

StÄ¶rung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

E. 1.3

1.3.1Â Â Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adÄ¶quater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adÄ¶quate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewÄ¶hnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizufÄ¶hren, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begÄ¶nstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.3.2Â Â Die Beurteilung des adÄ¶quaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der HalswirbelsÄ¶ule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen BeeintrÄ¶chtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare FunktionsausfÄ¶lle zurÄ¶ckzufÄ¶hren sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begrÄ¶ndeten Rechtsprechung des EidgenÄ¶ssischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie fÄ¶r psychische StÄ¶rungen 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 fÄ¶r die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise der ErwerbsunfÄ¶higkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fÄ¶llt. Demnach ist zunÄ¶chst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehÄ¶rt. Auch hier ist der adÄ¶quate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher BeeintrÄ¶chtigung bei leichten UnfÄ¶llen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren UnfÄ¶llen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei UnfÄ¶llen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhÄ¶ngig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprÄ¶gter Weise erfÄ¶llt sind, genÄ¶gt zur Bejahung des adÄ¶quaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder mÄ¶ssen mehrere herangezogen werden.

Â Â Â Â Â Â Â Â Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische BegleitumstÄ¶nde oder besondere EindrÄ¶cklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende Ä¶rztliche Behandlung;Â
- erhebliche Beschwerden;
- Ä¶rztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche ArbeitsunfÄ¶higkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese AufzÄ¶hlung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das damalige EidgenÄ¶ssische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) fÄ¶r die Beurteilung des adÄ¶quaten 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).

1.3.3 Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Bundesgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1; ferner BGE 134 V 127 Erw. 10.2 f.).

1.4 Anzuführen bleibt, dass das Bundesgericht im jüngst ergangenen Urteil BGE 134 V 109 ff. (vgl. Erw. 1.3.2 vorstehend) die Praxis zur Kausalitätsprüfung bei Unfall mit Schleudertrauma, äquivalenter Verletzung der HWS oder Schädeld-Hirntrauma ohne organisch objektiv ausgewiesene Beschwerden (sogenannte Schleudertrauma-Praxis) in mehrfacher Hinsicht präzisiert hat. Demgemäss ist am Erfordernis einer besonderen Adäquanzprüfung bei Unfällen mit solchen Verletzungen festzuhalten (Erw. 7-9 des erwähnten Urteils). Die bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätze (BGE 115 V 133) liess das Bundesgericht hingegen unverändert bestehen (BGE 134 V 109 ff. Erw. 6.1).

1.5 Mit der neuen Schleudertrauma-Praxis hat sich nichts daran geändert, dass von der Abklärung des Vorliegens des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den Beschwerden abgesehen werden kann, wenn hernach die Adäquanz verneint wird (Urteil des Bundesgerichts in Sachen E. vom 14. April 2008, 8C_42/2007, Erw. 2).

2. Streitig und zu prägen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung aus dem Unfallereignis vom 2. Dezember 2002 über den 30. September 2005 hinaus hat. In diesem Zusammenhang ist umstritten, ob die Adäquanzprüfung zum jetzigen Zeitpunkt angezeigt ist und ob der natürliche und der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den weiterhin geklagten Beschwerden vorliegen.

3. Im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 2. Dezember 2002 und den weiteren Behandlungen und Abklärungen liegen folgende Unterlagen im Recht.

3.1

3.1.1 Dem Fragebogen zur Erstkonsultation (3. Dezember 2002) von Dr. B. vom 10. März 2003 (Urk. 8/ZM11) ist zu entnehmen, dass keine Anhaltspunkte für Bewusstlosigkeit oder eine Gedächtnislücke bestanden. Der Arzt erwähnte normale Reflexe und dass das Röntgen der Halswirbelsäule keine Frakturen gezeigt habe. Er

stellte die vorläufige Diagnose einer Kontusion der HWS.

