

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00363 vom 9. Januar 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-01-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00363

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00363 du 9 janvier 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00363 del 9 gennaio 2009

Erwägungen

E. 1

1.1. Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

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

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

E. 1.3

1.3.1. 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).

1.3.2. 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 134 V 116 Erw. 6.1, 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).

1.3.3. Für 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 Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle

zurückzuführen ist, rechtfertigt es sich, im Einzelfall analog zur Methode vorzugehen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c, 117 V 365 Erw. 5d/bb, vgl. auch 115 V 138 Erw. 6).

E. 2

2.1 Der nach dem Unfall erstbehandelnde Dr. D. verweist in seinen Berichten (Urk. 15/M1-M4) auf geklagte Nacken-, Schulter- und Armschmerzen bei verspanntem Schultergürtel. Auf den HWS-Röntgenbildern war keine traumatische Läsion zu ersehen. Er äusserte einen Verdacht auf das Vorliegen einer Depression (Urk. 15/M4 S. 2).

2.2 Dr. E. diagnostizierte in ihrem Bericht vom 23. August 2002 (Urk. 15/M7) einen Status nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma mit deutlichen Zeichen einer Chronifizierung, ein persistierendes zerviko-zephalales Syndrom, eine depressive Entwicklung sowie einen Verdacht auf eine funktionelle Überlagerung. Sie verwies auf die geklagten anhaltenden Beschwerden (ohne Besserung), starke, druckartige Schmerzen im Bereich des Nackens und der Schultern mit Ausstrahlung bis thorakal sowie Schmerzen im Hinterkopfbereich, Licht- und Lärmempfindlichkeit, Nausea, allgemeine Kraftlosigkeit sowie Depressivität.

2.3 Die Ärzte des F. berichteten am 21. Juni 2002 (Urk. 15/M15) von einem zervikozephalalen, überwiegend muskulären Schmerzsyndrom mit Zeichen einer Symptomausweitung. Schon bei lediglich sanften Berührungen gebe die Beschwerdeführerin stärkste Schmerzen an, bei entspannter Muskulatur in liegender Position könne dann die HWS frei bewegt werden, während die Beschwerdeführerin bei der sitzenden Untersuchung gegenspanne. Auffallend sei die depressive Stimmungslage. Sie empfahlen eine stationäre Therapie.

2.4 Dr. G. berichtete am 10. März 2003 (Urk. 15/M17) vorweg über die angefertigten Computertomographie-Bilder und erkannte auf jenen der HWS keine Bandscheibenprotrusionen, Diskushernien oder neurale Kompressionen, indes eine leichte Kyphosierung von C5/6, eine rotatorische Fehlstellung der Wirbelkörper nach links und eine leichte rechtskonvexe Skoliose C5/6. Auf den Aufnahmen der Kopf Gelenke sah er eine ausgeprägte rotatorische Fehlstellung C3 bis C1 nach links, eine leichte Atlanto-Dentalarthrose und Verkalkung des Ligamentum atlanto-clivale sowie eine leichte Protrusion der Bandscheibe C2/3 median.

Da die Beschwerdeführerin von der durchgeführten Physiotherapie nicht profitiert habe, immer noch arbeitsunfähig sei und grosse Mühe mit dem Kopfdrehen habe (Schmerzpunkte nuchal im Bereich des Trapezius beidseits) sowie unter Schwindel und Ohrensausen leide, empfahl Dr. G. eine stationäre Behandlung.

2.5 Die Ärzte der H. diagnostizierten mit Austrittsbericht vom 13. August 2003 (Urk. 15/M24) über die Behandlung vom 24. Juni bis 15. Juli 2003 ein chronisches zervikozephalales Schmerzsyndrom bei Status nach Autoaufnahmefall und Tendenz zur Schmerzausweitung sowie eine depressive Entwicklung. Die angewandten Therapien (Physio-/Einzeltherapie, Nacken-/Schultergruppe, Heimprogramm, Thermotherapie, Ergonomie im Haushalt, neuropsychologische Sitzgespräche) hätten nicht zur Rückgewinnung der Arbeitsfähigkeit geführt, wobei die psychiatrische Diagnose im Vordergrund stehe. Die Beschwerdeführerin habe sich eher passiv und klagsam gezeigt;

die inkonsistenten neuropsychologischen Leistungen deuteten auf eine deutliche psychische Überlagerung hin.

