

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00218 vom 11. Februar 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-02-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00218

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00218 du 11 février 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00218 del 11 febbraio 2010

Erwägungen

E. 3

3.1 Am 24. August 2002 befand sich die Beschwerdeführerin als Beifahrerin im von ihrem Mann gelenkten BMW, als dieser in langsamer Fahrt auf der Y.-Passstrasse von einem hinter ihnen fahrenden VW Polo angestossen wurde (Urk. 10/1a Ziff. 6, Urk. 10/131 S. 1 und S. 12). Gemäss unfallanalytischem Gutachten lag die Geschwindigkeitsänderung zwischen 8.0 und 10.5 km/h (Urk. 10/131 S. 14 unten).

Im Krankenhaus Z. wurde gleichentags eine Distorsion HWS diagnostiziert (Urk. 10/M3); der HWS-Röntgenbefund ergab keine traumatischen Skelettläsionen zwischen C1-C7 (Urk. 10/M26).

3.2 Dr. med. A., Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, berichtete am 2. September 2002 über seine am 26. August 2002 erfolgte Erstbehandlung (Urk. 10/M1). Dabei nannte er als Diagnose einen Status nach HWS-Distorsion und eine Fehlstellung von C2 gegenüber C1 (Ziff. 5). Er attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit bis voraussichtlich Ende September 2002 (Ziff. 8).

Am 8. Oktober 2002 (Urk. 10/M5) nannte Dr. A. folgende Diagnosen (Ziff. 5):

Status nach HWS-Distorsion

- cervicozephalales Syndrom

- Spannungskopfschmerz

- neurovegetative Regulations-Störung

Zur Arbeitsunfähigkeit machte er keine genauen Angaben (vgl. Ziff. 4a); zur Frage, ob ein bleibender Nachteil zu erwarten sei, bemerkte er wahrscheinlich nicht (Ziff. 4d).

Am 15. Oktober 2002 beantwortete Dr. A. den Fragebogen bei HWS-Verletzungen (Urk. 10/M8).

3.3 Am 7. Januar 2003 wurde über eine Notfallkonsultation in der Neurologischen Poliklinik, Universitätsspital Zürich (USZ), zur Beurteilung einer intermittierenden Schluckstörung berichtet (Urk. 10/M16). In der klinischen Untersuchung hätten sich keine Hinweise für eine neurologische Ursache der Schluckerschwernis bei eindrücklich eingeschränkter HWS-Beweglichkeit und Muskelhartspann finden lassen. Die Beschwerdeführerin trage immer noch zeitweise den

Halskragen, was ihr ab sofort untersagt worden sei. Bei offenbar bestehender psychischer Belastungssituation (Tod des Vaters, Schuldgefühle) sei auch eine psychologische Begleitung zu erwägen (S. 2 Mitte).

3.4 Dr. med. B. ____, Augenärztin FMH, nannte in ihrem Bericht vom 27. Februar 2003 (Urk. 10/M15) als Diagnose Akkomodation und Konvergenzreduktion in R4ckbildung nach Schleudertrauma der HWS im August 2002 und einen Astigmatismus hyperopicus comp. beidseits (Ziff. 1). Subjektiv sei eine Verbesserung eingetreten, wobei die Beschwerdeführerin noch eine schnelle Ermüdbarkeit, Kopfschmerzen und Verschwommensehen angebe. Objektiv bestehe mit Korrektur eine volle Sehschärfe beidseits, Konvergenz und Akkomodationsbreite seien besser als bei der ersten Untersuchung, der Augendruck im Normbereich und die Bulbusmotilität intakt (Ziff. 2).

3.5 Dr. A. ____, berichtete am 6. Oktober 2004 (10/M28), die Beschwerdeführerin klage nach wie vor über cervico-thoracovertebrale Schmerzen mit Kraftlosigkeit; sie müsse Kindspflege (am 7. Mai 2004 hatte sie einen Sohn geboren; Urk. 10/87) und Haushalt teilweise dem Ehemann überlassen. Sie habe weiterhin Kopfschmerzen, Schwindel, Tinnitus, Taubheit in den Händen. Sie fühle sich überfordert und sei in einem seelischen Tief. Bei allen Bewegungen erfolge endphasig eine Schmerzangabe im Nacken und der mittleren Brustwirbelsäule (BWS). Zusammenfassend bestehe ein leichtes cervico-thoracovertebrales Syndrom im Rahmen einer von der Beschwerdeführerin angegebenen körperlichen Überforderung mit depressiver Verstimmung. Die Symptomausweitung weise auf eine bleibende Chronifizierung hin.

