

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00268 vom 28. Mai 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-05-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00268

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00268 du 28 mai 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00268 del 28 maggio 2010

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1969 geborene X. war seit dem 1. September 2000 als Produktionsmitarbeiterin für die Y. AG tätig und deshalb bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 25. Mai 2002 wurde sie als Lenkerin eines Personenwagens des Typs "VW Golf" um 17.15 Uhr in eine Auffahrkollision verwickelt (Urk. 11/1, 11/4 und 11/5). Noch am selben Abend suchte die Versicherte das Spital Z. auf; der diensthabende Assistenzarzt Chirurgie, Dr. med. A., diagnostizierte ein leichtes HWS-Distorsionstrauma und hielt dafür, dass keine Arbeitsunfähigkeit bestehe (Urk. 11/2). Am 27. Mai 2002 wurde der Versicherten von Dr. med. B., Fachärztin FMH Allgemeinmedizin, ein Halskragen sowie Analgetika verordnet und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (Urk. 11/3). In der Folge begab sich die Versicherte in die Behandlung von Dr. med. C., Facharzt für Allgemeine Medizin FMH und Manuelle Medizin SAMM (Urk. 11/6). Am 3. Juli 2002 nahm die Versicherte ihre Arbeit wieder zu 50 % auf; vom 15. August bis 4. September 2002 war sie noch zu 25 % arbeitsunfähig und ab 5. September 2002 attestierte Dr. C. wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/12, 11/16, 11/18 und 11/21). Am 18. Juni 2003 wurde die Versicherte von Dr. med. D., Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, konsiliarisch untersucht und beurteilt (Urk. 11/23). Vom 15. Oktober bis 19. November 2003 fand ein stationärer Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik E. statt (Urk. 11/44). In der Folge wurde die Versicherte von Dr. med. F., Facharzt FMH Innere Medizin und Rheumatologie, behandelt (Urk. 11/34 und 11/47). Im Anschluss an die Kreisärztliche Untersuchung vom 12. Januar 2004 (Urk. 11/48) wurden bildgebende Untersuchungen der HWS an der Klinik G. durchgeführt (Urk. 11/55 und 11/128). Dr. F. attestierte der Versicherten ab Austritt aus der Rehabilitationsklinik E. eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Urk. 11/47 und 11/70). Die SUVA übernahm die Kosten der Heilbehandlung und richtete für den infolge attestierter Arbeitsunfähigkeit entstandenen Erwerbsausfall Taggelder aus.

1.2 Mit Verfügung vom 20. November 2006 schloss die SUVA den Fall ab und stellte die Versicherungsleistungen per 31. Dezember 2006 ein (Urk. 11/117).

Der Krankenversicherer zog die von ihm am 24. November 2006 erhobene Einsprache (Urk. 11/119) nach Prüfung der Akten am 22. Januar 2007 zurück (Urk. 11/128.1).

Mit Schreiben vom 19. Dezember 2006 erhob die Versicherte Einsprache gegen die Verfügung vom 20. November 2006 (Urk. 11/121). Bereits zuvor liess sie mit Eingabe vom 14. Dezember 2006 einen Bericht der Klinik G. über ein

MRI der HWS vom 7. Dezember 2006 auflegen (Urk. 11/120). Nach Einholung einer ärztlichen Beurteilung des Kreisarztes vom 29. Januar 2007 (Urk. 11/129) wies die SUVA die Einsprache mit Entscheid vom 17. Juli 2008 ab (Urk. 2 [= 11/143]).

E. 1.2

1.2.1.1 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).

1.2.2.1 Diese Beweisgrundsätze gelten auch in Fällen mit Schleuderverletzungen der Halswirbelsäule, Schädelhirntraumata und äquivalenten Verletzungen. 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 Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