3.1.2.1. Laut Zusatzfragebogen bei HWS-Verletzungen von Dr. B. ___ zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 18. Dezember 2002 (Urk. 8/ZM2) soll die Beschwerdeführerin anlässlich der Erstkonsultation am 4. Dezember (richtig: 3. Dezember) 2002 angegeben haben, sie leide unter starkem Schwindel, Schlafstörung und einer Depression, Spontanschmerz am Kopf mehr okzipital als frontal, Spontanschmerz am Nacken rechts und links mit Ausstrahlung in die Schulter rechts und links und einer geringeren Ausstrahlung in den Arm rechts und links sowie einer mittelgradigen Bewegungseinschränkung der HWS rechts und links. Das Vorliegen von Übelkeit und Erbrechen hatte sie verneint. Der Arzt erwähnte einen Status nach Cervicalsyndrom im Januar 2002 und das Ergebnis der HWS-Röntgenbilder (ap und seitlich), das keine ossären Läsionen gezeigt hatte, sowie einen beeinträchtigten psychischen Zustand.

3.2.1. Dr. E. ___ fand anlässlich der vertragsärztlichen Untersuchung vom 15. August 2003 (Bericht vom 5. September 2003, Urk. 8/ZM23) eine erschöpft wirkende, schmerzgeplagte und durch die Chronifizierung der Schmerzen offensichtlich erheblich belastete Beschwerdeführerin vor. Er diagnostizierte ein ausgeprägtes chronifiziertes myofasiales, zum Teil diffus partiell generalisierendes, myofasiales Schmerzsyndrom paracervical und Schultergürtelbereich beidseits bei Status nach indirekter HWS-Distorsion am 2. Dezember 2002, zunehmende vegetative Begleitsymptome wie ungerichteter Schwindel, Unsicherheitsgefühl beim Gehen, verbunden mit Schlafstörungen schmerzbedingt. Zudem fand er Hinweise für zunehmende depressiv gefärbte Stimmungsschwankungen vor. Er erachtete die Unfallkausalität zu diesem Zeitpunkt als überwiegend wahrscheinlich und hielt fest, dass weder der status quo ante noch sine erreicht seien. Gute zwei Monate später (Verlaufsbericht vom 22. Oktober 2003 [Urk. 8/ZM28]) sah er die Gefahr für eine Chronifizierung gegeben. Die Beschwerdeführerin befinde sich momentan in keiner Therapie. Er äusserte die Vermutung, dass eine psychologische oder psychosoziale Belastungssituation bestehe, die nicht allein auf den Unfall zurückgeführt werden könne. Seinen weiteren Verlaufsberichten vom 31. Dezember 2003 (Urk. 8/ZM31), vom 3. März 2004 (Urk. 8/ZM33) und vom 30. März 2004 (Urk. 8/ZM34) kann ein fluktuierender Verlauf der von ihm empfohlenen physiotherapeutischen Behandlung entnommen werden. Dr. E. ___ konnte sich die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden somatisch jedoch nicht erklären, weshalb er an eine Überlagerung im Sinne einer wahrscheinlichen Somatisierung dachte. Entsprechend seien auch die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Symptome vage, das heisst wahrscheinlich vegetativ bedingt. Er empfahl der Beschwerdegegnerin, bei Frau lic. phil. J. ___, bei welcher sich die Beschwerdeführerin auf Zuweisung von Dr. I. ___ in psychotherapeutischer Behandlung befand, einen Therapiebericht einzuholen.

3.3.1.1.1.

3.3.1.1. Dr. I. ___ stellte am 19. Dezember 2003 fest (Urk. 8/ZM30), dass die Beschwerdeführerin über eine leichte Besserung der Schmerzen spreche. Es lägen keine Zeichen der Übertreibung und keine begleitenden inadäquaten Affekte vor. Er zählte folgende Symptome auf: chronisches Schmerzsyndrom, Schwindel, Verdacht auf eine neuropsychologische Funktionsstörung und psychische Beschwerden. Die Beschwerdeführerin zeige ein deutliches depressives Zustandsbild. Dr. I. ___ hielt fest, dass die Depression in der Lage sei, die übrigen Symptomgruppen zu verstärken. Sie

trage unbehandelt zum Chronifizierungsprozess bei.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus Kapazitätsgründen war es Dr. I. ___ nicht möglich, der Beschwerdeführerin einen Therapieplatz anzubieten, weshalb er sie an lic. phil. J. ___ überwies.