3.6 Am 23. August 2005 wurde von den Ärzten der Schulthess Klinik ein Gutachten erstattet (Urk. 10/M32/1). Darin wurde unter anderem ausgeführt, insgesamt sei der vorgebrachte Leidensdruck gut nachvollziehbar. Berücksichtige man allerdings die Befunde und insbesondere das als leicht bis sehr leicht einzustufende indirekte HWS-Trauma, könne der Verlauf nicht ohne zusätzliche beeinflussende Faktoren erklärt werden (S. 38).

Mit zunehmendem Verlauf (maximal 12-15 Wochen) könne die Zunahme und Ausweitung der Symptome nicht mehr rein unfallbedingt nachvollzogen werden, sicher ab Anfang bis Mitte 2003 bestehe nur noch ein möglicher natürlicher Kausalzusammenhang. Es überwiege aktuell ein Müdigkeits-/Erschöpfungssyndrom (S. 45). Anfang 2003 sei eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % und in den Folgemonaten wieder eine solche von 100 % gegeben gewesen. Als Virologin sei die Beschwerdeführerin in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (S. 46).

3.7 Dr. med. C. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 10. März 2006 nach zweimaliger Untersuchung der Beschwerdeführerin, es sei aktuell keine psychiatrische Störung erkennbar, sicher keine Depression, es beständen keine Anhaltspunkte für eine Angststörung mit Krankheitswert, es handle sich um eine normale Trauer über die Situation. Es bestehe keine Indikation für psychotherapeutische Massnahmen (Urk. 10/M36).

E. 4

4.1 Am 29. Juli 2009 erstatteten Dr. med. D. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter, und Dr. med. E. ____, Facharzt für Innere Medizin FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, Chefarzt

Medizinisches Zentrum RÄ¶merhof (K.____), das bei ihnen in Auftrag gegebene Gerichtsgutachten (Urk. 55).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie stÄ¼tzten sich auf die ihnen Ä¼berlassenen Akten (S. 1 ff., S. 18 ff.), die an vier Tagen im Juni 2009 erfolgten Untersuchungen (vgl. S. 1), die Angaben der BeschwerdefÄ¼hrerin (S. 23 ff.), die erhobenen internistischen Befunde (S. 32 ff.), ein von Dr. med. F.____, Facharzt fÄ¼r Rheumatologie FMH, erstelltes rheumatologisches (S. 35 ff.), ein von Prof. Dr. med. G.____, Chefarzt Neurologie, Klinik H.____, erstelltes neurologisches Konsilium (S. 45 ff.), eine von Dr. sc. hum. Dipl. psych. I.____ durchgefÄ¼hrte neuropsychologische Untersuchung (S. 59 ff.) und ein psychiatrisches Konsilium von Dr. D.____ (S. 65 ff.).

4.2Ä Ä Ä Ä Als aktuelle Beschwerden wurden im Gutachten permanente bewegungs- und belastungsakzentuierte Schmerzen im Bereich des rechten Nackens und Hinterkopfs (S. 31 oben) genannt, wenn diese stark seien, strahlten sie in den gesamten Kopf aus und auch in den SchultergÄ¼rtel beidseits. Wenn sie ihren Kopf nach vorne neige oder sich bÄ¼cke, komme es zu Schwindelsensationen, dies auch, wenn sie beispielsweise aus dem fahrenden Auto oder Zug schaue (S. 31 Mitte). Mit den Augen habe sie ebenfalls noch Probleme, nÄ¼mlich AkkommodationsstÄ¼rungen. Am wenigsten gestÄ¼rt sei sie durch ihren Tinnitus. Sie habe auch MÄ¼he, sich lÄ¼ngere Zeit zu konzentrieren und intellektuell komplexe Fragestellungen zu erfassen (S. 31 unten).

