

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00552 vom 30. September 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00552

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00552 du 30 septembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00552 del 30 settembre 2009

Erwägungen

E. 4

4.1. Allseitig unbestritten und aktenmässig belegt ist, dass die Versicherte im Rahmen der beiden Auffahrnfälle vom 31. März sowie vom 18. April 2006 jeweils ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule erlitten hatte (vgl. etwa Urk. 10/I/2, Urk. 10/II/4) und dass nach den Unfällen mittels apparativer Untersuchungen keine organisch-strukturellen Läsionen im Bereich der Halswirbelsäule festgestellt werden konnten (vgl. Urk. 1 S. 5, Urk. 5/1 S. 4 f., Urk. 10/I/4, Urk. 10/I/31 S. 2, Urk. 10/I/52, Urk. 16 S. 2). Aus den medizinischen Akten geht indes hervor, dass die Versicherte bereits kurze Zeit nach dem ersten Unfall unter vielfältigen Symptomen wie Kopf- und Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die Arme, Visusstörungen, Schwindel und Schläflichkeit sowie Angst litt (Urk. 10/I/3), wobei diese Beschwerden nach dem zweiten Unfall verstärkt und neu mit Parästhesien in der rechten Hand und Konzentrationsproblemen auftraten (Urk. 10/II/4). In der Folge entwickelte sich auch eine ausgeprägte Angstsymptomatik (Urk. 10/I/9). Das Vorliegen eines für Schleudertraumaverletzungen typischen Symptomenkomplexes ist damit erstellt, womit rechtsprechungsgemäss auch vom Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den erlittenen Schleudertraumata und der danach aufgetretenen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist.

Strittig und zu präzisieren ist, ob die SUVA den Fall per 31. Oktober 2007 abschliessen durfte und bejahendenfalls, ob das Bestehen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den danach fortbestehenden Symptomen und den Unfallereignissen zu bejahen ist. Hinsichtlich der Adäquanzprüfung sind sich die Parteien auch uneins, ob diese unter Anwendung der Grundsätze für Unfälle mit psychischen Folgeschäden gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa oder der modifizierten Adäquanzkriterien für Unfälle mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule, Schädel-Hirntrauma oder ähnlichen Verletzungen (BGE 134 V 130 Erw. 10.3) zu erfolgen hat.

4.2. Aus den Akten ergibt sich folgendes Bild über Art und Verlauf der Beschwerden:

Für die Zeit unmittelbar nach dem ersten Unfall vom 31. März 2006 sind Kopf- und Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die Schultern und Arme, Schwindelbeschwerden und Schläflichkeit sowie Angstsymptome mit innerlichem Zittern dokumentiert (Urk. 10/I/3, Urk. 10/I/6 S. 3 ff.). Nach dem zweiten Unfall vom 18. April 2006 berichtete die Versicherte über eine Verstärkung der bestehenden Symptome, Konzentrationsprobleme, Bauchkrämpfe mit Durchfall, Lustlosigkeit und Depression

