

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00280 vom 11. Mai 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-05-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00280

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00280 du 11 mai 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00280 del 11 maggio 2010

Erwägungen

E. 2

2.1. Im Folgenden ist der für die Kausalitätsbeurteilung massgebende medizinische Sachverhalt zu präzisieren.

2.2. Die Ärzte des Spitals C., welche die Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 15. Mai 2006 erstmals behandelten, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 15. Mai 2006 eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) und erwähnten, dass die Beschwerdeführerin nach der Heckkollision vom 15. Mai 2006 vorerst zur Arbeit gefahren sei. Danach habe sie unter muskelkaterartigen Schmerzen im rechten Hals sowie unter Schwindel und einer Präsynkope gelitten. Bei der Beschwerdeführerin seien Blutdruckschwankungen bekannt, die des Weiteren eine ähnliche Symptomatik verursacht hätten. Die Röntgenaufnahmen der HWS hätten keine Anhaltspunkte für eine frische ossäre Läsion gezeigt (Urk. 8/4). Gleichentags führten die Ärzte des Spitals C. im Anamnesebogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalen Beschleunigungstrauma aus, die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie anlässlich des Unfalls ihren Kopf an die Kopfstütze angeprallt habe, dass sie nicht auf die Kollision gefasst gewesen sei und dass sie weder bewusstlos gewesen noch unter Gedächtnislücken gelitten habe. Nach ungefähr einer halben Stunde seien Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel und Schwindel, ohne Erbrechen, sowie ein Kribbeln in beiden Händen aufgetreten (Urk. 8/5/2).

E. 2.3

Die Ärzte des Röntgeninstituts D. erwähnten im MRI-Bericht vom 8. Juni 2006, dass gleichentags aufgrund persistierender zervikaler Schmerzen sowie Parästhesien im rechten Arm eine Magnetresonanztomographie (MRI) der HWS und der Halsweichteile mit Plexus cervicalis durchgeführt worden sei, welche bis auf eine leichtgradige Streckfehlhaltung eine unauffällige HWS und einen unauffälligen Plexus cervicalis ohne Nachweis einer Diskushernie ergeben habe (Urk. 8/37).

E. 2.4

Im Austrittsbericht vom 12. September 2006 stellten die Ärzte der Rehaklinik E. folgende Diagnosen (Urk. 8/59/1):

- zervikobrachiales Schmerzsyndrom beidseits, rechtsbetont
- Somatisierungstendenz mit/bei
- dissoziativ mitbedingten Synkopen

- dysfunktionales Bewältigungsmuster (Schonverhalten, expressives Schmerzverhalten) bei ängstlicher Persönlichkeit mit multiplen Phobien im Rahmen einer Anpassungsstörung

Im Vordergrund stehe ein zervikobrachiales und myofasiales, rechtsbetontes Schmerzsyndrom. Bis auf eine unauffällige Streckhaltung der HWS habe sich weder in den konventionell radiologischen Aufnahmen der HWS noch im MRI posttraumatische Veränderungen feststellen lassen. Auch das durchgeführte Ruhe-EKG sei unauffällig gewesen. Aufgrund des auffälligen Verhaltens mit Weinausbrüchen in der Physiotherapie sei die Beschwerdeführerin psychosomatisch abgeklärt worden (Urk. 8/59/2).

Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. G.____, Fachpsychologin für klinische Psychologie und Psychotherapie FSP, erwähnten im konsiliarischen psychosomatischen Bericht der Rehaklinik E.____ vom 17. August 2006, dass die Beschwerdeführerin ein ausschliesslich somatogenes Beschwerdekonzzept vertrete und gegenüber psychischen Komponenten ein rigides Abwehrmuster zeige. Die expressive und wenig differenzierte Beschreibung der Schmerzen spreche für eine somatoforme Komponente am Beschwerdebild. Aufgrund mehrerer Phobien seit Kindheit (erhebliche Dunkel- und Höhenängste, multiple Tierphobien) seien ängstlich neurotische Persönlichkeitseigenschaften wahrscheinlich, welche eine Unfallverarbeitung erschweren würden. Auf der Verhaltensebene finde sich ein dysfunktionales Bewältigungsmuster mit starker Schontendenz und expressivem Schmerzverhalten, hinzu komme eine deutlich ablehnende Haltung dem Rehaklinikaufenthalt gegenüber mit Enttäuschung, Ärger, dysphorischer Ausblendung und Vorwurfshaltung (Urk. 8/59/10-11). Das aktuelle Erscheinungsbild sei als Anpassungsstörung mit verschiedenen Symptomen bei ängstlicher Persönlichkeit und mit Neigung zu Phobien zu klassifizieren (Urk. 8/59/11).