E. 1.3

1.3.1.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461

3.1.4.1 Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, berichtete am 21. Juni 2003 über die konsiliarische Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 18. Juni 2003. Er führte aus, die 34-jährige Produktionsmitarbeiterin habe am 25. Mai 2002 eine Auffahrkollision durch Heckanprall erlitten. Nach einer vorübergehenden Besserung sei unter Vollbelastung im März 2003 ein Rezidiv der Beschwerden mit starken Nacken-, Kopf- und Armschmerzen sowie gewissen vegetativen Beschwerden aufgetreten. Die klinische Untersuchung ergebe vor allem muskuläre Befunde bei einer Fehlhaltung. Die Kopfschmerzen würden durch eine segmentale Dysfunktion C0/1 im Sinne eines cervikoenzephalen Syndroms unterhalten. Auffallend sei eine ausgeprägte Insuffizienz der Rumpfstabilisatoren. Die Schmerzen seien zwischenzeitlich zumindest teilweise chronifiziert und beeinflussten die Stimmung und das Befinden der Patientin. So habe sich auch ein ungünstiges Schon- und Vermeidungsverhalten eingestellt, welches den Circulus vitiosus unterhalte. Dr. D.____ diagnostizierte in der Folge einen Zustand ein Jahr nach HWS-Distorsion am 25. Mai 2002 mit/bei myofaszialen Schulter-/Nackenschmerzen, anhaltendem zervikoenzephallem Syndrom, neurasthenischen Beschwerden, Zeichen der Chronifizierung, ungünstigem Schon- und Vermeidungsverhalten, Dekonditionierung, muskulärer Dysbalance, Flachrücken sowie Zeichen von Hypermobilität. Schliesslich hielt er fest, er habe versucht, die Patientin davon zu überzeugen, dass kein struktureller Defekt vorhanden sei, aber trotzdem nicht mit einem sofortigen Verschwinden der Schmerzen zu rechnen sei. Er habe mit ihr von einer schmerzdistanzierenden Medikation mit einem Antidepressivum und auch der Möglichkeit einer psychologisch/psychiatrischen Führung gesprochen. Allenfalls käme auch eine intensive stationäre Rehabilitation in Frage. Unter der Rubrik "Zusatzbeobachtungen" führte Dr. D.____ ausserdem auf, zu Beginn der Untersuchung habe er seine Hand wegen lokaler Empfindlichkeit nicht auf die rechte Schulter der Patientin legen können, was später bei der Prüfung der HWS-Beweglichkeit unbemerkt ohne Schmerzreaktion gelungen sei (Urk. 11/23).

3.1.5.1 Im Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik E.____ vom 18. November 2003 wurde festgehalten, bei Status nach Autounfall am 25. Mai 2002 bestehe aktuell ein zervikozephal und zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts ohne Anhaltspunkte für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik. Vorgängige radiologische Befunde hätten bis auf geringgradige degenerative Veränderungen der HWS keine wesentlichen Auffälligkeiten gezeigt. Klinisch würden sich keine wesentlichen Befunde zeigen, die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei lediglich endgradig minimal eingeschränkt, eigentliche Bewegungseinschränkungen im Schulter- und Armbereich seien nicht feststellbar gewesen. Eine Interferenz von psychischer Befindlichkeit und den körperlichen Beschwerden sei anzunehmen. Weiter wurde ausgeführt, zusätzlich bestehe ein leichtes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsseitig mit Ausstrahlung in das rechte Bein mit fraglicher Beteiligung des ISG, ohne fassbare neurologische Defizite und ohne sichere Anhaltspunkte für eine Wurzelreizsymptomatik. Aufgrund der Beschwerdepersistenz sei während des Aufenthalts eine Röntgenkontrolle durchgeführt worden. Es hätten lediglich eine verflachte Lordose sowie leichte Ausziehungen im Bereich L5/S1 festgestellt werden können. Die körperliche Untersuchung habe Druck- und Berührungsdolenz paravertebral rechtsbetont ergeben, wesentliche Weichteilbefunde seien nicht feststellbar gewesen. Ein aktueller Zusammenhang mit dem Unfall vom 25. Mai 2002 könne nicht nachvollzogen werden. Aufgrund der beobachteten bedrückten Stimmung der Patientin mit pessimistischen

Zukunftsperspektiven, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit habe ein psychosomatisches Konsil stattgefunden, in welchem eine leichte depressive Störung als Reaktion auf die anhaltende Schmerzproblematik festgestellt worden sei. Die Kriterien für eine leichte depressive Episode seien erfüllt, es müsse in Betracht gezogen werden, dass die Schmerzbewältigung durch das bestehende depressive Syndrom erschwert, die Schmerzen dadurch auch verstärkt würden. Die maladaptiven Überzeugungs- und Bewältigungsmuster der Patientin, die bestehende Symptomausweitung bei gleichzeitigem Unvermögen, auf die Therapievorschlüsse einzugehen, würden den Verlauf mit hoher Wahrscheinlichkeit weiterhin negativ beeinflussen. Sodann wurde im Austrittsbericht festgehalten, dass sich im Rahmen der Physiotherapie keine bleibende Schmerzreduktion oder Belastungssteigerung habe erzielen lassen. Arbeitsrelevante Problembereiche seien in geringem Mass HWS und LWS sowie die psychischen Auffälligkeiten. Leicht limitiert seien Tätigkeiten in rückenbelastenden Zwangsstellungen, insbesondere vornübergebeugt und gebückt sowie das Heben und Tragen von Gewichten; bei den Halswirbelsäule belastenden Zwangsstellungen, beispielsweise vorgebeugter Haltung mit HWS-Flexion im Sitzen oder Stehen, repetitives Überkopparbeiten, würden leichte Einschränkungen bestehen. Ausserdem sei die psychophysische Belastbarkeit reduziert. Bei Austritt bestehe global eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, die halbtags verwertet werde. Die Arbeitsfähigkeit sei im Verlauf sukzessive zu steigern, zum Beispiel durch Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf 75 % nach vier Wochen (Urk. 11/44).

