

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00115 vom 27. November 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-11-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00115

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00115 du 27 novembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00115 del 27 novembre 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 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).

1.2 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als

bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

1.3. Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsumschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

1.4. 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).

1.5. Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 112 Erw. 2.1).

1.6. Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 134 V

116 Erw. 6.1, 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

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

1.8 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung

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

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

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

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

Die Beurteilung der Adäquanzen 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 und in BGE 134 V 109 präzisierten beziehungsweise modifizierten 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.).

E. 2

2.1 Die SUVA begründete die Leistungseinstellung im Wesentlichen unter Hinweis auf das Ergebnis der versicherungsmedizinischen neurologischen und orthopädischen Abklärung vom 20. Februar 2008 (vgl. Urk. 6/141) damit, dass die über den 31. Januar 2007 hinaus persistierenden Beschwerden, denen keine unfallbedingten objektivierbaren organischen Befunde zugrunde lägen (vgl. Urk. 2 S. 7, Urk. 5 S. 4), angesichts des Fehlens einer für ein Schleudertrauma typischen Vielzahl von Beschwerden (vgl. Urk. 2 S. 7), der lediglich leichten HWS-Distorsion, der vorbestandenen muskulären Schmerzen, der neunmonatigen Latenzzeit der Kopfschmerzen und der sekundären Schmerzzunahme mit Symptomausweitung in keinem natürlichen Kausalzusammenhang zur Auffahrkollision vom 17. November 2003 ständen (vgl. Urk. 2 S. 7, Urk. 5 S. 4). Hinzuweisen sei insbesondere darauf, dass der Reizzustand in der rechten Schulter auf eine beginnende Arthrose zurückzuführen und damit krankhafter Genese sei (vgl. Urk. 5 S. 3). Selbst wenn man vom Vorliegen der für ein Schleudertrauma charakteristischen Beschwerden ausginge, müsste der Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen - mangels adäquat kausaler Unfallfolgen - verneint werden (vgl. Urk. 2 S. 7 ff., Urk. 5 S. 5 ff.).

2.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, sie habe, nachdem die Unfallverursacherin ihr mit einer Geschwindigkeit von 30 bis 35 km/h ins Heck gefahren sei (vgl. Urk. 1 S. 2), sofort unter ausstrahlenden Nackenschmerzen, Schwindel, Kopfschmerzen (vgl. Urk. 1 S. 2 und S. 5 f.) und in der Folge auch an verschiedenen weiteren, für eine Schleudertrauma-Verletzung typischen Symptomen (vgl. Urk. 1 S. 6 f.) gelitten, wobei schon aufgrund der zeitlichen Gegebenheiten die Auffahrkollision und nicht etwa degenerative Veränderungen der Gelenke (auch) für die rechtsseitigen Schulterschmerzen ursächlich sei (vgl. Urk. 1 S. 6). Die anhaltenden Beschwerden liessen sich weder mit der - nach einer von Oktober 2002 bis Mitte März 2003 durchgeführten physiotherapeutischen Behandlung nicht mehr symptomatischen - früher diagnostizierten Fibromyalgie noch mit einer Schmerzverarbeitungs- respektive Befindlichkeitsstörung erklären (vgl. Urk. 1 S. 6). Während in Bezug auf die deutlichen kognitiven Einschränkungen eine einschlägige Untersuchung gänzlich unterblieben sei, sei der medizinische Sachverhalt in orthopädischer Hinsicht lediglich unzureichend abgeklärt worden (vgl. Urk. 1 S. 10). Da zwischen dem als mittelschwer zu qualifizierenden Unfall vom 17. November 2003 und der persistierenden Symptomatik nicht nur ein natürlicher, sondern - in Anbetracht der Erfüllung sämtlicher rechtsprechungsgemäss zu präferender Kriterien - auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehe, sei die Leistungseinstellung zu Unrecht erfolgt (vgl. Urk. 1 S. 7 ff.).

E. 3.1

3.1.1 Betreffend den Gesundheitszustand vor der Auffahrkollision vom 17. November 2003 ist aktenkundig, dass die Beschwerdeführerin am 3. Dezember 2002 - auf Zuweisung ihres Hausarztes hin - die Ärzte der Klinik W., Rheumatologie, konsultiert hatte. Diese stellten in ihrem Bericht vom 4. Dezember 2002 (Urk. 6/88.2-3) nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 6/88.2):

- Status nach Fibromyalgie-Schub

- Adipositas

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anamnestisch leide die Patientin seit ein paar Jahren an beidseitigen Beinschmerzen. Seit einer Mitte September 2002 erlittenen Nierenkolik bestÄ¼nden zudem diffuse Gelenkschmerzen in beiden HÄ¼nden, Schmerzen in den Armen und Beinen sowie im Bereich des ganzen RÄ¼ckens, wobei sÄ¼mtliche genannten Partien Ä¼usserst druckempfindlich gewesen seien, bis vor zwei Wochen insofern eine deutliche Besserung eingetreten sei, als die Symptome nun nur noch etwa zweimal pro Woche auftrÄ¼ten. Aktuell fehlten die klassischen Druckdolenzen (Tenderpoints), weshalb sich die Diagnose einer Fibromyalgie nicht sicher stellen lasse. Auch seien keine Anhaltspunkte fÄ¼r ein entzÄ¼ndliches Geschehen vorhanden. In therapeutischer Hinsicht sei zu begrÄ¼ssen, dass die Patientin mittels DiÄ¼t eine drastische Gewichtsreduktion erreichen wolle und sich nun regelmÄ¼ssig einem Kraft- und Ausdauertraining unterziehe (vgl. Urk. 6/88.2).

3.1.2Ä¼ Ä¼ Im Zusammenhang mit dem Fibromyalgiesyndrom wurden vom 1. Oktober 2002 bis 17. MÄ¼rz 2003 physikalische Massnahmen durchgefÄ¼hrt, wobei gemÄ¼ss der behandelnden Therapeutin eine rund 30%ige Schmerzreduktion erreicht werden konnte (vgl. Bericht vom 18. Mai 2006, Urk. 6/102).

E. 3.2

3.2.1Ä¼ Ä¼ Im Bezug auf den Gesundheitszustand der BeschwerdefÄ¼hrerin nach dem Unfall vom 17. November 2003 geht aus den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes hervor:

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Die noch am Unfalltag ambulant konsultierten Ä¼rzte des Spitals V.____, Chirurgische Klinik, diagnostizierten eine Distorsion der HWS. Die Patientin habe angegeben, die HWS bei der Kollision Ä¼berstreckt, den Kopf allerdings nicht angeschlagen zu haben. Nach rund fÄ¼nf Minuten seien - mit Schwindel verbundene - zunehmende Schmerzen im Bereich der rechtsseitigen HWS aufgetreten. Die radiologische Untersuchung habe keine ossÄ¼ren LÄ¼sionen ergeben. Es seien eine Analgesie und physikalische Massnahmen verordnet worden; bis 19. November 2003 bestehe eine 100%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit (vgl. Bericht vom 17. November 2003, Urk. 6/8.1).

