirkten. Die Ärzte erachteten keine Therapie mehr als erfolgsversprechend (Urk. 8/114 S. 22).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach Berücksichtigung der vorhandenen Vorakten und nach eigenen Untersuchungen der Beschwerdeführerin in rheumatologischer, psychiatrischer und internistischer Sicht zeigten sich die Gutachter somit überzeugt davon, dass die Beschwerdeführerin an einer eigenständigen psychischen Krankheit leidet, die ihren Zustand erklärt und unterhält. Es habe eine Fixierung auf die Schmerzen gegeben und es habe sich im Verlauf eine depressive Entwicklung eingestellt. Der Unfall sei zwar der Auslöser der psychischen Symptomatik gewesen, die eingeschränkte Verarbeitungsfähigkeit der Versicherten sei aber eine unfallfremde Eigenschaft (Urk.

8/114 S. 23).

3.2. Die Ansicht dieser Fachleute erweist sich nach der erneuten Begutachtung, bei der sich die Ärzte ein eigenes Bild von der Person der Versicherten, von ihrem Verhalten und den Vorakten gemacht hatten, als überzeugend. Sie schätzten die Situation dabei ähnlich ein wie früher die Ärzte der C. in ihrem Bericht vom 22. Mai 2001 (Urk. 8/25). Damals berichteten die Ärzte der C. jedoch noch von vermehrt druckdolenten, verspannten paravertebralen Weichteilen und einer in allen Ebenen schmerzhaft eingeschränkten Halswirbelsäulen-Beweglichkeit (Urk. 8/25 S. 8). Dennoch äusserten die Ärzte der C. damals schon die Ansicht, dass die ebenfalls diagnostizierte Anpassungsstörung die Befunde überlagerte (Urk. 8/25 S. 4).

Anlässlich der Begutachtung durch die Ärzte des D. zeigte sich - wie dargestellt - die Halswirbelsäule ohne wesentliche Einschränkungen und ohne neurologische Defizite (Urk. 8/113 S. 3). Wenn nun die Beschwerdeführerin bei kaum vorhandenen Befunden und nach vielen Therapien (vgl. Darstellung durch med. pract. M. im Bericht vom 7. April 2004, Urk. 8/101, und von Dr. med. N., Facharzt für Anästhesiologie, vom 11. Oktober 2005, Urk. 16/13) noch immer über konstante, durch nichts zu ändernde Schmerzen am ganzen Bewegungsapparat klagt, die sie von praktisch sämtlichen Hausarbeiten und von einer aussergewöhnlichen Tätigkeit abhalten (Urk. 8/114 S. 9) und die aber in dieser Art und in diesem geklagten Ausmass strukturell-rheumatologisch nicht erklärbar sind (Urk. 8/114 S. 21), ist die Meinung der Fachärzte einsichtig, dass die psychischen Gebrechen und darunter vor allem die Schmerzverarbeitungsstörung für das invalidisierende Verhalten der Versicherten verantwortlich sind.

Diese Zusammenhänge zeigen die Gutachter deutlich auf. Es ist zwar richtig, dass durch die Beantwortung der Frage der Beschwerdegegnerin nach dem Vorliegen typischer Beschwerden nach Halswirbelsäule-Distorsionstraumen oder einer äquivalenten Verletzung mit der Aufzählung diverser geklagter Schmerzen der Eindruck entstehen könnte, dass die Ärzte der Ansicht seien, eine solche Verletzungsart sei für die Beschwerden auch hier anhaltend verantwortlich (Urk. 8/114 S. 21 Frage 2.1). Aus dem von den Gutachtern geschilderten Gesamtkontext heraus wird jedoch klar, dass das Erscheinungsbild dieser Beschwerden, die eben zum Einen strukturelle Folgen eines Halswirbelsäulen- oder Schädelhirntraumas (mit oder ohne Halswirbelsäulen-Beteiligung) oder aber auch Folgen einer anderen, so zum Beispiel psychischen Erkrankung sein können (vgl. BGE 119 V 341), vorliegend aufgrund des geklagten Ausmasses, des Verlaufs, des invalidisierenden Verhaltens der Versicherten und der wenigen objektivierbaren Befunde den selbständigen psychischen Erkrankungen der Beschwerdeführerin zugeschrieben werden müssen.