3.1.6 Am 12. Januar 2004 fand eine Untersuchung durch den Kreisarzt Dr. med. H. ___ statt. Die von ihm festgestellten Bewegungseinschränkungen im Schulter- und Armbereich konnte er sich auf organischer Ebene nicht erklären, da die klinischen Tests eine Rotatorenmanschettenläsion ausschlossen und eine solche aufgrund des Unfallmechanismus und den Erstbefunden auch nicht zu erklären gewesen wäre. Weiter führte Dr. H. ___ aus, bei der Palpation der Halswirbelsäule weiche die Versicherte nur schon bei sanfter Berührung von der untersuchenden Hand weg. Starke Schmerzen lokalisierte sie im Bereich des rechten Trapezius. Die Dornfortsätze seien nicht konklusiv beurteilbar. Gegenüber den im Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik E. ___ beschriebenen Befunden stelle er eine deutlich verminderte HWS-Funktion fest. Auch diese kooperationsabhängigen Befunde könne er auf organischer Ebene nicht erklären. Gemäss den Angaben der Versicherten werde nur eine medikamentöse Therapie durchgeführt; eine physiotherapeutische Nachbehandlung sei nicht mehr erfolgt (Urk. 11/48).

Die an der Klinik G. ___ am 26. Januar 2004 durchgeführten Röntgenaufnahmen der HWS (seitlich und funktionell) zeigten eine fixierte Lordose der HWS C5-C7 sowie eine regelrechte Re-/Inklination der oberen und mittleren HWS. Hinweise für eine Instabilität oder Zeichen einer Subluxation ergaben sich keine. Die gleichentags durchgeführte MR-Untersuchung der HWS zeigte unauffällige Befunde; es konnte weder eine Diskushernie, noch eine Neurokompression oder eine posttraumatische Läsion der HWS nachgewiesen werden (Urk. 11/128).

Nach Vorlage der Ergebnisse der bildgebenden Untersuchungen vom 26. Januar 2004 hielt Kreisarzt Dr. H. ___ im Nachtragsbericht vom 30. Januar 2004 fest, ein organisches Substrat, welches die verminderte HWS-Funktion hätte erklären können, sei nicht gefunden worden (Urk. 11/55).

3.1.7. Dr. F.____ berichtete am 6. Mai 2004, trotz Physiotherapie und medikamentöser Therapie würden persistierende Cervicalgien sowie neuropsychologische Defizite bestehen. Er attestierte der Beschwerdeführerin weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Urk. 11/68).

Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Neurologie, diagnostizierte am 11. Juni 2004 ein posttraumatisches cervico-cephales Schmerzsyndrom bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS am 25. Mai 2004 und hielt dafür, dass die Arbeitsfähigkeit vorläufig weiterhin 50 % betragen dürfte und sich eine Steigerung auch bei einer angepassten Tätigkeit kaum realisieren lasse (Urk. 11/69).

3.1.8. Dr. med. J.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation speziell Rheumaerkrankungen, diagnostizierte in seinem Bericht vom 4. Oktober 2004 einen Status nach Auffahrunfall am 25. Mai 2002 mit chronischem cervico-cephalem und cervico-brachialem sowie lumbospondylohem Schmerzsyndrom rechts, bei einer leichten depressiven Stimmung als Reaktion auf die anhaltende Schmerzproblematik mit Symptomausweitung. Er führte sodann aus, klare radikuläre beziehungsweise neurologische Ausfälle hätten nicht eruiert werden können; es liege jedoch ein ausgeprägtes myofasziales Schmerzsyndrom vor. Zudem sei es zu einer muskulären Dekonditionierung gekommen (Urk. 11/80).