4.3Ä Ä Ä Ä Die Gerichtsgutachter stellten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeits-fÄ¼higkeit (S. 70 Ziff. 6.1):

- chronisches cervikocephales Schmerzsyndrom mit/bei
- klinisch segmentalen BewegungsstÄ¼rungen am craniocervikalen Ä¼bergang mit muskulÄ¼rer Dysbalance
- leichtem myofascialem Schmerzsyndrom im rechten SchultergÄ¼rtel
- AkkommodationsstÄ¼rungen
- Tinnitus linksbetont
- unklare Schwindelsensationen
- radiologisch Ausschluss ossÄ¼rer LÄ¼sionen und InstabilitÄ¼t sowie Weichteilverletzungen
- passager craniomandibulÄ¼re Dysfunktion links

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sodann stellten sie folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeits-fÄ¼higkeit (S. 70 Ziff. 6.2):

- Status nach Auffahrunfall am 24. August 2002 mit cranio-cervikalem Beschleunigungstrauma Quebec Task Force (QTF) II
- vorbestehender essentieller Tremor
- Verdacht auf MigrÄ¼ne

4.4Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend wurde berufsanamnestisch festgehalten, die Beschwerde-fÄ¼hrerin sei nach dem Unfall vom 24. August 2002 bis Anfang Januar 2003 zu 100 % arbeitsunfÄ¼hig geschrieben gewesen. Danach habe sie wieder mit einem Pensum von 25 % zu arbeiten begonnen. Ende Mai 2003 sei ihr Vertrag nicht erneuert

worden und sie sei stellenlos geworden. Erst im Juni 2006 habe sie wieder eine Teilzeitstelle als wissenschaftliche Mitarbeiterin gefunden, wo sie seither zu 40 % in einem Forschungsprojekt mitarbeite (S. 71 oben).

4.5 Die internistische Untersuchung habe das Bild einer normosomen Person in unauffälligem Allgemeinzustand ergeben (S. 74 unten). Aus internistischer Sicht könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden (S. 75 oben).

Bei der rheumatologischen Untersuchung könnten eindeutige Funktionsstörungen des craniocervikalen Übergangs nachgewiesen werden, wobei das Schmerzverhalten der Beschwerdeführerin während der Untersuchung für die Aussagekraft der Befunde etwas limitierend sei (S. 75). Zusammenfassend könne von Seiten des Bewegungsapparates her eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der jetzigen Tätigkeit von 20 % angegeben werden, dies in Form eines wegen erhöhtem Pausenbedarf verminderten Rendements bei vollschichtiger Tätigkeit (S. 76 oben).

Aus neurologischer Sicht liessen sich die beklagten chronischen Beschwerden angesichts fehlender klinischer und bildmorphologischer Belege für eine unfallassoziierte biologische Läsion nicht mit hinreichender Sicherheit oder Wahrscheinlichkeit durch das Unfallereignis im Sinne der natürlichen Kausalität erklären (S. 76 Mitte).

Die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung liessen sich mit dem im Gespräch gewonnenen Eindruck, dem Lebenslauf und der gegenwärtigen Arbeit der Beschwerdeführerin nicht vereinbaren: Der für akademische Arbeiten benötigte IQ sei mit dem von der Beschwerdeführerin gezeigten Ergebnis von 75 nicht vereinbar. Es müsse von einer Vortäuschung kognitiver Defizite ausgegangen werden, da bei der Beschwerdeführerin keine schwerwiegende psychiatrische Diagnose bekannt sei, welche die beschriebenen Defizite erklären könnte (S. 77 Mitte).

Aus psychiatrischer Sicht ergäben sich insgesamt keinerlei Anhaltspunkte beziehungsweise psychopathologische Befunde oder psychische Funktionsstörungen, die für eine akute oder chronische psychische Erkrankung sprechen würden (S. 78 f.).

Zusammenfassend sei der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht von Seiten des Bewegungsapparates her gesehen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % zu attestieren. Für allfällige Verweistätigkeiten bestünden qualitative Einschränkungen betreffend ausschliessliche Flexionsstellung des Kopfes und Schultergürtels, Heben und Tragen schwerer Gewichte sowie ausschliesslicher Arbeiten in einer unergonomischen Rückenstellung (S. 78 Ziff. 7.4).