3.2.2Ä¼ Ä¼ Nachdem sie die BeschwerdefÄ¼hrerin am 27. Februar 2004 in der WirbelsÄ¼ulensprechstunde untersucht hatten, stellten die Ä¼rzte der UniversitÄ¼tsklinik B.____, OrthopÄ¼die, am 10. MÄ¼rz 2004 nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 6/20.1):

- Status nach HWS-Schleudertrauma am 17. November 2003 mit/bei

- persistierenden Nacken-Schulter-Schmerzen

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Das MRI habe keine ossÄ¼ren, faskalen [richtig wohl: faszialen] oder ligamentÄ¼ren Defekte und auch keine Anzeichen fÄ¼r ein Kompressionssyndrom ergeben (vgl. Urk. 6/20.1). Radiologisch sei ein regelrechtes Alignment der HWS ohne Hinweise auf eine ossÄ¼re LÄ¼sion festgestellt worden (vgl. Urk. 6/20.2).

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Eine Verletzung im Bereich der HWS kÄ¼nne als Ursache der Beschwerdesymptomatik ausgeschlossen werden. Die BeeintrÄ¼chtigungen in der rechten Schulter kÄ¼nnten allenfalls die Folge von Verspannungen und Irritationen in der Schultermuskulatur sein. Die bereits durchgefÄ¼hrte Ultraschalltherapie bringe diesbezÄ¼glich eine Linderung. Um Klarheit Ä¼ber die Beschwerdeintervalle gewinnen

zu kÄ¶nnen, habe man die Patientin angewiesen, ein entsprechendes Protokoll zu fÄ¼hren (vgl. Urk. 6/20.2).

3.2.3Ä Ä Der Hausarzt der BeschwerdefÄ¼hrerin, Dr. med. C.____, Facharzt FMH fÄ¼r Allgemeine Medizin, hielt am 18. MÄ¶rz 2004 fest, die Patientin leide - bei Status nach Schleudertrauma - weiterhin unter den bekannten Beschwerden. Es erfolge eine medikamentÄ¶se Behandlung mit einem nichtsteroiden Antirheumatikum (NSAR) und Psychopharmaka sowie eine Physiotherapie; die Konsultationen fÄ¼nden in einmonatigen AbstÄ¼nden statt. Der Heilungsverlauf werde durch keine unfallfremden Faktoren beeinflusst (vgl. Urk. 6/19).

3.2.4Ä Ä In seinem Bericht vom 27. April 2004 (Urk. 6/24) gab Dr. C.____ an, wegen des persistierenden symptomatischen Schleudertraumas fÄ¼nden weiterhin monatlich Konsultationen statt; zur Behandlung der neurologischen Beschwerden sei eine Kraniosakraltherapie angezeigt. Hinsichtlich der Wiederaufnahme der Arbeit erscheine es als sinnvoll, dass die SUVA dafÄ¼r Sorge, dass die Arbeitgeberin der Patientin eine geeignete TÄ¶tigkeit zuweise.

3.2.5Ä Ä Am 17. Juni 2004 berichteten die Ä¶rzte der UniversitÄ¶tsklinik B.____, OrthopÄ¶die, bei der BeschwerdefÄ¼hrerin seien anamnestisch kurz nach der am 17. November 2003 erlittenen Heckkollision Schwindel sowie Nackenschmerzen aufgetreten. Bis anhin hÄ¶tten sich die Beschwerden - trotz zwischenzeitlich erfolgter mehrerer Physiotherapiesitzungen und der gelegentlichen Einnahme von Analgetika - nicht gebessert. Die Patientin beschreibe einen intervallartigen Verlauf mit schmerzfreen Tagen, wobei die Beschwerden jeweils nach Bewegungen im rechtsseitigen Nacken-Schulter-Bereich wieder auftrÄ¶ten. Die Nachtruhe sei gestÄ¶rt (vgl. Urk. 6/26.1). Seitens des Hausarztes sei seit dem Unfalltag eine vollstÄ¶ndige ArbeitsunfÄ¶higkeit attestiert worden (vgl. Urk. 6/26.2).

3.2.6Ä Ä AnlÄ¶sslich der kreisÄ¶rztlichen Untersuchung vom 3. August 2004 berichtete die BeschwerdefÄ¼hrerin Ä¼ber eine - wohl der Kraniosakraltherapie zuzuschreibende - Besserung und gab an, sich auch einer Ayurvedamassage und einer Fussreflexzonen-therapie zu unterziehen, jedoch keine Medikamente mehr einzunehmen (vgl. Urk. 6/35.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. Z.____ mutmasste, dass die intermittierenden heftigen Kopfschmerzen, die mÄ¶glichlicherweise durch eine Abduktionsbewegung der rechten Schulter ausgelÄ¶st wÄ¼rden, mit einer MigrÄ¶ne zu erklÄ¶ren sein kÄ¶nnen. Betreffend die rechtsseitigen Schulterschmerzen sah sich der genannte Arzt aufgrund der schmerzbedingt eingeschrÄ¶nkten UntersuchungsmÄ¶glichkeiten ausserstande, zuverlÄ¶ssig zu beurteilen, wie weit das Schultergelenk direkt eingesteift sei; immerhin habe die rechte Schulter ein StÄ¼ck weit passiv mobilisiert werden kÄ¶nnen, ohne dass sich klare WiderstÄ¶nde gezeigt hÄ¶tten (vgl. Urk. 6/35.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Patientin wirke psychisch angespannt und aufgrund der Auffahrkollision immer noch verÄ¶ngstigt. Dennoch lenke sie phasenweise wieder ein Auto, was zu begrÄ¼ssen sei (vgl. Urk. 6/35.2). Angesichts der Tatsache, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin den fraglichen Unfall auf psychischer Ebene noch nicht verarbeitet habe, falle eine psychotherapeutische Behandlung in Betracht, wobei es dem Hausarzt obliege, eine solche zu verordnen (vgl. Urk. 6/35.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Angesichts des Verdachts auf eine MigrÄ¶ne sei eine neurologische AbklÄ¶rung indiziert. Gegebenenfalls lasse sich wohl mit einer adÄ¶quaten

medikamentöser Behandlung eine Linderung erzielen, was es dann auch erlaubte, die rechte Schulter noch genauer zu untersuchen (vgl. Urk. 6/35.2). Bis dahin bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 6/35.2).

