

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00013 vom 25. November 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-11-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00013

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00013 du 25 novembre 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00013 del 25 novembre 2008

Erwägungen

E. 1

1.1. Die SUVA hat im Zusammenhang mit dem von der Beschwerdeführerin am 28. Februar 2003 gemeldeten (vgl. Urk. 8/13) Rückfall zum Unfall vom 9. Juni 2000 bis am 30. September 2005 Leistungen erbracht (vgl. Urk. 8/60, Urk. 2). Zu prüfen ist, ob sie ihre Leistungspflicht über dieses Datum hinaus zu Recht verneinte. Dabei muss das Dahinfallen jeder unfallkausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens 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).

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

1.3. 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 publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94).

1.4. 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, Übelkeit, 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 Begriffsumschreibung 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)).

1.5. 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. 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).

1.7. Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b). Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen

liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

1.8. 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 Eindrücklichkeit 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 auffälliger 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 anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

1.9. 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

zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das damalige 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 hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den 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 (BGE 134 V 109 ff.; 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).

E. 2

2.1 Die SUVA verneinte eine über den 30. September 2005 hinaus bestehende Leistungspflicht im Zusammenhang mit der Auffahrkollision vom 9. Juni 2000 im Wesentlichen mit der Begründung, den noch geklagten Beschwerden liege kein organisches Substrat im Sinne einer strukturellen Veränderung zugrunde (vgl. Urk. 2 S. 6, Urk. 7 S. 4, S. 6). Da im Zeitpunkt der Leistungseinstellung das für eine Schleudertrauma-Verletzung typische Beschwerdebild nicht mehr vorgelegen habe und die

erst drei Jahre nach dem Unfall aufgetretene psychische Symptomatik als selbständige sekundäre Gesundheitsstörung zu interpretieren sei, habe die Adäquanzprüfung nach der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 zu erfolgen (vgl. Urk. 7 S. 8). Dabei ergebe sich, dass dem Ereignis vom 9. Juni 2000 keine massgebliche Bedeutung für die noch über Ende September 2005 hinaus geklagten gesundheitlichen Beeinträchtigungen mehr zukomme, weshalb ab diesem Zeitpunkt auch kein Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen mehr bestehe (vgl. Urk. 2 S. 7 ff., Urk. 7 S. 9).

2.2.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, die SUVA habe den medizinischen Sachverhalt unzureichend abgeklärt. So sei in somatischer Hinsicht unklar, ob organische Unfallfolgen vorliegen und ob betreffend die degenerativen Befunde an der Halswirbelsäule der status quo sine im Zeitpunkt der Leistungseinstellung erreicht gewesen sei (vgl. Urk. 1 S. 6 ff.). In Bezug auf die psychischen Beschwerden stehe aufgrund der aktenkundigen Arztberichte weder die konkrete Diagnose fest, noch könne beurteilt werden, ob der Unfall ursächlich sei für die fragliche Symptomatik (vgl. Urk. 2 S. 7). Da der Endzustand noch nicht erreicht sei und wegen unfallbedingter Beschwerden auch weiterhin eine ärztliche und physiotherapeutische Behandlung erfolge, von der noch eine Besserung zu erwarten sei, habe die SUVA den Fallabschluss verfrüht vorgenommen (vgl. Urk. 1 S. 9) und dabei im Übrigen die Adäquanz zu Unrecht verneint (vgl. Urk. 1 S. 10 ff.).

E. 3.1

3.1.1 Aus den medizinischen Akten geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

Die noch am Unfalltag konsultierte erstbehandelnde Ärztin, Dr. med. Y. ____, Fachärztin FMH für Allgemeine Medizin, stellte in ihrem Bericht vom 24. Juli 2000 (Urk. 8/2 S. 1) folgende Diagnosen:

- Commotio cerebri
- Prellung HWS
- Prellungen beider Arme und Beine

Die Röntgenuntersuchung habe keine Frakturen gezeigt. Nachdem ab dem 9. Juni 2000 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, habe die Patientin die Arbeit am 29. Juli 2000 wieder in vollem Umfang aufgenommen. Der Behandlungsabschluss sei am 24. Juli 2000 erfolgt.

3.1.2 Die am 15. Juni 2000 durchgeführte radiologische Untersuchung des Schädels hatte keinen krankhaften Befund, insbesondere keine traumatisch bedingte ossäre Läsion ergeben. Die gleichentags durchgeführte computertomographische Untersuchung der HWS im Hochauflösungsmodus (HRCT) hatte - wahrscheinlich vorbestehende - leichte arthronotische Veränderungen am zervikokraniellen Übergang gezeigt. Anhaltspunkte für eine traumatisch bedingte Wirbel-, Bandscheiben- oder Densläsion bestanden keine, und auch die Verhältnisse am zervikokraniellen Übergang wurden als einwandfrei beschrieben (vgl. Anhang 1 zu Urk. 8/66).

E. 3.2

3.2.1 Die Computertomographie (CT) der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 18. Dezember 2001 ergab einen ossär etwas eng angelegten Spinalkanal auf Höhe L4/L5, wobei sich in diesem Bewegungssegment auch eine - von einem kleinen Vorfall nicht mit

Sicherheit abzugrenzende, allerdings nur bei klinischer **Ä**bereinstimmung im Sinne einer kleinen medianen Diskushernie zu wertende - dorsale Bandscheibenprotrusion zeigte (vgl. Bericht vom 19. Dezember 2001, Anhang 3 zu Urk. 8/66).