3.3. Daran vermag die Kritik von PD Dr. E. nichts zu ändern (Beilage 1 zu Urk. 8/123). Zum einen hat dieser die Versicherte nicht selber untersucht oder sie gesehen, was bei Fällen wie dem Vorliegenden, da - wie alle Ärzte bestätigen - eine Diskrepanz zwischen dem Geklagten und dem objektiv Erhebbaren besteht, für die Einschätzung der Sachlage nicht unwichtig ist. Deshalb vermögen seine geäusserten Zweifel an den von den Ärzten des D. teilweise nicht erhobenen Befunden keine fundierte Kritik zu begründen (Beilage 1 zu Urk. 8/123 S. 1). Entgegen dessen geäusserten Ansicht waren sodann die Fibromyalgiepunkte zwar nicht durch die Rheumatologin, so doch durch den Internisten geprüft und für nicht auffällig befunden worden (Urk. 8/114 S. 10), was

hinreichend ist. Dass im Weiteren die Versicherte über geringe persönllichkeitsmässige Ressourcen verfügt und wenig introspektionsfähig ist und damit über eine geringe Verarbeitungsfähigkeit verfügt, ist psychiatrischerseits aktenmässig mehrfach belegt. Vor allem auch die sie behandelnde Psychologin lic. phil. O.____, die die Muttersprache der Versicherten spricht, beschrieb in einem Bericht vom 13. April 2004, die Versicherte könne viele Schmerzen nicht erklären und Erklärungen von Fachpersonen dazu nicht immer intellektuell nachvollziehen. Sie habe grosse sprachliche Probleme und Bildungsschwierigkeiten in der Kommunikation mit behandelnden Personen. Die Therapeutin erwähnte auch viele intrapsychische Konflikte, die als Folge des Unfalles aufgetreten seien, auch habe sich die Familiendynamik völlig verändert (Urk. 8/102). In diesem Gesamtkontext ist es durchaus einsehbar und ohne Weiteres verständlich, wenn die Psychiaterin Dr. L.____ einen Zusammenhang zwischen der pathologischen Persönlichkeit der Versicherten und den anhaltenden generalisierten Schmerzen sieht und vor allem diese personenbezogene Schwierigkeit und die psychischen Probleme für die Ursache der anhaltenden Beschwerden und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hält. Auch in diesem Punkt stösst die Kritik von Dr. E.____ ins Leere, es seien diese Zusammenhänge zu wenig dargestellt worden (Beilage 1 zu Urk. 8/123, S. 2).

3.4. Sodann braucht es auch keine weiteren Begutachtungen der Beschwerdeführerin. Die Ärzte des D.____ sprachen sich nach Erhalt und einer ersten Durchsicht der Akten dafür aus, eine rheumatologische, internistische und psychiatrische Begutachtung durchführen zu müssen, um die Fragestellung beantworten zu können (Urk. 8/109). Es ist der Beschwerdegegnerin darin Recht zu geben, dass es in erster Linie diese Fachleute sind, die zu beurteilen haben, welche Disziplinen zu involvieren sind. Dass sie dabei keine neurologische und keine neuropsychologische Begutachtung vorgenommen haben, liegt in ihrem Ermessen, das denn auch vorab seitens der Beschwerdeführerin nicht kritisiert worden war (Urk. 8/123). Es ist denn auch nicht einsichtig, weshalb beim nicht neurologischen Beschwerdebild der Versicherten zwingend eine neurologische Begutachtung notwendig gewesen wäre. Die Ärzte des D.____ legten im Weiteren überzeugend dar, dass wegen des psychiatrischen Befundes der Versicherten eine neuropsychologische Testung nicht gemacht worden war, weil diese eine verlässliche Erhebung und die Beurteilung der Ätiologie der behaupteten Konzentrationsstörungen nicht zugelassen hätte (Urk. 8/126).

Die Beschwerdeführerin wies in einem Schreiben vom 4. Mai 2006 auf nach Erlass des Einspracheentscheids produzierte medizinische Berichte hin. Daraus gehe hervor, dass sie an einer Ruptur der rechten Supraspinatussehne leide. Weil sie schon nach dem Unfall an Schulterbeschwerden gelitten habe, seien diese Unterlagen zu beachten und es drängten sich neue Abklärungen zu Arbeitsfähigkeit und Unfallkausalität auf (Urk. 27). Wie aus dem Bericht der H.____ hervorgeht, wurde dort am 4. April 2006 neu eine transmurale dehiszente Supraspinatusruptur rechts mit einer Bizeps longus-Tendinopathie und einer AC-Arthrose, Acromiontyp I-II, diagnostiziert. Aus der Anamnese geht hervor, dass die Versicherte seit einem Jahr über verstärkte Schulterschmerzen rechts klagte (Urk. 28/2). Wenn bei dieser Situation Dr. J.____ in seiner Beurteilung vom 24. Juli 2006 zum Schluss kommt, dass ein Zusammenhang zwischen dem Unfall und dieser Rotatorenmanschettenruptur nicht anzunehmen sei (Urk. 36), ist das einleuchtend. Denn es waren während der unfallbedingten Abklärungen auch Tests