E. 2.5

Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Neurologie, diagnostizierte mit Bericht vom 2. Oktober 2006 einen Status nach Beschleunigungstrauma der HWS (Urk. 8/68/1) und erwähnte, dass die Beschwerdeführerin ein insgesamt als mässig einzustufendes zervikozephalales Beschwerdebild mit einer ungefähr um 30 % eingeschränkten Beweglichkeit der HWS, mit verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur aufweise. Eine Verletzung des Nervensystems sei nicht nachweisbar. Der Status und die durchgeführten Zusatzuntersuchungen seien vollständig normal, mit insbesondere normalen Neurographien des Nervus medianus (Urk. 8/68/3).

E. 2.6

Dr. med. I.____, FMH Physikalische Medizin, stellte in ihrem Bericht vom 13. November 2006 unter anderem eine Somatisierungstendenz mit dysfunktionalem Bewältigungsmuster fest und erwähnte, dass eine medizinische Trainingstherapie mit Aufbau- und Kräftigung der paravertebralen Muskulatur durchgeführt werde, und dass die Beschwerdeführerin unter vermehrten Schwindelanfällen, Dysästhesien zervikal und paraaurikulär beidseits, rechtsbetont mit wiederholten Ohnmachtsanfällen unter vermehrter Belastung, leide. Bezüglich der Depression stehe die Beschwerdeführerin in psychiatrischer Behandlung (Urk. 8/80).

E. 2.7

Ä Ä Ä Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Neurologie, hielt am 29. November 2006 fest, dass die Beschwerdeführerin den am 28. November 2006 festgesetzten Untersuchungstermin abgesagt habe (Urk. 8/83).

E. 2.8

Ä Ä Ä Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erwähnte in seinem Bericht vom 11. Dezember 2006, dass er die Beschwerdeführerin seit dem 23. Oktober 2006 ambulant behandle und stellte die folgenden Diagnosen (Urk. 8/85/2):

- posttraumatische Anpassungsstörung
- Somatisierungsschmerzstörung
- Ängstliche Persönlichkeitsstörung

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Während der Behandlung habe sich der psychische Zustand gebessert. Die Synkopen seien nicht mehr aufgetreten. Die Schmerzen sowie die Tendenz zur Somatisierung seien milder geworden. Die depressive Symptomatik habe sich während der letzten Wochen etwas zurückgebildet (Urk. 8/85/1). Aus psychiatrischer Sicht sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis Ende Dezember 2006 und eine solche von 50 % bis Ende Januar 2007 zu empfehlen. Die psychiatrische Behandlung könne voraussichtlich Ende Januar 2007 abgeschlossen werden (Urk. 8/85 S. 2).

E. 2.9

Ä Ä Ä SUVA-Kreisarzt Dr. med. L.____, Orthopädische Chirurgie FMH, führte in seinem Bericht vom 21. Dezember 2006 aus, dass es der Beschwerdeführerin etwas besser gehe. Die Schmerzen seien nicht mehr konstant vorhanden, aber phasenweise doch in störendem Ausmass. Sie klagte über Schmerzen im Nacken, im Kopf bis in die Stirne, in den Schultern, mit Ausstrahlung bis in die Oberarme und hinunter am Rücken bis in den unteren Bereich der Brustwirbelsäule (Urk. 8/87/2). Die Einschränkung der Beweglichkeit der HWS sei durch pathologisch-anatomische Veränderungen nicht zu erklären und sei auf eine Ängstlichkeit zurückzuführen. Ab dem 8. Januar 2007 sei in leichten Arbeiten eine Arbeitsfähigkeit im Umfang von 50 % zu erwarten, wobei die zu hebenden Gewichte fünf bis zehn Kilogramm nicht übersteigen sollten. Eine stereotype Körperhaltung während einer 15 Minuten übersteigenden Zeit sei zu vermeiden. Der Beschwerdeführerin sei eine Tätigkeit in einem Lager oder auch in einem Fabrikationsbetrieb zuzumuten. Eine Steigerung des Einsatzes auf den ganzen Tag sei spätestens ab März 2007 zu erwarten. Nach dieser Aufbauphase sei der Beschwerdeführerin das Heben und Tragen von 10 bis 15 Kilogramm schweren Gewichten zuzumuten. Bis spätestens Mitte 2007 seien der Beschwerdeführerin wieder alle Belastungen, die mit ihrer Konstitution kompatibel seien, zuzumuten. Ein bleibender Nachteil sei nicht zu erwarten (Urk. 8/87/5).

E. 2.10

Ä Dr. I.____ attestierte der Beschwerdeführerin mit Bericht vom 6. März 2007 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % seit dem 1. März 2007 und erwähnte, dass die Behandlung bald abgeschlossen werden könne (Urk. 8/100).

2.11 Ä Ä Die Ärzte des Spitals C.____ stellten mit Bericht vom 23. Juni 2007 fest, dass die Beschwerdeführerin gleichentags wegen rezidivierender Schwächeanfällen notfallmässig ambulant behandelt worden sei. Eine Ursache für die

Schwächeanfälligkeit habe nicht eruiert werden können. Klinisch zeige sich ein Normalbefund. Eventuell würden die Episoden im Rahmen der Schmerzen auftreten oder sie seien psychogen (Urk. 8/159/1).