Am 9. März 2005 berichtete Dr. J.____, die Versicherte stehe in seiner Behandlung. Sie habe nach wie vor Beschwerden seitens ihres HWS-Unfalles. Durch die regelmässig absolvierte medizinische Kräftigungstherapie könne der momentane Gesundheitszustand einigermaßen stabil gehalten werden, so dass auch die 50%ige Arbeitsfähigkeit aufrechterhalten werden könne (Urk. 11/90).

Schliesslich berichtete Dr. J.____ am 30. Januar 2006, die Versicherte absolviere zweimal wöchentlich ein von ihm zusammengestelltes Krafttrainingsprogramm, wobei es ihr verhältnismässig gut gehe. Die Situation habe stabilisiert werden können; die Schmerzeninbrüche seien deutlich weniger geworden. Die Arbeitsfähigkeit habe bei 50 % gehalten werden können; anderweitige physikalische Therapien hätten nicht durchgeführt werden müssen (Urk. 10/104).

3.1.9. Eine Verlaufs-MR-Untersuchung der HWS im Institut für Radiologie und Nuklearmedizin der Klinik G.____ am 6. Dezember 2006 zeigte dorsale Diskushernien C4/C5 paramedian rechts und etwas grösser C5/C6 mediolateral links ohne sichere Zeichen einer Myelonkompression. Eine Instabilität konnte nicht nachgewiesen werden; Hinweise auf eine Fraktur ergaben sich keine (Beilage zu Urk. 11/121).

Am 29. Januar 2007 führte der Kreisarzt Dr. H.____ aus, das MRI vom 26. Januar 2004 sei ein Jahr und acht Monate nach dem Unfallereignis durchgeführt worden. Damals habe man keine Zeichen einer relevanten Bandscheibendegeneration, Diskushernie oder einer Foraminalstenose gefunden. Das MRI vom 6. Dezember 2006 dokumentiere nun dorsale Diskushernien C4/C5 paramedian rechts und etwas grösser C5/C6 medio-lateral links ohne sichere Zeichen einer Myelonkompression. Dabei handle es sich bei der bald 38-jährigen Versicherten um degenerative Veränderungen, welche auf den Bildern vom 26. Januar 2004 laut der Beurteilung des Radiologen nicht hätten festgestellt werden können. Wären diese Diskushernien posttraumatisch entstanden, hätten sie schon auf den Aufnahmen vom 26. Januar 2004 festgestellt werden müssen. Aufgrund der bildgebenden Diagnostik habe das Ereignis vom 25. Mai 2002 keinen

traumatisch bedingten Schaden hinterlassen (Urk. 11/129).

E. 3.2

3.2.1.1. Der Kreisarzt Dr. H. ___ legte in überzeugender Weise dar, dass die im MRI vom 6. Dezember 2006 gefundenen Diskushernien degenerativer Natur sind und - da die knapp drei Jahre zuvor durchgeführte bildgebende Diagnostik bloss unauffällige Befunde gezeigt hatte - nicht durch das versicherte Unfallereignis verursacht worden sind (Urk. 11/129). Der in der Beschwerde erhobene Einwand, aufgrund der mangelhaften Bildqualität des MRI vom 26. Januar 2004 sei eine unfallbedingte Schädigung der HWS übersehen worden, erweist sich als nicht stichhaltig. Es trifft zwar zu, dass im Befundbericht der Klinik G. ___ vom 26. Januar 2004 Bewegungsartefakte erwähnt werden; da der beurteilende leitende Arzt, Dr. med. K. ___, Spezialarzt FMH für Radiologie, jedoch ohne Einschränkung von unauffälligen Befunden spricht, ist es unwahrscheinlich, dass eine unfallbedingte Schädigung übersehen wurde (Urk. 11/128). Entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung ist es hingegen durchaus plausibel, dass die im Dezember 2006 festgestellten degenerativen Veränderungen innerhalb eines Zeitraumes von knapp drei Jahren entstanden sein können. Die am Unfalltag im Spital Z. ___ durchgeführten Röntgenuntersuchungen ergaben keine Anhaltspunkte für ossäre oder discoligamentäre Läsionen (Urk. 11/2). Auch die am 26. Januar 2004 durchgeführten konventionellen Aufnahmen der HWS seitlich und funktionell sowie die gleichentags durchgeführte MRI-Untersuchung der HWS zeigten kein organisches Substrat für die klinisch festgestellte Verminderung der HWS-Funktion (Urk. 11/55). Vor diesem Hintergrund ist es sozusagen ausgeschlossen, dass das versicherte Unfallereignis vom 25. Mai 2002 zu einer richtunggebenden Verschlimmerung eines Vorzustandes hätte führen können. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass die von der Beschwerdeführerin aufgelegten Berichte des Dr. med. L. ___, Spezialarzt für Neurologie FMH, vom 25. Juni 2008 (Urk. 3/11 und 3/12) zu keiner anderen Beurteilung Anlass geben; zum einen werden dieselben degenerativen Veränderungen beschrieben, wie sie bereits am 6. Dezember 2006 festgestellt worden sind, zum andern handelt es sich um eine Untersuchungsmethode, deren Beweiskraft nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft von der Rechtsprechung ohnehin nicht anerkannt ist (vgl. BGE 134 V 231).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus den zitierten medizinischen Unterlagen und den Berichten des Kreisarztes ergibt sich somit, dass den geklagten Beschwerden kein unfallbedingtes organisches Substrat mehr zugrundeliegt. Da Schmerzen, Druckdolenzen, klinisch feststellbare Bewegungseinschränkungen, Muskulaturverhärtungen und Verspannungen für sich allein kein klar fassbares organisches Korrelat eines Beschwerdebildes zu begründen vermögen (vgl. etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 3. August 2005 in Sachen SUVA c. M., U 9/05, Erw. 4; Urteile des Bundesgerichts vom 4. Juli 2007 in Sachen M., U 354/06, Erw. 7.2, vom 25. Juli 2007 in Sachen O., U 328/06, Erw. 5.2 sowie vom 6. Mai 2008 in Sachen V., 8C_369/2007, Erw. 3), können die geklagten Beschwerden nicht als klar ausgewiesenes unfallbedingtes organisches Substrat qualifiziert werden.