2.6 Dr. J. verwies in seinem Gutachten vom 5. November 2003 (Urk. 15/M29) auf das seit dem Unfall bestehende Zervikalsyndrom mit myofaszialer Symptomatik und Blockierung der Beweglichkeit der HWS nach links, mit neurovegetativer, vertebrobasilarer und neuropsychologischer Symptomatik sowie Tendenz zur Schmerzausweitung und - aus psychiatrischer Sicht - eine depressiv-psychotische Verarbeitung des Unfalls. Er hielt fest, die Beschwerdeführerin habe vor dem Unfall 25 Jahre lang gearbeitet und keine wesentlichen gesundheitlichen Probleme gehabt. Die Beschwerden seien durch den Unfall ausgelöst worden. Da eine weitere Besserung möglich sei, quantifizierte er einen 50%igen krankheitsbedingten Anteil an der aktuellen Arbeitsunfähigkeit und beurteilte die restlichen 50 % als Invalidität.

2.7 Dr. K. erachtete in seinem Bericht vom 19. März 2004 (Urk. 15/M36) den Unfall als Auslöser der Beschwerden, verwies indes auf verschiedene unfallfremde Ursachen (Belastungen in der Ursprungsfamilie mit Tod des Vaters wegen eines Karzinoms, Vorbildcharakter eines Fibromyalgiesyndroms der Schwester, Emigrationsproblematik, Erschöpfungszustände bereits vor dem Unfall, Überlastungssituation am Arbeitsplatz mit Kündigung per 31. August 2004, Doppelbelastung mit zusätzlicher Arbeit als Familienfrau, zu langes Tragen des Halskragens nach dem Unfall, Misstrauen seitens der Versicherung). Dr. K. erwähnte weiter den sekundären Krankheitsgewinn der Beschwerdeführerin in dem Sinne, dass die Beschwerden als Erklärung für private und berufliche Schwierigkeiten dienten. Diese erlaubten ihr einen gewissen Rückzug, sie könne mit Aufmerksamkeit rechnen und mit Hilfe der Beschwerden auch die Beziehung steuern. Zudem könne sie - dank den Beschwerden - auf finanzielle Unterstützung zählen, so dass sie einen Beitrag zur Existenzsicherung der Familie leisten könne, was für ihre Stellung in der Familie enorm wichtig sei.

2.8 Im Gutachten vom 9. August 2006 (Urk. 15/M38) verwiesen die Ärzte des Q. vorweg auf eine strukturelle Torsionsskoliose idiopathischer Genese (auf eine linkskonvex gerichtete Lumbalskoliose folge eine rechtskonvexe Gegenschwungung der Brustwirbelsäule [BWS]). Die Rotationsfehlstellungen sowie die kyphotische Fehlstellung C5/6 würden nicht als Folgen des Unfalles gelten. Sie ständen vielmehr mit dem führenden orthopädischen Befund einer schicksalsmäßig erworbenen und verlaufenden Torsionsskoliose des gesamten Achsenorgans in Verbindung (S. 13 f.).

Die Gutachter führten aus, beim Unfall sei es zu einer leicht- bis mittelgradigen HWS-Distorsion gekommen. Eine unfallverursachte Arbeitsunfähigkeit könne bei retrospektiver Einschätzung für einen Zeitrahmen von maximal sechs Monaten (bis zum 10. Mai 2002) angenommen werden. Den Verlauf einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit gaben die Ärzte wie folgt an: 100 % bis am 10. Januar 2002, 50 % bis am 10. Mai 2002. Eine darüber hinausgehende Arbeitsunfähigkeit gehe zu Lasten einer unfallunabhängigen (damals exazerbierten) psychiatrischen Erkrankung bzw. zu Lasten der unfallunabhängigen Skoliose der Wirbelsäule. Aus orthopädischer Sicht bestehe für die früher ausgeübte Tätigkeit als Hilfspflegerin in der Geronto-Psychiatrie keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Wegen der anatomisch fehlstatischen Befunde der Wirbelsäule und der defizitären rumpfmuskulären Stützung resultiere eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 10 % (S. 14 f.).