sowie Angst, an etwas Schlimmem erkrankt zu sein. Der Hausarzt Dr. Y.____ verordnete Physiotherapie und wies die Versicherte wegen der zunehmend in den Vordergrund drängenden ausgeprägten Angstsymptomatik am 16. Mai 2006 Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zur Beurteilung und Behandlung zu (Urk. 10/I/6 S. 4, Urk. 10/I/7, Urk. 10/I/9). Die Ärzte des H.____, wo die Versicherte aufgrund zunehmender Bauchschmerzen im Anschluss an die beiden Unfälle am 3. Juni 2006 notfallmässig behandelt worden war, liessen ein psychiatrisches Konsilium durchführen und diagnostizierten nebst chronischen Bauchschmerzen unklarer Ätiologie ein mittelschweres agitiert-depressives Zustandsbild mit begleitenden Angstsymptomen im Sinne einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.22; Urk. 10/I/30/2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Psychiater Dr. G.____ sah die Versicherte zwischen dem 30. Mai und dem 29. Juni 2006 viermal. Ihm gegenüber gab sie an, dass der erste Unfall noch nicht schlimm gewesen sei. Nach dem zweiten Unfall sei aber etwas in ihrem Körper geschehen; sie sei in ein Loch gefallen, habe sich verändert und sei nun nicht mehr sich selbst. Sie habe Angst, bald zu sterben, einen Hirnschlag zu erleiden oder Krebs zu haben, sei verzweifelt und denke immer häufiger darüber nach, sich das Leben zu nehmen. Als Beschwerden nannte sie zusätzlich Appetit-, Lust-, Interesse- und Energielosigkeit, Vergesslichkeit, Schlafstörungen, oftmals auftretende stechende Kopfschmerzen sowie episodisch auftretendes Kribbeln in beiden Händen und im Mundbereich mit einem Hitzegefühl. Dr. G.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 16. September 2006 eine mittelgradige agitierte Depression (ICD-10: F32.1), eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) mit Tendenz zur Hyperventilation sowie ein Depersonalisationssyndrom (ICD-10: F48.1). Weiter hielt er fest, dass die Versicherte dringend einer intensiven psychiatrischen Behandlung bedürfte. Da eine stationäre Behandlung von ihr abgelehnt werde, sehe er die einzige Hoffnung für eine Verbesserung der Situation in einer intensiven ambulanten Behandlung in einer Tagesklinik. Auf absehbare Zeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten (Urk. 10/I/30/1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, untersuchte die Versicherte am 30. Juni 2006. Er erhob - bei fehlenden neurologischen Auffällen - eine ausgeprägte myofasciale Symptomatik auf der rechten Seite mit einem Hypertonus im Bereich des rechten Trapezius sowie Levator Scapulae und eine Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule. Die Versicherte benötigte nebst der psychiatrischen Behandlung auch eine myotonolytische Behandlung (Urk. 10/I/31).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Rahmen eines ambulanten Assessments vom 7. September 2006 in der Z.____ waren der ganze Nacken und die Weichteile diffus druckschmerzhaft, ohne dass sich ein umschriebenes Substrat für die geklagten Beschwerden hätte eruieren lassen. Die Halswirbelsäulen-Funktion war kaum eingeschränkt. Die geklagten Kopfschmerzen wurden am ehesten dem Spannungskopfschmerztyp zugeordnet. Die Ärzte der Z.____ stellten verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren fest und wiesen darauf hin, dass anamnestisch eine familiäre Prädisposition für depressive Störungen vorzuliegen scheine. Die Versicherte erbrachte im Rahmen der physio-ergonomischen Testreihe kaum eine verwertbare Leistung und wirkte nach den Tests psychophysisch vollkommen erschöpft. Therapeutisch liess sich kein Zugang finden. Eine telefonische Besprechung mit dem Hausarzt Dr. Y.____ und dem behandelnden Psychiater Dr. G.____ führte die Ärzte der Z.____ zum Schluss, dass aufgrund der schlechten psychischen Verfassung eine

intensive psychotherapeutische Behandlung, vorzugsweise unter stationären Bedingungen, vordringlich sei. Erst nach einer markanten Verbesserung der psychischen Verfassung wäre in einem weiteren Schritt ein coping- und trainingsorientiertes Rehabilitationsprogramm zu diskutieren. Falls nicht innerhalb absehbarer Zeit eine intensive psychiatrische Behandlung aufgenommen werde, bleibe wohl nichts anderes übrig, als den Fall abzuschliessen (Urk. 10/I/32).

Am 26. Februar und 6. März 2007 untersuchte der Neurologe Dr. med. A. ___ die Versicherte. Ihm gegenüber gab sie an, zwischenzeitlich seien vor allem die Angstgefühle zurückgegangen, wogegen die Schmerzen unverändert intensiv andauerten. Deswegen erwache sie häufig in der Nacht, wobei dann auch Einschlafgefühle an den Händen beidseits beständen. Zusätzlich beständen Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten. Dr. A. ___ fand - bei vollständigem Fehlen objektivierbarer neurologischer Ausfälle trotz umfassender apparativer Untersuchungen - klinisch eine eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule sowie eine verdickte und druckdolente Nacken- und Schultermuskulatur vor. Die nächtlichen Gefühlsstörungen an Händen und Armen konnte Dr. A. ___ mangels objektivierbarer Befunde nicht mit einem Carpaltunnelsyndrom erklären und führte sie deshalb auf eine zerviko-radikuläre Problematik zurück. Zur weiteren Behandlung empfahl er Physiotherapie und eine leichte körperliche Aktivierung und besttigte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/I/52).

