

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00175 vom 29. November 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-11-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00175

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00175 du 29 novembre 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00175 del 29 novembre 2007

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Mobiliar hat für die von der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 9. September 2003 geklagten Gesundheitsstörungen bis zum 31. Mai 2005 Leistungen erbracht (vgl. Urk. 9/79, Urk. 2). Zu prüfen ist, ob sie ihre Leistungspflicht über dieses Datum hinaus zu Recht verneinte.

1.2 Die einzelnen Umstände des Unfallgeschehens sind von der versicherten Person glaubhaft zu machen. Kommt sie dieser Forderung nicht nach, indem sie unvollständige, ungenaue oder widersprüchliche Angaben macht, die das Bestehen eines unfallmässigen Schadens als unglaubhaft erscheinen lassen, besteht keine Leistungspflicht des Unfallversicherers. Im Streitfall obliegt es dem Gericht zu beurteilen, ob die einzelnen Voraussetzungen des Unfallbegriffs erfüllt sind. Der Untersuchungsmaxime entsprechend hat es von Amtes wegen die notwendigen Beweise zu erheben und kann zu diesem Zwecke auch die Parteien heranziehen. Ist aufgrund dieser Massnahmen das Vorliegen eines Unfallereignisses nicht wenigstens mit Wahrscheinlichkeit erstellt - die blosser Möglichkeit genügt nicht -, so hat dieses als unbewiesen zu gelten, was sich zu Lasten der versicherten Person auswirkt (BGE 116 V 140 Erw. 4b, 114 V 305 Erw. 5b, 111 V 201 Erw. 6b; RKUV 1990 Nr. U 86 S. 50).

Die Praxisgemäss stellen die Gerichte im Bereich des Sozialversicherungsrechts in der Regel auf die Aussagen der ersten Stunde ab, denen in beweismässiger Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 47 Erw. 2a, 115 V 143 Erw. 8c mit Hinweis).

1.3 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 entfiel (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 beziehungsweise ob dieser dahingefallen ist, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung oder im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.4. Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publizierte Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

1.5. Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Entsprechendes gilt, wenn ein Schädel-Hirntrauma diagnostiziert ist und die im Zusammenhang mit dieser Verletzung auftretenden Symptome mit den Folgen eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule vergleichbar sind. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b, BGE 117 V 382 Erw. 4b).

E. 1.6

1.6.1. 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).

1.6.2. Bei organisch nachweisbaren Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung praktisch keine Rolle, indem die Unfallversicherung auch für seltenste, schwerwiegendste Komplikationen haftet, welche nach der unfallmedizinischen Erfahrung im Allgemeinen gerade nicht einzutreten pflegen (vgl. BGE 128 V 172 Erw. 1c, 123 V 102 Erw. 3b, 118 V 291 Erw. 3a, 117 V 365 Erw. 5d/bb mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; RKUV 2004 Nr. U 505 S. 249 Erw. 2.1).

1.6.3. 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).

Bei der 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 augenfalligen 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 der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallerlebnis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

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 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 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 (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 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. 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).

-

E. 1.6.4

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf

organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückerzählbar 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).

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).

1.6.5 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).

1.6.6 Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1).

1.6.7 Rechtsprechungsgemäss ist nach einer Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule oder einer vergleichbaren Verletzung die Adäquanz erst dann zu prüfen, wenn der normale, unfallbedingt erforderliche Heilungsprozess abgeschlossen ist beziehungsweise wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine Besserung mehr erwartet werden kann (vgl. BGE 130 V 384 Erw. 2.3.1 sowie etwa Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen C. vom 12. Januar 2007 Erw. 6, U 327/06; P. vom 15. Oktober 2003, U 154/03; K. vom 6. Mai 2003 Erw. 4.2.1, U 6/03; R. vom 9. September 2002 Erw. 3.4, U 412/01; A. vom 6. November 2001, U 8/00; H. vom 29. März 2000, U 114/00; D. vom 16. März 2000, U 127/99).

E. 2

2.1 Die Mobilgar verneinte eine weitere Leistungspflicht unter Verweis auf das Gutachten des Zentrums S. vom 23. März 2003 (Urk. 9/44) im Wesentlichen mit der Begründung, für die über den 31. Mai 2005 hinaus geklagten Beschwerden sei das Ereignis vom 9. September 2003 nicht mehr ursächlich (vgl. Urk. 2 S. 8). Der - als leicht zu qualifizierende - Unfall habe zu keiner Hirnschädigung geführt (vgl. Urk. 2 S. 9 f.); auch eine unfallkausale psychische Störung sei nicht ausgewiesen (vgl. Urk. 35 S. 2).

2.2.2.2.2.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber - insbesondere unter Hinweis auf das Gutachten von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 8. Juni 2004 (Urk. 9/57) - im Wesentlichen auf den Standpunkt, sie sei nach wie vor unfallbedingt zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. Urk. 1 S. 7). Beim Ereignis vom 9. September 2003 sei sie mit dem Kopf gegen eine Metalltüre geschlagen, in der Folge bewusstlos gewesen und habe sich - nebst einer blutenden Wunde im Nacken - eine leichte Hirnverletzung zugezogen (vgl. Urk. 1 S. 10, Urk. 14 S. 8). Betreffend die vorbestehenden Schäden an Halswirbelsäule (HWS) und Lendenwirbelsäule (LWS), welche nicht gravierend gewesen seien (vgl. Urk. 14 S. 8), habe der Unfall zu einer richtunggebenden Verschlechterung geführt (vgl. Urk. 1 S. 6, S. 10). Im Weiteren habe sie ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule beziehungsweise eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung sowie ein Schädel-Hirntrauma erlitten und weise das für diese Verletzungen typische Beschwerdebild auf (vgl. Urk. 1 S. 12, Urk. 14 S. 12). Daneben bestehe ein Gehörschaden, und mittlerweile habe sich auch eine psychische Symptomatik eingestellt (vgl. Urk. 14 S. 13 f., Urk. 25 S. 2 f.). Zwischen dem Unfall, der als schwer, zumindest aber als mittelschwer, einzustufen sei, und der persistierenden Gesundheitsstörung bestehe - gerade angesichts der andauernden 100%igen Arbeitsunfähigkeit - ein adäquater Kausalzusammenhang (vgl. Urk. 1 S. 12 f., Urk. 14 S. 12). Auf das Gutachten des Zentrums S.____ könne aufgrund diverser Mängel nicht abgestellt werden (vgl. Urk. 1 S. 13 f.).

E. 3.1

3.1.1.1.1.1.1 Aktenkundig ist, dass die Beschwerdeführerin bereits acht Jahre vor dem Unfall vom 9. September 2003 wegen Rückenbeschwerden in Behandlung gestanden hatte. So diagnostizierten die Ärzte des Spitals U.____, wo sich die Beschwerdeführerin vom 11. bis 21. September 1995 stationär aufgehalten hatte, ein Lumbovertebralsyndrom beziehungsweise ein lumbospondylogenes Syndrom rechts bei Fehlhaltung und degenerativen Veränderungen (lumbale Discopathie), welche anlässlich einer Hospitalisation im ehemaligen Jugoslawien radiologisch festgestellt worden seien, ferner eine muskuläre Dysbalance sowie ein am 12. September 1995 unterbundenen Fibrom am Rücken (vgl. Bericht vom 20. September 1995, Urk. 9/A1).