2.9 Die Ärzte der N.____ bejahten im Gutachten vom 28. März 2007 (Urk. 15/M46) das Vorliegen von typischen Beschwerden nach HWS-Distorsionstrauma im Sinne von diffusen Kopfschmerzen (vorwiegend im Hinterkopfbereich mit häufigen Exazerbationen), Schwindel, Nackenschmerzen, depressivem Syndrom sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Sie beurteilten das panvertebrale, zervikozepale und depressive Syndrom, die neurovegetativen Beschwerden und die neuropsychologische Störung (reduziertes Bearbeitungstempo, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, verlangsamtes Lernen, Störbarkeit, Belastungsintoleranz durch zu viele gleichzeitige Informationen, vgl. neuropsychologisches Teilgutachten von Dr. phil. R.____ vom 23. Februar 2007, Urk. 15/M41 S. 4) als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallbedingt (S. 2). Als unfallfremd nannten sie die Torsionsskoliose, welche vor dem Unfall allerdings keine Beschwerden verursacht habe. Zur psychiatrischen Diagnose eines depressiven Syndroms hielten sie fest, vor dem Unfall habe lediglich ein gewisser Erschöpfungszustand bei Problemen am Arbeitsplatz bestanden, indes keine relevanten psychiatrischen oder somatischen vorbestehenden Krankheiten (S. 3).

Anlässlich der interdisziplinären Beurteilung vom 28. März 2007 (Urk. 15/M44) verwiesen die Ärzte auf die verbliebenen gesundheitlichen Probleme mit panvertebralem Syndrom, depressiver Entwicklung, zervikozepalem Syndrom mit intermittierend stark exazerbierenden Kopfschmerzen, neurovegetativen Beschwerden sowie neuropsychologischen Defiziten, welche vorwiegend durch die unangenehme Schmerzsituation unterhalten würden. Insgesamt könne gesagt werden, dass diese Beschwerden Folgen eines leicht bis mittelschweren HWS-Distorsionstraumas seien. Wie dies gelegentlich vorkomme, sei es bei der Beschwerdeführerin statt zu einer spontanen Besserung zu einer Verfestigung der Beschwerden und zum Teil zu einer Verschlechterung gekommen. Die Beschwerdeführerin habe nach einer Initialphase der Schmerzausdehnung sehr stark gelitten, insbesondere in Form einer schweren depressiven Verstimmung mit psychotischen Symptomen. Wenn dies auch nicht der Grund dieser unangenehmen Entwicklung sei, bleibe doch anzumerken, dass der Beschwerdeführerin immer wieder mit viel Misstrauen begegnet worden sei. Tatsache sei, dass die Beschwerdeführerin sehr viel Lebensqualität eingebüsst habe (S. 5 f.).

Die Ärzte befanden eine weitere Behandlungsbedürftigkeit als gegeben (medikamentöse Schmerztherapie [Urk. 15/M43 S. 8] und Psychotherapie [Urk. 15/M42 S. 13 f.]) und empfahlen die Wiederaufnahme der Arbeit mit 50 % Leistung halbtags (Urk. 15/M44 S. 6).