Die psychiatrischen Fachärzte des Medizinischen Zentrums B. ___, wo sich die Versicherte vom 6. Dezember 2006 bis zum 6. Februar 2007 für acht Wochen zur tagesklinischen Rehabilitation aufhielt, diagnostizierten eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) bei Status nach zweimaliger HWS-Distorsion mit zervikospondyloem und zervikozepalem Syndrom. Im Austrittsbericht vom 19. März 2007 wird beim psychopathologischen Befund unter anderem eine Alexithymie im Spontanverhalten aufgeführt (Alexithymie entspricht dem Unvermögen, Gefühle hinreichend wahrzunehmen, zu beschreiben und von körperlichen Folgen einer Belastungssituation zu unterscheiden und ist häufig Ursache einer Somatisierungsstörung; vgl. Psychembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, Berlin 2002, S. 39). Dem Bericht lässt sich weiter entnehmen, dass die Versicherte die erlebten Symptome keiner klaren Ursache zuordnen konnte und aufgrund hypochondrischer Ängste befürchtete, einen Hirntumor oder eine andere schlimme Krankheit zu haben. Die Ärzte entliessen sie in leicht gebessertem Zustand, bescheinigten ihr aber weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Depression konnte im Zusammenhang mit der Tagesstruktur leicht reduziert werden, wogegen eine Angstreduktion lediglich während der therapeutischen Gespräche, nicht jedoch im Alltag erreicht werden konnte. Als prognostisch günstig erachteten die Ärzte des Medizinischen Zentrums B. ___ die hohe Motivation der Versicherten, als ungünstig die Vielfalt der Beschwerden und die ängstlich-unsichere Persönlichkeitsstruktur. Eine psychotherapeutische Nachbehandlung sei dringend indiziert (Urk. 10/I/56).

Am 24. Mai 2007 erfolgte bei Dr. D. ___ eine kreisärztliche Untersuchung. Dr. D. ___ erhob beidseits deutlich verspannte Pars descendens der Musculi Trapezi mit Druckschmerzhaftigkeit. Im Bereich der Halswirbelsäule bestand demgegenüber kein Muskelhartspann und es fanden sich auch keine Myogelosen. Weiter erhob Dr. D. ___ Bewegungseinschränkungen der Halswirbelsäule und der

Schultergelenke und beobachtete eine bedrückte und verängstigte Stimmung. Laut Dr. D. ___ stand die psychisch desolante Situation der Versicherte anlässlich seiner Untersuchung vöellig im Vordergrund. Die anxiolytische und antidepressive Medikation erscheine ihm in der von der Versicherten angewandten Weise insuffizient zu sein. Die Menge der eingenommenen Schmerzmittel lasse annehmen, dass mittlerweile ein durch Analgetikaabusus bedingtes Kopfschmerzsyndrom vorliege. Die von der Versicherten beschriebenen nächtlichen Gefühlsstörungen in den Armen, welche nach Ansicht von Dr. A. ___ zervikoradikulär bedingt seien, könne er keinem typischen radiologischen Syndrom zuordnen, zumal die radiologische Diagnostik bisher keine Einengung oder Kompression neuronaler Strukturen gezeigt habe. Das bisherige therapeutische Vorgehen sei nicht ausreichend, um eine gewisse Stabilisierung der Versicherten zu erzielen. Dr. D. ___ empfahl dringend die Einleitung einer stationären psychiatrischen Behandlung und bestätigte die bisher ärztlich bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres (Urk. 10/I/67).

Am 20. Juni 2007 untersuchte der Chirurg Dr. F. ___ die Versicherte. Seinem Bericht vom 20. Juni 2007 lässt sich entnehmen, dass sich die Beschwerden im Verlauf etwas gebessert hätten. Dr. F. ___ fand ebenfalls eine Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule vor. Weiter erwähnte er eine palpatorisch verdickte druckdolente Nacken- und Schultermuskulatur, nachts auftretende Parästhesien in Armen und Händen beidseits und äusserte aufgrund seiner Beobachtungen den Verdacht auf neuropsychologische Defizite. Zur Therapie der von ihm als somatisch eingeordneten Beschwerden empfahl er eine Osteopathie- respektive Kraniosakraltherapie und attestierte der Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten (Urk. 10/I/72).