In einer dem rheumatologischen Leiden optimal angepassten Tätigkeit bestehe aus interdisziplinärer Sicht eine uneingeschränkte, 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 79 Ziff. 7.8).

4.6 Zu entsprechenden Zusatzfragen führten die Gutachter aus, bis zirka Ende 2002 habe die Beschwerdeführerin an einem akuten cervicocephalen Schmerzsyndrom infolge ihres craniocervikalen Beschleunigungstraumas gelitten (S. 80 Ziff. 3.a). Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass sie Mitte 2003 immer noch residuelle Symptome ihres Schleudertraumas gehabt habe, die sie in ihrer sehr

anspruchsvollen Tätigkeit im Labor erheblich beeinträchtigt (S. 80 Ziff. 3b). Spätestens ab August 2005 sei der Status quo sine erreicht gewesen (S. 80 Ziff. 3c) und es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass sich der Gesundheitszustand seither (also auch bezogen auf den 30. März 2006, den Zeitpunkt des Einspracheentscheids) nicht mehr verändert habe (S. 80 Ziff. 3d).

Zur Unfallkausalität äusserten sich die Gutachter wie folgt (S. 81 Ziff. 5a): Es könne davon ausgegangen werden, dass die anfänglichen Beeinträchtigungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 27. (richtig: 24.) August 2002 standen. Anlässlich der Begutachtung in der Schulthess Klinik Ende 2004 hätten keine organischen Unfallfolgen mehr nachgewiesen werden können; dies decke sich mit dem Ergebnis der aktuellen interdisziplinären Begutachtung. Die aktuell erhobenen Befunde ständen nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, sondern nur noch möglicherweise in natürlichem Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 24. August 2002.

Eine bildgebend nachweisbare Anomalie oder Schädigung der Halswirbelsäule liege nicht vor. Einzig nachweisbar seien manualmedizinisch objektivierbare Funktionsstörungen des craniocervikalen Übergangs, die keineswegs unfallspezifische Unfallfolgen, sondern unspezifische Veränderungen darstellten, welche sich auch bei etwa 30 % der Normalbevölkerung ohne Traumaanamnese nachweisen liessen (S. 82 Ziff. 5b).

Eine überwiegend wahrscheinliche unfallkausale Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit liege derzeit nicht vor. Die attestierte Einschränkung von 20 % sei demzufolge als krankheitsbedingt zu deuten (S. 83 Ziff. 6).

Am 20. November 2009 beantwortete Dr. E. ___ die vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin formulierten Zusatzfragen (Urk. 71/1).

Zur Frage, um welche unfallfremden Ursachen es sich handle, sofern welche vorlägen, führte Dr. E. ___ aus, als Ursache der eingeschränkten Kopfbeweglichkeit und des Muskelhartspanns im Nacken kämen beispielsweise in Frage chronische Fehlhaltungen, Fehlbelastungen über Belastungen körperlicher und anderer Genese, Depressionen sowie Phasen intensivster geistiger Beanspruchung, welcher die Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Arbeitstätigkeit als Virologin in einem Labor regelmässig ausgesetzt gewesen und noch immer sei. Zudem komme seit 2004 die Doppelbelastung durch die neue Rolle als Mutter eines kleinen Jungen. All diese Umstände könnten analoge Funktionsstörungen am craniocervicalen Übergang mit einer muskulären Dysbalance bewirken. Solche Probleme seien - mit 30 bis 40 % der Normalbevölkerung ohne Schleudertraum-Anamnese - relativ häufig (S. 1 Ziff. 1).

Dass diese unfallfremden Ursachen auch ohne das Unfallereignis aus ihrer eigenen Dynamik heraus mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu den beklagten Beschwerden und Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit geführt hätten, müsste - da sieben Jahre nach dem Unfallereignis aktuell keine nachweisbaren Unfallfolgen mehr vorliegen - effektiv angenommen werden (S. 2 Ziff. 2).

Die Frage, ab welchem Zeitpunkt und in welchem Umfang dies zutrefte, lasse sich retrospektiv nicht mit Sicherheit beantworten. Es müsste angenommen werden, dass spätestens zum Zeitpunkt der Begutachtung in der Schulthess Klinik Ende

2004 der Status quo sine erreicht gewesen sei und sich die Situation seither nicht mehr verändert habe (S. 2 Ziff. 3).