3.2.2. **Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä** Gest^Äztzt auf das wegen beim Liegen auftretender Schmerzen am 23. Januar 2003 durchgef^Ährte CT der HWS wurden Zeichen einer m^Ässigen Unkovertebralarthrose C5/6 und C6/7 mit leichten osteophyt^Ären Einengungen des Neuroforamens C5/6 links und C6/7 beidseits festgestellt (vgl. Anhang 2 zu Urk. 8/66).

E. 3.3

3.3.1. **Ä Ä** Im Arztzeugnis UVG f^Ä4r R^Äckfall vom 14. M^Ärz 2003 (Urk. 8/12) diagnostizierte Dr. Y. ___ ein zervikobrachiales Syndrom nach Prellung. Die Untersuchung habe eine Druckdolenz im Bereich der HWS und der Schultern sowie eine eingeschr^Äunkte Beweglichkeit ergeben. Es erfolge eine medikament^Äse Behandlung. Die Beschwerden seien unfallkausal. Seit dem 28. Februar 2003 und bis auf Weiteres bestehe eine 50%ige Arbeitsunf^Ähigkeit.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 7. Mai 2003 berichtete Dr. Y. ___ von einem komplikationslosen Verlauf. Die Patientin sei - nach physikalischer und medikament^Äser Behandlung - wieder beschwerdefrei. Am 4. April 2003 sei - bei noch 50%iger Arbeitsunf^Ähigkeit - der Behandlungsabschluss erfolgt. Per 17. April 2003 sei die Steigerung des Arbeitspensums auf 100 % geplant. Ein bleibender Nachteil in Form persistierender Schmerzen sei m^Äglich (vgl. Urk. 8/17).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In ihrem Bericht vom 21. Mai 2003 hielt Dr. Y. ___ fest, nach einem komplikationslosen Verlauf h^Ätten sich die Beschwerden nach der Arbeitsaufnahme mit einem Pensum von 50 % am 13. Mai 2003 erneut verst^Ärkt. Aktuell best^Änden eine stark dolente Reklination und eine eingeschr^Äunkte Kopfbeweglichkeit. Unfallfremde Faktoren seien nicht am Heilungsverlauf beteiligt. Es erfolge eine medikament^Äse Behandlung; eine kreis^Ärtliche Untersuchung sei angezeigt. Die Arbeitsunf^Ähigkeit betrage weiterhin 50 % (vgl. Urk. 8/21).

3.3.2. **Ä Ä** Am 29. Juli 2003 wurde die Beschwerdef^Ährerin von SUVA-Kreisarzt Dr. med. Z. ___, Facharzt FMH f^Ä4r Chirurgie, untersucht. Dieser gelange zum Schluss, dass angesichts des Umstandes, dass sich die Beschwerden im Zusammenhang mit dem ausgepr^Ägten zervikobrachialen Syndrom seit der R^Äckfallmeldung - unter minimaler und ungen^Ägender ambulanter Therapie - nicht gebessert h^Ätten, allenfalls f^Ä4r diagnostische (bildgebende), insbesondere aber zur Durchf^Ährung intensiver physiotherapeutischer Massnahmen ein station^Ärer Aufenthalt in der Rehaklinik Z. ___ angezeigt sei. Bis zum Klinikeintritt empfahl Dr. Z. ___ die Weiterf^Ährung der konservativen Behandlung mit Schmerzmitteln und leichter aktiver Physiotherapie (vgl. Urk. 8/24 S. 3); die Arbeitsunf^Ähigkeit der - depressiv-weinerlich wirkenden (vgl. Urk. 8/24 S. 2) - Beschwerdef^Ährerin bezifferte er weiterhin mit 50 % (vgl. Urk. 8/24 S. 3).

3.3.3. **Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä** Nachdem sie die Beschwerdef^Ährerin vom 2. bis 24. Oktober 2003 station^Ärer behandelt hatten, stellten die **Ä**rzte der Rehaklinik Z. ___ im Austrittsbericht vom 31. Oktober 2003 (Urk. 8/27) nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 8/27 S. 1):

- Verdacht auf lumboradikul^Äres Schmerzsyndrom nach HWS-Trauma 2000
- Chronisches zervikozepales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom

- Periarthropathia humeroscapularis (PHS) beidseits
- Arterielle Hypertonie (ED97), behandelt
- Beginnende Gonarthrose links bei Chondropathie (2001)

Der stationäre Klinikaufenthalt sei im Zusammenhang mit chronischen Schmerzen in der Schulter- und Nackenregion sowie im lumbalen Bereich erfolgt. Im Vordergrund hätten die chronischen okzipitalen Kopf- und Nackenschmerzen mit eingeschränkter HWS-Beweglichkeit und beidseitigem paravertebralem Muskelhartspann gestanden (vgl. Urk. 8/27 S. 1).