4.3.1

Umstritten ist zunächst, ob die SUVA den Fall per 31. Oktober 2007 abschliessen und die Unfalladäquanz prüfen durfte.

Die Beschwerdeführerinnen machen geltend, der Heilungsprozess bis zum Erreichen des medizinischen Endzustands könne nach einem Schleudertrauma erfahrungsgemäss ohne Weiteres 2-3 Jahre dauern, weshalb die Adäquanzprüfung der SUVA zu früh erfolgt sei (Urk. 2 S. 5 f., Urk. 5/1 S. 4, Urk. 13 S. 2). Dieser Sichtweise kann nicht gefolgt werden. Wie das Bundesgericht nämlich in BGE 134 V 113 Erw. 3.2 klargestellt hat, ist nicht zu fragen, in welchem Zeitpunkt die Adäquanzprüfung vorgenommen werden darf, sondern wann der Unfallversicherer einen Fall abschliessen kann. Zu prüfen ist dabei, ob von der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erreicht werden kann (BGE 134 V 113 ff. Erw. 4; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts in Sachen K. vom 7. August 2008, 8C_311/2007, Erw. 4.2).

Aus dem zuvor wiedergegebenen Beschwerdeverlauf ergibt sich, dass den Ärzten bereits kurze Zeit nach den Unfällen eine schwere psychische Symptomatik mit vorwiegend ängstlichen und depressiven Symptomen auffiel. Von den behandelnden Psychiatern wurden eine generalisierte Angststörung mit Tendenz zu Hyperventilation, ein Depersonalisationssyndrom sowie eine mittelgradige Depression diagnostiziert. Die klinischen Befunde mit möglichem somatischem Hintergrund beschränkten sich demgegenüber auf Spannungskopfschmerzen, Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, eine verspannte Muskulatur vornehmlich im Bereich der

Musculi Trapezii sowie anfänglich auch des Levator Scapulae, eine Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule sowie nächtliche Gefäßstörungen in den Händen. Hierbei handelt es sich fast ausschliesslich um Befunde, welche auch durch rein psychische Störungen verursacht beziehungsweise aufrechterhalten werden können. So wies Dr. D. ___ in seiner Stellungnahme vom 21. September 2007 etwa hinsichtlich der nächtlichen Gefäßstörungen in den Händen darauf hin, dass er diese Symptomatik mit Blick auf die fehlenden Hinweise für eine Komprimierung des Rückenmarks oder von Nervenwurzeln im Bereich der Halswirbelsäule am ehesten durch eine Hyperventilation erklären würde. Bereits der Psychiater Dr. G. ___ hatte auf die Tendenz der Versicherten zur Hyperventilation hingewiesen (vgl. Urk. 10/I/30/1; vgl. auch Urk. 20/1 S. 5). Hinsichtlich der beschriebenen muskulären Verspannungen der Rückenmuskulatur ist allgemein bekannt, dass solche Symptome - insbesondere bei ängstlichen und/oder zur Somatisierung neigenden Personen - auch durch Stress verursacht werden können. Für eine solche Genese spricht auch, dass Dr. I. ___ bereits am 30. Juni 2006, wie später auch Dr. D. ___, keine verspannte Halswirbelsäulenmuskulatur (mehr) vorfand (Urk. 10/I/31, Urk. 10/I/67). Eine Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule allein ist sodann kein besonders schwerwiegender Befund. Die Spannungskopfschmerzen wurden von Dr. D. ___ einem Analgetika- beziehungsweise Medikamentenüberkonsum zugeschrieben (Urk. 10/I/67 S. 4). Die Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten konnte Dr. D. ___ als Nebenerscheinung der von der Versicherten eingenommenen psychiatrischen Medikation erklären (Urk. 10/I/89), wobei solche Symptome erfahrungsgemäss ebenfalls durch eine Depression und andere psychische Störungen verursacht werden können. Hinsichtlich der von den Dres. A. ___ und F. ___ beobachteten palpatorisch verdickten Nacken- und Schultermuskulatur (Urk. 10/I/52, Urk. 10/I/72) argumentierte Dr. D. ___ in seiner Stellungnahme vom 21. September 2007 in schlüssiger Weise, dass bei der Versicherten keine Zeichen einer Entzündung festgestellt werden konnten, welche eine solche Symptomatik erklären könnte, dass ein ebenfalls als Ursache in Frage kommendes Ätiom pathophysiologisch unwahrscheinlich sei und ein solcher Befund im übrigen auch nicht pathologisch sein müsse, zumal er selbst keine verdickte Nacken- und Schultermuskulatur festgestellt habe (Urk. 10/I/89; vgl. auch Urk. 20/1 S. 5). Schliesslich ist auch festzuhalten, dass die in der Beurteilung der Röntgen- und CT-Bilder vom 7. April 2006 erwähnte Streckhaltung der Halswirbelsäule (Urk. 10/I/4) nach Einschätzung der Spezialisten der C. ___ aufnahmebedingt ist, da die Patienten in solchen Fällen jeweils aufgefordert würden, den Kopf zu strecken und die Schultern zu senken, damit die Halswirbelsäule möglichst ganz abgebildet werde (Urk. 10/I/40 S. 4). Zu berücksichtigen ist auch, dass die Ärzte des Medizinischen Zentrums B. ___ sowie Dr. D. ___ noch Mitte 2007 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit der Versicherten aus psychischen Gründen ausgingen. Aus dem Gesagten ist zu schliessen, dass die psychischen Symptome der Versicherten sowohl kurz nach den Unfällen als auch im gesamten Verlauf bis zum Fallabschluss eindeutig im Vordergrund standen.