4.8 Am 1. Oktober 2009 äusserte sich die Beschwerdeführerin zum Gerichtsgutachten (Urk. 66) und machte geltend, dieses sei nicht beweistauglich. Es sei nach einer Würdigung durch PD Dr. med. J. ___ medizinisch teilweise falsch, unvollständig, nicht schlüssig und nicht nachvollziehbar. Der neurologische Teilgutachter mache Aussagen, die auch der Bundesgerichtspraxis widersprechen (S. 1). Nach als Vorbemerkungen bezeichneten Ausführungen zum Thema „Zeitgeist“ (S. 1 ff.) äusserte sich die Beschwerdeführerin noch einmal im gleichen Sinn wie in ihrer Beschwerde an das Bundesgericht (S. 3 ff.). Sodann gab sie die kritischen Anmerkungen, die Dr. J. ___ gegenüber dem K. ___-Gutachten am 21. August 2009 auftragsgemäss angebracht hatte (Urk. 67), in Kurzfassung wieder (S. 6 ff.) und schliesslich äusserte sie sich im Sinne einer juristisch-medizinischen Würdigung des K. ___-Gutachtens zu Fragen wie der natürlichen Kausalität, dem typischen Beschwerdebild, Kontroversen im Schrifttum betreffend HWS-Distorsionsverletzungen und wiederum einzelnen von Dr. J. ___ angeführten Kritikpunkten (S. 9 ff.).

4.9 Am 19. Januar 2010 (Urk. 77) reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht vom 21. Dezember 2009 über eine otoneurologische Untersuchung (Urk. 78) ein, worin eine zentrale Vestibulopathie, eine periphere Vestibulopathie rechts und ein Tinnitus auris links (letzterer bei Status nach Akzelerations-/Dezelerationstrauma der HWS im August 2002) diagnostiziert wurden. Für den posttraumatisch aufgetretenen Tinnitus finde sich kein audiometrisches Korrelat in der Hörkurve, die Impedanzmessung falle normal aus, eine retrokochleäre Läsion als Ursache sei mit Sicherheit auszuschliessen (S. 1 unten). Bei zunehmendem Leidensdruck sei eine psychologische Beratung sinnvoll (S. 2 oben).

Am 22. Januar 2010 (Urk. 79) reichte die Beschwerdeführerin den Bericht über eine von ihr veranlasste neuropsychologische Abklärung (Urk. 80) ein, in welchem über Beeinträchtigungen berichtet wurde, welche ein typisches Leistungsdefizit zeige, das bei vielen Schädeld-Hirn-Trauma-Patienten festgestellt werden könne. Ein Simulations- oder Aggravationsverdacht habe bei der Untersuchung nicht vorgelegen (S. 13).

E. 5

5.1 Die Beschwerdeführerin stellte sich hauptsächlich erneut auf den Standpunkt, das - nunmehr vom Gericht - eingeholte Gutachten genüge nicht für die Entscheidungsfindung, da es mit (einzeln genannten) Mängeln behaftet sei. Dabei stützte sie sich, soweit sie sich fallbezogen äusserte, auf das, was der von ihr beauftragte Dr. J. ___ zum K. ___-Gutachten ausgeführt hatte.

5.2 Die Frage der Beweistauglichkeit medizinischer Beurteilungen richtet sich nach den von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien (vorstehend Erw. 1.6) und ist vom Gericht im Rahmen seiner Beweiswürdigung zu beurteilen. Das Gericht muss in der Lage sein und ist es auch, die Tauglichkeit der aufgelegten Beweismittel zu beurteilen und sodann entweder daraus die entsprechenden materiellen Schlüsse zu ziehen oder aber bei Ungenügen der vorhandenen Beweismittel die nötigen Anordnungen (ergänzende eigene Abklärungen oder Rückweisung der Sache) zu treffen.