2.12 Die Ärzte des Spitals M. ___ diagnostizierten mit Bericht vom 3. Juli 2007 rezidivierende Schwächeanfälligkeit unklarer Ätiologie. Die Beschwerdeführerin sei an ihrem neuen Arbeitsplatz kollabiert, ohne bewusstlos geworden zu sein auf Grund einer akuten Schwäche im ganzen Körper. Die klinische und laborchemische Untersuchung auf der Notfallstation des Spitals M. ___ sei unauffällig gewesen. Die Ursache des Schwächeanfalles habe nicht geklärt werden können (Urk. 8/119).

2.13 Dr. med. N. ___, Spezialarzt FMH für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, stellte in seinem Bericht vom 31. August 2007 die folgenden Diagnosen (Urk. 8/137/1):

- zervikozephalisches Syndrom mit Begleitschwindel und Verdacht auf neuropsychologische Defizite bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS
- Status nach rezidivierenden Schwächeanfälligkeiten unklarer Ätiologie
- Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung mit Symptomausweitung
- depressive Entwicklung

Die Beschwerdeführerin weise klinisch das typische Beschwerdebild mit somatischen Kopf- und Nackenschmerzen sowie neuropsychologischen Beschwerden (erhöhte Ermüdbarkeit, Vergesslichkeit, verminderte Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit) auf. Unklar würden die rezidivierenden Schwächeanfälligkeiten bleiben. Deshalb sei eine neurologische Untersuchung angezeigt (Urk. 8/137/1).

2.14 Die Ärzte des Spitals C. ___ erwähnten in ihrem Bericht vom 8. September 2007, dass sie die Beschwerdeführerin gleichentags wegen eines Schwächeanfalls notfallmässig ambulant behandelt hätten. Sie habe über Schwindel geklagt. Der Schwindel komme immer, wenn sie Schmerzen im Nacken habe. Weil sie zur Hochzeit einer Cousine gehen sollen, habe ihr die Mutter ein anderes, stärkeres Schmerzmittel gegeben (Urk. 8/146/1). Bei einem normalen somatisch klinischen Untersuchungsbefund sei von einer psychosomatischen Genese auszugehen (Urk. 8/146/2).

2.15 Der untersuchende Arzt der Klinik O. ___, Neuroradiologisches und Radiologisches Institut, stellte im MRI-Bericht vom 4. Oktober 2007 fest, dass eine am 3. Oktober 2007 durchgeführte magnetresonanztomographische Untersuchung des Gehirns der Beschwerdeführerin einen normalen Befund ergeben habe (Urk. 8/161).

2.16 Dr. N. ___ erwähnte am 13. Oktober 2007, dass die Beschwerdeführerin gegenwärtig konservativ mit Kraniosakraltherapie und Physiotherapie behandelt werde. Es bestehe ein Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung mit Symptomausweitung und depressiver Entwicklung (Urk. 8/147/2).

2.17 Dr. med. P. ___, Spezialarzt FMH für Neurologie, stellte in seinem Bericht vom 7. November 2007 einen Verdacht auf epileptisch bedingte Ausnahmezustände mit Kollaps fest (Urk. 8/155/1) und erwähnte, dass die Beschwerdeführerin angegeben habe, dass sie sich etwas besser fühle, dass sie aber oft kollabieren würde. Sie verspüre einen Druck im Nacken- und Schulterbereich. Sie leide sodann unter Kopfschmerzen im Nackenbereich sowie frontal, häufig mit Kältegefühl im Kopf und

Stechen in den Augen. Diese Schmerzen wÃ¼rden fast tÃ¤glich auftreten. Die Dauer sei unterschiedlich von einer Stunde bis zu einem Tag. Oft habe sie eine SprechstÃ¶rung mit blockiertem GefÃ¼hl. Es bestehe nur noch ein ganz leichtes Zervikalsyndrom mit recht gut erhaltener Beweglichkeit der HWS. Die BeschwerdefÃ¼hrerin leide immer noch unter zervikogenen Kopfschmerzen. Im EEG wÃ¼rden sich eine AllgemeinverÃ¤nderung sowie irritative epilepsieverdÃ¤chtige AblÃ¤ufe finden, vor allem Ã¼ber der linken HemisphÃ¤re. Es bestehe der Verdacht, dass die anfallsartigen AusnahmezustÃ¤nde Epilepsie-Äquivalenten entsprechen kÃ¶nnten. Die magnetresonanztomographische Untersuchung des Gehirns sei normal ausgefallen (Urk. 8/155/1), weshalb ein Zusammenhang zwischen dem Unfall und den AnfÃ¤llen eher unwahrscheinlich sei (Urk. 8/155/2).