4.3.4.4 Die behandelnden Ärzte hielten bereits bald nach den Unfällen die Behandlung der im Vordergrund stehenden psychischen Symptomatik für vordringlich (vgl. etwa Urk. 10/I/9, Urk. 10/I/30/1). Dies leuchtet ein, war doch der Versicherten auch noch in den Berichten der Ärzte des Medizinischen Zentrums B. ___ vom 19. März 2007 sowie von Kreisarzt Dr. D. ___ vom 24. Mai 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen bescheinigt worden (Urk. 10/I/56, Urk. 10/I/67). Die am 30. Mai

2006 aufgenommene psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei Dr. G.____ hatte keine wesentliche Besserung der Beschwerdesituation zu erbringen vermocht, so dass Dr. G.____ eine intensivere psychiatrische Behandlung als unumgänglich erachtete (Urk. 10/I/30/1). Indes führte auch die intensive psychiatrische Behandlung während zwei Monaten vom 6. Dezember 2006 bis zum 6. Februar 2007 im Rahmen einer tagesklinischen Rehabilitation im Medizinischen Zentrum B.____ nicht zum gewünschten Erfolg. Die Versicherte wurde mit leicht reduzierten depressiven Symptomen bei anhaltender Angstsymptomatik und weiterhin 100%iger Arbeitsunfähigkeit entlassen. Die Ärzte des Medizinischen Zentrums B.____ empfahlen dringend die weitere psychotherapeutische Nachbehandlung und konnten der Versicherten keine günstige Prognose ausstellen (Urk. 10/I/56). Auch Kreisarzt Dr. D.____ musste am 24. Mai 2007 die vollständige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen bestätigen. Weiter stellte er fest, dass das bisherige therapeutische Vorgehen nicht ausreicht, um eine Stabilisierung - und nicht Besserung - der psychischen Symptomatik zu erreichen. Deshalb empfahl er eine stationäre psychiatrische Behandlung. Ist die psychische Symptomatik, welche sich im Anschluss an zwei Schleudertraumata entwickelt hat, trotz intensiver Behandlung auch noch mehr als ein Jahr nach dem letzten Unfall nicht einmal stabilisiert bei ungewisser Prognose, darf mit der SUVA ohne weiteres darauf geschlossen werden, dass in absehbarer Zeit nicht mit einer namhaften Besserung der Situation zu rechnen ist, sondern ein langes Andauern der Beschwerden oder gar eine Chronifizierung zu erwarten ist.