Diese Funktion übt das Gericht unabhängig und eigenständig aus. Es ist dabei insbesondere nicht auf Beiträge angewiesen, die sich als sozusagen

Meta-Gutachten ausschliesslich über vorhandene medizinische Gutachten und deren Regelkonformität oder angebliche Mangelhaftigkeit äussern. Gegenstand der Beweiswürdigung des Gerichts sind medizinische Beurteilungen, die sich mit dem Gesundheitszustand der versicherten Person, in aller Regel aus eigener Anschauung, medizinisch kompetent äussern.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Fachliche Kritik an der medizinischen Beurteilung der fallrelevanten Fragen in einem Gutachten ist nicht ausgeschlossen. Stammt sie von Fachpersonen, welche ihrerseits aus eigener Anschauung urteilen, hat sie ein erhebliches Gewicht. Erfolgt sie ausschliesslich unter Bezugnahme auf ein erstelltes Gutachten und ohne Kenntnis der konkreten Umstände, ist sie höchstens soweit relevant, als gestützt darauf in einer Rechtschrift nachvollziehbare und schlüssige Einwände geltend gemacht werden. Ist dies nicht der Fall, ist sie irrelevant.

5.3 Ä Ä Ä Ä Dr. J. ___ thematisierte in seiner Stellungnahme ausschliesslich das K. ___-Gutachten und äusserte sich zu dessen - seines Erachtens mangelhaften - Qualität. Es handelt sich somit bei seinem Beitrag nicht um die divergierende fachliche Einschätzung der fallrelevanten medizinischen Fragen, sondern er hat es auftragsgemäss lediglich unternommen, mögliche, angebliche und vermeintliche Mängel des K. ___-Gutachtens aufzufindig zu machen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu den im engeren Sinne medizinisch akzentuierten Kritikpunkten von Dr. Siegel haben die betreffenden Mitwirkenden am Gutachten Stellung genommen (Urk. 71/2-4). Das Gericht sieht diesbezüglich keine Veranlassung für eine fortgesetzte Detaillierung.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin hat ihrerseits - nebst anderen Darlegungen (vgl. Urk. 66 S. 1-6) - mit der Meta-Kritik von Dr. J. ___ am K. ___-Gutachten argumentiert, indem sie diese in verkürzter Form wiederholt (vgl. Urk. 66 S. 6-9) und in eigenen Darlegungen (vgl. Urk. 66 S. 9 ff.) verwertet hat. Den entsprechenden Ausführungen lässt sich jedoch nichts entnehmen, das über die von Dr. J. ___ geübte Kritik hinaus ginge, was um so mehr ins Gewicht fällt, als dieser sichtlich bemüht gewesen ist, unbeschadet der Relevanz nichts, was irgendwie einer Kritik zugänglich sein könnte, auszulassen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In diesem Sinne lassen sich der auf die Auftragsarbeit von Dr. J. ___ gestützte Stellungnahme der Beschwerdeführerin nicht wirklich nachvollziehbare und schlüssige Einwände gegen das K. ___-Gutachten entnehmen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Darüber hinaus hat auch die Beschwerdeführerin nicht substantiiert geltend gemacht, dass das K. ___-Gutachten den praxisgemässen Kriterien (vorstehend Erw. 1.6) nicht genüge.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammengefasst bleibt deshalb festzuhalten, dass das vom Gericht veranlasste K. ___-Gutachten die praxisgemässen Kriterien vollumfänglich erfüllt, so dass darauf abzustellen ist.

5.4 Ä Ä Ä Ä Die neuropsychologische Testung im Rahmen der Begutachtung war nicht verwertbar, weil die Beschwerdeführerin kognitive Defizite vorgeträgt hat (vorstehend Erw. 4.5). Nun hat die Beschwerdeführerin eine weitere Testung veranlasst, die ergeben haben soll, dass Defizite bestehen, ohne dass sie aggraviert habe (vorstehend Erw. 4.9).