2.10 Die Ärzte des L.____, wo die Beschwerdeführerin vom 25. September 2006 bis 31. Januar 2007 behandelt worden war, diagnostizierten mit Bericht vom 5. Februar 2007 (Urk. 15/M49) ein Panvertebralsyndrom mit (1) zervikovertebralem, -zephalem und -brachialem Schmerzsyndrom beidseits mit paravertebralem Hartspann der HWS beidseits, Bewegungseinschränkung der HWS beidseits, Tonusüberhöhung der HWS und Schultergürtelmuskulatur beidseits bei Status nach Beschleunigungstrauma am 10. Dezember 2001, (2) mit thorakovertebralem Syndrom mit Schmerzmaximum der oberen BWS bis fast zur Allodynie, (3) bei chronischem lumbospondylogem Schmerzsyndrom links mit einer Druckdolenz inguinal links, des Tractus iliotibialis links und des Trochanter major links, (4) bei leichter mediolateraler Diskushernie C5/6 und C6/7 ohne Neurokompression, breitbasiger mediolateraler Diskushernie L5/S1 mit leichter Dorsalverlagerung der Nervenwurzel S1, Diskopathie mit Dehydrierung der Disci L4/5 und

L5/S1, diskreter Spondylarthrose L4/5 und L5/S1 rechts (gemäss MRI vom 26. September 2006), (5) bei unauffälliger Skelettszintigraphie vom 26. September 2006 und bei unauffälliger konventionell radiologischer Beurteilung der BWS vom 17. Januar 2007. Weiter diagnostizierten die Ärzte eine leichte Coxarthrose links (gemäss MRI vom 9. Januar 2007) mit vermehrter Sklerosierung des Pfannendaches sowie Entrundung des Femurkopfes links, ohne Nachweis einer vaskulären Nekrose sowie mit Nachweis von minimalen Signalinhomogenitäten im vorderen lateralen Anteil des Acetabulumpfeilers links mit kleinsten subchondralen Zysten im Sinne degenerativer Veränderungen. Schliesslich verwiesen sie auf ein depressives Zustandsbild mit Schmerzverarbeitungsstörung und Chronifizierung der Beschwerdesymptomatik.

Die Ärzte führten aus, sie hätten für die Beschwerden der Beschwerdeführerin kein morphologisches Korrelat finden können. Trotzdem mache sie einen sehr leidenden und schmerzgeplagten Eindruck. Während der Behandlungsdauer habe sich leider nur ein minimales Ansprechen auf die physiotherapeutische Behandlung gezeigt. Die Attestierung einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit durch das Q.____ wurde nicht in Frage gestellt.

2.11 Dr. O.____ hielt in seinem Bericht vom 1. Oktober 2007 (Urk. 10/7) fest, eine psychiatrische Störung sei unübersehbar. Dabei dominierten depressive Symptome und solche der Angst. Diagnostisch sei von einer Kombination einer depressiven Störung mit einer Angststörung auszugehen. Paranoide Inhalte lägen nicht vor und die psychotischen Symptome (Wahrnehmung, dass andere über sie sprechen würden, sie anschauten und sich in einer Art Geheimsprache verstündigten) seien verschwunden. Die Beschwerdeführerin sei mit der Zerbrechlichkeit des Lebens konfrontiert worden, was sie bis heute nicht verarbeitet habe und in ihrem Angsterleben zum Ausdruck komme.

E. 3

3.1 Die Beschwerdegegnerin verneinte im angefochtenen Einspracheentscheid implizit den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den Restbeschwerden und dem Unfall vom 10. Dezember 2001 (Urk. 2 S. 3).

3.2 Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist ein natürlicher Kausalzusammenhang in der Regel anzunehmen, wenn ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert ist und 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, Wesensveränderungen usw. vorliegt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

Das höchste Gericht führte in seiner Rechtsprechung sodann aus, dass im Hinblick auf die in der medizinischen Wissenschaft gesicherten Erkenntnisse nach Schleudertrauma die Zurechnung eines solchen zu einem Unfall zu verneinen sei, wenn die Latenzzeit von Beschwerden und medizinischen Befunden in der Halsregion nicht binnen 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten (Urteil des EVG in Sachen E. vom 12. August 1999, U 264/97). Hierbei genügt es, wenn die versicherte Person an Nackenschmerzen leidet, und weitere praxisgemässe Beschwerden erst mit der Zeit hinzukommen (vgl. hierzu: Urteil des Bundesgerichts i.S. S. vom 30. Juli 2007, U 336/06, Erw. 5.1, welches von der bisherigen Praxis abwich und im Zeitpunkt der Fällung des Einspracheentscheids noch nicht existierte).

