

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00409 vom 29. August 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-08-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00409

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00409 du 29 août 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00409 del 29 agosto 2007

Erwägungen

E. 2

2.1. Im Bericht der Klinik C.____ vom 22. Februar 2000 (Urk. 12/19) wurden die Restbeschwerden bei Status nach HWS-Trauma 1993 sowie 1996 wie folgt beurteilt: Klinisch und objektiv hätten sich gegenüber den Voruntersuchungen von 1997 keine Veränderungen ergeben. Hinweise für strukturelle Veränderungen im Sinne von degenerativen Veränderungen oder eventuell Instabilitäten hätten sich radiologisch nicht verifiziert. Nach wie vor beständen "Spannungskopfschmerztyp ähnliche Kopfschmerzen". Es bestehe gemäss dem MRI der HWS eine diskrete Diskopathie C5/6, die jedoch für diese Art von Schmerzen vermutlich nicht verantwortlich sei (Urk. 12/19 S. 2).

2.2. Eine neuropsychologische Untersuchung im Spital D.____ am 29. März 2000 (Urk. 12/24) ergab relativ ausgeprägte Defizite in der geteilten Aufmerksamkeit. Ausserdem zeigte sich eine leichte Schwäche der kognitiven Flexibilität in der verbalen Ideenproduktion. In der formalen Prüfung wurden hingegen keine Gedächtnisprobleme gefunden. Die geäusserten Probleme der Patientin wurden im Zusammenhang mit der erwähnten Aufmerksamkeitschwäche interpretiert. Das Ausmass der neuropsychologischen Defizite wurde als leicht beurteilt (Urk. 12/24 S. 2).

E. 2.3

2.3.1. Im Austrittsbericht der Klinik E.____ vom 30. April 2001 (Urk. 12/39), in der die Beschwerdeführerin vom 4. bis 24. April 2001 zur Rehabilitation hospitalisiert war, wurden folgende Diagnosen gestellt:

- Chronisches cervicovertebrales und cervicocephales Schmerzsyndrom

- St.n. Frontalkollision mit Mauer 12/93

- St.n. HWS-Distorsion bei Auffahrunfall 12/96

- St.n. Limbus-Refixation an rechter Schulter (21. September 2000)

- V.a. depressive Verstimmung

2.3.2. Des Weiteren berichteten die Ärzte der Klinik E.____, bei Eintritt hätten drückende Schmerzen in der Kopf-Nacken-Gesichts-Region im Vordergrund gestanden (0-10 auf der Schmerzskala). Die Patientin habe sich gewünscht, mit den Beschwerden im Alltag besser zurecht zu kommen. Klinisch hätten sich Verspannungen im M. trapezius beidseits und eine Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes gezeigt. Die Patientin habe einen etwas subdepressiven Eindruck gemacht. In den Aktivitäten des täglichen Lebens sei sie selbständig gewesen. Eine funktionelle

Beeinträchtigung im Alltag habe vor allem durch die Nackenschmerzen bestanden, die sich bei jeglichen Bewegungen des Kopfs verstärkt hätten. Wegen starker Schmerzen sei der Nackengriff nicht möglich gewesen, so dass sich die Patientin nicht mit dem rechten Arm habe krammen können (Urk. 12/39 S. 1). Der Verlauf sei im Wesentlichen komplikationslos gewesen. Während der Hospitalisation sei der Patientin die Notwendigkeit einer Unterstützung bei der psychischen Situationsverarbeitung bewusst gewesen. Die Patientin habe Probleme, die reduzierte Leistungsfähigkeit zu akzeptieren, rings um das Wiedererlangen der vollen Arbeitsfähigkeit auf Kosten von Lebensqualität und Beziehungen, was sie an die Grenze ihrer Belastbarkeit bringe und entsprechende psychische Folgen wie Verzweiflung, Affektlabilität, Gereiztheit und reduzierte Stressresistenz bewirke (Urk. 12/39 S. 2).