2.18 Â Dr. med. Q.____, Facharzt FMH fÃ¼r Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. U.____, Klinischer Psychologe und Supervisor, Medizinisches Zentrum R.____, stellten in ihrem Bericht vom 16. November 2007 die folgenden Diagnosen (Urk. 8/166/2):

- mittelgradige depressive Episode
- anhaltende somatoforme SchmerzstÃ¶rung
- zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechtsbetont
- Status nach HWS-Distorsion
- Verdacht auf eine histrionische PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung

Â Â Â Â Â Â Â Â Aufgrund der immer wieder auftretenden Synkopen und dem Vorhandensein einer mittelgradigen Depression sei die BeschwerdefÃ¼hrerin im Moment im Umfang von 100 % arbeitsunfÃ¤hig. Ziel der Behandlung sei die Wiederherstellung der ArbeitsfÃ¤higkeit (Urk. 8/166/2).

2.19 Â Die Ã¶rzte des Spitals S.____, Klinik fÃ¼r Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, Neurologische Poliklinik, Psychiatrische Poliklinik, InterdisziplinÃ¤res Zentrum fÃ¼r Schwindel und GleichgewichtsstÃ¶rungen (nachfolgend: S.____), stellten am 12. Februar 2008 die folgende Diagnose (Urk. 8/174/1):

- unklare Schwindelsymptomatik mit/bei
- fehlendem Hinweis auf eine neuro-otologische Ursache bei grenzwertiger vestibulÃ¤rer Unterfunktion rechts
- Verdacht auf epileptisch bedingte AusnahmezustÃ¤nde mit Kollaps
- zervikobrachiales Schmerzsyndrom
- Status nach HWS-Distorsionstrauma

Â Â Â Â Â Â Â Â Die Video-Okulographie habe eine grenzwertige vestibulÃ¤re Unterfunktion auf der linken Seite ergeben. Die von der BeschwerdefÃ¼hrerin beschriebenen Beschwerden passten nicht zu einem periphervestibulÃ¤ren Schwindel. Die festgestellte grenzwertige vestibulÃ¤re Unterfunktion auf der linken Seite habe wahrscheinlich mit den beschriebenen Schwindelbeschwerden keinen Zusammenhang, weshalb keine Behandlung angezeigt sei (Urk. 8/174/3).

2.20 Â SUVA-Kreisarzt Dr. med. T.____, Facharzt FMH fÃ¼r OrthopÃ¤dische Chirurgie, erwÃ¤hnte in seinem Bericht vom 26. MÃ¤rz 2008, dass die

Beschwerdeführerin oft an in die Schultern ausstrahlenden Nackenbeschwerden leide. Diese Nackenbeschwerden seien wechselnd vorhanden. Der Schwindel sei unter der anti-epileptischen Behandlung mit Lamictal weitgehend verschwunden. Die Nackenbeschwerden würden nicht mehr täglich die Einnahme eines Schmerzmittels erfordern. Die klinische Untersuchung habe eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS ergeben, wobei das Ausmass dieser Einschränkung nicht kongruent erscheine mit den Normalbewegungen des Kopfs während des Gesprächs und auch nicht mit der gezeigten Rotation der HWS beim Ablegen des Kopfs in Bauchlage auf der Wange. Eine weitere Diskrepanz ergebe sich auch bezüglich der Inklination der Wirbelsäule. Eine strukturelle Läsion sei nicht nachgewiesen worden (Urk. 8/178/6). Ein Zusammenhang zwischen der vermutlich diagnostizierten Epilepsie mit dem Unfallereignis werde aus neurologischer Sicht als unwahrscheinlich betrachtet. Ein Schädel-Hirn-Trauma oder eine strukturelle Schädigung des Hirns, welche die Entstehung einer posttraumatischen Epilepsie verständlich gemacht hätte, sei nicht dokumentiert. Eine erste neurologische Untersuchung durch Dr. H. ___ habe diesbezüglich vielmehr unauffällige Verhältnisse gezeigt. Insbesondere sei das EEG auch nach Stimulation unauffällig gewesen. Das späte und prominente Auftreten des Schwindels im Laufe des Jahres 2007 spreche gegen eine Unfallkausalität. Nachdem seit dem Unfallereignis eine andauernde physiotherapeutische Behandlung nicht zur Beschwerdefreiheit bezüglich Nackenbeschwerden rechts geführt habe und nachdem auch eine stationäre Rehabilitation mit einem unbefriedigenden Resultat geendet habe, sei von einer Weiterführung der Physiotherapie keine weitere Verbesserung der rechtsseitigen Nackenbeschwerden zu erwarten. Das gleiche gelte auch für die durchgeführte psychiatrische Behandlung, welche die Beschwerdeführerin selbst abgebrochen habe (Urk. 8/178/7).

2.21 Dr. N. ___ erwähnte in seinem Bericht vom 2. Mai 2008, dass auf Grund der belastungsabhängiger Beschwerden in der bisherigen Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Lageristin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe. In behinderungsangepassten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten, welche wahlweise im Stehen oder Sitzen ausgeführt werden können, welche kein Heben von schweren Lasten von mehr als zehn Kilogramm während einer kurzen Zeit und von mehr als zwei Kilogramm während einer längeren Zeit, welche keine Überkopparbeit und welche keine Arbeit in vorgebeugter Haltung erfordern, bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/190/14). Die Frage, ob die Beschwerdeführerin an einer posttraumatischen Epilepsie leide, müsse von Dr. P. ___ beurteilt werden (Urk. 8/187/2, Urk. 8/190/14).