Trotz der zahlreichen physikalischen und medikamentösen Therapien habe keine wesentliche Verbesserung der Schmerzsymptomatik erzielt werden können. In der klinisch-neurologischen Untersuchung habe sich - bei Angabe von Schmerzen - eine leichte Minderinnervation im linken Arm sowie eine nicht klar begrenzte Sensibilitätsminderung gezeigt. Eine radikuläre Reizsymptomatik habe nicht ausgeschlossen werden können. Die Resultate der Laboruntersuchungen seien unauffällig ausgefallen und hätten insbesondere keine Hinweise für eine Entzündung gegeben. Die Abklärungen des psychologischen Dienstes hätten diverse psychosoziale Belastungsfaktoren ergeben. Solange diese beständen, sei nicht mit einer Veränderung des Beschwerdebilds zu rechnen. Der Patientin sei ein niedrig dosiertes, noch aufzudosierendes trizyklisches Antidepressivum zur Einnahme über längere Zeit verschrieben und dringend empfohlen worden, eine psychotherapeutische Behandlung aufzunehmen. Die derzeitige - im Vordergrund stehende - Stimmungslage verhindere eine Verbesserung der Schmerzsymptomatik. Aufgrund des therapierefrakten Verlaufs und der depressiven Verstimmung sei die Beschwerdeführerin einige Tage früher entlassen worden. In der angestammten Tätigkeit in der eigenen chemischen Reinigung bestehe angesichts der Tatsache, dass die Patientin mit Ausnahme eines erhöhten Zeitaufwandes und gewisser schmerzbedingter Einschränkungen über keine Probleme bei der Arbeit berichtet habe, weiterhin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 8/27 S. 2).

3.3.4 Das CT der Kopfgelenke C0-C4 vom 19. Januar 2004 ergab geringfügige Befunde in Form diskreter rotatorischer Fehlstellungen von C2 und C3 nach links und einer diskreten medianen Protrusion der Bandscheibe C2/3 sowie eine normale Lage des Atlas (vgl. Urk. 8/66).

3.3.5 Dr. med. Y.____ stellte am 9. Februar 2004 die Verdachtsdiagnose eines lumboradikulären Schmerzsyndroms nach HWS-Trauma im Jahr 2000 und gab an, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, welche die Arbeit am 4. Februar 2004 wieder zu 50 % aufgenommen habe, weder subjektiv noch objektiv gebessert habe. Es werde eine medikamentöse Behandlung durchgeführt; die Konsultationen erfolgten in rund zweiwöchigen Abständen. Eine weitere kreisärztliche Untersuchung schein angezeigt zu sein. Es sei ein bleibender Nachteil in Form chronischer Schmerzen zu erwarten (vgl. Urk. 8/34).

3.3.6 Die Ärzte der Klinik Y.____, Abteilung für Wirbelsäulenmedizin und Schmerztherapie, stellten, nachdem sie die Beschwerdeführerin am 16. März 2004 in der Schmerzprechstunde untersucht hatten, in ihrem Bericht vom 17. März 2004 (Urk. 8/35 = Urk. 8/40) nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 8/35 S. 1):

- Status nach Distorsionstrauma der HWS im Jahr 2000 mit

residuellem zervikobrachialem Schmerzsyndrom linksbetont

- Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom

Die Patientin leide, seit sie bei einem Unfall im Juni 2000 ein Schleudertrauma der HWS erlitten habe, an chronischen linksbetonten, beidseits ausstrahlenden Nackenbeschwerden. Nebst einer Schmerzmedikation werde derzeit eine physiotherapeutische Behandlung mit Fango durchgeführt. Gelegentlich wende die Beschwerdeführerin zudem zu Hause ein Entspannungsverfahren an. Die körperliche Untersuchung habe ergeben, dass die aktive HWS-Beweglichkeit schmerzbedingt in sämtliche Richtungen massiv eingeschränkt sei. Der Patientin sei die Durchführung einer Facettengelenksinfiltration zervikal empfohlen worden (vgl. Urk. 8/35 S. 1). Eine derartige Infiltration lasse eine 50-80%ige Verbesserung während einiger Monate bis zu eineinhalb Jahren erwarten, wobei die Rehabilitation in diesem Zeitraum deutlich vorangetrieben werden könne (vgl. Urk. 8/35 S. 2).

3.3.7 Dr. med. A. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 30. April 2004 eine mittelgradige depressive Episode bei Status nach HWS-Distorsionstrauma mit chronischem zervikozephallem und lumboradikulärem Schmerzsyndrom (vgl. Urk. 8/44 S. 2). Medikamentös sei seit Behandlungsbeginn am 14. Januar 2004 (vgl. Urk. 8/44 S. 1) eine gewisse Besserung der Insomnie erzielt worden, eine wesentliche Beeinflussung der depressiven Symptomatik habe dagegen noch nicht erreicht werden können (vgl. Urk. 8/44 S. 3).

Aus psychiatrischer Sicht erscheine es als sinnvoll, die Arbeitsfähigkeit zur Zeit auf 50 % zu beschränken, um eine weitere Verschlechterung des Zustandes zu vermeiden. Bei günstigem Verlauf und je nach somatischem Befund könne der Arbeitsfähigkeitsgrad später erhöht werden (vgl. Urk. 8/44 S. 3).

3.3.8 Die Ärzte der Klinik Y. ____, Abteilung für Wirbelsäulenmedizin und Schmerztherapie, hielten am 21. Juli 2004 fest, die am 9. Juli 2004 durchgeführte diagnostische Facettenanästhesie C2/3 und C3/4 links habe - auch akut - keine Besserung gebracht. Eine Testinfiltration der zervikalen Facetten falle damit ausser Betracht; die konservativen Massnahmen würden weitergeführt (vgl. Urk. 8/46).