Die Ergebnisse dieser erneuten Testung sind prozessual nicht verwertbar. Die Beschwerdeführerin hat bei der Testung im Rahmen der Begutachtung Ergebnisse erzielt, die einem IQ von 75 entsprechen. Dies ist bei einer Akademikerin (auch wenn sie sechs Jahre zuvor in eine Auffahrkollision involviert gewesen ist) derart absurd, dass es - vorbehaltlich einer alternativen psychiatrischen Erklärung - nur die Erklärung der bewussten Manipulation gibt. Damit ist jedoch der nicht zu beseitigende Zweifel gesetzt, dass die Beschwerdeführerin auch anlässlich späterer Testungen ihre Leistung ergebnisorientiert gesteuert hat, was ihr angesichts der bereits akkumulierten Erfahrung im Umgang mit den entsprechenden Aufgaben umso eher möglich gewesen wäre.

Ob die Beschwerdeführerin tatsächlich nennenswerte neuropsychologische Defizite aufweist, lässt sich vor diesem Hintergrund nicht mehr sagen. Diesbezüglich hat sie einen Zustand der Beweislosigkeit herbeigeführt, den sie gegebenenfalls gegen sich gelten lassen muss.

E. 6

6.1 In medizinischer Hinsicht steht fest, dass sich die Beschwerdeführerin am 24. August 2002 eine leichte HWS-Distorsion zugezogen hat. In früheren Berichten war - wohl aufgrund anamnestischer Angaben - noch davon ausgegangen worden, sie habe unter anderem den Kopf an der Fensterscheibe angeschlagen (vgl. Urk. 10/M24a S. 1); bei der persönlichen Befragung räumte die Beschwerdeführerin dann ein, sie habe die Sonnenbrille hochgesteckt und subjektiv das Gefühl [gehabt], dass ich die Sonnenbrille berührte, dies sei ihr in Erinnerung geblieben (Prot. S. 12 oben).

6.2 In der Folge wurde eine eingeschränkte HWS-Beweglichkeit und ein Muskelhartspann registriert und es traten Episoden mit Schluckbeschwerden und einem Lufthungsgefühl im Hals auf, sowie Akkomodationsstörungen beim Sehen, von deren Rückbildung im Februar 2003 berichtet wurde. Im Oktober 2004 diagnostizierte der behandelnde Arzt noch ein leichtes cervico-thoracovertebrales Syndrom im Rahmen einer körperlichen Überforderung mit depressiver Verstimmung.

6.3 Die Ende 2004 durchgeführte Begutachtung in der Schulthess Klinik führte zum Schluss, angesichts der Befunde und des als leicht bis sehr leicht einzustufenden indirekten HWS-Traumas könne der Verlauf nicht ohne zusätzliche beeinflussende Faktoren erklärt werden. Ab Anfang bis Mitte 2003 sei ein Kausalzusammenhang mit dem erlittenen Unfall nur noch möglich; es überwiege aktuell ein Müdigkeits-/Erschöpfungssyndrom.

Aus psychiatrischer Sicht wurde im März 2006 festgehalten, es sei keine psychiatrische Störung erkennbar.

6.4 Die K.____-Begutachtung ergab als massgebende Diagnose ein chronisches cervico-cephales Schmerzsyndrom und eine - als nicht unfallbedingt beurteilte - Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % in der aktuell ausgeübten Tätigkeit und von 0 % in entsprechend angepasster Tätigkeit.

Spätestens ab August 2005, so die Feststellung im K.____-Gutachten, war bezogen auf den Unfall von 2002 der Status quo sine erreicht. Es verblieben objektivierbare Einschränkungen (eingeschränkte Kopfbeweglichkeit, Muskelhartspann), für welche gemäss der Antwort auf entsprechende Zusatzfragen

mannigfache unfallfremde Ursachen in Frage kommen. Eine psychiatrische begründete Einschränkung wurde im K.____-Gutachten - wie schon vom konsultierten Psychiater im März 2004 - verneint.

Im Zeitpunkt der K.____-Begutachtung beklagte die Beschwerdeführerin Nacken- und Kopfschmerzen, situationsspezifische Schwindelsensationen, Akkommodationsstörungen bei Sehen und einen - weniger störenden - Tinnitus.

E. 7

7.1 In Würdigung der medizinischen Befunde stellt sich vorab die Frage der natürlichen Kausalität der im zu beurteilenden Zeitpunkt (März 2006) noch vorhandenen Beschwerden.