2.3.3. Schliesslich hielten die Ärzte der Klinik E.____ als Ergebnis fest, die Schmerzen seien zurückgegangen, wobei die Schulterschmerzen gänzlich verschwunden seien und die Hals-Nacken-Schmerzen hätten reduziert werden können (auf 3-4 auf der Schmerzskala). Die Beweglichkeit der rechten Schulter habe verbessert, der Hartspann gelockert werden können. Nacken- und Schultergriff seien wieder möglich gewesen. Die Kraft in den Schultermuskeln rechts habe sich normalisiert. Die Patientin könne sich wieder selbständig mit der rechten Hand krammen. Die ergonomische Abklärung des Arbeitsplatzes habe ergeben, dass Modifikationen nötig seien. Die Patientin werde den Arbeitsplatz selbst ergonomischer gestalten (Urk. 12/39 S. 2).

2.4. Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Neurologie, diagnostizierte am 25. Juni 2001 (Urk. 12/43) ein posttraumatisches cervico-vertebrales und cervico-cephales Schmerzsyndrom und leichte neuropsychologische Defizite bei Status nach 2 HWS-Traumen im Dezember 1993 und Dezember 1996. Die beiden Traumen zeigten noch heute Folgen in Form anhaltender cervico-cephaler Schmerzen, hauptsächlich unter Belastung auftretend. Im Weiteren klagte die Patientin noch immer über Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten. Im neurologischen Status habe sich eine leichte Gefühlsstörung am linken Mittelfinger gefunden und die C6 Reflexe am rechten Arm seien leicht abgeschwächt. Diese Befunde deuteten auf leichte Schädigungen cervicaler Wurzeln hin, rechts auf die Wurzel C6 und links auf die C7 (Urk. 12/43 S. 3).

2.5. Dr. med. G.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, spez. Handchirurgie, diagnostizierte am 29. Juni 2001 (Urk. 12/44) Sensibilitätsstörungen und Schmerzen an beiden Händen, wahrscheinlich cervikoradikalär bedingt, bei Status nach zweimaligem HWS-Trauma. Im EMG und klinisch habe ein Carpaltunnelsyndrom ausgeschlossen werden können. Die Beschwerden stammten vermutlich von der Schulter-Nacken-HWS-Gegend und seien als Folgen der HWS-Traumen zu deuten (Urk. 12/44).

2.6. Ende November 2001 führte Brigitte H.____, Neuropsychologin, Psychologin FSP, eine neuropsychologische Standortbestimmung durch (Bericht vom 3. Dezember 2001; Urk. 12/59), aufgrund derer sie zu folgender Beurteilung kam: Die emotionale Unbetroffenheit und die Resultate im Normalbereich auf den verschiedenen Persönlichkeitsfragebogen stimmten nicht mit dem klinischen Eindruck überein. Sehr wahrscheinlich versuche die Patientin, sich als starke und die Kontrolle über die Situation ausübende Person zu geben und kämpfe gegen ihre Gefühle an. Diese wirkten aber nichtsdestoweniger im Hintergrund, wobei infolge ihrer ausgeprägten Leistungsorientiertheit besonders das limitierte Funktionieren im Beruf eine wichtige Rolle

spielen dÄ¼rften. Ganz sicher negativ wirke sich auch die tÄ¼gliche Auseinandersetzung mit HWS-FÄ¼llen aus, wodurch automatisch eine Identifikation mit den Betroffenen stattfindet und deren Beschwerden auf das eigene Befinden projiziert wÄ¼rden. Dies werde bestÄ¼tigt durch eine Aussage der Versicherten, die sie gemÄ¼ss Bericht vom 30. April 2001 in der Klinik E.____ gemacht habe. Weitere Stressoren stellten ebenfalls die vor kurzem erfolgte Trennung von ihrem Freund dar, die Krebserkrankung ihrer Mutter und die Auswirkungen der Unfallfolgen auf das Funktionieren im Privatleben. Dass nichtorganische Faktoren ihren Zustand beeinflussten, zeige sich darin, dass die Versicherte nach lÄ¼ngeren Ferien eine weitgehende Beschwerdefreiheit erlebt habe. VorerwÄ¼hnte Faktoren bewirkten ein erhÄ¼htes Stressniveau und Stress fÄ¼hre unter anderem zu Muskelverspannungen und einem Senken der Schmerzschwelle. Dadurch wÄ¼rden die unfallkausalen kÄ¼rperliche Beschwerden aufrechterhalten und gegebenenfalls noch exazerbiert und es resultiere schliesslich ein circulus vitiosus (Urk. 12/59 S. 3).