3.2.7 In der Folge wurde die Beschwerdeführerin am 18. August 2004 von Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Neurologie, untersucht. Dieser stellte in seinem tags darauf verfassten Bericht (Urk. 6/39.1-4) folgende Diagnosen (vgl. Urk. 6/39.1):

- Rezidivierende Anfälle einfacher Migräne
- Spannungskopfschmerzen
- Zervikales und zervikobrachiales Schmerzsyndrom
- Status nach Distorsionstrauma der HWS
- Arterielle Hypertonie
- Adipositas

Die Patientin habe angegeben, seit dem Unfall unter Kopfschmerzen zu leiden. Einerseits bestehe ein permanenter Druck bitemporal, andererseits träten - ohne tageszeitliche Bindung, anfänglich in Intervallen von drei Tagen, mittlerweile noch einmal wöchentlich - sehr starke Kopfschmerzattacken auf, die begleitet würden von leichtem Trümmelgefühl, Lichtscheu, Lärmempfindlichkeit und gelegentlich auch Übelkeit mit Erbrechen. Überdies fühle sich die Beschwerdeführerin bei Menschenansammlungen unruhig beziehungsweise unsicher (vgl. Urk. 6/39.2).

Während sich die in letzter Zeit noch etwa einmal wöchentlich auftretenden Kopfschmerzen mit einer einfachen Migräne ohne Aura vereinbaren liessen, seien die bifrontalen Druckschmerzen semiologisch mit einfachen Spannungskopfschmerzen zu erklären. Darüber hinaus habe die Untersuchung ein diskretes zervikales Schmerzsyndrom ohne Hinweise auf eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik ergeben. Ein Meningismus könne ausgeschlossen werden (vgl. Urk. 6/39.2).

Zehn Minuten nach der Konsultation habe sich die Patientin wegen starker zervikaler - von ihr auf die im Rahmen der Untersuchung vorgenommene Prüfung der HWS-Beweglichkeit zurückzuführen - Schmerzen wieder in der Praxis gemeldet (vgl. Urk. 6/39.2 f.). Unter medikamentöser Behandlung hätten sich die Kopfschmerzen dann im Laufe der nächsten halben Stunde etwas gebessert, wobei es während dieser Zeit zu einer Zunahme der Verspannung am rechten Arm und am rechten Bein gekommen sei. Angesichts der gleichzeitigen Dyspnoe sei der klinische Eindruck einer begleitenden Hyperventilationstetanie entstanden (Urk. 6/39.3).

In therapeutischer Hinsicht sei eine medikamentöse Kopfschmerzprophylaxe zu empfehlen. Zu diskutieren sei sicher auch eine antidepressiv-anxiolytische Behandlung. Betreffend die paroxysmal auftretenden einseitigen Beschwerden mit Muskelverspannung könne möglicherweise ein schnell wirkendes Benzodiazepin eine Besserung bringen (vgl. Urk. 6/39.3).

3.2.8 Dr. C.____ berichtete am 11. November 2004, der Gesundheitszustand habe sich insgesamt verbessert. Gegenwärtig würden eine Gesprächstherapie, eine Kraniosakraltherapie, Fussreflexzonenmassagen sowie eine medikamentöse Behandlung

mit NSAR durchgeführt. Am 23. August 2004 habe die Patientin die Arbeit wieder zu 20 % aufgenommen (vgl. Urk. 6/39).

3.2.9.2 Gestützt auf die Ergebnisse der Untersuchung vom 1. Dezember 2004 hielt Dr. Z. ___ in seinem Bericht vom 2. Dezember 2004 (Urk. 6/41) fest, die Patientin, bei der ein Status nach Distorsion der HWS nach Auffahrkollision am 17. November 2003 bestehe, leide einerseits noch unter massigen, tendenziell abnehmenden Kopfschmerzen. Die neuropsychologische Leistungsfähigkeit habe sich wieder verbessert, was sich darin zeige, dass die Arbeitseinsätze zunehmend besser gelingen (vgl. Urk. 6/41.3).

Auch die Schulterfunktion rechts habe sich teilweise erholt. Während die Flexion wieder annähernd frei und auch schmerzarm gelinge, sei die höhergradige Abduktion noch gehemmt und schmerzhaft. Wie sich die geklagte Symptomatik pathologisch anatomisch erklären lasse, sei unklar, ein wesentlicher Defekt der Rotatorenmanschette erscheine aber als unwahrscheinlich. Angesichts der klaren Besserungstendenz seien zusätzliche Abklärungen derzeit nicht indiziert (vgl. Urk. 6/41.3).

Der nicht sehr hohe Medikamentenkonsum und auch die Kraniosakraltherapie, die sich bei der Patientin bewährt habe, könnten vorerst weitergeführt werden. Seit 23. August 2004 arbeite die Beschwerdeführerin im Rahmen eines therapeutischen Arbeitseinsatzes viermal pro Woche zwei Stunden täglich. Ab November 2004 könne wieder von einer Arbeitsfähigkeit im Umfang von 20 % ausgegangen werden. Nach dem über die Festtage geplanten Aufenthalt in Übersee, dem aus medizinischer Sicht nichts entgegen stehe, sei eine sukzessive Steigerung dieser Arbeitsfähigkeit anzustreben (vgl. Urk. 6/41.3).

E. 3.2.10

Am 22. März 2005 gab Dr. C. ___ an, die Patientin klage weiterhin über Kopfschmerzen, Verspannungen im Bereich der HWS sowie über eine leichte Einschränkung der HWS-Beweglichkeit und der Schulterfunktion rechts. Außerdem gebe sie an, immer noch stressanfällig zu sein und auf Überbelastung sofort mit Konzentrationsstörungen, Nacken- und Kopfschmerzen zu reagieren. Subjektiv fühle sich die Beschwerdeführerin mit der aktuellen 30%igen Arbeitsfähigkeit an der Belastungsgrenze. Nach dem Aufenthalt in den USA sei es zu einem Rückfall gekommen, wobei die deutliche Verschlechterung der Symptomatik mittlerweile mittels therapeutischer Massnahmen wieder habe behoben werden können. Derzeit finde keine Kraniosakraltherapie statt. Per April 2005 sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 40 % geplant (vgl. Urk. 6/43).