3.2.2.1. Ob die noch geklagten Beeinträchtigungen, welchen nach den vorstehenden Ausführungen kein klar fassbares unfallbedingtes organisches Korrelat zugrundeliegt, in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum versicherten Unfallereignis stehen (was mit Blick auf die Ergebnisse der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 27. August 2003

[Urk. 11/36] wohl eher zu verneinen wäre), kann offen gelassen werden. Denn diesbezüglich ist - anders als bei Gesundheitsschädigungen mit einem klaren unfallbedingtem Substrat, bei welchen der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel mit dem natürlichen bejaht werden kann (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb mit Hinweisen) - eine besondere Adäquanzprüfung vorzunehmen. Ob diese nach den in BGE 115 V 133 genannten Kriterien (Psycho-Praxis) oder nach den für die Folgen eines Schleudertraumas der HWS, eines Schädelhirntraumas oder einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung in BGE 117 V 359 entwickelten und in BGE 134 V 109 präzisierten Regeln zu erfolgen hat, kann offenbleiben, da auch die Beurteilung nach letzterer Praxis - wie im folgenden zu zeigen ist - zur Verneinung der Adäquanz führt.

3.3.3.3. Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, da die Abklärung der kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung im Rahmen der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 27. August 2003 ein Δv von unterhalb oder innerhalb eines Bereichs von 10 - 15 km/h ergeben habe, handle es sich um einen leichten Unfall (Urk. 2 S. 5). Die Bestimmung des Schweregrades eines Unfallereignisses erfolgt aufgrund des augenfalligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften, wobei eine objektivierte Betrachtungsweise anzuwenden ist. Nicht massgebend sind die Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Derartigen, dem eigentlichen Unfallgeschehen nicht zuzuordnenden Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen. Dies gilt etwa für die - ein eigenes Kriterium bildenden Verletzungen, welche sich die versicherte Person zuzieht, aber auch für - unter dem Gesichtspunkt der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindringlichkeit des Unfalls zu prägende äussere Umstände, wie eine allfällige Dunkelheit im Unfallzeitpunkt oder Verletzungs- respektive gar Todesfolgen, die der Unfall für andere Personen nach sich zieht (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 [U 2/07] Erw. 5.3.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorliegend musste die Versicherte vor einem Rotlicht auf dem zweispurigen Autobahnzubringer im Industriegebiet von M. anhalten, was die Lenkerin eines auf ihre Fahrbahn wechselnden nachfolgenden Personenwagens zu spät bemerkte, so dass es ihr nicht mehr gelang, rechtzeitig abzubremsen und sie auf das Heck des von der Beschwerdeführerin gelenkten Personenwagens des Typs "VW Golf" auffuhr (Urk. 11/5). Aus den an den beteiligten Fahrzeugen entstandenen Sachschäden (vgl. die im Polizeirapport beschriebenen Schäden [Urk. 11/5 S. 2 f.] sowie das Bild des von der Beschwerdeführerin gelenkten Personenwagens [Urk. 11/27]) ist zu schliessen, dass nur geringfügige Kräfte gewirkt haben. Im Rahmen der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 27. August 2003 schlossen die Gutachter auf eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Δv), welche unterhalb oder innerhalb eines Bereiches von 10 - 15 km/h lag (Urk. 11/36 S. 2). Damit handelt es sich aufgrund einer Gesamtbetrachtung um einen leichten Unfall (vgl. Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 17. Juli 2006 in Sachen T., U 206/06, Erw. 2.1). Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfallgeschehen ist daher zu verneinen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Selbst wenn das versicherte Unfallereignis vom 25. Mai 2002 als mittelschwerer Unfall an der Grenze zu den leichten qualifiziert würde - wie dies bei Heckauffahrkollisionen mit vergleichsweise erheblicheren Schadenbildern regelmässig der Fall ist (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 9. Oktober 2008, 8C_655/2008, Erw.