E. 2.7

2.7.1Ä¼ Prof. Dr. med. B.____ fand im Rahmen seiner neurologischen Beurteilung vom 23. Juli 2004 keine somato-neurologischen AuffÄ¼lligkeiten und stellte folgende Diagnosen (Urk. 12/72 S. 8):

- Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼ Chronifizierte Schmerzsymptomatik mit im Vordergrund einseitigen Gesichts- und Kopfschmerzen
- Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼ subjektiv empfundene neuropsychologische Minderleistungen respektive Fehlleistungen
- Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼ Status nach zweimaligen HWS-Distorsionen
- Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼ Status nach operativer Entfernung eines Enchondroms des Humeruskopfs und einer SLAP-LÄ¼sion des rechten Schultergelenkes

2.7.2Ä¼ Im UntersuchungsgesprÄ¼ch fiel die Versicherte gemÄ¼ss Prof. Dr. B.____ nicht auf und war immer adÄ¼quat. Sprachliche StÄ¼rungen hÄ¼tten sich keine gezeigt. Die Patientin habe immer alert gewirkt. Zeichen von MÄ¼digkeit hÄ¼tten nicht bestanden. Die Patientin habe Gesichts- und wenig Kopfschmerzen angegeben (IntensitÄ¼t 2/10). Sie sei BrillentrÄ¼gerin bei Myopie. Im Lang-Stereotest sei promptes Tiefsehen nachgewiesen worden. Hinweise auf fokale motorische koordinative und sensible StÄ¼rungen hÄ¼tten sich keine gezeigt. Die Muskeleigenreflexe seien mittellebhaft und symmetrisch. Die HWS-Beweglichkeit sei voll mit Rotation bis beinahe 80Ä¼°, die Ante-/Retroflexion je Ä¼ber 40Ä¼°. Es bestehe eine geringe Druckschmerzhaftigkeit der nuchalen Muskulatur sowie im Bereiche der Austrittsstelle des N. trigeminus supra- und infraorbital beidseits. Die Beweglichkeit im rechten Schultergelenk habe er nicht genauer geprÄ¼ft. Rein von der Beobachtung her sei die Beweglichkeit des rechten Arms unauffÄ¼llig (Urk. 12/72 S. 7).

2.7.3Ä¼ Zum Kausalzusammenhang und insbesondere zur Frage, ob der status quo sine oder ante erreicht sei, Ä¼usserte sich Prof. Dr. B.____ wie folgt: FÄ¼r eine eindeutige Beurteilung sei die Situation unÄ¼bersichtlich und eine definitive Stellungnahme mit gutem Gewissen nicht mÄ¼glich. Die Patientin habe zweimal eine Frontalkollision erlitten. Man wisse jedoch aus der Literatur, dass Frontalkollisionen viel weniger zu den von der Patientin geklagten Beschwerden fÄ¼hrten als Heckkollisionen. Die Patientin habe nach ihren Angaben nur im Rahmen des Erstunfalls 1993 eine Kopftusion erlitten. Anschliessend habe sie - im Gegensatz zum Zweitunfall - nicht Ä¼ber neuropsychologische Defizite