E. 3.2.11

In seinem Zwischenbericht vom 11. Mai 2005 (Urk. 6/50) hielt Dr. Blatter fest, nach einer anfänglichen Verbesserung des Gesundheitszustands habe die Arbeitsfähigkeit auf 30 % erhöht werden können. In der Folge sei, nachdem die Patientin bei einer Autofahrt wegen eines sich rasch nähernden Fahrzeugs eine erneute - sich dann allerdings nicht realisierende - Auffahrkollision befürchtet habe, eine Verschlechterung der Symptomatik mit Beschwerden, wie sie nach dem Unfall bestanden hätten, eingetreten, was eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf 20 % nach sich gezogen habe. Bei der Arbeit sei die Patientin durch progrediente Schulter-Nacken-Kopfschmerzen sowie mnestiche Ausfälle vor allem des Kurzzeitgedächtnisses beeinträchtigt. Die Behandlungsmassnahmen seien

erweitert worden; neu erfolge auch eine Physiotherapie. Es sei eine neuropsychologische Abklärung mit anschließendem Training der von den Ausfällen betroffenen neuropsychologischen Funktionen indiziert (vgl. Urk. 6/50).

E. 3.2.12

Dr. Z.____ erachtete eine neuropsychologische Abklärung am 9. Juni 2005 angesichts des Fehlens einer fassbaren Läsion als sinnlos und hielt fest, die geklagten Störungen seien rein funktioneller Natur (vgl. Urk. 6/51).

E. 3.2.13

Am 3. September 2005 ersuchte Dr. C.____ - unter Hinweis auf das Fehlen von Besserungstendenzen und immer wieder auftretende und vorübergehend eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bedingende Rückfälle mit insbesondere Kopf-, aber auch Nacken- und Rückenschmerzen sowie Konzentrationsstörungen - um eine kreisärztliche Beurteilung der gesundheitlichen Situation und - nicht zuletzt - auch der Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 6/58).

E. 3.2.14

Nachdem er die Beschwerdeführerin am 6. Januar 2006 erneut untersucht hatte, gab Dr. Z.____ in seinem gleichentags verfassten Bericht (Urk. 6/71) an, nach der Auffahrkollision, die keine gravierenden Schäden an Nervensystem oder Bewegungsapparat gezeitigt habe, sei es zu einem sehr protrahierten Verlauf gekommen, wobei die Patientin seit letztem Jahr über pulsierende, schubartig auftretende und jeweils mit einer deutlichen Anschwellung verbundene Schmerzen im Nacken rechts klage. Die Symptomatik lasse sich mit den erhobenen Befunden nicht erklären; es sei eine nochmalige rheumatologische Abklärung bei einem Facharzt indiziert, wobei der Bewegungsapparat beziehungsweise ein nicht entzündlicher Rheumatismus im Vordergrund ständen und weniger die Ätiologie als der Befund, die Diagnose und die Behandlungsmöglichkeiten von Bedeutung seien (vgl. Urk. 6/71.4).

Je nach Ergebnis der rheumatologischen Untersuchung sei auch an eine psychiatrische Exploration der früher unternehmungslustigen und heute depressiv wirkenden und zurückgezogen lebenden Patientin angezeigt. Allenfalls sei auch die Teilnahme an einem Antichronifizierungsprogramm im Rahmen eines stationären Rehabilitationsaufenthalts sinnvoll. Es sei weiterhin von einer 30%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (vgl. Urk. 6/71.4).

E. 3.2.15

In seinem Schreiben vom 7. März 2006 (Urk. 6/88.1 = Urk. 6/90.3) gab Dr. C.____ an, die Patientin leide wohl unter einer reaktiven Depression; da die Behandlung der weiteren Beschwerden aber im Vordergrund stehe, sei eine psychiatrische Abklärung zum aktuellen Zeitpunkt nicht erforderlich. Betreffend die neu begonnene Akupunkturtherapie lägen noch keine Resultate vor.

E. 3.2.16

Die Ärzte der Klinik W.____, Rheumatologie, hielten in ihrem Bericht vom 4. Mai 2006 (Urk. 6/95) fest, anamnestisch habe die Patientin im Jahr 2002 erstmals unter Muskelschmerzen am ganzen Körper gelitten. Zuvor sei sie wegen Nierenkoliken mit starken Medikamenten behandelt worden. In der Folge sei die Symptomatik wieder

abgeklungen. Seit dem am 17. November 2003 erlittenen HWS-Distorsionstrauma bestanden zervikospodylogene rechtsseitige Schmerzen, wobei es beidseits rezidivierend zu Schmerzausstrahlungen in die Arme und sämtliche Finger komme. Die Schmerzsymptomatik trete vorwiegend in Stresssituationen auf, gehe mit einem Kraftverlust in den Armen einher und führe auch zu Konzentrationsproblemen. Nach der Auffahrkollision habe die Patientin sofort unter Kopfschmerzen gelitten. Seither stehe sie in regelmäßiger physiotherapeutischer Behandlung; derzeit würden zudem Fussreflexzonenmassagen, eine Akupunkturbehandlung sowie eine Ultraschallbehandlung im Schultergürtelbereich durchgeführt (vgl. Urk. 6/95.1).

Die Beschwerdeführerin habe angegeben, wegen starker Müdigkeit und Schmerzen nicht in der Lage gewesen zu sein, ihr im Dezember 2004 von 20 auf 30 % gesteigertes Arbeitspensum weiter zu erheben und jeweils nach drei Arbeitsstunden eine Schlafpause benötigt zu haben. Gemäss hausärztlichem Attest bestehe derzeit eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 6/95.2).

Radiologisch seien ein geringer Links-Shift sowie eine normale Lordosierung der HWS ohne Hinweis auf eine Fraktur und bei regelrechtem Alignment festgestellt worden. Die Laboruntersuchung habe einen grenzwertig hohen Rheumafaktor (15 U/ml) ergeben. Eine (klinische) rheumatologische Untersuchung sei noch nicht erfolgt (vgl. Urk. 6/95.2).

E. 3.2.17

Nachdem sie die Beschwerdeführerin am 24. Mai 2006 untersucht hatten, stellten die Ärzte der Klinik W. ____, Rheumatologie, in ihrem Bericht vom 27. Mai 2006 (Urk. 6/105) folgende Diagnosen:

- Chronisches zervikozephal und rechtsseitiges Schmerzsyndrom und zervikospodylogenes beidseitiges Schmerzsyndrom
 - seit HWS-Distorsion am 17. November 2003
 - myofasiales Schmerzsyndrom mit Betonung Schultergürtel beidseits und beide Arme
- Im Weiteren bestanden nachstehende Nebendiagnosen (vgl. Urk. 6/105.1):
- Penicillin-Allergie
 - Status nach rezidivierenden Blasenentzündungen
 - Rezidivierende Nierenkoliken
 - Status nach Nierenabszess-Operation rechts (zirka 1997)
 - Status nach Hysterektomie und Ovariectomie (anamnestisch 1997)

Die Patientin habe über im Wesentlichen unveränderte Beschwerden berichtet, wobei es bei der Abduktion der Arme zu beidseitiger Schmerzausstrahlung in diese und zudem zu heftigen, sich vom Nacken aus beidseitig in den Bereich des Kopfs erstreckenden Schmerzen komme (vgl. Urk. 6/105.1). Die physiotherapeutischen Behandlungen hätten jeweils nur für ein bis zwei Tage eine Linderung gebracht; am besten habe die Beschwerdeführerin bis anhin auf die Kraniosakralbehandlung und die Reflexzonenmassage angesprochen. Der Versuch, mittels Akupunkturbehandlung eine Besserung zu erreichen, sei aufgrund dadurch ausgelasteter

unerträglichlicher Schmerzen gescheitert (vgl. Urk. 6/105.2).