E. 3

3.1 Vorerst zu prüfen ist anhand der medizinischen Akten, ob organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen vorliegen, bei denen sich die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 112 Erw. 2.1). Nach der Rechtsprechung kann von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 9 Ingress S. 122, 117 V 359 E. 5d/aa S. 363; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 Erw. 5.4 mit Hinweisen, U 479/05; Urteile des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, Erw. 8.2, vom 10. Juli 2008, 8C_614/2007, Erw. 4.3, vom 10. Juni 2008, 8C_452/2007, Erw. 2.2.2, vom 15. Mai 2008,

unauffällige Verhältnisse gezeigt. Das späte und prominente Auftreten des Schwindels spreche gegen eine Unfallkausalität (Urk. 8/178/7).

3.4 Gemäss der medizinischen Aktenlage steht demnach fest, dass die Beschwerdeführerin nach dem versicherten Unfall vom 15. Mai 2006 verschiedene Male unter Schwindel- und Ohnmachtsepisoden litt. Dieser Umstand war Dr. H. ___ bekannt, als er die Beschwerdeführerin am 27. und 28. September 2006 neurologisch untersuchte (Urk. 8/68/1). Diesbezüglich gilt es zu beachten, dass der Bericht von Dr. H. ___ vom 2. Oktober 2006 (Urk. 8/68) die nach der Rechtsprechung für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (Beweiseignung) vorausgesetzten Kriterien erfüllt. Denn einerseits verfügte Dr. H. ___, welcher Facharzt für Neurologie ist, über die erforderliche fachärztliche Spezialisierung zur Beurteilung der Genese der Schwindel- und Ohnmachtsvorfälle sowie zur Beurteilung der Frage nach dem Vorliegen einer posttraumatischen Epilepsie. Andererseits erhob Dr. H. ___, welchem die medizinischen Vorakten bekannt waren, eine ausführliche Anamnese und setzte sich eingehend mit den geklagten Beschwerden auseinander. Die Beurteilung durch Dr. H. ___ vom 2. Oktober 2006, welcher seine Schlussfolgerungen darin in nachvollziehbarer Weise mit den Ergebnissen eigener umfangreicher neurologischer und neurographischer Untersuchungen begründete, vermag sodann auch inhaltlich zu überzeugen. Insbesondere vermag zu überzeugen, dass Dr. H. ___ ein insgesamt als mässig einzustufendes zervikozephalales Beschwerdebild feststellte, einen normalen neurologischen Befund sowie einen normalen EEG-Befund erhob und eine Verletzung des Nervensystems ausschloss (Urk. 8/68/3). Auf die nachvollziehbare Beurteilung durch Dr. H. ___ ist vorliegend daher abzustellen.

3.5 Gestützt auf die Beurteilung durch Dr. H. ___ vom 2. Oktober 2006 hat demnach als erstellt zu gelten, dass zum Untersuchungszeitpunkt vom 27. und 28. September 2006 eine Verletzung des Nervensystems nicht ausgewiesen war, und dass keine Hinweise auf eine posttraumatische Epilepsie festzustellen waren.

3.6 Demgegenüber stellte Dr. P. ___ am 7. November 2007 einen Verdacht auf epileptisch bedingte Ausnahmezustände mit Kollaps fest (Urk. 8/155/1) und erwähnte, dass sich im EEG irritative epilepsieverdächtige Abläufe finden liessen, vor allem über der linken Hemisphäre. Da die magnetresonanztomographische Untersuchung des Gehirns normal verlief, erachtete Dr. P. ___ einen Zusammenhang zwischen dem Unfall und den Anfällen als eher unwahrscheinlich (Urk. 8/155/2). Für eine fehlende Kausalität zwischen den von Dr. P. ___ beschriebenen epilepsieverdächtigen Abläufen spricht sodann der Umstand, dass Dr. H. ___ vorgängig einen normalen neurologischen und EEG-Befund erhob. Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Unfallereignis vom 15. Mai 2006 und den von Dr. P. ___ beschriebenen irritativen epilepsieverdächtigen Abläufen kann jedenfalls nicht mit dem vorausgesetzten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als erstellt gelten. Eine posttraumatische Epilepsie ist vorliegend daher nicht nachgewiesen. Gestützt auf die nachvollziehbare neuro-otologische Beurteilung durch die Ärzte des S. ___ vom 12. Februar 2008 ist sodann auch ein peripher-vestibulärer Schwindel auszuschliessen (Urk. 8/174/3).