3 [Auffahrkollision vor einem Fussgängerstreifen mit einem delta-v von 10 - 15 km/h]; Urteil vom 28. Juli 2008, 8C_141/2007, Erw. 5.4.2; Urteil vom 3. Juli 2007, U 491/06, Erw. 4.3; Urteil vom 26. Januar 2007, U 408/05, Erw. 9 [Auffahrunfall auf Autobahn mit einem delta-v von 12-17 km/h)] -, wäre die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zu verneinen:

Der zu beurteilende Unfall hat sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet, noch war er von besonderer Eindringlichkeit. Er hatte auch keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art zur Folge. Die Diagnose eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung der HWS vermag die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen. Solche Umstände liegen entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung nicht vor. Gegenüber dem Schadeninspektor der Beschwerdegegnerin gab die Beschwerdeführerin am 26. August 2002 an, sie habe das nachfolgende Fahrzeug kommen sehen und sei der Meinung gewesen, es könne noch bremsen (Urk. 11/9 S. 1). Damit ist aber erstellt, dass sie im Zeitpunkt des Aufpralls in den Rückspiegel geschaut hatte; die allenfalls damit verbundene leichte Drehung des Kopfes nach rechts genügt indes nicht, um eine besondere Körperhaltung zu bejahen (vgl. SVR 2007 UV Nr. 26 S. 86 Erw. 5.3; RKUV 2003 Nr. U 489 S. 357 mit Hinweisen; Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 24. Juni 2003 in Sachen A., U 193/01, Erw. 4.3). Damit ist das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der Verletzung aber zu verneinen. Ebenso wenig liegt eine besondere Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden vor; adäquanzrelevant können nur diejenigen Beschwerden sein, die in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehen, wobei sich deren Erheblichkeit nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung beurteilt, welche die verunfallte Person in ihrem Lebensalltag erfährt (Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2008 in Sachen S., 8C_768/2007, Erw. 4.2). Nach Austritt aus der Rehabilitationsklinik E.____ im November 2003 fanden neben einer Schmerzmedikation bloss noch Physiotherapiesitzungen und Kontrolluntersuchungen statt, später sogar nur noch eine medizinische Kräftigungstherapie (Urk. 11/104). Bei dieser Sachlage kann jedoch nicht von einer fortgesetzten und spezifisch belastenden ärztlichen Behandlung gesprochen werden (vgl. etwa SVR 2007 UV Nr. 26 Erw. 5.3). Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestand bloss vom 27. Mai bis 3. Juli 2002 sowie während der Hospitalisation in der Rehabilitationsklinik E.____ vom 15. Oktober bis 19. November 2003. Ab dem 5. September 2002 war die Beschwerdeführerin wieder voll arbeitsfähig; wobei sie bei Tätigkeiten, welche mit dem Heben von Lasten von ungefähr 30 kg verbunden gewesen waren, entlastet werden musste (Urk. 11/12). Die später wieder attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % konnte schliesslich immer verwertet werden. Entsprechend sind die weiteren Kriterien der ärztlichen Fehlbehandlung, des schwierigen Heilungsverlaufs, der erheblichen Komplikationen und Beschwerden sowie der erheblichen Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt.

3.3 Nach dem Gesagten ist die Beschwerdegegnerin für die noch geklagten Beeinträchtigungen nicht über den 31. Dezember 2006 hinaus leistungspflichtig,

weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur

- Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer

- 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.