

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00080 vom 31. August 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-08-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2011.00080](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00080)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00080 du 31 août 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00080 del 31 agosto 2012

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Gegen diesen Einspracheentscheid liess die Versicherte mit Eingabe vom 10. März 2011 Beschwerde an das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich führen und beantragen, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es seien ihr auch nach dem 1. Dezember 2010 Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen auszurichten; weiter sei der Unfallversicherer zu verpflichten, ihre Berentung in die Wege zu leiten (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Juni 2011 beantragte die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Mit Replik vom 26. September 2011 (Urk. 14) und Duplik vom 21. Oktober 2011 (Urk. 20) hielten die Parteien an ihren Beschwerdeanträgen fest. Am 14. November 2011 nahm die Beschwerdeführerin zu den in der Duplik enthaltenen Ausführungen Stellung (Urk. 22). Mit Eingabe vom 29. Dezember 2011 teilte die Beschwerdegegnerin mit, auf eine weitere Stellungnahme zu verzichten (Urk. 26).

2.2. Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

1.2. 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 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 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 bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

1.3.1.1 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 359 E. 4b).

#### 1.4

1.4.1.1 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 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

1.4.2.1 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 Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 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 Bundesgericht in seiner 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 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/aa und 367 E. 6a).

1.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c).

## 2. Â Â Â Â Â Â

2.1 Â Â Â Â Die Beschwerdegegnerin erwog, zwischen dem Unfallereignis vom 2. Dezember 2002 und den noch geklagten organisch nicht nachweisbaren Beschwerden der Beschwerdeführerin bestehe kein adäquater Kausalzusammenhang, denn der Unfall sei den mittelschweren Ereignissen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzurechnen und es seien höchstens zwei der rechtsprechungsgemässen (gemäss Schleudertrauma-Praxis; BGE 134 V 109) Adäquanzkriterien in normaler Ausprägung erfüllt (erhebliche Beschwerden und erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen) (Urk. 2).

2.2. Â Â Â Die Beschwerdeführerin macht dagegen im Wesentlichen geltend, der natürliche und adäquate Kausalzusammenhang der weiterbestehenden Beschwerden sei zu bejahen; es liege ein mittelschwerer Unfall im engeren Sinn vor und es seien mindestens vier beziehungsweise sechs der Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt (Urk. 1, 14 und 22).

### E. 3.1

3.1.1 Â Â Am 6. Dezember 2002, das heisst vier Tage nach dem Unfallereignis vom 2. Dezember 2002, suchte die Beschwerdeführerin Dr. Y. \_\_\_ auf, und klagte über Kopfschmerzen sowie massive Schmerzen am cervicothorakalen Übergang mit Ausstrahlungen bis in die Lendenwirbelsäule. Der erstbehandelnde Arzt stellte klinisch eine Segmentdysfunktion C2/3 beidseits, eine schmerzhafte Irritationszone C6/7 beidseits mit Hypomobilität sowie schmerzhafte Muskulaturveränderungen im Nackenbereich fest; einen pathologischen neurologischen Befund konnte er nicht erheben. Das konventionelle Röntgen der Lendenwirbelsäule zeigte unauffällige Verhältnisse; dasjenige der Halswirbelsäule zeigte eine minimale Spondylarthrose C2/3. Dr. Y. \_\_\_ diagnostizierte eine HWS-Distorsion mit Kopfanprall mit typischen suboccipitalen myofascialen Befunden sowie mit Segmentdysfunktion C2/3 linksbetont und verordnete eine Schmerzmedikation sowie HWS-Bewegungsübungen. Dr. Y. \_\_\_ berichtete weiter, dass in der Folge eine massive Beschwerdeexazerbation stattgefunden habe. Klinisch hätten sich immer eher zunehmende myofasciale Befunde sowie eine schmerzhafte Segmentdysfunktion C2/3 finden lassen. Er habe deswegen ab 18. Dezember 2002 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, was zu einer raschen Beruhigung der Situation geführt habe. Am 3. Januar 2003 hätten sich eine Segmentdysfunktion C2/3 linksbetont sowie verkürzte suboccipitale Muskeln finden lassen. Bei massiver Belastung am Arbeitsplatz attestiere er weiterhin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, vorläufig bis 10. Januar 2003 (Urk. 10/ZM3, vgl. auch ZM1 und ZM2).