3.7 Auf Grund der medizinischen Aktenlage ist das Vorliegen organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen vorliegend daher zu verneinen. Etwas Anderes lässt sich auch nicht aus dem Umstand ableiten, dass Dr. H. ___ (Urk. 8/68/3) und weitere behandelnde Ärzte eine verdickte und druckdolente Nacken- und Schultermuskulatur feststellten.

Vielmehr gelten als objektivierbar rechtsprechungsgemäss Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden und die hiebei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich auf breiter Basis anerkannt sind (vgl. Erw. 3.1). Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken, Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit sowie Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS können nach der Rechtsprechung für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen K. vom 20. Januar 2010, 8C_736/2009, Erw. 3.2 mit Hinweisen).

3.8. Nach dem Gesagten hat vorliegend, anders als bei Gesundheitsschäden mit einem klaren unfallbedingten organischen Substrat, bei welchen der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel mit dem natürlichen bejaht werden kann, eine besondere Adäquanzprüfung zu erfolgen (vgl. Erw. 1.7). Ergibt sich hiebei, dass es an der Adäquanz fehlt, erörtern sich auch Weiterungen zur natürlichen Kausalität (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 23. September 2009, 8C_396/2009, Erw. 4.2 und vom 14. April 2008, 8C_42/2007, Erw. 2 mit Hinweisen).

E. 4

4.1. In psychischer Hinsicht ist den medizinischen Akten zu entnehmen, dass die Ärzte der Rehaklinik E. eine Anpassungsstörung mit verschiedenen Symptomen bei ängstlicher Persönlichkeit mit Neigung zu Phobien (Urk. 8/59/11) feststellten. Dr. K. ging von einer posttraumatischen Anpassungsstörung, einer Somatisierungsschmerzstörung und einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung aus (Urk. 8/85 S. 1). Während Dr. N. den Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung mit Symptomausweitung und depressiver Entwicklung feststellte (Urk. 8/137/1, Urk. 8/147/2), ging Dr. Q. davon aus, dass die Beschwerdeführerin an einer mittelgradigen depressiven Episode und an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leide und äusserte zudem den Verdacht auf eine histrionische Persönlichkeitsstörung (Urk. 8/166/2).

4.2. Auf Grund der Akten steht fest, dass die Beschwerdeführerin an einer psychischen Gesundheitsschädigung von Krankheitswert leidet. Die Frage, ob die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS gehörenden Beeinträchtigungen gegenüber einer bereits kurze Zeit nach dem Unfall aufgetretenen psychischen Störung eindeutig in den Hintergrund getreten sind und im Verlauf der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben, kann vorliegend indes offen gelassen werden, wenn die Adäquanzbeurteilung selbst nach den für Schleudertraumen, schleudertraumaähnlichen Verletzungen der HWS oder Schädel-Hirntraumen (BGE 134 V 109) geltenden Regeln zu verneinen wäre (vgl. BGE 123 V 98 Erw. 2a S. 99; RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437, U 164/01). Denn im Gegensatz zu den für psychische Unfallfolgen (BGE 115 V 133 ff.) geltenden Regeln 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.

E. 5

5.1. Die Adäquanzprüfung ist grundsätzlich zu dem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem keine behandlungsbedingten organischen Unfallfolgen mehr vorliegen. Bei den psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall (BGE 115 V 133) haben die psychischen Unfallfolgen auf den Zeitpunkt der Adäquanzbeurteilung keine Auswirkung, weshalb die Adäquanzprüfung zu dem Zeitpunkt vorzunehmen ist, in welchem von einer Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 116 Erw. 6.1; SVR 2007 UV Nr. 29 S. 99, Erw. 3.1, U 98/06). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Nach der Rechtsprechung ist der Begriff der namhaften Besserung namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, auszulegen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes namhaft durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss, und dass unbedeutende Verbesserungen nicht genügen (BGE 134 V 115 Erw. 4.3; Urteile des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts, EVG, vom 20. Mai 2005, U 244/04, Erw. 2 und vom 5. Juli 2001, U 412/00, Erw. 2a).

5.2. Wie vorstehend (Erw. 3.7) erwähnt ist auf Grund der medizinischen Aktenlage das Vorliegen organisch objektiver Unfallfolgen und insbesondere eine durch das versicherte Unfallereignis verursachte posttraumatische Epilepsie zu verneinen. Sodann ist gemäss der nachvollziehbaren Beurteilung durch Dr. T. vom 26. März 2008 von einer Weiterführung der Physiotherapie keine weitere Verbesserung der Nackenbeschwerden zu erwarten (Urk. 8/178/7). Es ist demnach davon auszugehen, dass spätestens zum Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin durch Dr. T. vom 25. März 2008 (vgl. Urk. 8/178/1) von einer weiteren Behandlung von organischen Unfallfolgen keine namhafte Besserung mehr zu erwarten war. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Prüfung der Adäquanz bei Erlass der leistungsverneinenden Verfügung vom 17. April 2008 (Urk. 8/183) vornahm.