3.1.2.2.2.2.2 Wegen Rückenschmerzen wurde die Beschwerdeführerin sodann am 4. August 1998 von den Ärzten der Orthopädischen Universitätsklinik Y.____ untersucht. Diese stellten in ihrem Bericht vom 6. August 1998 (Urk. 9/A2) die Diagnose einer chronischen Lumbalgie bei Diskushernie L5/S1 links.

2.2.2.2.2.2.2 In ihrem Bericht vom 14. August 1998 (Anhang zu Urk. 9/A2) gaben die Ärzte der Klinik Y.____ an, die durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRI) habe eine ausgeprägte Segmentdegeneration L4/5 mit grosser paramedian links gelegener Diskushernie sowie Osteochondrosen L4/5 ergeben. Erstere stehe im Kontakt zur Nervenwurzel L5 links.

2.2.2.2.2.2.2 Am 16. November 1998 hielten die Ärzte der Klinik Y.____ fest, seit der letzten Kontrolle habe sich eine weitere Besserung der Beschwerden eingestellt; die Lumboischialgie bis ins linke Knie trete nun nur noch selten auf. Dagegen persistierten die tieflumbalen Rückenschmerzen; in diesem Zusammenhang bestehe seit drei Wochen und noch mindestens bis Ende November 1998 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 9/A5).

in einer zerviko-radikulär bedingten Sensibilitätsstörung. Die eingeschränkte Beweglichkeit und die verdickte und druckdolente Nacken- und Schultermuskulatur seien dem HWS-Trauma zuzuordnen. Die geklagten Gedächtnis- und Konzentrationsschwierigkeiten seien möglicherweise im Rahmen eines Schmerzsyndroms zu deuten. Bis auf weiteres bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 9/9 S. 3).

3.6 Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, hielt in seinem gestützt auf die Akten verfassten Bericht vom 22. Dezember 2003 (Urk. 9/22, Anhang zu Urk. 15/1) fest, eine traumatische Entstehung der im MRI vom 18. September 2003 (Urk. 9/5) ersichtlichen Befunde sei unwahrscheinlich. Die Beschwerden im Zusammenhang mit der HWS-Verletzung und der möglicherweise zugezogenen Commotio cerebri seien dagegen auf den Unfall vom 9. September 2003 zurückzuführen.

3.7 Nachdem die Beschwerdeführerin vom 8. bis 23. Dezember 2003 stationär in der Klinik Y.____, Orthopädie, behandelt worden war, stellten die Ärzte in ihrem Bericht vom 5. Januar 2004 (Urk. 9/26, Anhang zu Urk. 15/1) folgende Diagnosen (Urk. 9/26 S. 1):

- Zervikozephal/zervikospondylogenes Schmerzsyndrom rechts mit/bei: - Status nach HWS-Kontusion/-Distorsion am 9. September 2003 - Osteochondrose C5/6, Diskushernie C5/6 mit partieller Obliteration des Foramen intervertebrale - kleine Diskushernie C6/7, kleine mediane Bandscheibenhernie C4/5 ohne Nervenwurzelkompression (MRI der HWS vom 18. September 2003) - Verdacht auf Thyreoiditis Hashimoto - Reaktiv-depressives Zustandsbild posttraumatisch

Seit drei bis vier Jahren beständen zervikale Schmerzen mit intermittierenden Parästhesien in beiden Händen. Am 9. September 2003 habe die Patientin einen Schlag gegen die Halswirbelsäule erlitten. In der Folge sei sie während unbekannter Dauer bewusstlos gewesen. Als sie wieder zu sich gekommen sei, sei es ihr gut gegangen. Erst nach ein bis zwei Stunden seien Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen und "Nebelsehen" aufgetreten. Seither persistierten Schmerzen zervikal mit Ausstrahlung gegen occipital und in die rechte Schulter sowie Parästhesien Dig. II-IV in den Fingerspitzen der rechten Hand. Die anfänglich kurzzeitig aufgetretenen diffusen Hypästhesien der rechten Hand seien aktuell nicht mehr vorhanden. Allerdings beständen seit September 2003 rezidivierende Gleichgewichtsstörungen mit Stürzen. Trotz weichen Halskragens, medikamentöser und physiotherapeutischer Behandlung hätten die Beschwerden zugenommen (vgl. Urk. 9/26 S. 1).

3.8 Vom 23. Dezember 2003 bis 20. Januar 2004 hielt sich die Beschwerdeführerin stationär in der Rehaklinik X.____ auf. Im Austrittsbericht vom 11. März 2004 (Urk. 9/31, Anhang zu Urk. 15/1) stellten die Ärzte folgende Diagnosen (vgl. Urk. 9/31 S. 1):

- Status nach Contusio capitis occipitalis mit HWS-Kontusion/-Distorsion am 9. September 2003 mit leichter traumatischer Hirnverletzung (Commotio cerebri)

persistierendem zervikozephalen Symptomkomplex
vegetativer Dysregulation
depressiven Stimmungsschwankungen
Leichte Hypothyreose mit Verdacht auf Hashimoto-Thyreoiditis

Die Patientin habe angegeben, sich beim Unfall vom 9. September 2003 die HWS sowie den Kopf occipital an einer Metalltüre angeschlagen zu haben. In der Folge sei es für geschätzte 15 bis 20 Minuten zu einer Bewusstlosigkeit gekommen; danach habe sie sich mehrfach blutig übergeben müssen (vgl. Urk. 9/31 S. 1).

Die Schmerzsymptomatik habe leicht entschärft werden können. Die Patientin habe sich im Zusammenhang mit der erfolgten Kündigung sowohl des Mietvertrages als auch des Arbeitsverhältnisses deutlich überfordert gezeigt; diesbezüglich sei der Sozialdienst konsultiert worden. Der Beschwerdeführerin sei empfohlen worden, zunächst zu versuchen, eine Arbeitsstelle in einer körperlich weniger anstrengenden Tätigkeit mit einem Pensum von 20 bis 30 % zu finden. Gleichzeitig sei durch Fortführung der Physiotherapie und eine begleitende psychotherapeutische Behandlung eine weitere Verbesserung und Stabilisierung des erreichten Zustandes und der Leistungsfähigkeit anzustreben (vgl. Urk. 9/31 S. 4 f.).

3.9 Im Auftrag der Mobiliar (vgl. Urk. 9/35) wurde die Beschwerdeführerin am 20. März 2004 von den Ärzten des Zentrums S. ___ untersucht. Im Gutachten vom 23. März 2004 (Urk. 9/44, Urk. 15/1) stellten diese folgende Diagnosen (vgl. Urk. 9/44 S. 5):

Halswirbelsäulenkontusion am 9. September 2003
Zervikobrachialgie rechts
Zervikozephalen Syndrom
Osteochondrose C5/6 mit Diskushernie und partieller Obliteration des Foramen intervertebrale, kleine Diskushernie C6/7 und kleine mediane Diskushernie C5/6
Leichte Hyperthyreose
Depressive Stimmungsschwankungen

Die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule seien vorbestehend. Für die Beschwerden im Bereich von Nacken beziehungsweise Kopf und rechtem Arm sei der Unfall teilsächlich, wobei bereits verschiedene Diskushernien bestanden hätten und diese nicht durch das fragliche Ereignis hätten ausgelöst werden können. Die Explorandin habe wohl eine leichte Commotio cerebri erlitten, was auch die geklagten Beschwerden wie Schwindel, Kopfschmerzen und Unsicherheitsgefühl erkläre. Die verminderte Beweglichkeit des rechten Arms sei, da keine Schulterläsion habe festgestellt werden können, auf die Schmerzen im Nackenbereich zurückzuführen. Die aktuellen unfallbedingten Beschwerden ständen wahrscheinlich im Zusammenhang mit der Commotio cerebri; bei einer solchen sei vom Wiederreichen des status quo ante nach zwei Jahren auszugehen (vgl. Urk. 9/44 S. 6, S. 8).