Der Laborbefund zeige deutlich erhöhte Entzündungsparameter sowie erhöhte Transaminasen einschliesslich erhöhten Ferritins und erhöhter alkalischer Phosphatase. Die Sonographie der Schultern habe rechtsseitig Erosionen im Insertionsbereich der Supraspinatussehne sowie eine AC-Arthrose ergeben. Die Rotatorenmanschetten seien beidseits intakt. Radiologisch sei beidseits eine AC-Gelenksarthrose festgestellt worden. Betreffend einen allfälligen Umbauprozess beziehungsweise einen möglichen Entzündungshinweis im Bereich der Schultergelenke und des Schultergürtels sei eine Szintigraphie veranlasst worden; auch betreffend die erhöhten Transaminasen würden noch weitere Abklärungen (Abdomenultraschall) durchgeführt (vgl. Urk. 6/105.2).

E. 3.2.18

Dr. hol. med. E.____, Arzt für holistische Medizin FNH, bei dem die Beschwerdeführerin seit 24. Februar 2006 in Behandlung stand, stellte am 15. Juni 2006 nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 6/106.2):

- Status nach Rotationstrauma vom 17. November 2003
- Status nach Myogelosen im Schulter-/Nackebereich
- Differentialdiagnose: Verdacht auf eine Polymyalgie rheumatica

Die Patientin habe bei der Erstkonsultation sehr weinerlich gewirkt und Mähe beim Aufrechtgehen sowie Koordinationsprobleme beim Laufen bekundet. Sie habe angegeben, dass seit dem Auffahrunfall bei schnellen Bewegungen unklarer Schwindel auftrete, infolgedessen sie unter einer Angst leide, die immer mehr ihren Alltag beherrsche. So habe sie Angst, das Haus alleine zu verlassen, um Besorgungen zu machen oder Arzttermine wahrzunehmen. Auch aus der Gangunsicherheit und der damit verbundenen Sturzgefahr resultiere eine Angst (vgl. Urk. 6/106.2).

Im Weiteren klage die Beschwerdeführerin über starke, linksseitig ausgeprägter als rechts in beide Arme ausstrahlende Muskelschmerzen im ganzen Schultergürtel und im Nacken. Überdies beständen Schmerzen im Kreuzbereich, welche sich gemäss den Schilderungen der Patientin so anfühlten, als würde das Kreuz auseinander brechen. Die in den ersten Wochen nach dem Unfall aufgetretenen Kopfschmerzen seien zwischenzeitlich in eine Migräne übergegangen. Die Konzentrationsfähigkeit und - schmerzbedingt - die Schlafqualität seien beeinträchtigt (vgl. Urk. 6/106.2).

Die Untersuchung habe Verspannungen der Muskeln (bis zum Hartspann) mit neurologischer Beteiligung ergeben. Der ganze Schulter-/Nackebereich sei sehr druckdolent; Berührungen lösten sofort eine Abwehrspannung und eine psychosomatische Reaktion (starke Weinerlichkeit) aus (vgl. Urk. 6/106.2). Die - nach der ersten Behandlung fast gänzlich abgeklungenen - Lumbalgien seien mit der festgestellten physiologischen Skoliose mit Beckenverdrehung zu erklären. Die persistierenden Beschwerden seien im Bereich des oberen Rückens und der HWS lokalisiert. Aufgrund der Myogelosen komme es unter bestimmten Voraussetzungen auch zu einer Beteiligung der Plexus im Sinne einer neuromuskulären Störung und einer Ausfallsymptomatik der sensiblen Nerven in den oberen Extremitäten. Das derzeitige Beschwerdebild lasse sich mit den erhobenen Befunden weitgehend erklären, wobei es keine bildgebende

Untersuchungsmethode geben, mittels welcher sich die neurogene Belastung nachweisen liesse (vgl. Urk. 6/106.3).

Die Behandlung der tiefen Myogelosen mit der HAMO-Therapie (spezielle Form der Akupunktur) habe betreffend die akuten Weichteilschmerzen eindeutig eine Stabilisierung und - damit verbunden - auch einen Rückgang der Nausea gebracht, was sich wiederum positiv auf die Gangunsicherheit ausgewirkt habe. Die gleichzeitig durchgeführte medikamentöse Therapie scheine - soweit sich das nach drei Konsultationen schon beurteilen lasse - eine Schmerzlinderung zu bringen. Können sich wachsende und später allenfalls in zweiwöchigen Abständen Behandlungen indiziert (vgl. Urk. 6/106.3).

E. 3.2.19

Nach Kenntnisnahme der Ergebnisse der 3-Phasen-Skelett-Szintigraphie vom 29. Mai 2006 hielten die Rheumatologen der Klinik W. ___ am 11. Juli 2006 fest, die fragliche Untersuchung habe - mit Ausnahme eines leichten Reizzustands in Form einer aktivierten Arthrose im Bereich des AC-Gelenks rechts - unauffällige Befunde gezeigt (vgl. Urk. 6/107.6). Gestützt auf die Resultate der bisherigen Abklärungen ergäben sich keine Hinweise auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung als Ursache der erhöhten Entzündungsparameter. Die Beschwerden seien angesichts ihres anamnestischen Bestehens seit der am 17. November 2003 erlittenen HWS-Distorsion am ehesten als Folgeerscheinung dieses Ereignisses zu interpretieren. Nachdem mit den bisher durchgeführten konservativen Therapien keine anhaltende Reduktion der Symptomatik erzielt werden können, werde nun neu eine Osteopathiebehandlung durchgeführt (vgl. Urk. 6/107.7).