geklagt. Mit absoluter Sicherheit könne eine Hirnläsion ausgeschlossen werden. Die von der Patientin geklagten neuropsychologischen Defizite seien höchstens indirekt durch die Schmerzen, eventuelle Schlaflosigkeiten oder dann durch eine chronische Überbelastung am Arbeitsplatz zu erklären. Eine weitere Schwierigkeit betreffe die rechte Schulter. Neben einem unfallunabhängigen Enchondrom werde die SLAP-Läsion als posttraumatisch bezeichnet. Ein Trauma induziere jedoch - seiner Meinung nach - per definitionem eine akute Läsion und er könne sich schlicht und einfach nicht vorstellen, wie eine unfallbedingte SLAP-Läsion während 3 Jahren stumm sein solle. Ein Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen sei damit höchstens wahrscheinlich möglich, jedoch sicherlich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit. Dieselbe Problematik stelle sich dann natürlich auch bezüglich der gesamten Schmerzsituation. Nach dem Erstunfall 1993 seien ganz ähnliche Beschwerden aufgetreten mit nur allmählicher Besserung und mehr oder weniger Beschwerdefreiheit während wahrscheinlich höchstens eines Jahres vor dem Zweitunfall. Betrachte man dieses beschwerdefreie Intervall von einem Jahr als Ausheilung mit der Implikation, dass der Erstunfall dann irrelevant sei für die Beurteilung des Zweitunfalles, dann könne man mit gutem Gewissen auch die beschwerdefreie Periode im Sommer 1999 als Ausheilung bezeichnen und damit wären die heutigen Beschwerden nicht direkt Folge des Zweitunfalles. Andererseits könnte man auch davon ausgehen, dass das Unfallereignis 1996 zu einer vorübergehenden, sicherlich richtungsweisenden Verschlimmerung der durch das Unfallgeschehen 1993 ausgelösten Beschwerden mit freiem Intervall geführt habe. Weiterhin sei schon auffallend, dass in verschiedenen Berichten und vor allem auch mit der Einschätzung der Kraniosakral-Therapeutin Frau I. ___ darauf hingewiesen werde, dass die Patientin des Öfteren beruflich überfordert sei. Diese Überforderung habe kaum etwas mit dem Unfallgeschehen zu tun, da die Überforderungen nicht auf die Schmerzen zurückzuführen würden, sondern primär bedingt zu sein schienen, eine Hirnläsion jedoch mit Sicherheit auszuschließen sei. Es stelle sich deswegen durchaus auch die Frage, ob die ganze Schmerzsituation und auch die neuropsychologischen Minderleistungen nicht durch eine primäre Überforderung am Arbeitsplatz unterhalten würden. Er sei der Meinung, dass das Unfallereignis von 1996 wohl Symptome, die vorbestanden hätten, wieder exazerbiert hätten, dass jedoch für deren Persistenz im Wesentlichen unfallfremde Faktoren verantwortlich seien. Wie so häufig seien jedoch solche unfallfremden Faktoren, da kein akutes, genau datierbares Ereignis vorliege, immer viel schwieriger zu eruieren als ein Unfall selber. Auch in der Literatur, vor allem in der amerikanischen, gehe man davon aus, dass nach einer HWS-Distorsion mit zunehmender Dauer unfallfremde Faktoren in den Vordergrund traten (Urk. 12/72 S. 9 f.).

2.7.4 Zur Frage der Ermittlung der Erwerbseinbusse, hielt Prof. Dr. B. ___ fest, dass keine Erwerbseinbusse bestehe, da der Patientin alle Arbeiten erlaubt seien. Er empfehle ihr, sogar die täglichen Verrichtungen, die die Schmerzen angeblich betonten, bewusst durchzuführen. Erfahrungsgemäss schränkten sich Patienten mit solchen Schmerzen ohne eindeutige strukturelle Läsionen zunehmend ein. Sobald sie gewisse Tätigkeiten mit grösserer Belastung durchführten, zu der sie durchaus fähig seien, die jedoch Schmerzen auslösten, würden diese als "Bestrafung" empfunden. Dies sei natürlich eine Fehlinterpretation der Situation (Urk. 12/72 S. 10 f.).

2.8 Nach dem die Zürich Prof. Dr. B. ___ Unterlagen betreffend den Erstunfall zugestellt hatte, ergänzte dieser sein Gutachten, erklärte aber, dass sich durch

die neuen Kenntnisse an der Beurteilung im Prinzip nichts geÄndert habe (Urk. 12/74 S. 2).

E. 3

3.1ÄÄÄÄ Fest steht und unbestritten ist, dass die ZÄrlich den natÄrlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 11. Dezember 1996 sowie dem im Januar 1998 gemeldeten RÄckfall und den in der Folge jeweils aufgetretenen Beschwerden anerkannte und dafÄr bis zum 7. Dezember 2004 die gesetzlichen Leistungen erbrachte. Streitig ist, ob die ZÄrlich zu Recht per 7. Dezember 2004 sÄmtliche Leistungen einstellte.