Ein vorbestehender Halswirbelschaden werde durch eine Kontusion vorübergehend verstärkt; nach gewisser Zeit und bei adäquater Behandlung werde in der Regel nach sechs bis acht Monaten der status quo sine erreicht. Bei den eindrucklichen vorbestehenden Veränderungen an Hals- und Lendenwirbelsäule der Explorandin sei anzunehmen, dass es wahrscheinlich früher oder später schicksalsmäßig zum aktuellen Zustand gekommen wäre (vgl. Urk. 9/44 S. 6, S. 8).

Unfallbedingt bestehe aktuell eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für Büroarbeiten (vgl. Urk. 9/44 S. 6, S. 7). Unter Berücksichtigung der unfallfremden gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Probleme im Bereich von LWS, rechtem Bein und rechtem Arm) sei von einer 30%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (vgl. Urk. 9/44 S. 6). Unfallbedingt seien sitzende Tätigkeiten problemlos möglich, sofern ab und zu die Position gewechselt werden können. Ideal sei eine Tätigkeit, welche zu 70 % im Stehen und zu 30 % im Sitzen - bei einem alle ein bis eineinhalb Stunden erfolgenden Positionswechsel - ausgetübt werden können. Aufgrund der Unfallfolgen seien im gleichen Zeitabstand wie die Positionswechsel Pausen von 5 Minuten erforderlich; unter Berücksichtigung aller Gesundheitsstörungen benötige die Beschwerdeführerin Pausen von 10 Minuten, welche in kürzeren Kadenzen erfolgten. Rein unfallbedingt sei das Heben und Tragen von Lasten über 10 Kilogramm vorzuzugun. Betreffend Arbeiten über Schulterhöhe oder Gehstrecken bestehe dagegen keine Einschränkung. Unter Berücksichtigung sämtlicher Beschwerden können die Beschwerdeführerin aktuell ein Gewicht von maximal 5 Kilogramm heben respektive tragen; Arbeiten über Schulterhöhe seien nur mit der linken Hand möglich, und lange Gehstrecken könnten nicht unternommen werden. Von einer weiteren ärztlichen Behandlung sei kein wesentlich besseres Heilergebnis mehr zu erwarten (vgl. Urk. 9/44 S. 7). Da die Symptome nach Commotio cerebri nach rund zwei Jahren nicht mehr als unfallkausal betrachtet werden könnten, sei der Fallabschluss per September 2005 angezeigt.

3.10 Dr. med. F. ____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, stellte in seinem Schreiben vom 23. April 2004 (Urk. 9/48) folgende Diagnosen:

- Status nach HWS-Kontusion
- Status nach Thorax-Kontusion rechts
- Status nach Kontusion des rechten Hüftgelenks

Die Patientin, die seit dem 17. Februar 2004 bei ihm in Behandlung stehe, sei am 9. September 2003 von einem Container erfasst und auf der rechten Körperseite gequetscht worden; seither klage sie über starke Beschwerden im Bereich von HWS, rechter Thoraxhälfte, rechter Schulter, rechtem Oberschenkel und rechtem Hüftgelenk. Die bisher erfolgten Behandlungen hätten gemäss Angaben der Patientin keinen namhaften Erfolg gezeitigt.

3.11 Nachdem Dr. C. ____, die Beschwerdeführerin in deren Auftrag am 27. Mai 2004 untersucht hatte, stellte er in seinem Gutachten vom 8. Juni 2004 (Urk. 9/57) folgende Diagnosen (vgl. Urk. 9/57 S. 14):

- Posttraumatisches Schmerzsyndrom im Nacken- und Kopfbereich sowie lumbal mit Schmerzausstrahlung ins rechte Bein bei Verdacht auf leichte neuropsychologische Defizite bei Status nach Arbeitsunfall am 9. September 2003 mit Commotio cerebri mit wahrscheinlich leichter Hirnschädigung und Kontusion und wahrscheinlich passiver Überdrehung der HWS

- Verdacht auf reaktiv-depressive Entwicklung

Die Explorandin klage aktuell über permanent vorhandene Nacken- und Kopfschmerzen mit häufig auftretendem Schwanke-Schwindel und entsprechender

Gehunsicherheit sowie lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein. Jede körperliche Tätigkeit führt zu einer Zunahme sämtlicher erwählter Beschwerden. Im Weiteren gebe die Patientin schmerzbedingte Schlafstörungen und Konzentrationsbeziehungsweise Gedächtnisschwierigkeiten an (vgl. Urk. 9/57 S. 15).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sowohl an der HWS (Zervikalgien, Osteochondrosen C5/6 mit kleiner Begleithernie und damit in Zusammenhang stehender partieller Obliteration des Foramen intervertebrale rechts, Hernien C4/5 und C6/7) als auch an der BWS (tieflumbale Diskushernie) beständen Vorzustände. Die Beschwerden im Bereich der HWS seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallbedingt; ursächlich dafür seien radiologisch nicht sichtbare Weichteilverletzungen im Bereich der Nacken- und Schultermuskulatur. Die radiologisch bekannten degenerativen Veränderungen an der HWS seien für das aktuelle Beschwerdebild nur von untergeordneter Relevanz (vgl. Urk. 9/57 S. 16).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Beim fraglichen Unfall habe die Beschwerdeführerin auch eine leichte Hirnerschütterung erlitten, wobei aufgrund der angegebenen Konzentrations- und Gedächtnisstörungen Verdacht auf eine minimale Hirnschädigung bestehe. Kopfschmerzen und Schwindel seien Symptome der Commotio cerebri (vgl. Urk. 9/57 S. 17).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Betreffend den Vorzustand der LWS seien zwar keine früheren radiologischen Untersuchungsberichte bekannt, es sei jedoch davon auszugehen, dass der Unfall vom 9. September 2003 zu einer richtunggebenden Veränderung dieser Beschwerden geführt habe (vgl. Urk. 9/57 S. 17).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bezug auf die Beschwerden an der HWS sei der status quo ante noch nicht erreicht. Angesichts der Schwere des Beschwerdebildes sei noch mit einem mindestens einjährigen Heilverlauf zu rechnen. Bei der Commotio cerebri mit Verdacht auf minimale Hirnschädigung sei mit einem Dauerschaden zu rechnen. Auch bezüglich der lumbalen Beschwerden sei der status quo ante noch nicht erreicht (vgl. Urk. 9/57 S. 17). Aktuell sei die Patientin - auch in einer angepassten Tätigkeit - zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. Urk. 9/57 S. 19).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin benötige weiterhin eine intensive - insbesondere physiotherapeutische - Behandlung. Angesichts der eingetretenen Verschlechterung, der ausgeprägten Befunde und der depressiven Entwicklung sei die Situation allerdings schwierig. Ein Erfolg werde wohl nur auf multidisziplinärer Basis erzielt werden können (vgl. Urk. 9/57 S. 20).