hinsichtlich der Schulterbeweglichkeit und spezifisch der Rotatorenmanschetten gemacht worden, und sie hatten keine Auffälligkeiten ergeben. Dies berichtete letztmals die Rheumatologin des D.____ im Bericht vom 28. September 2004 (Urk. 8/113 S. 2). Somit ergeben sich auch aus diesen nachgereichten Berichten keine neuen Fakten, die weitergehende Begutachtungen notwendig machen würden.

3.5 Zusammenfassend ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin an einer selbständigen psychischen Erkrankung in Form einer somatoformen Schmerzstörung und einer mittelgradigen depressiven Episode leidet, die für ihren gesundheitlichen Zustand verantwortlich ist.

3.6 Zu prüfen ist, ob diese gesundheitliche Beeinträchtigung bereits ab dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin, also ab dem 31. Juli 2001, so bestand. Das Gericht hatte dies Frage in seinem Urteil vom 27. November 2003 aufgrund der damaligen Aktenlage nicht beantworten können, weil die psychiatrische Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung eine Ausschlussdiagnose darstellt für ein Beschwerdebild ohne Nachweis eines organischen Substrats, was das Gericht in seinem Urteil für noch nicht hinreichend geklärt anschaute (Urk. 8/86 S. 12).

Die Ärzte des D.____ äusserten sich zum Zeitpunkt des Eintritts der psychischen Krankheit nicht ausdrücklich. Sie erklärten jedoch nach Durchsicht und Zusammenfassung der Akten, dass sich seit der Untersuchung beim Kreisarzt Dr. med. P.____ im Juni 2001 keine wesentliche Veränderung im Beschwerdebild und -ausmass ergeben habe (Urk. 8/114 S. 8). Am Besten den Verlauf zu schildern vermag der Hausarzt med. pract. M.____, der die Beschwerdeführerin schon seit langer Zeit betreut. In seinem Bericht vom 7. April 2004 erwähnte er, dass sämtliche Behandlungsversuche wegen fehlender Wirkung abgebrochen worden seien. Das gelte für die medikamentösen, passiven und aktiven physiotherapeutischen Behandlungen und die psychotherapeutische Betreuung bei der Therapeutin und in einer psychiatrischen Tagesklinik (Urk. 8/101). Dies bestärkt die Auffassung, dass sich die Situation seit Jahren nicht mehr merklich verändert hat. Auffallend ist sodann auch, dass bereits bei Austritt aus der C.____ im Mai 2001 die Ärzte wegen seitens der Versicherten subjektiv empfundener Wirkungslosigkeit physiotherapeutischer Therapien keine solchen mehr empfohlen, sondern einzig eine psychotherapeutische Begleitung als vorteilhaft erachtet haben (Urk. 8/25 S. 5).

Damit ist in der Tat davon auszugehen, dass schon sehr bald, mithin Ende Juli 2001, das psychiatrische Beschwerdebild in Form einer selbständigen psychischen Erkrankung dominant im Vordergrund stand.

3.7 Damit ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen diesem Beschwerdebild und dem Unfall zu ermitteln. Dies hat nach der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 zu erfolgen (vgl. oben Erw. 1.7).