3.2ÄÄÄÄ Der Unfall vom 29. MÄrz 2003 kann unberÄcksichtigt bleiben, weil er unbestrittenermassen zu keiner VerstÄrkung der Beschwerden gefÄhrt hat (vgl. Urk. 12/56, Urk. 12/72 S. 1 unten). Fraglich ist, welche leistungsrechtliche Bedeutung dem Umstand beizumessen ist, dass die GesundheitsschÄdigung nicht eindeutig entweder dem Unfallereignis vom 25. Dezember 1993 (Unfallversicherer: A.____ Versicherungs-Gesellschaft) oder demjenigen vom 11. Dezember 1996 (Unfallversicherer: ZÄrlich) zugeordnet werden kann. Der zu beurteilende Sachverhalt enthÄlt sowohl Elemente die in Art. 99 als auch solche die in Art. 100 der Verordnung Äber die Unfallversicherung (UVV) vorkommen, wobei jedoch keine der in den beiden Normen enthaltenen Bestimmungen auf den vorliegenden Fall direkt anwendbar ist. WÄhrend Art. 99 UVV laut Marginalie die "Leistungspflicht bei Versicherten mit mehreren Arbeitgebern" zum Gegenstand hat, regelt Art. 100 die "Leistungspflicht bei erneutem Unfall", jedoch nur fÄr die in den AbsÄtzen 1 bis 3 genannten TatbestÄnde. Welche Bestimmung als analog anwendbar zu betrachten ist, kann indessen offen bleiben, weil beide Normen auf dem Grundsatz beruhen, dass der zuletzt zustÄndige Unfallversicherer die vollen Leistungen zu erbringen hat. Es soll damit vermieden werden, dass mehrere LeistungsansprÄche bestehen und der Versicherte seine AnsprÄche bei verschiedenen Versicherern geltend zu machen hat (vgl. zum Ganzen: Urteil des EidgenÄssischen Versicherungsgerichts in Sachen G. vom 17. Juli 2002, U 417/01, Erw. 3c mit Hinweisen). FÄr den vorliegenden Fall gilt daher, dass die ZÄrlich grundsÄtzlich verpflichtet ist, allfÄllige gesetzliche Leistungen voll zu erbringen. Im Äbrigen wÄre es primÄr Sache der beteiligten Unfallversicherer, sich Äber die Aufteilung der Leistungspflicht zu einigen (vgl. erwÄhntes Urteil U 417/01 Erw. 3c fine).

3.3ÄÄÄÄ Die ZÄrlich stellte sich im Einspracheentscheid auf den Standpunkt, das Unfallereignis vom 11. Dezember 1996 sei weder natÄrlich noch adÄquat kausal fÄr die geltend gemachten Beschwerden (Urk. 2 S. 9 Erw. 2b).

ÄÄÄÄÄÄ DemgegenÄber brachte die BeschwerdefÄhrerin im Wesentlichen vor, das Gutachten von Prof. Dr. B.____, auf das sich die Beschwerdegegnerin hauptsÄchlich stÄtzte, sei widersprÄchlich und willkÄrlich, weshalb eine interdisziplinÄre (insbesondere rheumatologische und neurologische) Begutachtung anzuordnen sei (Urk. 6 S. 5).

E. 4

4.1ÄÄÄÄ In tatsÄchlicher Hinsicht kann aufgrund der medizinischen Akten als erstellt gelten, dass die BeschwerdefÄhrerin im Rahmen des Unfallereignisses vom 11. Dezember 1996 (wie schon beim Unfall vom 25. Dezember 1993) ein Schleudertrauma der HWS erlitten hat (Urk. 12/19 S. 2, 12/43 S. 3, 12/44, 12/72 S. 8). Im Anschluss zum

(jeweiligen) Unfallereignis ist denn auch zumindest teilweise das typische Beschwerdebild (vorliegend Nacken- und Kopfschmerzen) nach solchen Verletzungen aufgetreten (vgl. BGE 117 V 360 Erw. 4b). Organisch nachweisbare unfallkausale Verletzungsfolgen sind jedoch nicht mehr vorhanden, wie gestützt auf die vorhandenen Akten ebenfalls feststeht (Urk. 12/9, 12/39, 12/44, 12/61, 12/72 S. 8). Unter diesen Umständen kann von den beantragten weiteren medizinischen Abklärungen abgesehen werden. Im Übrigen bleibt anzumerken, dass grundsätzlich auch auf den Bericht von Prof. Dr. B.____ - der auf eigenen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und begründete Schlussfolgerungen enthält, und somit den Anforderungen der Rechtsprechung an einen Arztbericht genügt (vgl. Erw. Ziff. 1.8 hievore) - abgestellt werden kann, soweit er für den Entscheid des hiesigen Gerichts von Bedeutung ist.