3.3.2 Ä Ä Nach fünf Sitzungen fand J. ___, die Schmerzsymptomatik der Beschwerdeführerin könne durch eine Gesprächstherapie nicht direkt verbessert werden. Vielmehr solle sie präventiv einer sekundären Verschlechterung des psychischen Zustandes entgegenwirken und so ein Abgleiten in eine schwere Depression verhindern helfen (Bericht vom 22. Februar 2004, Urk. 8/ZM32). In ihrem Verlaufsbericht vom 18. Oktober 2004 hielt J. ___ wiederum fest, durch die Gesprächstherapie könne die Schmerzsymptomatik nicht direkt verbessert werden, diese sei jedoch für den psychischen Zustand der Beschwerdeführerin sehr wichtig. In letzter Zeit seien die kognitiven Defizite deutlicher in den Vordergrund getreten, und die Beschwerdeführerin leide auch unter ihrer verminderten psychischen Belastbarkeit. Medikamentös werde die Beschwerdeführerin für die akuten Schmerzanfälle mit Ponstan 500 behandelt. Zur Behandlung der Schlafstörungen habe die Beschwerdeführerin gut auf Surmontil Tropfen angesprochen. Eine weitergehende antidepressive Therapie sei bisher nicht möglich gewesen, da sie auf Versuche mit verschiedenen Antidepressiva mit zu viel Nebenwirkungen reagiert habe. J. ___ empfahl eine Weiterführung der Gesprächstherapie (Urk. 8/ZM36).

3.4

3.4.1 Ä Ä Dem K. ___-Gutachten vom 6. Juli 2005 (Urk. 8/ZM37/2) sind die Diagnosen (mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) eines chronischen cervicospodylogenen Schmerzsyndroms (ICD-10 M53.0; intermittierende migräniforme Exazerbationen [vorbestehend Migräne], Status nach Verkehrsunfall [Heckkollision] am 2. Dezember 2002 mit HWS-Distorsion, Diskopathien in C5/6 und C6/7, vorübergehendes cervicospodylogenes Syndrom im Jahr 2002), eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) und ein verhaltensneurologischer Beschwerdekomples (Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, rasche Ermüdbarkeit und depressive Symptomatik, differentialdiagnostisch [DD] bei Status nach fraglicher leichter traumatischen Hirnverletzung [Mild traumatic brain injury, MTBI], Überlagerung, Schmerzinterferenzen) zu entnehmen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit blieben der Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und rezidivierende gastritische Beschwerden (ICD-10 K29.7). Gesamthaft wurde festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab dem 2. Dezember 2002 für eine körperlich belastende Tätigkeit, beispielsweise in der angestammten Tätigkeit als Krankenpflegerin, ungeeignet erscheine. Körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten hingegen seien ihr ganztagig zumutbar mit einer Leistungseinbusse von 20 %, mit einer möglichen Leistungseinbusse aus neurologisch-neuropsychologischer Sicht, die jedoch nicht sicher objektiviert werden könne und welche vielleicht auch gar nicht vorliege. Die Mediziner hielten zudem fest, dass die Beschwerdeführerin die verordneten Medikamente u.a. das Antidepressivum, nicht einnehme. Zur Kausalität führten sie aus, dass sich diese nicht abschliessend beurteilen lasse. Einerseits sei ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den cervicovertebralen Beschwerden und dem Unfall gegeben, andererseits beständen Vorzustände und Komorbiditäten aus somatischer Sicht und Überlagerungen aus psychiatrischer Sicht sowie auch Überlagerungen aus

nicht krankheitsmässiger Sicht mit der Angabe von offensichtlichen Fehlinformationen wie bspw. die nicht durchgeführte Einnahme von Medikamenten.