3.3.9 Am 20. und 27. August 2004 wurde die Beschwerdeführerin von Dr. med. B. ____, Facharzt FMH für Neurologie/EEG, klinisch und elektroencephalographisch untersucht. In seinem Bericht vom 17. September 2004 (Urk. 8/50) hielt dieser fest, die Patientin sei vor der Auffahrkollision vom 9. Juni 2000 - abgesehen von einem Ende 1999 abgeklungenen lumbosakralen Schmerzsyndrom bei Diskushernie - gesund und voll arbeitsfähig gewesen. Beim fraglichen Unfall sei sie heftig von hinten angefahren worden; infolge des erheblichen Aufpralls sei es zu einer starken Schleuderbewegung des Kopfes nach hinten gekommen. Die Beschwerdeführerin habe dabei aber weder das Bewusstsein verloren, noch sei es - bis auf das Schreckereignis - zu Bewusstseinsveränderungen gekommen. Nachdem die unmittelbar nach der Kollision aufgetretenen Hinterkopf- und Nackenschmerzen unter Behandlung etwas nachgelassen hätten, habe die Patientin auch unter einem Schwindel gelitten. Ab Ende Juli beziehungsweise anfangs August [gemeint wohl: 2000] habe sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert; damals seien erneut - manchmal mit einer Übelkeit einhergehende - Hinterkopf- und Nackenschmerzen aufgetreten, zudem sei es zu in den linken Arm ausstrahlenden Schmerzen und einem Einschlaf- und Kribbelgefühl in den letzten drei

Fingern gekommen. Sie habe unter Schlafstörungen, Tagesmüdigkeit, schlechter Konzentration, Traurigkeit und Bedrücktheit, einem unklaren Kopf, Schwindelgefühlen und Gleichgewichtsstörungen gelitten; manchmal sei ihr auch schwarz geworden vor den Augen (vgl. Urk. 8/50 S. 1).

Wenn das Elektroencephalogramm auch ziemlich flach ausgefallen sei und eine ständige Schläfrigkeit zeige, die für eine verhältnismässige Asthenie der Hirnfunktionen spreche, sei nicht davon auszugehen, dass es beim Unfall zu einer Commotio cerebri gekommen sei. Der Unfall beziehungsweise die dabei zugezogene HWS-Distorsion und die damit verbundenen Schmerzen seien - vor dem Hintergrund der labilen Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin - die Auslöser einer psychoneurotischen Störung gewesen. Die Patientin leide unter einem Zustand nach HWS-Distorsion bei Schleudertrauma (9. Juni 2000) sowie - unfallbedingt - einer erheblichen Anpassungs- und Belastungsstörung mit vegetativer und Konversionssymptomatik depressiver Färbung. Daneben bestehe eine Reizung der Wurzeln C7 und C8 links, die kaum mit dem Unfall in Zusammenhang gebracht werden könne (vgl. Urk. 8/50 S. 3).

Die Prognose sei ungünstig; nachdem die Beschwerden schon über vier Jahre bestanden und im Laufe der Zeit eher zugenommen hätten, sei kaum mehr mit einer endgültigen Heilung zu rechnen. Es sei vielmehr davon auszugehen, dass - wie bei einer Psychoneurose üblich - der aktuelle Gesundheitszustand zwar Schwankungen erfahren, im Wesentlichen jedoch noch über längere Zeit unverändert bleiben werde. Wenn sie auch in absehbarer Zeit keinen namhaften Erfolg bringen werde, so sei die medikamentöse Behandlung fortzusetzen; die Weiterführung der Psychotherapie erscheine ebenfalls als angezeigt. Sinnvoll sei auch, dass die Patientin insofern eine Arbeitsentlastung erfahre, als sie einer Tätigkeit mit einem Pensum von 50 % bei freier Zeiteinteilung und Gestaltung ihres Arbeitseinsatzes nachgehe. Da bis zum Eintritt einer Stabilisierung noch viel Zeit vergehen werde, sei allenfalls eine Anmeldung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) sinnvoll (vgl. Urk. 8/50 S. 3).

3.3.10 Nachdem SUVA-Kreisarzt Dr. Z. ___ die Beschwerdeführerin am 12. November 2004 erneut untersucht hatte, stellte er in seinem gleichentags verfassten Bericht (Urk. 8/54) nachstehende unfallfremde Diagnosen (vgl. Urk. 8/54 S. 5):

- Depressive Episode, medikamentös behandelt

- Hypertonie, medikamentös eingestellt

Die stationären und ambulanten Rehabilitationsmassnahmen hätten zu keiner Beschwerdeminderung geführt; die Beschwerdeführerin berichte gar über eine durchgehend gleich bleibende Symptomatologie (vgl. Urk. 8/54 S. 4). Seit dem Unfallereignis persistierten ein zervikovertebrales Syndrom beziehungsweise Brückensymptome in Form der für die erlittene HWS-Verletzung typischen Beschwerden (vgl. Urk. 8/54 S. 5). Aufgrund der rein somatischen Befunde bestehe in der angestammten Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 8/54 S. 4).