E. 6

6.1. Zu prüfen ist im Hinblick auf die Adäquanzfrage die objektive Schwere des Unfallereignisses vom 15. Mai 2006.

6.2. Am 15. Mai 2006 lenkte die Beschwerdeführerin ein Motorfahrzeug und musste dieses verkehrsbedingt anhalten. Die nachfolgende Fahrzeuglenkerin fuhr alsdann mit ihrem Fahrzeug auf das Heck des Fahrzeuges der Beschwerdeführerin auf (Urk. 8/1, Urk. 8/3/2, Urk. 8/43/2). Die von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene biomechanische Kurzbeurteilung vom 28. Juli 2006 (Urk. 8/43) ergab eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Δv) von 10-15 Kilometer pro Stunde (Urk. 8/43/3).

6.3. Im Urteil in Sachen Z. vom 19. November 2007, U 2/07, Erw. 5.3.1, hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung zur Unfallschwere konkretisiert. Danach bestimmt sich die Schwere des Unfalles nach dem augenfalligen Geschehensablauf (BGE 115 V 133 E. 6 Ingress S. 139) mit den sich dabei entwickelnden Kräften (vgl. RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207), nicht jedoch nach den Folgen des Unfalles oder nach den Begleitumständen, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können.

Solchen Faktoren ist gegebenenfalls bei den Kriterien, welche bei der Beurteilung der Adäquanz bei mittelschweren Unfällen Beachtung finden, 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- oder Todesfolgen, die der Unfall für andere Personen nach sich zieht (Urteile des Bundesgerichts bzw. des EVG in Sachen Z. vom 19. November 2007, U 2/07, Erw. 5.3.1; in Sachen K. vom 17. August 2006, U 503/05, Erw. 3.1 und 3.2).

Kein Anlass zu einer Qualifikation eines Ereignisses als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen oder gar als schwerer Unfall ergibt sich nach der Rechtsprechung bei einer im Rahmen einer biomechanischen Beurteilung festgestellten kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung (Δv) von 10-15 Kilometern in der Stunde (Urteil des Bundesgerichts in Sachen P. vom 12. Februar 2008, 8C_579/2007, Erw. 3.2; Urteil des EVG vom 12. Januar 2004, U 441/03, Erw. 4.1).

6.4 Aufgrund des Geschehensablaufs und der Verletzungen, die sich die Beschwerdeführerin anlässlich des Ereignisses vom 15. Mai 2006 zuzog, handelt es sich hierbei unbestrittenermassen um ein mittelschweres Ereignis im unteren mittleren Bereich. Damit die Adäquanz bejaht werden könnte, müssten somit entweder mehrere der massgeblichen Kriterien erfüllt sein oder hätte eines davon in besonders ausgeprägter Weise vorzuliegen (BGE 117 V 367 f. Erw. 6b, 384 Erw. 4c, 115 V 140 f. Erw. 6c/bb).

E. 7

7.1 Dem Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindringlichkeit des Unfalls liegt der Gedanke zugrunde, dass solche Umstände geeignet sind, beim Betroffenen während des Unfallgeschehens oder nachher psychische Abläufe in Bewegung zu setzen, die an den nachfolgenden psychischen Fehlentwicklungen mitbeteiligt sein könnten. Dabei sind objektive Massstäbe anzuwenden. Vorliegend sind besonders dramatische Umstände oder eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls sind zu verneinen. Denn beim Unfall vom 15. Mai 2006 handelte es sich um eine Auffahrkollision (Urk. 8/1, Urk. 8/3/2, Urk. 8/43/2), welche sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignete und - objektiv betrachtet - nicht von besonderer Eindringlichkeit im Sinne der Rechtsprechung war.

7.2 Ebenfalls nicht erfüllt ist das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen. Denn die Diagnose einer HWS-Distorsion (oder eines Schädelhirntraumas oder einer anderen, adäquanzrechtlich gleich zu behandelnden Verletzung) genügt für sich allein nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung. Es bedarf hiezu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen könnten (BGE 134 V 128 Erw. 10.2.2; SVR 2007 UV Nr. 26 S. 86, Erw. 5.3, U 339/06; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236, Erw. 5.2.3, U 380/04 mit Hinweisen). Diese könnten beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen. Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma, der äquivalenten Verletzung der HWS oder dem Schädelhirntrauma beim Unfall

zugezogen hat, können bedeutsam sein (BGE 134 V 128 Erw. 10.2.2 mit Hinweisen).

Die Beschwerdeführerin zog sich anlässlich des versicherten Unfallereignisses neben der Distorsion der HWS lediglich Verletzungen von vergleichsweise geringem Grad zu, wie Druckdolenzen über dem Musculus Trapezius (vgl. Urk. 8/4), weshalb das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen nicht erfüllt ist.