3.3. Vorliegend steht fest, dass die Beschwerdeführerin bereits anlässlich der Erstuntersuchung am Unfalltag bei Dr. D. ___ über Nacken-, Schulter- und Armschmerzen klagte (Urk. 15/M4). In der Folge kamen weitere einschlägige Beschwerden hinzu (Licht- und Lärmempfindlichkeit, Nausea, allgemeine Kraftlosigkeit sowie Depressivität [Urk. 15/M7]; Tinnitus, Schwindel [Urk. 15/M8]; depressive Entwicklung [Urk. 15/M24]; neuropsychologische Störungen [Urk. 15/M41 S. 4]).

3.4. Damit ergibt sich, dass bei der Beschwerdeführerin innerhalb der rechtsprechungsgemäss geforderten Zeit Nackenschmerzen aufgetreten sind und sie sich später auch über weitere einschlägige Beschwerden beklagte. Damit ist - bei der entsprechenden ärztlicherseits gestellten Diagnose einer HWS-Distorsion - die natürliche Kausalität zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 10. Dezember 2001 ohne Weiteres gegeben.

E. 4.1

4.1.1. Die Beschwerdeführerin brachte vor, eine Adäquanzprüfung sei während der Heilbehandlung nicht zulässig. Vielmehr sei die Adäquanz erst nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses zu prüfen und nicht, solange von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden könne. Vorliegend sei davon auszugehen, dass mittels geeigneter Therapien noch eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erreichen sei, namentlich in psychiatrischer Hinsicht wie auch in Bezug auf die Schmerzbehandlung (Urk. 1 S. 17).

4.1.2. Hierzu ist festzuhalten, dass vorliegend die psychische Problematik für das nicht nachvollziehbare Schmerzempfinden verantwortlich zeichnet (vgl. unten Erw. 4. 3) und in organischer Hinsicht keine erfolgsversprechenden Therapiemöglichkeiten mehr ersichtlich sind. Damit steht einer Adäquanzprüfung nichts im Weg.

E. 4.2

4.2.1. Im Rahmen der Prüfung der Adäquanz ist vorweg festzuhalten, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nicht einem organisch nachweisbaren unfallbedingten Substrat zuzuordnen sind.

4.2.2. So waren namentlich auf den im Anschluss an den Unfall gefertigten Röntgenbildern keine Befunde zu ersehen, welche auf eine unfallbedingte Schädigung schliessen lassen würden. Dr. D. ___ verneinte diesbezüglich das Vorliegen traumatischer Läsionen (Urk. 15/M4).

Ä Auf den vom L. ___ angefertigten MR-Bildern der Wirbelsäule zeigten sich eine mediolaterale Diskushernie C5/6 und C6/7 links ohne Neurokompression, eine breitbasige mediolaterale Diskushernie L5/S1 links mit leichter Dorsalverlagerung der Nervenwurzel S1, eine Diskopathie mit Dehydrierung der Disci L4/5 und L5/S1, eine diskrete Spondylarthrose der Facettengelenke L4/5 und L5/S1 rechts, eine Deckplattenimpression Th12 sowie Hämangiome in C5, Th5 und Os ileum links (Bericht vom 25. September 2006, Urk. 15/M49 MR Wirbelsäule Übersicht). Sämtliche dieser Befunde sind klarerweise degenerativer Genese und stehen nicht mit dem Unfall vom 10. Dezember 2001 in Zusammenhang. Hierzu ist namentlich festzuhalten, dass nach der Rechtsprechung eine richtunggebende, mithin dauernde, unfallbedingte Verschlimmerung einer vorbestehenden, degenerativen Erkrankung der Wirbelsäule nur dann als

nachgewiesen gelten kann, wenn ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen nach einem Trauma radioskopisch erstellt ist (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 28. September 2005 in Sachen M., U 248/05, Erw. 2.1 mit Hinweisen). Solche Befunde konnten bei der Beschwerdeführerin jedoch nie erhoben werden.