Aktuell erfolge nebst einer medikamentösen Behandlung eine Physiotherapie, in deren Rahmen mehrheitlich passive Massnahmen durchgeführt würden. Diesbezüglich sei insofern eine Änderung angezeigt, als - nach anfänglicher entsprechender Instruktion durch den Physiotherapeuten - vorwiegend

selbständige aktive Bewegungsübungen und muskelaufbauende Trainingsmassnahmen sinnvoll erschienen. Dadurch konnten die muskuläre Dysbalance und Insuffizienz sowie die unfallfremde leichte Fehlhaltung ausgeglichen und die unspezifischen muskulären Verspannungsbeschwerden verbessert werden (vgl. Urk. 8/54 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seiner ebenfalls am 12. November 2004 verfassten Beurteilung des Integritätsschadens hielt Dr. Z. ___ fest, die - im mittleren Bereich der Schmerzfunktionsskala einzuordnenden - Beschwerden im Zusammenhang mit der Osteochondrose entsprechen einer Integritätseinbusse von 7,5 % (vgl. Urk. 8/55).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ergänzend zu seinen Beurteilungen vom 12. November 2004 (Urk. 8/54, Urk. 8/55) hielt Dr. Z. ___ am 21. September 2006 fest, die CT-Untersuchungen der HWS vom 15. Juni 2000, vom 23. Januar 2003 und vom 19. Januar 2004 (vgl. Urk. 8/66), die wohl degenerative Veränderungen, aber keine traumatischen Läsionen zeigten, hätten ihm bereits anlässlich der Untersuchung vom 12. November 2004 vorgelegen (vgl. Urk. 8/67).

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Aus den aktenkundigen medizinischen Berichten ist zu schliessen, dass die Beschwerdeführerin sich beim Unfall vom 9. Juni 2000 eine Distorsion der HWS zuzog und - zumindest nach der Rückfallmeldung im Februar 2003 (vgl. Urk. 8/13) - in Form von Beschwerden im Bereich von HWS, Schultern und Kopf, einer Einschränkung der Kopfbeweglichkeit (vgl. Urk. 8/12, Urk. 8/21, Urk. 8/24, Urk. 8/27, Urk. 8/35, Urk. 8/40, Urk. 8/44), Schwindel, Schlafstörungen, Tagesmüdigkeit, Konzentrationsstörungen, Bedrücktheit, eines unklaren Kopfs und Gleichgewichtsstörungen (vgl. Urk. 8/50 S. 1) das für eine derartige Verletzung typische Beschwerdebild aufwies.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dass die Beschwerdeführerin zudem eine Commotio cerebri erlitten hätte, ist nicht anzunehmen. So hielt Dr. Y. ___ an der von ihr unmittelbar nach dem Unfall gestellten fraglichen Diagnose (vgl. Bericht vom 24. Juli 2000, Urk. 8/2 S. 1) in ihren späteren Beurteilungen nicht fest (vgl. Urk. 8/12, Urk. 8/17, Urk. 8/21, Urk. 8/34), und die weiteren behandelnden Ärzte äusserten in der Folge während der über fünf Jahre bis zur Leistungseinstellung der SUVA per 30. September 2005 (vgl. Urk. 8/60, Urk. 2) nicht einmal den Verdacht auf eine entsprechende Verletzung. Der Neurologe Dr. B. ___ schloss eine Commotio cerebri schliesslich gar explizit aus, woran auch die gestützt auf die entsprechenden Untersuchungen gewonnen Anhaltspunkte für eine verhältnismässige Asthenie der Hirnfunktionen nichts zu ändern vermochten (vgl. Bericht vom 17. September 2004, Urk. 8/50 S. 3). Angesichts der zitierten ärztlichen Beurteilungen ist nicht davon auszugehen, dass weitere Untersuchungen (vgl. Urk. 1 S. 8) an diesem Ergebnis etwas änderten. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang auch, dass eine - gemäss allgemein anerkannter Lehrmeinung für die Annahme einer milden traumatischen Hirnverletzung (MTBI) erforderliche (vgl. Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen R. vom 6. November 2006, U 444/05 Erw. 4.2, mit Hinweis) - Episode von Bewusstlosigkeit beziehungsweise ein Gedächtnisverlust für die Ereignisse unmittelbar vor oder nach dem Unfall oder eine Bewusstseinsübung im Zeitpunkt der Verletzung nicht dokumentiert ist und die Beschwerdeführerin nach der Kollision noch in der Lage war, die erforderlichen Regelungen zu treffen, ins Geschäft zu fahren und dort die Arbeit aufzunehmen (vgl. Bericht vom 4. Februar 2004, Urk. 8/31 S. 1).

Beschwerdeführerin angegebenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit dem fraglichen Untersuchungsergebnis, das wohl im Wesentlichen dem bereits am 15. Juni 2000 erhobenen - und als unfallfremd erachteten - CT-Befund (leichte arthronotische Veränderungen am zervikokraniellen Übergang, vgl. Anhang 1 zu Urk. 8/66) entsprach, zu erklären.