3.4.2.2 Den Fragekatalog der Beschwerdegegnerin beantwortete Dr. med. O. ____, Facharzt FMH Neurologie, (Urk. 8/ZM37/1) wie folgt: Der Unfall sei Teilursache für die zurzeit noch vorhandenen gesundheitlichen Beschwerden, wahrscheinlich sei er aber nicht die alleinige Ursache. Als unfallfremd qualifizierte er die vorbestehende Migränedisposition sowie den Vorzustand der HWS. Das seien aber Faktoren von untergeordneter Bedeutung, sie seien als ungünstig disponierende Faktoren im posttraumatischen Verlauf zu verstehen, ohne eintretendes Unfallereignis hätten sie jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zum heute vorliegenden invalidisierenden Beschwerdebild geführt. Es handle sich demnach um eine richtungsweisende Zustandsänderung eines Vorzustandes. Vorerst offen bleibe der Stellenwert der anzunehmenden Unfall- und Schmerzfehlerverarbeitung. Von welchen Anteilen dabei von unfallbedingten und unfallfremden Ursachen auszugehen sei, könne ohne eine vertiefte Evaluation unter stationären Verhältnissen nicht zuverlässig entschieden werden. Es seien weder der status quo ante noch quo sine erreicht.

3.5.2.2 Aus dem Gutachten von Dr. M. __ und N. __ vom 17. Juli 2007 (Urk. 8/ZM41) ergaben sich aus neurologischer Sicht die Diagnosen eines Status nach Distorsionstrauma der HWS, Nackenhinterkopfweg vom Spannungstyp, vorbestehende degenerative Veränderungen der HWS, und der Verdacht auf Schmerzpräsentationsstörung, während sich für das Vorliegen einer milden traumatischen Hirnschädigung und einer radikulären Schädigung oder Halsmarkbeeinträchtigung keine Hinweise fanden. Psychiatrischerseits wurden eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.10), eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2), eine Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung chronisch (DSM IV 309.0), Eheprobleme (ICD-10 F63.0), Probleme durch die Arbeitsunfähigkeit (ICD-10 Z 56) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) diagnostiziert. Aus neurologischer Sicht sei eine Traumatisierung der HWS anzunehmen. Ein eigentlicher Abknickmechanismus habe jedoch nicht stattgefunden. In keiner der Untersuchungen im Verlauf hätten sich klinisch oder bildgebend Anhaltspunkte für eine schwere strukturelle Schädigung gefunden. Insbesondere hätten sich keine Hinweise darauf ergeben, dass eine Schädigung von Nervenstrukturen, d.h. von Nervenwurzeln oder des Rückenmarks vorgelegen hätte. Der natürliche Kausalzusammenhang der Beschwerden mit dem Unfall sei gegeben, weil bereits nach kurzer Zeit nach dem Unfall Schmerzen aufgetreten seien. Der Vorzustand sei zur Zeit des Unfalls asymptomatisch gewesen, er spiele aber insofern eine Rolle, als eine erhöhte Vulnerabilität der HWS angenommen werden müsse. Auch die Migräne disponiere wohl zu einer vermehrten Kopfwegneigung nach Traumatisierung. Weder der status quo sine noch quo ante seien erreicht. Für eine milde traumatische Hirnverletzung beständen keine Hinweise. In der strukturellen somatischen Untersuchung ergaben sich keine Anhaltspunkte für eine persistierende organische Beeinträchtigung. Andererseits gebe es Hinweise auf eine Symptomausweitung mit Auffälligkeiten in den Koordinationsprüfungen sowie Hinweise auf eine Schmerzpräsentationsstörung: so zunächst die Besonderheiten in der klinischen Untersuchung mit ausgeprägter Schmerzreaktion, dann die Graduierung des Kopfwegs, das immer auf einem maximalen Wert eingeschätzt werde. Zur Arbeitsunfähigkeit aus neurologischer Sicht für die Tätigkeit als Krankenschwester hielt