Â Â Â Â Â Â Â Â Am 6. Mai 2003 berichtete Dr. Y. \_\_\_, im Dezember 2002 sei es bekanntlich zu einem HWS-Hyperextensionstrauma mit zusätzlichem leichtem Kopfanprall gegen die Autoscheibe links seitlich gekommen. Die initiale klinische Untersuchung habe eine massiv schmerzhafte Segmentdysfunktion C2/3 links sowie C6/7 beidseits ergeben. Es hätten keine pathologischen radiologischen Befunde erhoben werden können; klinisch habe es sich um das typische Befundmuster nach ausgeprägtem Hyperextensionstrauma gehandelt. Die Behandlung habe initial in einer analgetischen Therapie sowie einer vorsichtigen Behandlung der sekundären myofascialen Befunde bestanden. Unter gezielter manueller Therapie habe die Problematik im Bereich der unteren HWS und der LWS rasch behoben werden können. Dagegen habe sich die

cervico-cephale Beschwerdekomponekte von Seiten des Segmentes C2/3 als sehr hartnäckig mit massiven sekundären myofascialen Befunden im Bereich Nackenmuskulatur erwiesen. Die Patientin leide unter massiven occipitalen Kopfschmerzen, welche während der Arbeit an einem Computerarbeitsplatz auftreten und zunehmen würden. Deswegen bestehe auch weiterhin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/ZM4).

Am 25. Februar 2004 berichtete Dr. Y. von einem schwierigen Verlauf und hielt fest, dass die momentan bestehende Arbeitsfähigkeit von 70 % noch nicht weiter habe gesteigert werden können (Urk. 10/ZM6).

Im Bericht vom 6. April 2004 führte Dr. Y. aus, es bestehe ein ausgeprägtes cervico-enzephalisches Beschwerdesyndrom nach HWS-Distorsion im Dezember 2002. Bis dato habe die Arbeitsfähigkeit nicht über 70 % hinausgehend gesteigert werden können. Dabei handle es sich eigentlich um eine an der Überforderungsgrenze stehende Arbeitsfähigkeit. Die während Ferienaufenthalten aufgebauten Reserven würden immer wieder relativ rasch aufgebraucht, dies auch wegen des erheblichen Drucks von Seiten des Arbeitgebers. Eine stabilisierende Therapie habe bislang nie richtig installiert werden können. Gezielte segmentale Infiltrationen C2/3 hätten unterschiedliche Ergebnisse gebracht, einmalig habe eine deutliche Besserung für einige Wochen erreicht werden können (Urk. 10/ZM7).

3.1.2. Vom 10. Mai 2004 bis 19. Juni 2004 war X. im Rahmen einer stationären Rehabilitation in der Klinik Z. hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 25. Juni 2004 wurde festgehalten, die Ziele der stationären Rehabilitation - Schmerzreduktion und Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit - hätten nur teilweise erreicht werden können und der Rehabilitationserfolg sei mässig gewesen. Bei einer Kontrolle zur Beurteilung der Botox-Infiltrationen habe die Patientin unveränderte Schmerzen im Bereich der linken Nacken- und Schultergürtelregion angegeben. Die Triggerpunkte im M. trapezius pars descendens und der untere Triggerpunkt im M. levator scapulae seien jedoch deutlich weniger ausgeprägt gewesen beziehungsweise die Muskulatur sei weicher als bei der Infiltration gewesen. Die Klinikärzte attestierten für die Dauer eines Monats ab Austritt eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und hielten eine nachherige Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 75 % für möglich (Urk. 10/ZM9).

3.1.3. Das im Kantonsspital D. am 25. August 2004 erstellte MRI der HWS zeigte eine mässige Osteochondrose und Unkovertebralarthrose bei C5/C6 und C6/C7 mit nur diskreter Beugung der Neuroforamina. Ein Anhalt für eine Diskushernie konnte nicht gefunden werden (Urk. 10/ZM12).