Was schliesslich die Beurteilung von Kreisarzt Dr. Z. ___ anbelangt, erging diese entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin in Kenntnis der Ergebnisse der bildgebenden Untersuchungen (vgl. Urk. 8/67); so wies Dr. Z. ___ sowohl in seinem Untersuchungsbericht vom 12. November 2004 als auch in seiner gleichentags verfassten Beurteilung des Integritätsschadens auf degenerative Veränderungen hin, wobei er diese als vorbestehend und unwesentlich bezeichnete (vgl. Urk. 8/54 S. 5, Urk. 8/55 S. 1). Nicht nachvollziehbar ist allerdings, weshalb der genannte Arzt im Rahmen der Schätzung der Integritätsentschädigung von einer Osteochondrose ausging. Nicht nur wurde eine derartige - unfallbedingte - Veränderung in keinem der beiden kreisärztlichen Untersuchungsberichte (Urk. 8/24, Urk. 8/54) auch nur erwähnt, sondern - zumindest implizite - gar negiert. So nannte Dr. Z. ___ - im Wesentlichen in Übereinstimmung mit den weiteren aktenkundigen ärztlichen Einschätzungen - in seinen abschliessenden und sowohl auf eigenen Untersuchungen beruhenden als auch gestützt auf die weiteren medizinischen Akten verfassten beiden Beurteilungen vom 12. November 2004 als Unfallrestfolgen "leichte unspezifische Muskelverspannungen im HWS-Nacken-Bereich mit mässiger Belastungsintoleranz und Bewegungseinschränkung im Nacken-HWS-Bereich, Ruheschmerzen, belastungsabhängige Verstärkung; unwesentliche vorbestehende degenerative Veränderungen" (vgl. Urk. 8/54 S. 5, Urk. 8/55). Da sich das Vorliegen einer unfallkausalen, eine Integritätsseinbusse zeitigenden Osteochondrose weder mit Dr. Z. ___s eigenen weiteren Ausführungen noch mit den Untersuchungsbefunden der anderen Ärzte vereinbaren lässt, kann nicht auf die entsprechende kreisärztliche Feststellung (Urk. 8/55 S. 1) abgestellt werden.

E. 4.3

4.3.1 Angesichts des Umstands, dass die Behandlung im Zusammenhang mit dem Unfall vom 9. Juni 2000 ursprünglich bereits rund sechs Wochen später abgeschlossen worden war (vgl. Bericht Dr. Y. ___ vom 24. Juli 2000, Urk. 8/2 S. 1), sämtliche der während der darauffolgenden rund zweieinhalb Jahre - bei voller Arbeitsfähigkeit - erfolgten Arztkonsultationen und allfälligen Therapien über die Krankenkasse abgerechnet wurden und das für ein Schleudertrauma typische Beschwerdebild erst in ab dem 14. März 2003 dokumentierten Berichten beschrieben wurde, ist fraglich, ob die im Rahmen des per 9. Dezember 2002 (vgl. Urk. 8/13) beziehungsweise per 28. Februar 2003 (vgl. Bericht Dr. Y. ___ vom 14. März 2003, Urk. 8/12) geltend gemachten und seither persistierenden, sich somatisch äussernden Gesundheitsstörungen überhaupt in einem ursächlichen Zusammenhang zur Auffahrkollision vom 9. Juni 2000 stehen.

4.3.2 Aufgrund der aktenkundigen medizinischen Beurteilungen, der zeitlichen Gegebenheiten und der diesbezüglichen Angaben der Beschwerdeführerin steht zwar fest, dass die - erstmals im Bericht von Kreisarzt Dr. Z. ___ vom 29. Juli 2003 erwähnte (vgl. Urk. 8/24 S. 2) - psychische Symptomatik nicht im Rahmen des typischen Beschwerdebilds einer HWS-Distorsion zu sehen, sondern als selbständige

Gesundheitsstörung zu betrachten ist. So führte die Beschwerdeführerin selber aus, dass es - erst im Laufe der Zeit - wegen der anhaltenden Schmerzen zu einer psychischen Dekompensation gekommen sei (vgl. Urk. 8/31 S. 2). Unter welche Diagnose diese zu subsumieren ist und ob sie als infolge des Unfalls aufgetretene Fehlentwicklung oder als unfallfremde Beeinträchtigung zu interpretieren ist, geht aus den medizinischen Akten allerdings nicht klar hervor. Eindeutig zu schliessen ist aus den verschiedenen Arztberichten dagegen, dass die psychischen Beschwerden jedenfalls im Verlaufe gegenüber den somatischen Störungen klar im Vordergrund standen.

Während Dr. Y. ___ schon kurz nach ihrer Rückfallmeldung vom 14. März 2003 (Urk. 8/12) und nachdem sie lediglich eine stark dolente Reklination und eine eingeschränkte Kopfbeweglichkeit festgestellt, die Beschwerdeführerin aber über starke, eine 100%ige Arbeitstätigkeit verunmöglichte Schmerzen geklagt hatte, eine kreisärztliche Untersuchung für angezeigt hielt (vgl. Bericht vom 21. Mai 2003, Urk. 8/21), bezeichnete SUVA-Arzt Dr. Z. ___ die Beschwerdeführerin am 29. Juli 2003 als "depressiv-weinerlich wirkend" (vgl. Urk. 8/24 S. 2). Die Ärzte der Rehaklinik Z. ___ wiesen in der Folge auf erhebliche psychosoziale Faktoren hin, die den Eintritt einer Besserung verhinderten, und bezeichneten die psychische Symptomatik als im Vordergrund stehend. Nach Verordnung einer antidepressiven Medikation und unter Hinweis auf eine dringend angezeigte - und zuvor schon von Dr. Y. ___ nahegelegte (vgl. Urk. 8/27 S. 2) - Psychotherapie wurde die Beschwerdeführerin angesichts der wegen der depressiven Verstimmung beziehungsweise des therapierefrakten Verlaufs wenig erfolgsversprechenden weiteren Behandlung gar vorzeitig aus der Klinik entlassen (vgl. Urk. 8/27 S. 2). Der in der Folge ab dem 14. Januar 2004 konsultierte Psychiater Dr. A. ___ diagnostizierte eine - eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit zeitigende - mittelgradige depressive Episode (vgl. Urk. 8/44 S. 2, S. 3). Nachdem auch die am 9. Juli 2004 durchgeführte diagnostische Facettenanästhesie C2/3 und C3/4 keine Besserung der somatischen Beschwerden gebracht hatte (vgl. Bericht Klinik Y. ___ vom 21. Juli 2004, Urk. 8/46), gelangte der Neurologe Dr. B. ___ am 17. September 2004 zum Schluss, dass die noch geklagten, im Laufe der Zeit gar schlimmer gewordenen Gesundheitsstörungen im Rahmen einer durch den Unfall ausgelösten psychoneurotischen Störung bei labiler Persönlichkeitsstruktur zu interpretieren seien und die Beschwerdeführerin infolge der Auffahrkollision vom 9. Juni 2000 unter einer erheblichen Anpassungs- und Belastungsstörung mit vegetativer und Konversionssymptomatik depressiver Färbung leide (vgl. Urk. 8/50 S. 3). In seinem Bericht vom 12. November 2004 ging Kreisarzt Dr. Z. ___ schliesslich von einer - unfallfremden - depressiven Episode aus (vgl. Urk. 8/54 S. 5).