4.2 Es kann offen bleiben, ob der Unfall vom 11. Dezember 1996 zumindest als Teilursache der geltend gemachten Leiden zu betrachten ist, was für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs praxisgemäss genügt (BGE 119 V 338 Erw. 1, 117 V 360 Erw. 4b), da jedenfalls die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zu verneinen ist, wie im Folgenden zu zeigen sein wird.

4.3 Bezüglich der organisch nicht nachweisbaren Gesundheitsschädigungen hat eine Adäquanzbeurteilung nach den für Schleudertraumen und schleudertraumähnliche Verletzungen der HWS (BGE 117 V 359 ff.) geltenden Regeln stattzufinden.

Hat die versicherte Person mehr als einen Unfall mit Schleudertrauma der HWS oder gleichgestellter Verletzung erlitten, ist die Adäquanz prinzipiell für jeden Unfall gesondert zu beurteilen (Erw. 4.1 des in RKUV 2005 Nr. U 536 S. 57 f. teilweise publizierten Urteils des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen P. vom 30. September 2004, U 126/04). Nach der Rechtsprechung ist es jedoch nicht generell ausgeschlossen, die wiederholte Betroffenheit desselben Käuferteils bei der Adäquanzprüfung zu berücksichtigen. Letzteres ist insbesondere dann denkbar, wenn die Auswirkungen der verschiedenen Ereignisse auf gewisse Beschwerden und/oder auf Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit nicht von einander abgegrenzt werden können (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen G. vom 16. Dezember 2005, U 297/04, Erw. 4.1.2). Der hinreichend nachgewiesenen, durch einen früheren versicherten Unfall verursachten dauerhaften Vorschädigung der HWS kann diesfalls im Rahmen der Beurteilung der einzelnen Kriterien - beispielsweise der besonderen Art der Verletzung, des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit oder der Dauer der ärztlichen Behandlung - Rechnung getragen werden (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen S. vom 26. April 2006, U 39/2004, Erw. 3.3.2).

4.4 Nach der Rechtsprechung werden einfache Auffahrunfälle in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237 Erw. 5.1.2 mit Hinweisen [Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen C. vom 15. März 2005, U 380/04]). Der Personenwagen der Beschwerdeführerin kollidierte am 11. Dezember 1996 auf der Autobahn im Stau frontal mit dem Heck des zum Stillstand gebrachten Vorderwagens (vgl. Urk. 12/38 S. 1). Gemäss den Feststellungen des Ingenieurs FH, J.____, Experte Unfallanalyse, in der unfallanalytischen Stellungnahme vom 13. August 2001 betrug die kollisionsbedingte

Geschwindigkeitsänderung "Delta-v" des Fahrzeugs der Beschwerdeführerin beim Auffahrunfall vom 11. Dezember 1996 11 bis 16.5 km/h (Urk. 13/1/2). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung liegt die Harmlosigkeitsgrenze für nicht unerhebliche HWS-Beschwerden im Normalfall bei kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderungen (Delta-v) im Bereich von 10 bis 15 km/h (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen J. vom 21. Juni 2006, U 265/05, Erw. 3.1). Obwohl der Unfall vom 11. Dezember 1996 demnach bezüglich der HWS-Belastung nicht von vornherein unerheblich war, ist er unter Berücksichtigung sämtlicher Umstände als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu qualifizieren. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs wäre praxisgemäss daher nur zu bejahen, wenn mehrere der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien insgesamt in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt wären oder ein einzelnes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise gegeben wäre (BGE 117 V 367 Erw. 6a).

4.5 Der Unfall vom 11. Dezember 1996 hat sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet noch war er - objektiv betrachtet (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 Erw. 3b/cc; vgl. auch RKUV 2000 Nr. U 394 S. 313, je mit Hinweisen) - von besonderer Eindringlichkeit. Er hatte auch keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art zur Folge. Denn die Diagnose eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumatischen Verletzung der HWS vermag die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen S. vom 10. Februar 2006, U 79/05). Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingetragenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen (RKUV 2003 Nr. U 489 S. 361 Erw. 4.3 mit Hinweisen). Solche Umstände sind hier nicht gegeben. Es liegt auch keine besondere Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden vor. Auch die im Rahmen des Unfallereignisses vom 25. Dezember 1993 erlittene Vorschädigung der HWS kann gestützt auf die medizinischen Stellungnahmen nicht als so erheblich bezeichnet werden, als dass das Kriterium der besonderen Schwere oder Art der Verletzung aus diesem Grund als in besonders ausgeprägter Weise erfüllt gelten könnte.