Die Beschwerdegegnerin hat den Unfall hinsichtlich der Schwere dem mittleren Bereich zugeordnet (Urk. 2). Der Unfall hatte sich gemäss dem Polizeirapport vom 2. Februar 2001 so ereignet, dass der Ehemann der Beschwerdeführerin auf einer vortrittsberechtigten Spur fuhr und von einem anderen Lenker an einer Kreuzung übersehen wurde. Dieser Lenker fuhr über die Kreuzung, wo ihn das Fahrzeug des Ehemannes der Versicherten trotz einer eingeleiteten Bremsung seitlich erwischte, das Fahrzeug mit der Versicherten darin stiess somit frontal in das fehlbare Fahrzeug. Sowohl die Versicherte als auch ihr Ehemann hatten die Gurten getragen. Während der Ehegatte

das Fahrzeug selber verlassen konnte, musste der Versicherten beim Verlassen des Fahrzeuges geholfen werden. Mit der Diagnose einer Thoraxkontusion und mit verschiedenen oberflächlichen Schnitt- und Schürfwunden im Gesicht und an den Händen wurde sie in das B. ___ gebracht (Urk. 8/10/3). Es ist überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass die Versicherte bei diesem Unfall ein leichtes Schädelhirntrauma erlitten hatte, davon gehen die Ärzte des D. ___ aus (Urk. 8/114 S. 21). Dem ist zu folgen, hatte die Beschwerdeführerin doch den Kopf angeschlagen und dabei augenfalliger Weise ein Brillenhematom und Rissquetschwunden davongetragen (Urk. 8/11/4), und die Ärzte diagnostizierten eine Commotio cerebri (Urk. 8/114 S. 21). Die Ärzte des D. ___ erwähnten in der Gesamtbeurteilung bei der Diagnose nicht ausdrücklich eine Halswirbelsäulen-Distorsion (Urk. 8/114 S. 17 Frage 4). Dass jedoch neben dem Schädelhirntrauma anfänglich zumindest auch eine schleudertraumähnliche Verletzung vorlag, geht daraus hervor, dass die Ärzte selber sagten, dass die cervikocephalen und cervikospondylogenen Schmerzen wahrscheinlich durch das Unfallereignis ausgelöst worden seien (Urk. 8/114 S. 21 Frage 3.1). Zudem berichtete der damalige Hausarzt Dr. med. Q. ___ am 10. März 2001, in dessen Nachbehandlung die Beschwerdeführerin nach dem Klinikaufenthalt entlassen worden war, die Versicherte habe "von Beginn weg" über diffuse Nacken-, Kopf- und Brustschmerzen geklagt (Urk. 8/11/3). Bei dieser Sachlage ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Unfall im Bereich eines mittelschweren Unfalles eingestuft hat. Weder hat die Beschwerdeführerin lebensgefährliche Verletzungen erlitten, noch waren die Kollision und ihre Folgen banal.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Allerdings kann weder von einem besonders eindrücklichen Unfall gesprochen werden, noch waren objektiv gesehen besonders dramatische Begleitumstände vorhanden, auch wenn diese Kollision für die Versicherte aus ihrer Optik ein einschneidendes Ereignis war. Es gab sodann keine ärztlichen Fehlbehandlungen oder Komplikationen oder einen somatisch bedingten, schwierigen Heilungsverlauf. Die von der Versicherten geklagten körperlichen Schmerzen waren in ihrem Ausmass und der Ausdehnung bald schon psychisch bedingt, weshalb nicht von körperlichen Dauerschmerzen gesprochen werden kann. Die erlittenen Verletzungen sind sodann auch nicht per se geeignet, diese psychische Fehlentwicklung, wie sie bei der Versicherten schon im Sommer 2001 vorlag, zu verursachen. Dass die Versicherte ihre Kontrolltätigkeit, die keine schwere Arbeit war, sondern mit ihrer zu 90 % aus Kontrollen von Windeln und Damenbinden bestehenden Arbeit eine leichte wechselbelastende Tätigkeit darstellte (Urk. 8/18), nicht mehr aufgenommen hat, ist massgeblich mit der psychischen Problematik und nicht mit den somatischen Beschwerden zu erklären, so dass nicht von einer lang andauernden physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit gesprochen werden kann. Schon Ende Juni 2001 wurden ärztlicherseits keine weiteren ärztlichen Behandlungen mehr für die geklagten physischen Schmerzen empfohlen, sondern nur noch eine stützende Psychotherapie vorgeschlagen (Urk. 8/25 S. 5), so dass auch nicht von einer lange dauernden, somatischen ärztlichen Behandlung gesprochen werden kann.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Daraus ergibt sich, dass die ab August 2001 im Vordergrund stehende psychische Problematik zum Unfall vom 1. Februar 2001 nicht in einem adäquat kausalen Zusammenhang steht, weshalb die Beschwerdegegnerin die Leistungen zu Recht per Ende Juli 2001 eingestellt hat.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde ist abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. André Largier

- Rechtsanwalt Dr. Stefan Mattmann

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift 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.