Weiter ergab auch die Skelettszintigraphie vom 26. September 2006 keinen Nachweis von aktivierten degenerativen bzw. entzündlichen Veränderungen (Urk. 15/M49, Zweiphasen-Skelettszintigraphie).

Schliesslich kann aus den übrigen bildgebenden Untersuchungsergebnissen ebenfalls nicht auf eine unfallbedingte Schädigung der HWS geschlossen werden (so die Computertomographie-Bilder von Dr. G. ___ vom 5. Februar 2003 [Urk. 15/M20], welche lediglich eine leichte Kyphosierung, rotatorische Fehlstellungen, eine leichte Skoliose, Verkalkungen und eine leichte Protrusion, indes keine Anhaltspunkte für ossäre Läsionen gezeigt hatten).

4.2.3 In objektiver Hinsicht sind während des gesamten Behandlungsverlaufs und mithin auch anlässlich der Begutachtungen am Q. ___ und am N. ___ einzig Muskelverspannungen (Urk. 15/M4 und Urk. 15/M7), Beweglichkeitseinschränkungen der HWS (Urk. 15/M23, wobei es im Verlauf auch Zeiten vollkommener Beweglichkeit gab, Urk. 15/M15) und generalisierte Muskelschwächen (Urk. 15/M23) dokumentiert. Weiter finden sich Berichte über Sensibilitätsstörungen sowie Druckdolenzen.

Bei dieser medizinischen Aktenlage und blossen Befunden, an welchen eine Vielzahl von "gesunden" Menschen ebenfalls leiden, kann keine organische Begründung für die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden gefunden werden. Schliesslich sind den Akten keine Anhaltspunkte für die von Dr. O. ___ differentialdiagnostisch thematisierte milde traumatische Hirnverletzung (Urk. 10/7 S. 3) zu entnehmen.

Sodann ist festzuhalten, dass die Beschwerden in der Lendenwirbelsäule (LWS) sowie die Coxarthrose (vgl. Urk. 15/M49 S. 1) mit dem Unfall nicht in Zusammenhang gebracht werden können und eine diesbezügliche Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin von vornherein nicht gegeben ist.

4.2.4 Hinzuweisen bleibt sodann auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts, wonach grundsätzlich auf den medizinischen Erfahrungssatz abzustellen ist, dass der organische Zustand des Rückens nach Verletzungen wie Prellung, Verstauchung oder Zerrung in der Regel sechs Monate bzw. spätestens nach einem Jahr (bei degenerativen Veränderungen) nach dem Unfall wieder soweit hergestellt ist, wie er auch dann wäre, wenn sich der Unfall niemals ereignet hätte (Status quo sine, vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen N. vom 29. November 2006, U 207/06, Erw. 2.2). Insofern ist auch bei der Annahme von nicht erkannten Verletzungen anlässlich des Unfalls nicht davon auszugehen, dass diese im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (10. Juni 2002) noch bestanden haben.

4.2.5 Schliesslich ist festzuhalten, dass die Rechtsfigur *post hoc ergo propter hoc*, bei der eine Schädigung bereits deshalb als durch einen Unfall verursacht erachtet wird, weil sie nach diesem aufgetreten ist (vgl. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Auflage Bern 1989, S. 460, Anm. 1205), für die Annahme

eines Kausalzusammenhangs rechtsprechungsgemäss nicht genügt (BGE 119 V 341 f. Erw. 2b/bb). Demgemäss kann aus den entsprechenden Äusserungen diverser Ärzte nichts zugunsten der Beschwerdeführerin abgeleitet werden. Weder Dr. G. (Urk. 15/M17 S. 3), noch Dr. J. (Urk. 15/M29 S. 11) noch die N.-Gutachter (Urk. 15/M43 S. 8) konnten ihre impliziten Annahmen derart darlegen, dass auf eine Kausalität geschlossen werden könnte.

4.2.6 Zusammenfassend steht fest, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden organisch und namentlich bildgebend nicht nachweisbar sind. Demgemäss können die Beschwerden nicht ohne Weiteres dem Unfall vom 10. Dezember 2001 zugeordnet werden, weshalb die Adäquanz anhand der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu prüfen ist.