3.12 Ä Ä Im Auftrag der Mobiliar (vgl. Urk. 9/60) verfasste PD Dr. med. A. ____, Facharzt FMH für Chirurgie, am 20. September 2004 gestützt auf die medizinischen Akten ein Gutachten (Urk. 9/64). Betreffend den prätraumatischen Zustand gelangte der genannte Arzt zum Schluss, dass das lumbale Rückenproblem seit rund zehn Jahren bekannt und immer wieder massiv symptomatisch geworden sei, weshalb es wiederholt zu Hospitalisationen gekommen sei (vgl. Urk. 9/64 S. 3, S. 8). Von einer unfallbedingten richtunggebenden Veränderung sei nicht auszugehen (vgl. Urk. 9/64 S. 9). In Bezug auf die Halswirbelsäule lägen auf mehreren Etagen degenerative Veränderungen leichten, allenfalls mässigen Schweregrades vor. Festzuhalten sei, dass die Gefäßstörungen in beiden Armen beziehungsweise Händen, welche klinisch einem C8-Syndrom beidseits entsprechen, Anlass für die - bereits vor dem Unfall erfolgte - MRI-Untersuchung der

HWS vom 24. Oktober 2002 gewesen seien (vgl. Urk. 9/64 S. 3 f., S. 8). Ein traumatisch bedingtes Zervikalsyndrom habe allenfalls für eine kurze Zeit bestanden. Die Periarthropathie sei - gerade auch angesichts der viermonatigen Latenzzeit der Schulterschmerzen - unfallfremd (vgl. Urk. 9/64 S. 8).

Es sei nicht davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin beim Ereignis vom 9. September 2003 eine Commotio cerebri zugezogen habe. Betreffend den Unfallhergang sei nämlich auf die erste von der Beschwerdeführerin geschilderte Version, aufgrund welcher weder von einer Bewusstseinsstörung noch von einer Wunde auszugehen sei, abzustellen (vgl. Urk. 9/64 S. 4 f.).

Der weitere Heilverlauf entspreche einer pathologischen Unfallverarbeitung. Ein pathologisch-anatomisches Substrat für das aktuelle Beschwerdebild sei nicht vorhanden (vgl. Urk. 9/64 S. 7, S. 9). Es sei in keiner Weise nachvollziehbar, dass die Patientin aus unfallkausalen somatischen Gründen nicht mehr arbeite, lässen doch aus somatisch-medizinischer Sicht keine erheblichen Unfallfolgen vor (vgl. Urk. 9/64 S. 6, S. 7). Unfallbedingt bestehe aus somatischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 9/64 S. 7).

3.13 Am 29. September beziehungsweise 6. Oktober 2004 liess sich die Beschwerdeführerin von lic. phil. G.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, untersuchen. Dieser gelangte in seinem Gutachten vom 25. November 2004 (Urk. 9/72) zum Schluss, dass bei der sehr auffälligen Patientin eine mittelschwere bis teilweise schwere neuropsychologische Funktionsstörung bestehe, die einerseits mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die am 9. September 2003 erlittene milde traumatische Hirnverletzung (MTBI) zurückzuführen und andererseits mit der körperlichen Symptomatik sowie psychischen Faktoren (Antriebsarmut, Verunsicherung, depressive Verstimmung) zu erklären sei. Für die Tätigkeit als Nachtwache in einem Alters- und Pflegeheim bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit; als Hauswartin sei die Explorandin aus neuropsychologischer Sicht dagegen teilweise arbeitsfähig. Nebst den laufenden Massnahmen (Physiotherapie, Psychotherapie) erscheine ein Hirnleistungstraining im Rahmen einer Ergotherapie als sinnvoll. Im neuropsychologischen Bereich sei eine weitere Verbesserung noch möglich; allerdings werde der Verlauf betreffend kognitive Leistungsfähigkeit auch massgeblich von den körperlichen Beschwerden und den psychischen Faktoren abhängen, da sich diese generell ungünstig auf die Leistungsfähigkeit auswirkten (vgl. Urk. 9/72 S. 4, S. 6).

3.14 Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Oto-Rhino-Laryngologie und Phoniatrie, diagnostizierte am 9. April 2006 eine sensorineurale Schwerhörigkeit beidseits. Die Patientin habe angegeben, sich am 9. September 2003 am Kopf verletzt und in der Folge einige Monate später eine Hörverminderung sowie ein Ohrgeräusch beidseits festgestellt zu haben. Die Ursache der Schwerhörigkeit beziehungsweise des linksbetonten Rauschtinnitus könne nicht klar eruiert werden. Die Patientin erachte die Beschwerdegegnerin als leistungspflichtig für die Kosten der - aufgrund des Ausmasses der Schwerhörigkeit und des persönlichen Leidensdrucks indizierten - Hörgeräte (vgl. Urk. 15/2).

3.15 Gemäss Zeugnis von Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. Juni 2006 (Urk. 15/3) steht die Beschwerdeführerin seit 3. Mai 2005 bei ihm in Behandlung.

3.16 Am 7. respektive 14. November 2006 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, von den Ärzten des Zentrums W.____ untersucht. In ihrem Gutachten vom 3. Januar 2007 (Urk. 27) stellten diese folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 27 S. 20):

- Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F 32.1)
- Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und abhängigen Persönlichkeitszügen (ICD-10: F 60.4)
- Unspezifisches, chronifiziertes zervikovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei: Osteochondrose C5/C6, medialer Diskushernie respektive Protrusion C4/C5 und C6/C7 ohne Kontakt zur Nervenwurzel
- triggerpunktfortgeleiteten Missempfindungen suboccipital und im Bereich der rechten oberen Extremität respektive der Finger II bis V rechts, diskret auch links
- Belastungsabhängige lumbosakrale Schmerzen mit/bei: 2-Etagen-Osteochondrose L4 bis S1 mit korrespondierenden Spondylarthrosen beidseits

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestanden nachstehende Diagnosen:

- Subklinische Hypothyreose nach Hashimoto-Thyreoiditis, unter Eltrox- insubstitution
- Hochtonbetonte sensorineurale Schwerhörigkeit beidseits mit linksbetontem Tinnitus

Aktuell klagt die Explorandin über andauernde Nacken- und Schultergürtelschmerzen beidseits mit Ausstrahlung nach occipital und in beide Arme bis in die Finger sowie über ebenfalls konstante, belastungsakzentuierte lumbale Beschwerden, die beidseits, linksbetont, bis oberhalb des Knies ausstrahlen. Die persistierenden Schmerzen und die unfallbedingte Aufgabe der diversen Arbeitstätigkeiten hätten zu Schlaflosigkeit, gesteigerter Nervosität, vermehrter Vergesslichkeit und Abtrübsnen geführt (vgl. Urk. 27 S. 22).

Unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und der rheumatologischen, internistischen und psychiatrischen Befunde sei die Explorandin in einer behinderungsangepassten Tätigkeit, die nicht mit Tragen und Heben schwerer Lasten verbunden sei und in wechselnden, rückenergonomisch günstigen Positionen verrichtet werden könne, zu 50 % arbeitsfähig. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei auf die psychiatrische Diagnose zurückzuführen; es sei anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin die depressive Symptomatik erst aufgrund ihres plötzlichen Stellenverlusts im Jahr 2004 entwickelt habe. Aufgrund der rheumatologischen Befunde bestehe lediglich eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die angestammte Tätigkeit als Altenpflegerin beziehungsweise Angestellte eines Hausbetreuungsdienstes sei der Explorandin nicht mehr zumutbar (vgl. Urk. 27 S. 23).

Die Weiterführung der ambulanten psychiatrischen Behandlung erscheine sinnvoll, wobei die antidepressive Medikation erneut angepasst werden sollte. Aus rheumatologischer Sicht sei eine muskuläre Trainingstherapie empfehlenswert, um

der Dekonditionierung und Chronifizierung des Schmerzsyndroms entgegenzuwirken (vgl. Urk. 27 S. 24).

3.17 In dem im Auftrag der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 21 S. 3 f.) verfassten Aktengutachten vom 9. Januar 2007 (Urk. 21) stellte Dr. med. B. ____, Fachärztin FMH für Oto-Rhino-Laryngologie, die Diagnose einer beidseitigen, praktisch symmetrischen sensorineuralen Schwerhörigkeit, welche erst seit der Konsultation vom 20. März 2006 bei Dr. I. ____, bekannt sei. Aus dem Gutachten von Dr. C. ____, vom 8. Juni 2004 (vgl. Urk. 9/57) beziehungsweise dem darin festgehaltenen "normalen Hirnnervenbefund" sei zu schliessen, dass damals noch keine Hörverminderung vorgelegen habe. Zu einer unfallbedingten Schwerhörigkeit könne es beispielsweise bei Frakturen oder Unterbrüchen der Schallleitungskette kommen. Eine derartige Gesundheitsstörung sei aber bei einem Bagatellunfall mit lediglichem Anstossen des Kopfes und insbesondere des Thorax nicht zu erwarten. Ausserdem wäre eine so verursachte Schwerhörigkeit von der Patientin wohl unverzüglich bemerkt und gemeldet worden (vgl. Urk. 21 S. 1). Ein Zusammenhang zwischen Schwerhörigkeit und Unfallereignis sei wenig wahrscheinlich. Betreffend den beidseitigen Rauschtinnitus sei ein Konnex mit dem Unfall dagegen möglich. Angesichts der beidseits hochgradigen Schwerhörigkeit sei eine Hörgeräteversorgung indiziert (vgl. Urk. 21 S. 2).

3.18 Die Ärzte des Universitätsospitals V. ____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, stellten am 21. Mai 2007 folgende Diagnosen (vgl. Urk. 31 S. 1):

Undifferenzierte Spondylarthropathie, Symptome 03/04 ED 04/07 mit/bei peripherem Befall (MCP und PIP Dig. II-III beider Hände, Handgelenk beidseits, OSG links) axialem Befall (ISG-Arthritis Grad 2-3 links, Hyperintensität inter-spinal auf Höhe LWK 3/4 im MRI vom Mai 2007) Enthesopathie im Bereich des Dornfortsatzes von LWK 5, Beckenkamm beidseits und Achillessehne links Basistherapie: Salazopyrin EN seit 24. April 2007, vorgesehen: Humira 40 mg s.c. alle 14d - Mögliche latente Tuberkulose - pos. Mantouxtest (11mm Induration am 18. Mai 2007), normales Thorax-Rx - PHS calcarea rechts und Periarthropathia Knie rechts - Chronisches zervikozephal und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom rechts seit Unfall am 9. September 2003 - Osteochondrose C5/C6, Diskushernie C5/C6 mit partieller Obliteration des Foramen intervertebral, kleine Diskushernie C6/C7, kleine mediane Bandscheibenhernie C4/C5 ohne Nervenwurzelkompression (MRI der HWS vom 18. September 2003) - aktuell keine radikalen Zeichen - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts seit September 2003 - Status nach Thyreoiditis Hashimoto - Depressive Verstimmung

Die skelettalen Beschwerden seien aufgrund der Anamnese, der klinischen und radiologischen Befunde mit einer undifferenzierten Spondylarthropathie mit peripherem und axialem Befall vereinbar. Betreffend die diesbezüglich vorgesehene

Therapie sei bei der Krankenkasse der Patientin ein Gesuch um Kostengutsprache gestellt worden (vgl. Urk. 31 S. 2).

E. 4

4.1. Fest steht, dass die Beschwerdeführerin am 9. September 2003 einen Unfall erlitten hat. Aufgrund der diversen, teilweise widersprüchlichen aktenkundigen Schilderungen ist der genaue Hergang des fraglichen Ereignisses allerdings unklar. So gab die Beschwerdeführerin in der Unfallmeldung vom 18. September 2003 (Urk. 9/2) an, sie sei, als sie einen vollen Abfallcontainer aus dem Containerraum habe schieben wollen, aus Versehen zwischen der Türe und dem Container eingeklemmt worden, wobei sie sich Verletzungen an Kopf und Halswirbelsäule beziehungsweise ein Schleudertrauma zugezogen habe. Die erstmals am Tag nach dem fraglichen Ereignis konsultierte Dr. D. ___ gab am 30. September 2003 an, die Beschwerdeführerin habe beim Heben eines Harasses mit dem Kopf gegen eine Wand geschlagen und sich dabei eine HWS-Distorsion zugezogen (vgl. Urk. 9/6, Urk. 9/7). Dass es zu einer Bewusstlosigkeit gekommen sei, verneinte die genannte Ärztin ebenso wie die Frage, ob die Patientin habe erbrechen müssen (vgl. Urk. 9/6). Im Widerspruch zu den in der Unfallmeldung beziehungsweise den genannten beiden ersten Berichten von Dr. D. ___ gemachten Angaben berichtete die Beschwerdeführerin in der Folge, es sei, als sie sich am 9. September 2003 den Kopf angeschlagen habe, während kurzer respektive unbekannter Dauer (vgl. Urk. 9/9 S. 1, Urk. 9/26, Urk. 27 S. 21, Urk. 9/11 S. 2) beziehungsweise für geschätzte 15 bis 20 Minuten (vgl. Urk. 9/31 S. 1, Urk. 9/44 S. 3, Urk. 9/57 S. 8) zu einer Bewusstlosigkeit gekommen; als sie wieder zu sich gekommen sei, habe sie sich - gemäss Bericht der Rehaklinik X. ___ vom 11. März 2004 (Urk. 9/31 S. 1) gar mehrfach und blutig, laut Bericht der Universitätsklinik Y. ___ vom 5. Januar 2004 (Urk. 9/26) beziehungsweise Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich des Gesprächs mit einem Mitarbeiter der Mobiliar am 26. November 2003 (vgl. Urk. 9/11 S. 2) erst zwei Stunden nach dem Vorfall - übergeben müssen. Im Schreiben vom 17. Dezember 2004 (Urk. 9/75) korrigierte Dr. D. ___ ihre Angaben vom 30. September 2003 (Urk. 9/6, Urk. 9/7) insofern, als sie festhielt, die Beschwerdeführerin habe sich am 9. September 2003 nicht beim Heben eines Harasses, sondern beim Schieben eines Abfallcontainers eine Kopf- und Nackenkontusion zugezogen, als sie mit dem Hinterkopf gegen eine Türe geprallt sei.