Dr. M. ___ fest, dass von Seiten des Kopfwehs eine Einschränkung von höchstens 20 % vorhanden sei, dasselbe gelte für andere Tätigkeiten, wobei aber starke körperliche Belastungsspitzen sowie Lärmexpositionen gemieden werden müssten. Es sei keine Kumulation mit der aus psychiatrischer Sicht bestehenden Beeinträchtigung vorzunehmen. In Bezug auf die Kausalität seien die Nackenschmerzen und das Kopfweh auf den Unfall als Teilursache, aber im Sinn einer *conditio sine qua non*, zurückzuführen. Die geklagten Kopfschmerzen liessen sich einerseits durch die Schmerzbeeinflussung, andererseits durch die von psychiatrischer Seite her dargelegten Beeinträchtigungen vollumfänglich erklären. Die Unfallkausalität der von psychiatrischer Seite definierten Beschwerden werde als überwiegend wahrscheinlich angesehen. Als unfallfremd erachteten die Gutachter die vorbestehenden degenerativen Veränderungen der HWS und die Migrärendisposition. Von psychiatrischer Seite beständen weder ein Vorzustand noch unfallfremde Belastungsfaktoren. Aus psychiatrischer Sicht sei von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit im Beruf als Krankenschwester von 50 % auszugehen. Aus neurologischer Sicht sei keine zusätzliche Einschränkung anzunehmen. Die unfallfremden Ursachen spielten in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit keine Rolle.

4.1.1

4.1.1 Aufgrund dieser Aktenlage erweist sich die Beantwortung der Frage, ob und bejahendenfalls inwieweit die über den 30. September 2005 hinaus noch bestehenden Beschwerden natürlich kausal mit der beim Unfall erlittenen HWS-Distorsion zu erklären sind, als schwierig. Auch wenn die Diagnose einer HWS-Distorsion unbestritten ist und innerhalb einer dreitägigen Latenzzeit nach dem Unfall zumindest ein Teil des schleudertraumatypischen, bunten Beschwerdebildes (Kopf-Nacken- und Rückenschmerzen) auftrat (vgl. SVR 2007 UV Nr. 23 S. 75, U 215/05, Erw. 5 mit Hinweisen; RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29, U 264/97, Erw. 5; Urteil des Bundesgerichts in Sachen Z. vom 17. September 2008, 8C_9/2008 Erw. 5), liegen doch auch psychische Komponenten vor, bei denen nicht einfach zu beurteilen ist, ob sie dem erlittenen HWS-Distorsionstrauma zuzurechnen sind.

Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festhält, gehören somatoforme Schmerzstörungen nicht zum typischen Beschwerdebild von Schleudertraumen und schleudertraumatischen Verletzungen der Halswirbelsäule (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 10. April 2006 in Sachen F., U 177/05, Erw. 4.2 mit zahlreichen Hinweisen).

Ausgewiesen ist in somatischer Hinsicht, dass ein MTBI nicht vorliegt, wird ein solches von Dres. M. ___ und N. ___ doch klar verneint. Letztere legten zudem in überzeugender Weise dar, was im Einklang steht mit den Akten, dass sich bildgebend keine Hinweise für schwere strukturelle Schädigungen, v.a. keine Hinweise auf Schädigung von Nervenstrukturen, von Nervenwurzeln oder des Rückenmarks ergeben hätten, was insbesondere auch deshalb nachvollziehbar erscheint, weil Dr. B. ___ anlässlich des Röntgens der HWS unmittelbar nach dem Unfallereignis keine ossären Läsionen finden konnte. Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass physisch imponierende Beschwerden per se nicht für den Nachweis einer unfallbedingten organischen Ursache genügen (Urteil des Bundesgerichts in Sachen E. vom 14. April 2008, 8C_42/2007, Erw. 2; vgl. auch SVR 2008 UV Nr. 2 S. 3, U 328/06, Erw. 5.2 mit Hinweisen), woran die im Gutachten der Dres. M. ___ und N. ___ geäußerte Arbeitsunfähigkeit aus neurologischer

Sicht nichts zu Ändern vermag.