E. 4.3

4.3.1 Währenddem die Beschwerdegegnerin die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 (Psycho-Praxis) zur Anwendung brachte (Urk. 2 S. 3), schloss die Beschwerdeführerin auf die Anwendbarkeit der Rechtsprechung bei Schleudertrauma gemäss BGE 117 V 359 unter dem Hinweis, dass die psychischen Beschwerden nicht so stark seien, dass sie die körperlichen Defizite in den Hintergrund stellen würden (Urk. 2 S. 17).

4.3.2 Den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin schon vor dem Unfall wegen Erschöpfung und Mobbing in ärztlicher Behandlung war (Bericht von Dr. med. Z., Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 5. Februar 2005, Urk. 15/M35). Dr. D. verwies bereits am 5. Februar 2002 auf eine medikamentöse Behandlung wegen depressiver Stimmungslage (Urk. 15/M3) und bestätigte am 16. Juli 2002 eine Tendenz zur Symptomausweitung (Urk. 15/M9). Dr. E. äusserte am 23. August 2002 einen Verdacht auf eine funktionelle Überlagerung (Urk. 15/M7). Dies aufgrund von mangelnder Kooperation und demonstrativen Verhaltens der Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchungen. Dr. I. sprach am 3. Oktober 2003 (Urk. 15/M27) gar von psychotischen Symptomen. Auch die Ärzte der H. beschrieben eine Schmerzausweitung sowie eine depressive Entwicklung (Urk. 15/M23). Anlässlich der Untersuchung am Q. konnten die Ärzte nur noch ein leichtes depressives Syndrom erkennen (Urk. 15/M38, psychiatrisches Zusatzgutachten, S. 5), indes zeigten sich zeitweise Verdeutlichungszeichen, Aggravation sowie demonstratives Annehmen vor Ausführung motorischer Aufgaben (Urk. 15/M38, neurologisches Zusatzgutachten S. 2).

Demgegenüber befanden die N.-Ärzte, vor dem Unfall habe lediglich ein gewisser Erschöpfungszustand bei Problemen am Arbeitsplatz bestanden, welcher jedoch allein nicht als psychiatrische Störung betrachtet werden könne, sondern im Rahmen einer Befindlichkeitsstörung zu sehen sei. Die behandelnden Ärzte hätten keine relevanten psychiatrischen Krankheiten sehen können (Urk. 15/M46 S. 3). Im psychiatrischen Teilgutachten werden eine leichte depressive Episode und eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert mit der Anmerkung, dass sich keine Hinweise für eine vorbestehende psychische Pathologie der Beschwerdeführerin fänden, die geeignet wären, das im Anschluss an den Unfall aufgetretene Beschwerdemuster zu imitieren (Urk. 15/M42 S. 13).

Schliesslich erwähnten auch die Ärzte des L. ein depressives Zustandsbild mit Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung und Chronifizierung der

Beschwerdesymptomatik.

4.3.3. Aufgrund des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfall in psychiatrischer Behandlung war (wenn auch beim Allgemeinmediziner) und schon vom Beginn der Behandlung weg psychische Auffälligkeiten vorlagen (wie mangelnde Kooperation und demonstratives Verhalten), erscheint die Annahme naheliegend, dass in der Tat ihre psychische Verfassung zum negativen Heilungsprozess beitrug. Die Ärzte konnten sich den schlechten Verlauf nicht erklären und waren sich praktisch von Beginn weg einig, dass eine psychische Auffälligkeit vorliegt. Die gegenteiligen Ausführungen der Gutachter der N. ___ überzeugen in diesem Punkt nicht. Namentlich findet sich im psychiatrischen Teilgutachten über die relevanten Umstände der Aggravation und mangelnden Compliance kein Wort, was gerade bei der vorliegenden Problematik erstaunt. Dass die psychische Problematik durch den Unfall bedingt ist (Urk. 15/M42 S. 13), ist insofern nicht einleuchtend, als bereits im früheren Verlauf psychotische Symptome auftraten, deren Bezug zum Unfall nicht dargelegt wurden. Aus diesen gesamten Umständen ist zu schliessen, dass bei der Beschwerdeführerin eine psychische Problematik vorlag, welche die Heilung in relevantem Masse beeinträchtigte.