E. 3.2.20

Im Hinblick auf den seitens der SUVA geplanten Fallabschluss wurde die Beschwerdeführerin am 26. Oktober 2006 abermals von Dr. Z. ___ untersucht. Dieser hielt in seinem gleichentags verfassten Bericht (Urk. 6/116) fest, bei der Patientin bestehe ein Status nach Beschleunigungsverletzung der HWS im November 2003. Strukturelle Läsionen hätten nach umfassenden entsprechenden Untersuchungen ausgeschlossen werden können, was angesichts des im unfallanalytischen Gutachten festgestellten, zwischen 7,2 und 10,8 km/h liegenden Delta-v-Werts nicht erstaune (vgl. Urk. 6/116.4).

Dennoch sei der Verlauf schlecht; die Patientin, die ihr Selbstvertrauen vollständig verloren habe, klage über mehrmals wachsende auftretende heftigste Beschwerden, die sie fast aktionsunfähig machten, wobei sie selbst in beschwerdeärmeren Intervallen - mit erhöhtem Zeitaufwand - lediglich leichte Hausarbeiten zu verrichten in der Lage sei. Auf somatischer Ebene lasse sich dies nicht erklären. Das Verhalten der Patientin, so auch deren angegebene Reaktion auf das Setzen einer Akupunkturnadel (Aphasie und in der Folge während mindestens dreier Tage anhaltender Schwindelzustand) und deren Trännenausbruch auf die Aufforderung hin, zu Untersuchungszwecken auf den Zehen zu gehen, sei bizarr und weise auf eine depressive Verstimmung hin. Es sei daher eine psychiatrische Evaluation veranlasst worden (vgl. Urk. 6/116.4 f.). Vorerst sei weiterhin von einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (vgl. Urk. 6/116.5).

E. 3.2.21

neuropsychologische (vgl. Urk. 1 S. 1; zur Bedeutung der neuropsychologischen Diagnostik vgl. BGE 117 V 369 Erw. 3f) Untersuchungen noch ein klar fassbares (unfallbedingtes) organisches Korrelat für die geklagten Beschwerden zutage bringen könnten, ist aufgrund der bereits erfolgten fundierten entsprechenden Abklärungen nicht anzunehmen.

4.1.3.3 Aus den aktenkundigen Berichten geht hervor, dass sich die Ärzte die geklagte Symptomatik - jedenfalls im Laufe der Zeit und im angegebenen Ausmass sowie in ihrer konkreten Manifestation - mit den erhobenen Befunden (und damit auch mit der beidseitigen AC-Gelenksarthrose; vgl. Urk. 1 S. 8) kaum zu erklären vermochten. Wenn auch kein Arzt eine psychische Störung von Krankheitswert diagnostizierte, hielt Dr. C. immerhin - ohne sich zu den Gründen dafür zu äussern - am 18. März 2004 fest, es erfolge eine Behandlung mit Psychopharmaka (vgl. Urk. 6/19). Dr. Z. erachtete in der Folge aufgrund des Umstands, dass die verängstigt und psychisch angespannt wirkende Beschwerdeführerin die Auffahrkollision noch nicht verarbeitet habe, eine psychotherapeutische Behandlung als sinnvoll, überliess es jedoch dem Hausarzt Dr. C., eine entsprechende Verordnung auszustellen (vgl. Bericht vom 3. August 2004, Urk. 6/53.3). Im Rahmen der rund zwei Wochen später erfolgten neurologischen Untersuchung gab die Beschwerdeführerin an, sich bei Menschenansammlungen unruhig respektive unsicher zu fühlen, und Dr. D. äusserte - nachdem die Beschwerdeführerin wegen einer angeblich durch die Untersuchung ausgelösten plötzlichen massiven Schmerzexazerbation unmittelbar im Anschluss an die Konsultation wieder in die Praxis zurückgekehrt war und eine Dyspnoe zeigte - Verdacht auf eine begleitende Hyperventilationstetanie (offenbar psychischer Genese) und zog als therapeutische Massnahme eine antidepressiv-anxiolytische Behandlung in Betracht (vgl. Bericht Dr. D. vom 18. August 2004, Urk. 6/39.1-4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zwar geht aus Dr. C.'s Bericht vom 11. November 2004 (Urk. 6/39) hervor, dass sich die Beschwerdeführerin in der Folge einer Gesprächstherapie unterzog, konkretere Angaben dazu fehlen allerdings, und aus den weiteren Akten, in denen die genannte Behandlung keine Erwähnung mehr fand, ist zu schliessen, dass diese lediglich von kurzer Dauer war. Allerdings weisen Dr. C.'s Beurteilungen vom 22. März 2005 (Urk. 6/43) und insbesondere vom 11. Mai 2005 (Urk. 6/50) eindeutig auf ein Persistieren der psychischen Beeinträchtigungen hin. So gab der Hausarzt der Beschwerdeführerin am erstgenannten Datum an, die Patientin reagiere auf Stress sofort mit Konzentrationsstörungen sowie Nacken- und Kopfschmerzen (vgl. Urk. 6/43) und bestätigte dies knapp drei Wochen später noch, indem er über eine - aufgrund einer bei der Beschwerdeführerin Angst vor einer weiteren Auffahrkollision auslösenden Situation im Strassenverkehr - eingetretene massive Verschlechterung, die gar ein Reduktion der (Teil-)Arbeitsfähigkeit zeitigt habe, berichtete (vgl. Urk. 6/50).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Offensichtlich sah sich Dr. C. in der Folge ausserstande, sich die therapieresistenten und gar immer wieder exazerbierenden und dann zwischenzeitlich zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit führenden Beschwerden mit den somatischen Befunden zu erklären, wünschte er doch am 3. September 2005 eine kreisärztliche Beurteilung des Gesundheitszustands und insbesondere auch dessen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 6/58). Nicht nachvollziehbar ist allerdings, dass der genannte Arzt, nachdem Dr. Z. die Ergebnisse seiner Untersuchung vom 6. Januar 2006 ebenfalls nicht in Korrelation zu der geklagten somatischen Symptomatik zu bringen vermocht und eine psychiatrische Exploration der depressiv wirkenden Beschwerdeführerin angeregt

hatte (vgl. Urk. 6/71.4), die psychischen Beeinträchtigungen als reaktive Depression von insgesamt hintergründiger Bedeutung abtat und eine psychiatrische Abklärung als nicht erforderlich erachtete (vgl. Urk. 6/88.1). Darauf, dass die psychische Symptomatik Erklärung für sich somatisch manifestierende Gesundheitsstörungen sein könnte, deuten nicht nur die früheren Berichte des genannten Arztes selbst (vgl. Urk. 6/43, Urk. 6/50) hin, sondern auch die Beurteilung der Ärzte der Klinik W.____ vom 4. Mai 2006 (Urk. 6/95), die als Auslöser der Schmerzen, des Kraftverlusts in den Armen und der Konzentrationsprobleme insbesondere Stress sahen (vgl. Urk. 6/95.1), und auch die Einschätzung von Dr. hol. med. E.____, der am 15. Juni 2006 über eine den Alltag der - stark weinerlich wirkenden - Beschwerdeführerin beherrschende Angst berichtete (vgl. Urk. 6/106.2).