4.2. Aus den zitierten Berichten ist zu schliessen, dass die Beschwerdeführerin am 30. September 2003 beim Hantieren mit einem Container von diesem gegen eine Wand gedrückt wurde. Dass sie dabei ohnmächtig geworden wäre, sich eine blutende Wunde zugezogen und erbrochen hätte, ist aufgrund ihrer anfangs in der Unfallmeldung und gegenüber Dr. D. ___ gemachten Angaben und deren Untersuchungsbefunde nicht zu schliessen; die entsprechenden Ausführungen sind wohl vor dem Hintergrund der - aus verschiedenen Berichten ersichtlichen - im Laufe der Zeit immer stärkeren Dramatisierung des Vorfalls durch die Beschwerdeführerin zu sehen.

Daran vermag auch die schriftliche Erklärung von R. ___ vom 1. Oktober 2003 (Urk. 3/2), in welcher dieser bestätigte, die Beschwerdeführerin am 9. September 2003 um etwa 7 Uhr bewusstlos und mit Blutung am Hinterkopf zwischen Abfallcontainer und Metalltüre eingeklemmt gefunden zu haben, nichts zu ändern. Die fragliche Erklärung erscheint angesichts der gesamten Umstände als unglaubwürdig. So führte die Beschwerdeführerin in der Unfallmeldung keinen Zeugen auf (vgl. Urk. 9/2). Nicht zu erklären ist zudem, weshalb sich der "Zeuge" offenbar bereits rund drei

Wochen nach dem fraglichen Unfall veranlasst sah, eine derartige Bestätigung abzugeben, erbrachte die Beschwerdegegnerin doch vorerst ohne weiteres Versicherungsleistungen. Nicht nachvollziehbar ist auch, weshalb die Zeugenaussage erst mit Einreichung der Beschwerde vom 17. Mai 2006 (Urk. 1), nachdem sie offenbar über zwei Jahre im Besitz der Beschwerdeführerin gewesen war, aktenkundig wurde. Sodann stimmt die von R. ___ attestierte Blutung am Hinterkopf nicht einmal mit der von der Beschwerdeführerin angegebenen - und von keinem Arzt festgestellten - "Schürfung am hinteren Hals" (vgl. Protokoll Patientenbesuch vom 26. November 2003, Urk. 9/11 S. 2) beziehungsweise der "blutenden Wunde im Nacken" (vgl. Urk. 14 S. 8) überein. Auch müsste entsprechend der Schilderung von R. ___, gemäss welcher dieser die Beschwerdeführerin auf dem Boden liegend gefunden hat, davon ausgegangen werden, dass es - wohl infolge der behaupteten Bewusstlosigkeit - zu einem Sturz gekommen war. Dies wurde aber nie geltend gemacht und erscheint auch aufgrund des Einklemmtseins zwischen Container und Türe wenig wahrscheinlich. Wären die unmittelbar nach dem Vorfall vom frühen Morgen des 9. September 2003 aufgetretenen gesundheitlichen Störungen tatsächlich derart erheblich gewesen, wie es die Beschwerdeführerin im Laufe der Zeit behauptete, liesse sich im übrigen kaum nachvollziehen, dass diese erst am folgenden Tag ihre Ärztin konsultierte, nachdem sie am Abend des Unfalltages gar noch zur Arbeit im Alters- und Pflegeheim erschienen war (vgl. Urk. 9/44 S. 3).

E. 5

5.1 Â Â Â Laut verschiedenen medizinischen Berichten zog sich die Beschwerdeführerin am 9. September 2003 eine HWS-Distorsion zu (vgl. Urk. 9/6, Urk. 9/7, Urk. 9/22, Urk. 9/26, Urk. 9/31). Dass es unfallbedingt zu einer Commotio cerebri (zur Definition einer Commotio cerebri beziehungsweise einer MTBI vgl. etwa unveröffentlichtes Urteil des Bundesgerichts in Sachen G. vom 6. Februar 2007, U 479/05, Erw. 5.2 mit Hinweisen) gekommen wäre, ist nicht anzunehmen. So stützten diejenigen Ärzte, die eine entsprechende Verletzung attestierten, ihre Diagnose auf die Angaben der Beschwerdeführerin, gemäss welchen es im Zusammenhang mit dem Unfall zu einer Bewusstlosigkeit gekommen war (vgl. Bericht Dr. C. ___ vom 9. Oktober 2003 [Urk. 9/9], Austrittsbericht Rehaklinik X. ___ vom 11. März 2004 [Urk. 9/31], Gutachten Zentrum S. ___ vom 23. März 2004 [Urk. 9/44], Gutachten Dr. C. ___ vom 8. Juni 2004 [Urk. 9/57]). Dies ist aber nicht überwiegend wahrscheinlich. Auch stellte die erstbehandelnde Ärztin Dr. D. ___, welche die Beschwerdeführerin am auf den Unfall folgenden Tag umfassend untersucht und befragt hatte, noch rund drei Wochen nach dem fraglichen Ereignis - unter expliziter Verneinung einer Bewusstlosigkeit - nicht einmal die Verdachtsdiagnose einer Commotio cerebri und ging davon aus, dass schon knapp eineinhalb Monate nach dem Unfall wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehen werde (vgl. Berichte vom 30. September 2003 [Urk. 9/6, Urk. 9/7]). Anzumerken ist hiezu, dass nicht anzunehmen ist, dass Dr. D. ___ ursprünglich nicht nur von einem unzutreffenden Unfallhergang ausgegangen war (vgl. Urk. 9/75), sondern auch falsche Befunde erhoben hatte (vgl. Urk. 1 S. 4, S. 10). So bezog sich die Korrektur vom 17. Dezember 2004 (Urk. 9/75) ausschliesslich auf die Schilderung des Ereignisses vom 9. September 2003, nicht aber auf die damaligen Untersuchungsergebnisse. Der aufgrund medizinischer Akten von einer MTBI ausgehende lic. phil. G. ___ wies ebenfalls nicht auf eine Episode von Bewusstlosigkeit hin.

5.2. Dass der Unfall vom 9. September 2003 eine Diskushernie verursacht hätte, ist aufgrund des aktenkundigen Vorzustandes der Wirbelsäule, der diesbezüglichen übereinstimmenden medizinischen Berichte (vgl. insbesondere Bericht Dr. E. ___ vom 22. Dezember 2003 [Urk. 9/22], Gutachten Zentrum S. ___ vom 23. März 2004, Urk. 9/44 S. 6, S. 8]) und des Unfallhergangs auszuschliessen und wurde im Übrigen auch von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht.