4.3.4. Demgemäss gelangt vorliegend die Rechtsprechung zu den psychischen Folgen nach Unfällen zur Anwendung. Es kann vorliegend nicht davon gesprochen werden, dass die Beschwerdeführerin mit intakter psychischer Verfassung die Therapie in Angriff genommen hat, sondern es hat von Beginn weg die negative psychische Haltung die Heilung erschwert.

E. 4.4

4.4.1. Währenddem die Beschwerdegegnerin von einem mittelschweren Unfall mit Tendenz gegen leicht ausging (Urk. 2 S. 4), betrachtete die Beschwerdeführerin den Unfall als mittelschwer mit Tendenz gegen schwer (Urk. 1 S. 17 f.).

4.4.2. Aufgrund der Polizeiakten (Urk. 3/1) ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin innerorts mit ca. 45 km/h fuhr, als ein entgegenkommender, nach links abbiegender Lenker ihre Fahrbahn überquerte und in ihr Auto hineinfuhr. Dieser Lenker war - wegen des Abbiegens - langsam unterwegs. Auf den polizeilichen Fotos ist am unfallverursachenden Fahrzeug eine eingedrückte Stossstange vorne links zu sehen und am Auto der Beschwerdeführerin eine leicht deformierte linke Tür samt abgefallener Leiste. Obwohl eine Reparatur möglich und wirtschaftlich gewesen wäre, wurde das Fahrzeug auf Totalschadenbasis entschädigt (Urk. 15/19 S. 5).

Dem unfallanalytischen Gutachten der Beschwerdegegnerin (Urk. 15/19) ist sodann zu entnehmen, dass die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeugs der Beschwerdeführerin zwischen 6 und 12 km/h lag (bei einer Geschwindigkeitsänderung quer von 5 bis 11 km/h). Wenn die Beschwerdeführerin die Addition der beiden Werte thematisiert (Urk. 1 S. 5), kann ihr nicht gefolgt werden. Dem Gutachten ist eindeutig zu entnehmen, dass die gesamte Geschwindigkeitsänderung zwischen 6 und 12 km/h lag, wobei dies hauptsächlich in Querrichtung erfolgte (5 bis 11 km/h) und nur in geringem Ausmass in Längsrichtung; dies aufgrund des seitlichen Aufpralls. Auch wenn der Aufprall hauptsächlich seitlich erfolgte, kann der augenscheinliche Geschehensablauf höchstens als mittelschwer mit Tendenz gegen leicht

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit sind die von der Beschwerdeführerin nach dem 10. Juni 2002 geklagten Beschwerden nicht mehr adäquat kausal zum Unfallereignis vom 10. Dezember 2001. Die Beschwerdegegnerin hat demgemäss zu Recht ihre Leistungen per 10. Juni 2002 eingestellt, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sämtliche weiteren Vorbringen der Beschwerdeführerin ändern nichts an diesem Ergebnis. Namentlich die Kritik am Gutachten des Q.____s ist insofern irrelevant, als die Beurteilung der adäquaten Kausalität eine Rechtsfrage und nicht von den Medizinern vorzunehmen ist. In diesem Sinne ist es nicht klar, aus welchen Gründen die Beschwerdeführerin eine eigene Begutachtung in Auftrag gegeben hat. Abgesehen davon, dass diese nicht zu einer anderen Entscheidung geführt hat, wären auch keine ergänzenden Angaben zur Adäquanz zu erwarten gewesen, was doch der Verlauf erstellt und die Beurteilung der bundesgerichtlichen Kriterien möglich. Eine Entschädigung für die entsprechenden Kosten ist demgemäss nicht angezeigt.

Das Gericht erkennt:

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

- Rechtsanwalt Martin Hablitzel

- Fürsprecher Martin Bärtle

- Bundesamt für Gesundheit

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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).

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

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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.