Angesichts dieses Sachverhalts, dem Hinweis Dr. Z.____s auf die kaum nachvollziehbaren Reaktionen der - über kein Selbstvertrauen mehr verfügenden - Beschwerdeführerin auf gewisse Untersuchungshandlungen (vgl. Urk. 6/116.5) und der von Dr. F.____ und Dr. G.____ in Anbetracht des aufgezeigten Verlaufs wohl zu Recht attestierten sekundären Schmerzzunahme mit Symptomausweitung (vgl. Beurteilung vom 20. Februar 2008, Urk. 6/141.20) erstaunt, dass der Psychiater Dr. A.____ am 23. November 2006 eine psychiatrische Erkrankung verneinte (vgl. Urk. 6/122). Allerdings machte die Beschwerdeführerin im Rahmen der fraglichen Untersuchung Angaben, die sich mit ihren früheren aktenkundigen Ausführungen, ihrem Verhalten anlässlich somatischer Untersuchungen und den Erkenntnissen der weiteren Ärzte kaum vereinbaren lassen. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang etwa darauf, dass der gegenüber Dr. A.____ geschilderte Tagesablauf (und die auf den Abend des Untersuchungstags terminierte Einladung von 15 Personen zum Essen) in klarem Widerspruch steht zu der gegenüber Dr. Z.____ geschilderten wachentlich mehrmals bestehenden (durch Stress ausgelösten) schmerzbedingten schieren Aktionsunfähigkeit (vgl. Urk. 6/116.5). Dass Dr. A.____ (zumindest implizite) das Vorliegen einer Angststörung negierte, vermag insofern nicht ohne Weiteres zu überzeugen, als die Beschwerdeführerin ihm gegenüber als Grund für das Vermeiden von Menschenansammlungen durch [lediglich] Berührung ausgelöste heftige Schmerzen angab (vgl. Urk. 6/122.3, Urk. 6/122.5), was sich mit ihren hinsichtlich der Angstzustände gemachten Schilderungen sowohl gegenüber Dr. Z.____ (vgl. Urk. 6/35.2), Dr. D.____ (vgl. Urk. 6/39.2) und Dr. hol. med. E.____ (vgl. Urk. 6/106.2) als auch gegenüber einem Mitarbeiter der SUVA (vgl. Bericht vom 13. April 2009, Urk. 6/46.1) nicht in Einklang bringen lässt.

Nach dem Gesagten lässt sich aufgrund der aktenkundigen medizinischen Berichte der - jedenfalls psychische - Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht schlüssig beurteilen. Weitere Abklärungen betreffend die Frage, ob nicht doch eine psychische Störung von Krankheitswert vorliege und inwieweit diese gegebenenfalls einerseits unfallkausal sei und andererseits die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige, können vorliegend allerdings unterbleiben, da - wie sich aus dem Folgenden ergibt - eine weitere Leistungspflicht mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen der Auffahrkollision vom 17. November 2003 und den über den 31. Januar 2007 hinaus geklagten und auf keinen unfallbedingten objektivierbaren organischen Befund zurückzuführenden Beschwerden jedenfalls ausser Betracht fällt.

E. 4.2

8C_810/2008 Erw. 4.2 mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ebenfalls zu verneinen ist das Vorliegen einer schweren oder besonders gearteten Verletzung. Gemäss BGE 134 V 109 Erw. 10.2.2 genügt die Annahme eines HWS-Schleudertraumas für sich allein zur Bejahung dieses Kriteriums nicht. Dass die Beschwerdeführerin nebst der HWS-Distorsion noch eine Schulterverletzung erlitten hätte (vgl. Urk. 1 S. 8), wurde von keinem Arzt bestätigt. Betreffend die insbesondere rechtsseitigen Schulterbeschwerden ist im Übrigen anzumerken, dass angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin die Sicherheitsgurte als Fahrzeuglenkerin über die linke und nicht über die rechte Schulter befestigt hatte, eine unfallbedingte Läsion in Form beispielsweise einer Nervenquetschung (vgl. Urk. 1 S. 7) schon aufgrund des Hergangs kaum denkbar wäre. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch darauf, dass die Beschwerdeführerin, die auf die Kollision nicht gefasst war, beim Aufprall nicht einmal den Kopf an der - korrekt eingestellten - Kopfstütze anschlug (vgl. Ä Urk. 6/15.1, Urk. 6/8.1). Schliesslich ist weder eine besondere Körperhaltung im Kollisionszeitpunkt (vgl. Urk. 6/15.1), die zu speziellen Komplikationen hätte führen können, dokumentiert (vgl. hierzu etwa Urteil des Bundesgerichts vom 2. Oktober 2009, 8C_421/2009 Erw. 5.2), noch kann von einer besonderen Schwere der für eine Distorsion der HWS typischen Beschwerden ausgegangen werden. Anzumerken ist hierzu, dass vereinzelte der im Laufe der Zeit geklagten Symptome ohnehin kaum in Zusammenhang mit der HWS-Distorsion beziehungsweise dem Unfall gebracht werden können; dies gilt namentlich für die angegebenen (und aktenkundig schon vor dem Unfall geklagten [vgl. Urk. 6/88.2] Beinbeschwerden [Urk. 6/39.3, Urk. 6/106.2]).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin wurde nach dem Unfall vom 17. November 2003 nie in stationärem Rahmen behandelt. Während aus der im Wesentlichen verordneten - und zwischenzeitlich mehrmals unterbrochenen - Physiotherapie und der Analgesie allein noch keine Mehrbelastung im Sinne der Rechtsprechung resultiert (vgl. Urk. 1 S. 8), fallen die verschiedenen alternativ- beziehungsweise komplementärmedizinischen Behandlungen (vgl. Urk. 6/95.1, Urk. 6/106, Urk. 6/107.7, Urk. 6/35.1; Urk. 1 S. 8 f.) bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs grundsätzlich ausser Betracht (vgl. hierzu etwa Urteil des Bundesgerichts vom 19. Dezember 2008, 8C_860/2008 Erw. 3.3.3). Von einer fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung kann damit nicht gesprochen werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die persistierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, soweit sie denn unfallkausal sind, treten gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin belastungsabhängig und - bei zwischenzeitlichen beschwerdearmen Intervallen - schubartig auf (vgl. Urk. 6/26.2, Urk. 6/35.1, Urk. 6/39.2, Urk. 6/41.2, Urk. 6/43, Urk. 6/71.2, Urk. 6/95.1, Urk. 6/105.1, Urk. 6/106.2, Urk. 6/116.4). Während die Beschwerdeführerin einerseits angab, schmerzbedingt bei gewissen Haushaltstätigkeiten erheblich beeinträchtigt zu sein, ist sie nach Lage der Akten nach wie vor imstande, diversen Freizeitaktivitäten nachzugehen. So sah sie sich - trotz offenbar jeweils eingetretener Schmerzverstärkung - seit dem Unfall aktenkundig mindestens dreimal in der Lage, längere Reisen (zweimal USA, einmal Dubai) zu unternehmen, Gäste zum Essen einzuladen, jeden Morgen ihren Sohn zur Arbeit zu fahren sowie Freundinnen zu treffen (vgl. Urk. 6/71. 2, Urk. 6/122.3, Urk. 6/41.3, Urk. 6/43, Urk. 6/53, Urk. 6/57.1, Urk. 6/116.3). Was die geklagten kognitiven Defizite anbelangt, schlugen sich diese jedenfalls spätestens ab Februar 2005 nicht mehr in der Arbeitsleistung nieder