Kopf- und Nackenschmerzen, Druckdolenz, Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur sowie eine Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule können für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat von Beschwerden qualifiziert werden (Urteil des Bundesgerichts vom 27. November 2007 in Sachen M., U 554/06). Es entspricht zudem der unfallmedizinischen Erfahrungstatsache, dass eine richtunggebende, mithin dauernde, unfallbedingte Verschlimmerung einer vorbestehenden, degenerativen Erkrankung der Wirbelsäule nur als nachgewiesen gelten kann, wenn ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen nach einem Trauma röntgenologisch festgestellt sind (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 f. Erw. 3a mit Hinweis), was im Falle der Beschwerdeführerin gestützt auf die medizinischen Akten klar zu verneinen ist. Ohne dass es weiterer Abklärungen bedarf, ist in Würdigung aller medizinischen Akten der Beurteilung der Beschwerdegegnerin zu folgen, wonach keine Organizität der Beschwerden anzunehmen ist und für das Fortbestehen und die Ausweitung des Beschwerdebildes vorab die psychische Problematik ursächlich ist. Die aktenkundigen psychischen Probleme sind gemäss Dr. N.____ zumindest teilweise unfallbedingt, weshalb der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den vorhandenen Beschwerden und dem Unfall vom 2. Dezember 2002 zu bejahen ist.

4.2 Mit Blick auf die Prüfung der adäquaten Kausalität erscheint es zumindest fraglich, ob bereits kurz nach dem Unfall die psychische Problematik eindeutige Dominanz aufwies (vgl. BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a; RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437). Dies in erster Linie deshalb, weil diese erst bei der Untersuchung bei Dr. E.____ zutage trat. Dr. E.____ sprach jedoch lediglich von depressiv gefärbten Stimmungsschwankungen, und erst Dr. I.____ führte eine Depression an, ohne sich zu deren Grad zu äussern. Sodann setzte die Psychotherapie bei J.____ erst Anfang 2004 ein (Bericht von J.____ vom 22. Februar 2004 [Urk. 8/ZM32] und SI-Bericht von D.____ vom 31. Mai 2004 [Urk. 8/ZS12]). Danach tauchte erst im K.____-Gutachten erstmals - nur als Verdachtsdiagnose - eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (IC-10 F.45.4) auf. Zudem wurde in diversen ärztlichen Berichten auf unfallfremde Faktoren bzw. ungünstige Begleitumstände und psychosoziale Belastungsfaktoren hingewiesen, so beispielsweise von Dr. E.____ im Bericht vom 22. Oktober 2003 (Urk. 8/ZM28), von Dr. I.____ am 19. Dezember 2003 (Urk. 8/ZM30) oder von Dr. L.____, die Mehrfachbelastung, die schweren Arbeitsbedingungen in der angestammten Tätigkeit, den Verlust des Eigenheims im Heimatland, den Verlust der Arbeitsstelle, eheliche Spannungen bis hin zu einer möglichen Trennung und evtl. finanziellen Belastungen erwähnte (Urk. 8/ZM39). Für die im sich im Verlauf verschlimmernden Beschwerden liessen sich trotz eingehender medizinischer Untersuchungen keine hinreichenden somatischen Ursachen finden, und es ist aufgrund der medizinischen Akten anzunehmen, dass hierfür eine psychische Fehlverarbeitung des Unfallereignisses und seiner Folgen ausschlaggebend war. Die medizinischen Berichte lassen den Schluss zu, dass die physischen Beschwerden im Verlaufe der Entwicklung vom Unfall vom 2. Dezember 2002 bis zum angefochtenen Einspracheentscheid vom 16. November 2007 gesamthaft nur noch eine untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind. Wie es sich damit verhält, kann indessen dahin gestellt bleiben, weil die Adäquanz des Kausalzusammenhanges selbst dann zu verneinen ist, wenn die Adäquanzprüfung nicht nach den für psychische Unfallfolgen (BGE 115 V 133 ff.), sondern nach den für

Schleudertraumen und schleudertraumaähnlichen Verletzungen der Halswirbelsäule (BGE 134 V 109) geltenden Regeln erfolgt.