Aus den zitierten medizinischen Beurteilungen ist nicht nur zu schliessen, dass die psychische Symptomatik wenn nicht bereits im Zeitpunkt der Rückfallmeldung vom 28. Februar respektive 14. März 2003, so jedenfalls schon sehr bald danach, das Beschwerdebild dominierte, sondern es geht auch daraus hervor, dass die psychischen und nicht etwa die somatischen Befunde Grund für die attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit waren. So verneinte Dr. Z. ___ eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus somatischer Sicht explizit (vgl. Bericht vom 12. November 2004, Urk. 8/54 S. 4), und die sowohl vom behandelnden Psychiater Dr. A. ___ (vgl. Bericht vom 30. April 2004, Urk. 8/44 S. 3) als auch vom Neurologen Dr. B. ___ (vgl. Bericht vom 17. September 2004, Urk. 8/50 S. 3) attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit basierte auf psychischen Beeinträchtigungen.

Angesichts dieser ärztlichen Einschätzungen und des Umstands, dass die Beschwerdeführerin die ihr aus rein psychiatrischer Sicht verbleibende Restarbeitsfähigkeit von 50 % auch tatsächlich realisierte (vgl. Urk. 8/54 S. 2), lassen weder die medizinischen Berichte noch die tatsächlichen Gegebenheiten auf eine zusätzliche somatisch bedingte Leistungseinschränkung schliessen.

Wie sich aus dem Folgenden ergibt, erübrigen sich weitere Abklärungen nicht nur betreffend die Frage, ob und gegebenenfalls inwieweit die fragliche Störung auf den Unfall vom 9. Juni 2000 zurückzuführen ist (vgl. dazu auch Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen E. vom 25. Februar 2003, U 78/02 Erw. 4.3.2), sondern auch in Bezug auf die genaue Qualifikation der psychischen Symptomatik.

E. 4.4

4.4.1 Angesichts der Tatsache, dass, nachdem sich die Beschwerden ab dem 13. Mai 2003 wieder verstärkt hatten (vgl. Bericht Dr. Y. vom 21. Mai 2003, Urk. 8/21), in der Folge kein wesentlicher therapeutischer Erfolg mehr erzielt werden konnte (vgl. Bericht Dr. Z. vom 29. Juli 2003 [Urk. 8/24 S. 2, S. 3], Austrittsbericht Rehaklinik Z. vom 31. Oktober 2003 [Urk. 8/27 S. 2], Bericht Dr. Y. vom 9. Februar 2004 [Urk. 8/34], Bericht Klinik Y. vom 21. Juli 2004 [Urk. 8/46]) beziehungsweise gar eher noch eine Verschlechterung eintrat (vgl. Bericht Dr. B. vom 17. September 2004, Urk. 8/50 S. 3, Bericht Rehaklinik Z. vom 31. Oktober 2003 [Urk. 8/27 S. 4]) und von den - im Zeitpunkt der Leistungseinstellung der SUVA per 30. September 2005 (vgl. Urk. 8/60, Urk. 2) weiterhin als sinnvoll erachteten - Therapien, sofern diese nicht ohnehin aus unfallfremden Gründen indiziert waren (vgl. Bericht Dr. Z. vom 12. November 2004, Urk. 8/54 S. 4), mit Ausnahme allenfalls der Psychotherapie (vgl. Urk. 8/44 S. 3) keine wesentliche Besserung mehr zu erwarten war (vgl. Urk. 8/27 S. 2, Urk. 8/46, Urk. 8/50 S. 3), erfolgte der Fallabschluss nicht verfrüht (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG, BGE 134 V 109 Erw. 3-5).