5.3. Auch ist nicht davon auszugehen, dass unfallbedingt eine richtunggebende Verschlechterung eingetreten wäre. Eine solche attestierte einzig - und dies ausschliesslich in Bezug auf die degenerativen Veränderungen im Bereich der LWS - der Neurologe Dr. C. ___ (vgl. Gutachten vom 8. Juni 2004 [Urk. 9/57 S. 13, S. 17]). Während der genannte Arzt explizit darauf hinwies, dass ihm frühere radiologische Untersuchungsberichte betreffend den Vorzustand der LWS nicht vorliegen (vgl. Urk. 9/57 S. 17), ist aktenkundig, dass die Beschwerdeführerin bereits vor dem fraglichen Unfall unter erheblichen degenerativ bedingten Beschwerden im Lumbalbereich litt, deswegen auch schon arbeitsunfähig war, stationär behandelt wurde (vgl. Urk. 9/A1, Urk. 9/A2, Urk. 9/A5) und sich seit 1998 einer Physiotherapie unterzog (vgl. Urk. 9/6). Die Ausführungen von Dr. C. ___, gemäss welchen radiologische Veränderungen an der Wirbelsäule in den meisten Fällen symptomlos seien (vgl. Urk. 9/57 S. 18), treffen im Falle der Beschwerdeführerin gerade nicht zu, litt diese doch vor dem fraglichen Unfall bereits während längerer Zeit unter erheblichen behandlungsbedürftigen und vorübergehend eine Arbeitsunfähigkeit zeitigenden Beschwerden im Zusammenhang mit den degenerativen Veränderungen im Bereich der LWS (vgl. Urk. 9/A1, Urk. 9/A2, Urk. 9/A5, Urk. 9/26 S. 1). Angesichts der Tatsache, dass die Beurteilung von Dr. C. ___ nicht nachvollziehbar begründet ist, eine unfallbedingte Verletzung im Lumbalbereich weder in der Unfallmeldung erwähnt (vgl. Urk. 9/1) noch von der erstbehandelnden Ärztin diagnostiziert (vgl. Urk. 9/6, Urk. 9/7) wurde, keiner der zahlreichen weiteren behandelnden beziehungsweise begutachtenden Ärzte von einer unfallkausalen richtunggebenden Verschlechterung betreffend lumbale Beschwerden ausging (vgl. insbesondere Urk. 9/44 S. 6, S. 8; Urk. 9/64 S. 9) und eine solche auch nicht aus der am 21. Mai 2007 festgestellten undifferenzierten Spondylarthropathie (vgl. Urk. 31/S. 1) - betreffend deren Therapie die Ärzte des Universitätsspitals V. ___ den Kranken- und nicht etwa den Unfallversicherer für leistungspflichtig hielten - hergeleitet werden kann, erscheint eine derartige Verschlimmerung entgegen Dr. C. ___ als nicht überwiegend wahrscheinlich.

5.4. Aufgrund der medizinischen Akten ist dagegen davon auszugehen, dass es betreffend die vorbestehenden degenerativ bedingten Veränderungen der HWS unfallbedingt zu einem - vorübergehenden - Beschwerdeschub kam (vgl. Urk. 9/44 S. 6, S. 8, Urk. 9/57, Urk. 9/64 S. 8). Allerdings erachtete Neurologe Dr. C. ___ die degenerativen Veränderungen der HWS als für die noch geklagten Beschwerden nur von untergeordneter Bedeutung (vgl. Gutachten vom 8. Juni 2004, Urk. 9/57 S. 16). Die Ärzte des Zentrums S. ___ gingen betreffend den vorbestehenden Halswirbelschaden vom Erreichen des Status quo sine nach sechs bis acht Monaten nach dem Unfall aus (vgl. Gutachten vom 23. März 2004, Urk. 44 S. 6, S. 8). Damit übereinstimmend hielt PD Dr. A. ___ am 20. September 2004 fest, ein traumatisch bedingtes Zervikalsyndrom habe höchstens während kurzer Zeit bestanden (vgl. Urk. 9/64 S. 8). Aus den zitierten Berichten geht hervor, dass die HWS-Beschwerden schon relativ bald nach dem Unfall,

spätestens aber im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Mai 2005 (vgl. Urk. 9/79 S. 3, Urk. 2), nicht mehr auf das Ereignis vom 9. September 2003 zurückzuführen waren.

5.4.4.4.4 Dass die sensorineurale Schwerhörigkeit im Zusammenhang mit dem Unfall steht (vgl. Urk. 14 S. 13 f.), ist nicht anzunehmen. So gingen weder Dr. I. ____, der die fragliche Gesundheitsstörung erstmals feststellte (vgl. Bericht vom 9. April 2006, Urk. 15/2), noch Dr. B. ____, (vgl. Aktengutachten vom 9. Januar 2007, Urk. 21 S. 2) von einer derartigen Kausalität aus, und auch die ausgesprochen lange Latenzzeit - dass die Hörverminderung bereits einige Monate nach dem Unfall aufgetreten sei, wie dies die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. I. ____ angab (vgl. Urk. 15/2), ist aktenwidrig - sowie der Unfallhergang sprechen gegen eine Ursächlichkeit des Vorfalls vom 9. September 2003 für die fragliche gesundheitliche Beeinträchtigung.

5.5.4.4.4 Nach Lage der medizinischen Akten leidet die Beschwerdeführerin nicht nur unter somatischen, sondern auch unter psychischen Beschwerden. So diagnostizierten die Ärzte der Klinik Y. ____ knapp vier Monate nach dem Unfall ein posttraumatisches reaktiv-depressives Zustandsbild (vgl. Bericht vom 5. Januar 2004, Urk. 9/26 S. 1). Die Ärzte der Rehaklinik X. ____ stellten in ihrem Austrittsbericht vom 11. März 2004 ebenfalls depressive Stimmungsschwankungen fest und empfahlen eine psychotherapeutische Behandlung (vgl. Urk. 9/31 S. 1, S. 5). Auch die weiteren behandelnden beziehungsweise begutachtenden Ärzte wiesen in der Folge auf eine psychische Symptomatik im Sinne depressiver Stimmungsschwankungen (vgl. Gutachten Zentrum S. ____ vom 23. März 2004, Urk. 9/44 S. 5), einer reaktiv-depressiven Entwicklung (vgl. Gutachten Dr. C. ____ vom 27. Mai 2004, Urk. 9/57 S. 14), einer pathologischen Unfallverarbeitung (vgl. Gutachten Dr. A. ____ vom 20. September 2004, Urk. 9/64 S. 7, S. 9), einer mittelgradigen depressiven Episode und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und abhängigen Persönlichkeitszügen (vgl. Gutachten Zentrum W. ____ vom 3. Januar 2007, Urk. 27 S. 20) beziehungsweise einer depressiven Verstimmung (vgl. Bericht Universitätsklinik V. ____ vom 21. Mai 2007, Urk. 31 S. 1) hin. Der Psychiater Dr. J. ____ bestätigte sodann am 16. Juni 2006, dass die Beschwerdeführerin seit dem 3. Mai 2005 bei ihm in Behandlung stehe (vgl. Urk. 15/3), und gegenüber den Gutachtern des Zentrums W. ____ gab die Beschwerdeführerin an, sich schon zuvor - von 2003 bis 2005 - einer Psychotherapie bei Dr. med. K. ____ unterzogen zu haben (vgl. Urk. 27 S. 17 f.). Aktenkundig ist denn auch, dass der letztgenannte Psychiater der Beschwerdeführerin in den Jahren 2004 und 2005 mehrmals eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigte (vgl. Unfallscheine, Anhang zu Urk. 9/87, Anhang zu Urk. 15/1).