4.3.1 Nicht beieigepflichtet werden kann der Beschwerdeführerin, wenn sie geltend macht, die Adäquanzprüfung sei zu früh vorgenommen worden. Die Adäquanzprüfung kann erfolgen, sobald der normale, unfallbedingt erforderliche Heilungsprozess abgeschlossen ist, was dann zutrifft, wenn keine organischen Unfallfolgen mehr zu behandeln sind. Massgebend ist der Zeitpunkt, in welchem von weiteren Massnahmen keine wesentliche Besserung mehr zu erwarten ist (Urteil des Bundesgerichts vom 31. Januar 2007 in Sachen D., U 167/06, Erw. 4.4 mit Hinweisen). Im Falle der Beschwerdeführerin ist der Zeitpunkt spätestens Ende September 2005, d.h. rund zwei Jahre und zehn Monate nach dem Unfall vom 2. Dezember 2002, erreicht. Anlässlich der Begutachtung durch Dr. M. am 5. Oktober 2006 gab die Beschwerdeführerin an, seit einem Jahr nicht mehr in physiotherapeutischer Behandlung zu stehen. Sie mache selbst noch Übungen, gehe täglich ½ Stunde laufen (Urk. 8/ZM41). Somit unterzog sich die Beschwerdeführerin Ende September 2005 offensichtlich keiner spezifischen Behandlung organischer Unfallfolgen mehr. Dr. M. empfahl in seinem Gutachten zwar eine neurologische Betreuung, jedoch primär in Bezug auf einen seiner Auffassung nach erforderlichen Analgetikaentzug. Eine entscheidende Besserung der Beschwerden sah er jedoch dadurch nicht voraus (Urk. 8/ZM41 S. 10). Es kann somit nicht beanstandet werden, wenn die Beschwerdegegnerin die Adäquanzprüfung per Ende September 2005 vorgenommen hat.

5.1 Was das Vorgehen bei der Adäquanzprüfung betrifft, ist nach der Schleudertrauma-Praxis für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne Weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen.

5.1.1 Nach der Rechtsprechung werden einfache Auffahrunfälle in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (Urteil des Bundesgerichts vom 31. Januar 2007 in Sachen D., U 167/06, Erw. 5.1 mit Hinweisen).

5.1.1.1 Laut Polizeirapport der P. vom 2. Dezember 2002 (Urk. 8/ZA3) und nach übereinstimmender Darstellung der Parteien spielte sich die Auffahrkollision so ab, dass die Unfallverursacherin auf das stehende Fahrzeug der Beschwerdeführerin auffuhr, wobei ein Heckanstoss erfolgte. Der Sachschaden am Fahrzeug der Beschwerdeführer betrug ca. Fr. 1'500.--, die Heck/Stossstange war leicht eingedrückt, am Fahrzeug der Unfallverursacherin war die Front leicht eingedrückt, was zu einem Schaden von rund Fr. 3'000.-- führte. Gemäss Unfallanalyse von G. vom 23. Januar 2004 (Urk. 8/ZA3)

betrug die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeuges der Beschwerdeführerin Δv 5.2-7.8 km/h. Sie bewegte sich relativ zum Fahrzeug nach hinten. Der biomechanischen Beurteilung vom 25. Oktober 2004 (Urk. 8/ZA3) ist zu entnehmen, dass die anschliessend an das Ereignis festgestellten Beschwerde und Befunde durch die Kollisionseinwirkung in einem Normalfall nicht erklärbar seien.

5.1.2.1 Die geringe kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung, der geringe Sachschaden an den beteiligten Fahrzeugen, der unbestrittenemassen in gerader Linie erfolgte Kopfanprall an die Kopfstütze relativ zum Fahrzeug ohne Abknickmechanismus (Urk. 8/ZA3) und die Schilderung der Beschwerdeführerin vor den Gutachtern Dres. M. ___ und N. ___, dass sie nach dem Unfallereignis noch arbeiten gegangen sei (Nachtwache [Urk. 8/ZM41]), was den Arztbesuch erst am darauffolgenden Tag zu erklären vermag, weisen auf das Vorliegen eines höchstens mittelschweren Unfalls im Grenzbereich zu den leichten Unfällen hin.

5.2.1.1 Das Vorliegen des Kriteriums der - aus objektiver Sicht - besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindringlichkeit des Unfalls wurde von der Beschwerdegegnerin zu Recht verneint (Urk. 2) und vom Beschwerdeführer zu Recht nicht explizit angeführt. Immerhin war die Beschwerdeführerin nach dem Unfallereignis in der Lage, den Polizisten Auskunft über den Unfallhergang zu geben, und sie verzichtete auch auf den Beizug der Sanität (Urk. 8/ZA3).