7.3 Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der fortgesetzten spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung. Denn die organischen Unfallfolgen heilten ohne besondere Behandlung vergleichsweise schnell aus. Sodann gilt es zu beachten, dass eine Physiotherapie sowie eine medikamentöse Schmerztherapie das Kriterium für sich allein nicht erfüllen (Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2008, 8C_52/2008, Erw. 8.2). Was die Behandlung der psychisch bedingten Leiden betrifft, so geht aus den medizinischen Akten hervor, dass die Beschwerdeführerin die psychotherapeutische Behandlung durch die von ihr konsultierten Psychiater jeweils nach einer relativ kurzen Behandlungsdauer wieder abbrach. So wurde die Beschwerdeführerin durch Dr. K.____ während der Zeit vom 23. Oktober bis 20. Dezember 2006 (Urk. 8/85/1, Urk. 8/98) und durch die Dres. Q.____ und U.____ lediglich während zwei Konsultationen (vgl. Urk. 8/157) behandelt. Dies genügt indes nicht für die Erfüllung des Kriteriums.

7.4 Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der erheblichen Dauerbeschwerden. Denn die geklagten Dauerschmerzen im Bereich des Kopfes und Nackens lassen sich nicht auf eine nachweisbare organische Ursache zurückführen.

7.5 Nicht erfüllt sind auch die Kriterien der ärztlichen Fehlbehandlung sowie des schwierigen Heilungsverlaufs oder erheblicher Komplikationen. Denn aus der ärztlichen Behandlung und den erheblichen Beschwerden - welche eigene Kriterien darstellen - darf nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf und/oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden; vielmehr bedarf es dazu besonderer Gründe, die die Heilung beeinträchtigt haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008, 8C_57/2008, Erw. 9.6.1).

7.6 Schliesslich ist das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Bemühungen zu verneinen. Gemäss der Beurteilung durch Dr. L.____ (Urk. 8/87/5) und Dr. K.____ (Urk. 8/85/2) ist eine körperlich und/oder psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der bisher ausgeübten Tätigkeit als Lagermitarbeiterin für die Zeit vom 15. Mai 2006 bis 7. Januar 2007 und eine solche von 50 % für die Zeit vom 8. Januar 2007 bis Ende Februar 2007 ausgewiesen. Ab 1. März 2007 bestand daher in der bisherigen Tätigkeit als Lagermitarbeiterin eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Unter diesen Umständen kann nicht von einer in Bezug auf Dauer und Grad erheblichen Arbeitsunfähigkeit gesprochen werden (vgl. zum diesbezüglichen Massstab RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 f., Urteil des EVG in Sachen L. vom 30. August 2001, U 56/00, Erw. 3d/aa).

Massgebend ist zudem nicht alleine die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Konkret muss der Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher

Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei ist auch der persönliche Einsatz im Rahmen von medizinischen Therapiemassnahmen zu berücksichtigen. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen (BGE 134 V 129 f. Erw. 10.2.7 mit Hinweisen).

Vorliegend kann die Frage, ob sich die Beschwerdeführerin in geeigneter Weise bemühte, die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, indes offen gelassen werden, da es bereits an einer Arbeitsunfähigkeit von geeigneter Erheblichkeit fehlt.

8. Die Beschwerde ist abzuweisen.

8.1 Nach dem Gesagten ist kein einziges Kriterium erfüllt, weshalb die Adäquanz zu verneinen ist. Da die Adäquanz selbst bei Anwendung der Rechtsprechung zur Beurteilung der Adäquanz von nicht organischen Folgen von Schleudertraumen, schleudertraumähnlichen Verletzungen der HWS oder Schädel-Hirntraumen (BGE 134 V 109) zu verneinen ist, kann die Frage, ob die zum typischen Beschwerdebild eines Schädel-Hirntraumas gehörenden Beeinträchtigungen gegenüber einer bereits kurze Zeit nach dem Unfall aufgetretenen psychischen Störung eindeutig in den Hintergrund getreten sind und im Verlauf der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben, offen gelassen werden (vgl. vorstehende Erw. 4.2).

8.2 Entgegen der diesbezüglichen Eventualvorbringen (Urk. 1 S. 2) der Beschwerdeführerin ist daher von ergänzenden Beweismassnahmen und insbesondere von der Anordnung einer weiteren medizinischen Begutachtung der Beschwerdeführerin oder der Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme einer solchen abzusehen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 Erw. 4b, 122 V 162 Erw. 1d mit Hinweis; RKUV 2006 Nr. U 578 S. 176 Erw. 3.6; SVR 2001 IV Nr. 10 Erw. 4b S. 28).

9. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 8. Juli 2008 den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Unfall vom 15. Mai 2006 und den organisch nicht objektivierbaren Folgen dieses Ereignisses (unter Einschluss aller psychischer Unfallfolgen) verneinte (Urk. 2 S. 9 f.) und die Versicherungsleistungen per 30. April 2008 einstellte (vgl. Urk. 8/183).

Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

- Die Beschwerde wird abgewiesen.
- Das Verfahren ist kostenlos.
- Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Yves Blöchlinger
 - Rechtsanwältin Barbara Klett
 - 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.