4.6 Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. Die medizinischen Massnahmen beschränkten sich zunächst auf Halskrausenversorgung und ambulante Physiotherapie (vgl. Urk. 12/6, 12/7) und wurde vorerst Ende Mai 1997 abgeschlossen (Urk. 12/11). Nach dem gemeldeten Rückfall wurde die Physiotherapie wieder aufgenommen, Lockerungs- und Kräftigungsgymnastik veranlasst (Urk. 12/15), sowie eine Craniosacral-Therapie angeordnet (Urk. 12/47). Zudem wurde die Beschwerdeführerin medikamentös behandelt (Urk. 12/19 ff.). Insgesamt handelte es sich jedoch nicht um eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen N. vom 14. März 2005, U 82/04; in Sachen P. vom 24. September 2003, U 361/02, und in Sachen S. vom 8. April 2002, U 357/01).

4.7 Von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, kann ebenso wenig gesprochen werden, wie von einem schwierigen

Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen. Es bedarf hiezu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen S. vom 10. Februar 2006, U 79/05; in Sachen F. vom 10. September 2002, U 343/02, und in Sachen B. vom 7. August 2002, U 313/01). Solche Gründe sind hier nicht gegeben.

4.8 Zum Kriterium von Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin bereits etwas mehr als einen Monat nach dem Unfall vom 11. Dezember 1996 wieder zu 50 % aufnehmen konnte (Urk. 12/7 S. 2). Ab 26. März 1997 war sie zu 75 % und ab 14. April 1997 wiederum vollständig arbeitsfähig (Urk. 11/15). Auf der Rückfallmeldung vermerkte Dr. med. Pläyer, Allgemeine Medizin FMH, dass die Beschwerdeführerin trotz des Rückfalls immer voll arbeitsfähig gewesen sei (Urk. 12/12). Auch mit Bericht vom 2. Februar 1999 wurde keine erneute Arbeitsunfähigkeit vermeldet (Urk. 12/15). Desgleichen mit Arztzeugnis vom 23. Februar 2000 (Urk. 12/20). Im Zusammenhang mit der im September 2000 durchgeführten Arthroskopie des rechten Schultergelenkes und der arthroskopischen Limbus-Refixation (Urk. 12/31), deren Unfallkausalität aber zumindest fraglich ist (vgl. Urk. 12/72 S. 9 unten), kam es zu einer mehrwöchigen vollständigen und teilweisen Arbeitsunfähigkeit (Urk. 12/32, 11/94). Die Hospitalisation in der Klinik E. im April 2001 hatte einen Rückgang der Schmerzen zur Folge. Ab 25. April 2001 arbeitete die Beschwerdeführerin wieder zu 100 % (Urk. 12/40, 12/41). In der Folge war sie - soweit ersichtlich - abgesehen von einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit vom 9. Dezember 2003 bis 1. April 2004 (Urk. 12/67, 12/70) - immer im Umfang eines Vollzeitpensums erwerbstätig (vgl. Urk. 12/51 S. 2, 12/56, 12/60 S. 1, 12/66). Das Kriterium von Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit kann bei dieser Sachlage somit nicht als erfüllt gelten.

4.9 Dagegen sind Dauerbeschwerden (in Form von Kopf- und Nackenschmerzen) eher zu bejahen. Von einer besonderen Ausprägtheit kann jedoch auch hier nicht gesprochen werden, zumal die Kopfschmerzen einerseits mit Medikamenten und Akupunktur scheinbar wirksam bekämpft werden können (vgl. Urk. 12/72 S. 2 Mitte), und es andererseits auch beschwerdefreie Phasen - wie etwa im Sommer 1999 (vgl. Urk. 12/72 S. 9f. unten) - gab.

4.10 Da somit weder eines der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist noch mehrere der zu berücksichtigenden Kriterien insgesamt in gehäuft oder auffälliger Weise gegeben sind, ist die Unfalladäquanz der geltend gemachten Beschwerden zu verneinen. Die Beschwerdeführerin hat demnach den Anspruch auf weitere Leistungen zu Recht abgelehnt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - S. _____
 - "Zürich" Versicherungs-Gesellschaft
 - 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 dem 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.