5.3

5.3.1.1 In Bezug auf das Kriterium der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die Diagnose einer HWS-Distorsion (oder einer anderen, adäquanzrechtlich gleich zu behandelnden Verletzung) für sich allein nicht zur Bejahung dieses Kriteriums führt. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (SVR 2007 UV Nr. 26 S. 86, Erw. 5.3, RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236, Erw. 5.2.3 mit Hinweisen).

5.3.2.1 Es ist ausgewiesen, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfallereignisses keine besondere Körperhaltung einnahm, gehen doch die Polizei und die Unfallgutachter davon aus, dass zwar ein Kopfanprall stattgefunden hat, sich die Beschwerdeführerin dabei aber relativ zum Fahrzeug bewegt hat und kein Abknickmechanismus vorgefallen ist. Zudem sind auch keine augenfälligen erheblichen Verletzungen vorhanden, welche sich die Beschwerdeführerin neben dem allfälligen Schleudertrauma bzw. der äquivalenten Verletzung der HWS beim Unfall zugezogen hat. Immerhin verzichtete sie auf dem Unfallplatz auf den Beizug der Sanität und ging erst einen Tag später zum Arzt. Ausserdem wurde das Vorliegen eines MTBI verneint. Bei den aktenkundig vorbestandenen leichten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule, welche in der ersten Hälfte des Jahres 2002 während einer beschränkten Zeit medizinische Massnahmen (Physiotherapie) erforderlich gemacht hatten (Urk. 8/ZM15-17), kann zudem auch nicht von einer erheblich vorgeschädigten Wirbelsäule gesprochen werden. Insgesamt liegt auch das Kriterium der besonderen Schwere und Art der erlittenen Verletzung nicht vor.

5.4

haben k nnnte. Diese zurückhaltende Formulierung hinsichtlich der Auswirkungen auf den Heilungsverlauf vermag den Anforderungen an eine ärztliche Fehlbehandlung, nämlich dass diese nicht nur ausgewiesen ist, sondern auch, dass sie die Unfallfolgen tatsächlich erheblich verschlimmert hat, nicht zu genügen.

5.7         Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung - die zudem zeitweise ausgesetzt wurde - und den geltend gemachten Beschwerden kann nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen zu geschlossen werden, sondern es bedarf hiezu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigen und verzögert haben. Solche Gründe liegen hier nicht vor, weshalb auch dieses Kriterium nicht erfüllt ist.

5.8         Aus den Akten erhellt, dass sich die Beschwerdeführerin offenbar in ihr Schicksal ergab und keine Anstrengungen unternahm, bezüglich Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit Fortschritte zu erzielen. Insbesondere verweigerte bzw. nahm sie die vorgesehenen Therapien nicht konsequent wahr. Das K.____-Gutachten sprach sich zudem bereits im Juli 2005 für eine ganztägige Arbeitsfähigkeit in leichter adaptierter Tätigkeit - mit einer Leistungseinbusse von lediglich 20 % - aus. Dres. M.____ und N.____ votierten im Juli 2007 sogar aus psychiatrischer Sicht für die Wiederaufnahme der als belastend geschilderten Tätigkeit der Beschwerdeführerin mit dementen Patienten (SI-Bericht von D.____ vom 10. Juni 2003 [Urk. 8/ZS1]), aus neurologischer Sicht sei von keiner zusätzlichen Einschränkung auszugehen. Somit ist auch das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengung nicht gegeben.

               

6.                 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass höchstens ein Kriterium (erhebliche Beschwerden) im Rahmen der Adäquanzprüfung erfüllt ist, wobei darauf hinzuweisen ist, dass es nicht in ausgeprägter Form vorliegt. Daher verneinte die Beschwerdegegnerin zu Recht die Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfallereignis vom 2. Dezember 2002 und den über den 30. September 2005 hinaus anhaltend geklagten Beschwerden. Die Beschwerde ist mithin abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1.                 Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.                 Das Verfahren ist kostenlos.

3.                       Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Marc Spescha

- "Zürich" Versicherungs-Gesellschaft

- 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.