4.4.4.4.4 Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 35 S. 2) ist davon auszugehen, dass die gemäss Gutachten des Zentrums W. ____ vom 3. Januar 2007 mittlerweile eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit zeitigende (vgl. Urk. 27 S. 23) psychische Störung der Beschwerdeführerin durchaus im Zusammenhang mit dem Unfall vom 9. September 2003 steht. So geht aus dem Bericht der Klinik Y. ____ vom 5. Januar 2004 hervor, dass es als Reaktion auf den Unfall zu einem depressiven Zustandsbild kam (vgl. Urk. 9/26 S. 1). Die Ärzte der Rehaklinik X. ____ hielten fest, dass die im Zusammenhang mit den diagnostizierten depressiven Stimmungsschwankungen veranlasste psychotherapeutische Einzelbetreuung unter anderem der besseren Verarbeitung der Unfallfolgen diene (vgl. Urk. 9/31 S. 4). Auch den weiteren Arztberichten ist zu entnehmen, dass die psychische Fehlentwicklung jedenfalls teilweise auf das Ereignis vom 9.

September 2003 zurÄ¼ckzufÄ¼hren ist (vgl. Gutachten Dr. C.____ vom 8. Juni 2004 [Urk. 9/57 S. 14, S. 20], Gutachten PD Dr. A.____ vom 20. September 2004 [Urk. 9/64 S. 7]). Der Annahme der Gutachter des Zentrums W.____, es sei wohl erst im Zusammenhang mit dem Stellenverlust im Jahr 2004 zu einer depressiven Symptomatik gekommen (vgl. Urk. 27 S. 23), kann nach dem Gesagten nicht gefolgt werden.

5.6Ä Ä Ä Ä Was die diagnostizierte HWS-Distorsion betrifft (vgl. Urk. 9/6, Urk. 9/7, Urk. 9/22, Urk. 9/26, Urk. 9/31), klagte die BeschwerdefÄ¼hrerin auch Ä¼ber den 1. Juni 2005 hinaus noch Ä¼ber Symptome wie einen Rauschtinnitus (vgl. Bericht Dr. I.____ vom 9. April 2006, Urk. 15/2), Missempfindungen, Kopfschmerzen, ausstrahlende Nacken- und SchultergÄ¼rtelschmerzen, SchlafstÄ¼rungen, NervositÄ¼t und Vergesslichkeit (vgl. Gutachten Zentrum W.____ vom 3. Januar 2007, Urk. 27 S. 13 f., S. 22). Mangels nachweisbarer organischer Befunde, welche diese GesundheitsstÄ¼rungen erklÄ¼ren kÄ¼nnten (vgl. insbesondere Urk. 9/57 S. 16, Urk. 9/64 S. 7, S. 9), fiel eine weitere Leistungspflicht der Mobiliar - wie in Bezug auf die psychische Symptomatik - nur dann in Betracht, wenn diese Beschwerden in einem adÄ¼quaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 9. September 2003 stÄ¼nden.

5.7Ä Ä Ä Ä Dass die Beschwerdegegnerin die AdÄ¼quanz verfrÄ¼ht geprÄ¼ft hÄ¼tte, ist nicht anzunehmen. Aus den Akten geht nÄ¼mlich hervor, dass die Therapien schon seit lÄ¼ngerem keine namhafte Besserung mehr gezeitigt hatten und eine solche auch nicht mehr zu erwarten war (vgl. Urk. 9/44 S. 7, Urk. 9/48). WÄ¼hrend die vom Neuropsychologen lic. phil. G.____ am 25. November 2004 vorgeschlagene Ergotherapie offenbar nie durchgefÄ¼hrt wurde (vgl. Urk. 9/72 S. 6), nannten die Ä¼rzte des Zentrums W.____ am 3. Januar 2007 lediglich die Verhinderung einer Dekonditionierung und Chronifizierung des Schmerzsyndroms als Zweck der empfohlenen muskulÄ¼ren Trainingstherapie (vgl. Urk. 27 S. 24). Aus den vorhandenen Arztberichten ist sodann zu schliessen, dass auch in Bezug auf das psychische Befinden therapeutisch kein wesentlicher Erfolg erzielt werden konnte und sich die diesbezÄ¼glichen Befunde im Laufe der Zeit gar eher noch verschlechterten (vgl. Urk. 9/44, Urk. 9/57 S. 20, Urk. 27 S. 23).

5.8Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aktenkundig ist, dass es bei der BeschwerdefÄ¼hrerin schon wenige Monate nach dem Unfall vom 9. September 2003 zu einer psychischen Fehlentwicklung kam und diese sich im Laufe der Zeit noch verstÄ¼rkte. So stellten die Ä¼rzte der Klinik Y.____ bereits rund drei Monate nach dem fraglichen Unfall ein reaktiv-depressives Zustandsbild fest (vgl. Bericht vom 5. Januar 2004, Urk. 9/26 S. 1). In der Folge diagnostizierten sowohl die behandelnden als auch die begutachtenden Ä¼rzte - nebst somatischen EinschrÄ¼nkungen - Ä¼bereinstimmend eine psychische Symptomatik (vgl. Urk. 9/31 S. 1, Urk. 9/44 S. 5, Urk. 9/57 S. 14, Urk. 9/64 S. 7, S. 9), wobei im Gutachten des Zentrums W.____ vom 3. Januar 2007 explizit darauf hingewiesen wurde, dass die Depression klar im Vordergrund stehe (vgl. Urk. 27 S. 14). Entsprechend ist die AdÄ¼quanz vorliegend nach der mit BGE 115 V 133 eingeleiteten Rechtsprechung zu prÄ¼fen.

5.9Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund des Unfallhergangs (vgl. Erw. 4.2 hievor) und der dabei zugezogenen Verletzungen ist das Geschehnis vom 9. September 2003 hÄ¼chstens als mittelschwer, im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen liegend zu qualifizieren. Weder lagen besonders dramatische BegleitumstÄ¼nde vor, noch war der Vorfall besonders eindrÄ¼cklich. Auch zog sich die BeschwerdefÄ¼hrerin keine schwere Verletzung beziehungsweise keine Verletzung besonderer Art zu. FÄ¼r eine Ä¼rztliche

Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, gibt es keine Hinweise. Sodann kann - soweit es um die unfallkausalen Gesundheitsbeeinträchtigungen geht - nicht von einem schwierigen Heilungsverlauf oder erheblichen Komplikationen gesprochen werden. Auch das Kriterium von Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist vorliegend zu verneinen, war die Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin, sofern und soweit überhaupt unfallbedingt, doch schon bald - wenn nicht ausschliesslich, so zumindest in erheblichem Ausmass - mit der psychischen Symptomatik zu erklären. Schliesslich ist auch das Merkmal der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung nicht gegeben, war die - nebst einer seit geraumer Zeit andauernden Psychotherapie - durchgeführte physiotherapeutische Behandlung doch weit weniger aufgrund unfallkausaler somatischer Befunde als wegen krankheitsbedingter gesundheitlicher Beeinträchtigungen indiziert. Damit ist nach dem Gesagten keines der unfallbezogenen Kriterien erfüllt.

5.10 Demnach stehen die von der Beschwerdeführerin noch über den 31. Mai 2005 hinaus geklagten Gesundheitsstörungen - soweit sie überhaupt auf den Unfall zurückzuführen sind - in keinem adäquaten Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 9. September 2003. Die Leistungseinstellung der Mobilbar ist daher nicht zu beanstanden.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Ludwig Raymann

- Fürsprecher René W. Schleifer

- Groupe Mutuel

- 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.