Die Ärzte der Z.____ hatten sodann im September 2006 - und mithin vor der teilstationären Behandlung im Medizinischen Zentrum B.____ - darauf hingewiesen, dass aufgrund der schlechten psychischen Verfassung ein Rehabilitationsprogramm zur Verbesserung der Nacken- und Rückenbeschwerden erst nach einer markanten Verbesserung der psychischen Symptomatik erwogen werden könne, wobei andernfalls wohl nichts anderes übrig bleibe, als den Fall abzuschliessen (Urk. 10/I/32). Da sich die psychische Symptomatik in der Folge trotz intensiver Behandlung nicht wesentlich verbessert hat, ist davon auszugehen, dass bei Fallabschluss auch von einer Behandlung der (nur leichten) somatischen Beschwerden aufgrund der blockierenden psychischen Problematik keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden konnte (vgl. auch Erw. 4.2 im Urteil des Bundesgerichts in Sachen K. vom 7. August 2008, 8C_311/2007).

Die diversen Hinweise auf eine leichte Besserung der Beschwerdesituation in den medizinischen Akten führen entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerinnen nicht zu einem anderen Schluss. Sämtliche bis zum Fallabschluss berichtenden Ärzte gingen nämlich weiterhin - trotz teilweise festgestellter leichter Besserung - von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Zur Annahme einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes ist indes auch eine zu erwartende wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erforderlich (vorstehend Erw. 1.2). Im übrigen genügt auch die blosser Hoffnung auf eine positive Beeinflussung der Beschwerden durch die medizinische Behandlung rechtsprechungsgemäss nicht, um eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erwarten zu lassen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen S. vom 8. August 2005, U 158/05, Erw. 3.1).

Ferner ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die von der Versicherten erlittenen HWS-Distorsionen eher leicht waren (vgl. Erw. 4.4.2 nachstehend),

weshalb angesichts des anhaltenden vielfältigen Beschwerdebildes mehr als ein Jahr nach dem Unfall trotz kontinuierlicher Behandlung mit verschiedenen therapeutischen Ansätzen von einer erheblichen Chronifizierungsgefahr auszugehen war. Im Übrigen lässt auch der nach Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids erstellte Bericht des Hausarztes Dr. Y. ___ vom 27. November 2007 auf eine ungünstige Entwicklung schliessen. Dr. Y. ___ attestierte der Versicherten nämlich Ende November 2007 bei ungünstiger Prognose weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und hielt fest, dass die therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft seien.

4.3.5.5 Mit der Replikschrift vom 7. März 2008 (Urk. 13) reichte die Versicherte eine aktualisierte Kranken- und Unfallkarte zu den Akten, woraus hervorgeht, dass ihr von den Dres. F. ___ und Y. ___ sowie von Dr. med. J. ___, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, ab Februar 2008 eine 25%ige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde (Urk. 14). Eine zu erwartende namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes, welche den Fallabschluss durch die SUVA per 31. Oktober 2007 als verfrüht hätte erscheinen lassen, vermag die eingereichte Kranken- und Unfallkarte indes nicht zu belegen. Zwar können Tatsachen, welche den für das Sozialversicherungsgericht in der Regel massgebenden Sachverhalt zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Einspracheentscheides (BGE 130 V 140 Erw. 2.1 mit Hinweis) verändert haben, ausnahmsweise berücksichtigt werden. Dies ist aber nach der Rechtsprechung nur möglich, wenn die Tatsachen kurze Zeit nach dem Erlass des angefochtenen Entscheides eingetreten sind, sich ihre Beachtung aus prozessökonomischen Gründen unbedingt aufdrängt und sie hinreichend klar feststehen (BGE 105 V 161 f. Erw. 2d; ZAK 1984 S. 349 Erw. 1b). Da im eingereichten Attest jegliche Begründung für die neu bescheinigte Arbeitsfähigkeit fehlt und daraus insbesondere auch nicht hervorgeht, ob die Besserung eher auf Seiten der psychischen Beschwerden oder der Halswirbelsäulenproblematik eingetreten ist, fehlt es an einer nachvollziehbaren Begründung. Die durch die Kranken- und Unfallkarte bescheinigte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit steht mithin aus beweisrechtlicher Sicht nicht hinreichend klar fest, weshalb nicht berücksichtigt werden kann. Im Übrigen stellt sich aufgrund der Ausführungen der Beschwerdeführerin in der Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 4 ff.) - welche vor der ärztlichen Bescheinigung der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit eingereicht wurde - auch die Frage, ob die neu attestierte 25%ige Arbeitsfähigkeit lediglich auf ihren subjektiven Angaben basierte, welche aus versicherungsrechtlichen Überlegungen zur Herausforderung des Fallabschlusses gemacht wurden (vgl. auch Urk. 13 S. 2 f.).