4.4.2 In Bezug auf die - adäquanzrechtlich getrennt von der eine selbständige Gesundheitsschädigung darstellenden psychischen Fehlentwicklung zu betrachtenden (vgl. BGE 126 V 116 Erw. 3c) - Symptomatik im Zusammenhang mit der HWS-Distorsion bestand über den 30. September 2005 (vgl. Urk. 8/60, Urk. 2) hinaus keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit mehr. Die noch attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit stand ausschliesslich im Zusammenhang mit der psychischen Störung, die das Beschwerdebild im Verlauf seit der Rückfallmeldung vom 28. Februar 2003 (Urk. 8/13) beziehungsweise vom 14. März 2003 (Urk. 8/12) bis zur Leistungseinstellung am 30. September 2005 (vgl. Urk. 8/60, Urk. 2) eindeutig prägte beziehungsweise Grund für die noch geklagten somatischen Beschwerden - soweit diese nicht ohnehin auf unfallfremden Ursachen beruhten - war. Mangels einer diesbezüglich noch resultierenden Arbeitsunfähigkeit und angesichts der Tatsache, dass die Psychotherapie im Zusammenhang mit der - gesondert zu beurteilenden - psychischen Fehlentwicklung stand und damit vorliegend ausser Betracht fällt und keine somatischen Befunde mehr vorlagen, betreffend welche noch ein wesentlicher Therapieerfolg zu erwarten gewesen wäre, fällt ein Anspruch sowohl auf weitere Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen als auch auf eine Rente von vornherein ausser Betracht. Da die anhaltenden körperlichen Beeinträchtigungen sodann - soweit nicht ohnedies unfallfremd - mit psychischen beziehungsweise psychosozialen Faktoren erklärt wurden, ist in Bezug auf die

Beschwerdeführerin doch bis zum fraglichen Ereignis unter keinen Beschwerden im Nackenbereich und war - auch im Zusammenhang mit ihren lumbalen Rückenschmerzen - im Zeitpunkt der Kollision uneingeschränkt arbeitsfähig (vgl. dazu U 56/07 Erw. 6.2). Von einer Rotationsstellung des Kopfs beim Aufprall ist mangels entsprechender Anhaltspunkte in den Akten ebenso wenig auszugehen wie von einer anderweitig speziellen Körperhaltung. Da sich die Beschwerdeführerin zudem nebst der HWS-Distorsion keine gravierenden Läsionen zugezogen hat (vgl. Urk. 8/2 S. 1), ist das Kriterium der schweren Verletzung nicht erfüllt.

Von einem schwierigen Heilungsverlauf (vgl. Urk. 1 S. 11) oder erheblichen Komplikationen kann angesichts der Tatsache, dass sich die Ärzte die geklagten körperlichen Beschwerden - zumindest im angegebenen Ausmass - schon sehr bald nach der Rückfallmeldung vom 28. Februar 2003 (Urk. 8/13) weniger mit somatischen als vielmehr mit ungünstigen psychosozialen Faktoren beziehungsweise der psychischen Störung der Beschwerdeführerin erklärten, nicht gesprochen werden. Auch eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, fällt vorliegend ausser Betracht. Von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung (vgl. Urk. 1 S. 11) kann - was die somatischen Beschwerden anbelangt - ebenfalls nicht gesprochen werden. Weil es an unfallbedingten organischen Befunden fehlt und die Ursache der geltend gemachten physischen Beschwerden - wenn nicht gar ausschliesslich, so zumindest überwiegend - in der psychischen Fehlentwicklung zu sehen ist, kann auch das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen nicht, oder zumindest nicht in besonders ausgeprägter Weise, als erfüllt gelten.

Was schliesslich die Dauer der Arbeitsunfähigkeit betrifft, müssen hierfür in erster Linie die psychischen Beschwerden verantwortlich gemacht werden, welche die somatischen Einschränkungen - soweit diese überhaupt unfallkausal waren - schon bald überlagerten beziehungsweise ganz in den Hintergrund drängten. Zudem war die Beschwerdeführerin nach einer lediglich rund sechswöchigen Phase - wohl somatisch bedingter - Arbeitsunfähigkeit unmittelbar nach dem Unfall wieder während rund zweieinhalb Jahren zu 100 % arbeitsfähig. Die erneute (Teil-)Arbeitsunfähigkeit ab dem 9. Dezember 2002 (vgl. Urk. 8/13) respektive ab dem 28. Februar 2003 (vgl. Bericht Dr. Y. vom 14. März 2003, Urk. 8/12) ist mit psychischen und nicht mit physischen Befunden zu erklären (vgl. Bericht Dr. A. vom 30. April 2004 [Urk. 8/44 S. 3], Bericht Dr. B. vom 17. September 2004 [Urk. 8/50 S. 3], Bericht Kreisarzt Dr. Z. vom 12. November 2004 [Urk. 8/54 S. 4]). Eine Arbeitsunfähigkeit, die psychisch bedingt ist, hat indessen bei der vorliegenden Adäquanzbeurteilung unberücksichtigt zu bleiben, weshalb auch dieses Kriterium als nicht gegeben zu erachten ist.

4.4.4 Zusammenfassend ergibt sich, dass betreffend die psychische Symptomatik weder eines der massgebenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, noch mehrere der zu berücksichtigenden Kriterien vorliegen und damit der adäquate Kausalzusammenhang zum Unfall vom 9. Juni 2000 zu verneinen ist. Da zudem im Hinblick auf die - mit keinem objektivierbaren organischen Substrat zu erklärenden - geklagten somatischen Beschwerden respektive im Zusammenhang mit der bei der Auffahrkollision zugezogenen HWS-Distorsion im Zeitpunkt der Leistungseinstellung der SUVA keine eine Arbeitsunfähigkeit bedingende Unfallfolgen mehr vorlagen, von deren Behandlung noch eine namhafte Besserung zu erwarten gewesen wäre oder die eine Integritätseinbusse gezeitigt hätten, ist nicht zu beanstanden, dass die

Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Versicherungsleistungen über den 30. September 2005 hinaus (vgl. Urk. 8/60, Urk. 2) verneint hat.

Das Gericht erkennt:

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

- Rechtsanwältin Susanne Friedauer

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Assura

- 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.