(vgl. Urk. 6/46.1). Das Kriterium der erheblichen Beschwerden ist aufgrund des Gesagten zwar erfüllt, dies allerdings weder in ausgeprägter noch in auffälliger Form.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mangel entsprechender Anhaltspunkte in den Akten kann nicht von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, ausgegangen werden. Dass der Neurologe Dr. D. ___ am 18. August 2004 zu Untersuchungszwecken eine nicht fachgerechte Manipulation vorgenommen hätte, aufgrund derer das fragliche Merkmal erfüllt wäre (vgl. Urk. 1 S. 9), ist nicht anzunehmen. Zwar geht aus den Akten hervor, dass die Beschwerdeführerin - allerdings erst nach einer gewissen Latenzzeit - über massive Beschwerden klagte, die sie auf die genannte Untersuchungshandlung zurückführte. Diesbezüglich ist jedoch einerseits darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin auf therapeutische beziehungsweise Untersuchungsmassnahmen verschiedentlich mit - den Ärzten in keiner Weise erklärlichen - Schmerzexazerbationen reagierte (vgl. hierzu insbesondere Bericht Dr. Z. ___ vom 26. Oktober 2006 [Urk. 6/116.4 f.]), und andererseits, dass die nach der Exploration durch Dr. D. ___ verspürten Schmerzen nicht nachhaltiger Natur waren, sondern schon bald wieder gänzlich abklangen und in der Folge denn auch in keinem weiteren Arztbericht überhaupt noch Erwähnung fanden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ohne Weiteres zu verneinen ist sodann das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen. Hierauf bedurfte es besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben. Dass Beschwerden trotz der durchgeführten Behandlungen persistieren, genügt ebenso wenig (vgl. hierzu etwa Urteil des Bundesgerichts vom 6. April 2009, 8C_1015/2008 Erw. 5.4.3) wie der Umstand, dass die versicherte Person unter verschiedenartigen Symptomen leidet, die sich im Rahmen umfassender medizinischer Untersuchung keinem organisch nachweisbaren Substrat zuordnen lassen (vgl. Urk. 1 S. 10), handelt es sich dabei doch gerade um ein für eine Schleudertrauma-Verletzung charakteristisches Phänomen (vgl. Erw. 1.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen kann schliesslich, wenn überhaupt, so höchstens in wenig ausgeprägter Form bejaht werden. Zwar wurde der Beschwerdeführerin, nachdem ihr - nach einem knapp zweieinhalbmonatigen Arbeitsversuch (vgl. Urk. 6/39) - ab November 2004 wieder eine 20%ige (vgl. Urk. 6/41.3) und ab Dezember 2004 wieder eine 30%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden war (vgl. Urk. 6/43, Urk. 6/95.2), keine weitere Steigerung der Leistungsfähigkeit mehr bescheinigt. Die stagnierende 70%ige Arbeitsunfähigkeit ist allerdings weniger mit den Untersuchungsergebnissen als mit den von der Beschwerdeführerin geklagten und aus medizinischer Sicht gemäss den aktenkundigen Berichten - zumindest in der angegebenen Intensität - kaum nachvollziehbaren Beschwerden zu erklären (vgl. etwa Urk. 6/58) und wurde von den Ärzten denn auch jeweils im Hinblick darauf, dass weitere Abklärungen noch einen Befund ergeben könnten, der die geltend gemachte Leistungslimitierung begründet mache (was in der Folge allerdings nicht der Fall war), bescheinigt (vgl. Urk. 6/71.4, Urk. 6/116.5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinzuweisen ist überdies darauf, dass die Beschwerdeführerin nach Wiederreichen der 30%igen Arbeitsfähigkeit nie versucht hat, ihr Pensum zu steigern und beispielsweise - nach der im Anschluss an die jeweils in der ersten Tageshälfte während zwei respektive drei Stunden ausgeübte Arbeit erforderlichen Schlafpause (vgl. Urk. 6/95.2, Urk. 6/46.1) - auch nachmittags nochmals ein oder zwei

Stunden ihrer Tätigkeit nachzugehen. Dass die Beschwerdeführerin wenig Effort zeigte, ihr Arbeitspensum zu erhöhen, ist gerade angesichts des Umstands, dass sie sich in ihrer Freizeit - mit insbesondere den zwei Reisen in die USA, wovon Erstere gar mit einer Rundreise verbunden war, und dem Ferienaufenthalt in Dubai (vgl. Urk. 6/41.3, Urk. 6/43, Urk. 6/53, Urk. 6/57.1, Urk. 6/71.2) - wesentlich höhere Belastungen zumutet als im Arbeitsbereich, kaum nachvollziehbar. Nach Erhalt der Kündigung Ende November 2005 (vgl. Urk. 6/69) unternahm sie sodann keinerlei Anstrengungen, wieder eine Stelle zu finden.

4.2.4.4 Da nach dem Gesagten, selbst wenn die Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs zugunsten der Beschwerdeführerin nach den Kriterien gemäss BGE 134 V 109 erfolgt, angesichts höchstens zweier - in geringer Ausprägung - erfüllter Kriterien über den 31. Januar 2007 kein Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen für die organisch nicht hinreichend nachweisbaren Gesundheitsstörungen, soweit diese überhaupt auf die Kollision vom 17. November 2003 zurückzuführen sind, besteht, ist der Einspracheentscheid der SUVA vom 29. Februar 2008 (Urk. 2) nicht zu beanstanden.

Das Gericht erkennt:

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

- Fürsprecher Frank Goecke
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- Wincare Versicherungen
- 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.