4.3.6 Die vorstehenden Ausführungen müssen zum Schluss führen, dass trotz länger dauernder Behandlung der Versicherten - in BGE 134 V 124 f. Erw. 9.4 nimmt das Bundesgericht an, dass bereits nach sechsmonatiger Beschwerdepersistenz von einem längeren Andauern der Beschwerden zu sprechen ist - bei eher leichtem Schweregrad der erlittenen HWS-Distorsionen (vgl. Erw. 4.4.2) im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 31. Oktober 2007 (bzw. auch bei Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides) auf absehbare Zeit keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes durch die laufenden Behandlungen erwartet werden konnte. Der Fallabschluss der SUVA per 31. Oktober 2007 ist daher nicht zu beanstanden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

4.4 Ä Ä Ä Ä

4.4.1.1.1 Strittig ist sodann, ob zwischen den nach dem Fallabschluss durch die SUVA fortbestehenden Beschwerden und den Unfällen ein adäquater Kausalzusammenhang bestand, was Voraussetzung für die Ausrichtung weiterer Versicherungsleistungen bildet. Nach dem zuvor Gesagten (Erw. 4.3.3) ist erwiesen, dass die psychischen Gesundheitsstörungen bereits kurze Zeit nach den Unfällen und im gesamten Verlauf bis zum Fallabschluss eindeutig im Vordergrund standen. Die Adäquanzbeurteilung hat daher rechtsprechungsgemäss nach den Kriterien von BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa zu erfolgen. Da die nach dem Unfall vom 31. März 2006 aufgetretenen Beschwerden durch den zweiten Unfall vom 18. April 2006 verstärkt wurden, ist den gesundheitlichen Folgen der beiden Unfälle gemäss der in vorstehender Erw. 1.5 zitierten Rechtsprechung im Rahmen der Beurteilung der einzelnen Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts in Sachen E. vom 22. August 2008, 8C_266/2008, Erw. 4.2.1).

4.4.2.1.1 Die Harmlosigkeitsgrenze für nicht unerhebliche HWS-Beschwerden nach Heckkollisionen wird aus biomechanischer Sicht im Normalfall bei einer kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung (Δv) von 10-15 km/h angenommen (Urteil des Bundesgerichts in Sachen B. vom 23. August 2007, U 402/05, Erw. 6.1 mit Hinweisen). Gemäss Biomechanischer Kurzbeurteilung der C. vom 26. Oktober 2006 dürfte die von der Versicherten am 31. März sowie am 18. April 2006 jeweils erlebte kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung unterhalb oder knapp innerhalb des Bereiches von 10-15 km/h gelegen haben (Urk. 10/II/29, Urk. 10/I/40). Am 8. Februar 2008 wurde durch den Unfallanalytiker K. zusätzlich noch ein unfallanalytisches Kurzgutachten erstellt. Danach betrug die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung am 31. März 2006 2,8-6,7 km/h (Urk. 20/2/1 S. 3) und am 18. April 2006 1,7-5,2 km/h (Urk. 20/2/2 S. 4). Aufgrund des Fehlens besonderer Umstände ist mit Blick auf die vorliegenden unfallanalytischen Gutachten inklusive Fotos über die entstandenen Fahrzeugschäden zu schliessen, dass die beiden Unfälle vom 31. März sowie vom 18. April 2006 höchstens bei den mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen einzuordnen sind (vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 16. Mai 2008, 8C_252/2007, Erw. 6.2). Ob insbesondere aufgrund der Ergebnisse des unfallanalytischen Kurzgutachtens vom 8. Februar 2008 sogar nur von leichten Unfällen auszugehen wäre, kann aufgrund der nachfolgenden Erwägungen offen bleiben.