Gestützt auf das vom K.____ erstattete Gerichtsgutachten, das diesbezüglich auch von früheren Beurteilungen gestützt wird, ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen anhaltenden Beschwerden im Beurteilungszeitpunkt und dem Unfall von 2002 klar zu verneinen. Gemäss der überzeugenden und schlüssig begründeten Feststellung im Gerichtsgutachten war im fraglichen Zeitpunkt ein Status quo sine Längst erreicht und die noch vorhandenen Beschwerden somit nicht mehr durch den Unfall von 2002 verursacht oder erklärbar.

Eine zu 20 % attestierte Arbeitsunfähigkeit in der ausgeübten, nicht aber in angepasster, Tätigkeit wurde im Gerichtsgutachten mit unfallfremden rheumatologischen Gegebenheiten begründet, womit auch diesbezüglich keine Unfallkausalität festzustellen ist.

Gemäss der beweistauglichen (vorstehend Erw. 5.3) medizinischen Feststellung im Gerichtsgutachten bestand somit im Beurteilungszeitpunkt kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den angegebenen Beschwerden und dem erlittenen Unfall mehr.

7.2 Die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs bleibt ungeklärt, wenn nach erlittener HWS-Distorsion (unter anderem) das sogenannte typische Beschwerdebild vorliegt.

Auch dies ist hier nicht der Fall. Einzelne der von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden entstammen zwar der von der Rechtsprechung umschriebenen Aufzählung einschlägiger Beschwerden. Eindeutig nicht gegeben ist jedoch - angesichts der mehrfach bestätigten psychischen Unauffälligkeit der Beschwerdeführerin - ein Gemenge physischer und psychischer Symptome, wie das Kriterium für die Anwendung der entsprechenden Praxis in der neueren Rechtsprechung auch umschrieben wird (vorstehend Erw. 1.4).

Somit gibt es auch unter diesem Blickwinkel keine Begründung zur Bejahung des Kausalzusammenhangs.

7.3 Der Vollständigkeit halber - und nach dem Ausgeführten eigentlich unzutreffenderweise - bleibt zu prüfen, wie es sich mit der Adäquanz verhielte, wenn die HWS-spezifische Rechtsprechung doch anwendbar wäre.

Diesfalls müssten die einschlägigen Kriterien (vorstehend Erw. 1.5) angesichts der Trivialität des Unfallereignisses in eindrücklicher Weise oder

Anzahl erfüllt sein.

Offensichtlich nicht erfüllt wären die Kriterien besonders dramatischer Begleitumstände oder einer besonderen Eindringlichkeit des Unfalls, der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen, einer fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung, einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, sowie eines schwierigen Heilungsverlaufs und erheblicher Komplikationen.

Auch das Kriterium erheblicher Beschwerden ist nicht erfüllt, beurteilt sich doch die Erheblichkeit danach, inwieweit die Beschwerden die betroffene Person in ihren alltäglichen Aktivitäten einschränken. Die, als solche achtenswerte, Erwerbstätigkeit der Beschwerdeführerin belegt, dass den Beschwerden die geforderte Erheblichkeit abgeht.

Verlangt ist ferner eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. Die Beschwerdeführerin ist (oder war im Beurteilungszeitpunkt) im Umfang von 40 % erwerbstätig. Gemäss Gerichtsgutachten wäre sie (wenn auch aus unfallfremden Gründen) in der angestammten Tätigkeit um 20 % eingeschränkt. Ihr effektiv ausgeübtes reduziertes Erwerbsspensum ist somit nicht Ausdruck einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit, sondern allenfalls ihrer familiären Situation als Mutter eines 2004 geborenen Knaben und der Marktsituation in einer wohl schmaleren akademischen Disziplin. Das geforderte Kriterium ist jedenfalls nicht erfüllt.

Keines der praxisgemässen Kriterien kann als erfüllt betrachtet werden, womit ein rechtsgültiger Kausalzusammenhang auch in Anwendung von BGE 134 V 109 zu verneinen wäre.

7.4 Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass zwischen den Beschwerden im Beurteilungszeitpunkt und dem 2002 erlittenen Unfall kein natürlicher Kausalzusammenhang besteht.

Demzufolge erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

Sodann erkennt das Gericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Försprecher Herbert Schober

- AXA Versicherungen AG unter Beilage einer Kopie der Urk. 79-80

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters 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.