4.4.3.1.1 Aufgrund der Unfallschwere wäre die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zu bejahen, wenn die Kriterien gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa gehäuft oder auffallend gegeben wären oder eines der Kriterien in besonders ausgeprägter Weise vorliegen würde (vorstehend Erw. 1.4.3).

1.1.1.1 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindringlichkeit des Unfalls ist objektiv zu beurteilen und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens beziehungsweise Angstgefühls der versicherten Person (Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 16. Mai 2008, 8C_252/2007, Erw. 7.1). Das Kriterium ist vorliegend nicht erfüllt.

1.1.1.1 Die Diagnose einer HWS-Distorsion genügt für sich allein nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 16. Mai 2008, 8C_252/2007, Erw. 7.2.1 mit Hinweisen). Die Versicherte hat innerhalb von drei Wochen zweimal ein

Schleudertrauma der Halswirbelsäule erlitten. Auch hatte sie offenbar bereits im Jahr 1990 einen Auffahrunfall (Urk. 1 S. 5). Unter diesen Umständen ist der Erfahrung Rechnung zu tragen, dass pathologische Zustände nach HWS-Verletzungen bei erneuter Traumatisierung ausserordentlich stark exazerbieren können und eine HWS-Distorsion, welche eine bereits durch einen früheren versicherten Unfall erheblich vorgeschädigte Halswirbelsäule betrifft, speziell geeignet ist, die typischen Symptome hervorzurufen, und deshalb als Verletzung besonderer Art zu qualifizieren ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen E. vom 22. August 2008, 8C_266/2008, Erw. 4.2.3 mit Hinweisen). Mit Blick auf das vollständige Fehlen sichtbarer Läsionen im Bereich der Halswirbelsäule auf den Röntgen- und CT-Bildern vom 7. April 2006 (Urk. 10/I/4), weshalb im Fall der Versicherten nicht von einer besonders stark vorgeschädigten Halswirbelsäule ausgegangen werden kann, ist das Kriterium der besonderen Art der erlitten Verletzungen nicht als in besonders ausgeprägter Weise erfüllt anzusehen.

Es kann auch nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung der somatischen Beschwerden gesprochen werden, da die psychischen Beschwerden bereits kurze Zeit nach den Unfällen klar im Vordergrund standen und eine adäquate Behandlung der körperlichen Symptome verunmöglichten. Der Grossteil der bisherigen Therapiebemühungen, insbesondere auch der teilstationäre Aufenthalt im Medizinischen Zentrum B. ____, diente vorwiegend der Behandlung der im Vordergrund stehenden psychischen Symptomatik.

Das Kriterium Dauerbeschwerden ist ebenfalls nicht erfüllt, da durch die ärztlichen Berichte belegt wird, dass die körperlichen Beschwerden der Versicherten (hauptsächlich Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule sowie Verspannung der Rückenmuskulatur) relativ geringfügig waren. Ferner wurde bereits darauf hingewiesen, dass ein Grossteil des somatisch anmutenden Beschwerdebildes auch psychische Ursachen haben könnte, weshalb nicht erstellt ist, dass es sich hierbei um (rein) körperliche Beschwerden handelt (vgl. Erw. 4.3.3). Auch die Adäquanzkriterien schwieriger Heilungsverlauf mit erheblichen Komplikationen sowie Grad und Dauer der (rein körperlich bedingten) Arbeitsunfähigkeit sind nicht erfüllt, da die Beschwerden vorwiegend psychisch begründet sind und als solche unberücksichtigt bleiben. Für eine ärztliche Fehlbehandlung gibt es in den Akten keine Anhaltspunkte.

Abschliessend ergibt sich, dass ein einziges Adäquanzkriterium erfüllt ist, aber nicht in besonders ausgeprägter Weise. Dies reicht zur Adäquanzbejahung aufgrund der Einordnung der Unfälle als leichtere Fälle im mittelschweren Bereich nicht aus. Die Vorinstanz hat das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den nach der Leistungseinstellung per 31. Oktober 2007 fortbestehenden Beschwerden und den beiden Unfällen demnach zu Recht verneint.

Die Beschwerde ist abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

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

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur

- Helsana Versicherungen AG
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift 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.