3.1.4. Die Gutachter des Zentrums A. hielten am 11. Mai 2006 folgende Diagnosen fest (Urk. 10/ZM13 S. 27) :

- Status nach Heckauffahrkollision am 02.12.2002 mit Distorsionstrauma der Halswirbelsäule und Kopfanprall

- Chronisches cervicales und cervicocephales Schmerzsyndrom mit Brachialgie links ohne radikuläres Ausfallssyndrom an den oberen Extremitäten

- Tendomyotisches Syndrom im Bereich des Beckengürtels mit Insertionstendinosen am linken Bein ohne objektiv fassbare Befunde im Sinne eines radikulären Reiz- oder Ausfallssyndroms

-Ä Ä Ä Ä Leichte Angstentwicklung mit Panikattacken im Abklingen bei Persönlichkeit mit pflichtbewussten, ehrgeizigen und kontrollierenden Charakterzügen

-Ä Ä Ä Ä Anamnestisch Verdacht auf Carpal-tunnelsyndrom beidseits mit Linksbetonung

-Ä Ä Ä Ä Dyspeptische Beschwerden

-Ä Ä Ä Ä Status nach Ulcus duodeni

-Ä Ä Ä Ä Status nach Helicobacter-pylori-Eradikation

-Ä Ä Ä Ä chronisch venöse Insuffizienz Grad I beidseits bei Status nach Stripping und Crossektomie der Vena saphena magna beidseits 2002

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gutachter hielten fest, dass die Versicherte vor dem Unfall von Seiten des Nackens beschwerdefrei gewesen sei. Beim Unfallereignis vom 2. Dezember 2002 sei sie angeschnallt gewesen und ihr Wagen sei am Ende eines Staus zum Stillstand gekommen. Sie sei von hinten angefahren worden und sei darauf nicht gefasst gewesen, wobei ihr Blick nach vorne gerichtet gewesen sei. Ein Kopfanprall sei erst bei der zweiten Kollision mit der linken Schläffe am Fenster erfolgt. Sie habe das Fahrzeug verlassen können, es habe weder eine Bewusstlosigkeit noch eine Amnesie bestanden. Gegen Abend des gleichen Tages seien Schwindel, Schlägigkeit und Kopfschmerzen aufgetreten. Im Verlauf des Abends seien weiter Nackenschmerzen aufgetreten. Erst vier Tage später habe die erste Arztkonsultation stattgefunden. Neben einer Reduktion der Arbeitsleistung auf 50 % sei zunächst keine weitere Therapie erfolgt. Im März 2003 sei wegen persistierenden Kopf- und Nackenschmerzen mit Physiotherapie begonnen worden. Seither seien diese Kopf- und Nackenschmerzen dauernd vorhanden und würden mit wellenförmigem Verlauf auftreten. Dabei würde es neben dem Schmerz links paravertebral im Bereich der unteren HWS zu einer Ausstrahlung in den linken Schultergürtel sowie in den linken Arm bis in die Finger II bis V begleitet von Kribbelparästhesien kommen. Sodann würde eine diffuse Schmerzausstrahlung ins Occiput bestehen. Des weiteren klagte die Explorandin über das Auftreten einer zunehmenden Verspannung der paravertebralen BWS- und LWS-Muskulatur mit Schmerzausstrahlung über das Gesäß und das Sacrum in die Aussenseite von Ober- und Unterschenkel bis in den linken Fuß hinziehend mit gelegentlichen Parästhesien nach einer Gehdauer von einer Stunde. Auch des Nachts würde es gelegentlich zu einem Einschlafen des Fußes kommen. Die Gutachter führten dazu aus, klinisch habe sich bei der Versicherten eine nur leicht in ihrer Beweglichkeit eingeschränkte Halswirbelsäule finden lassen. Mässige Myogelosen würden linksbetont im Bereich der paravertebralen Nackenmuskulatur sowie der Trapeziusmuskulatur bestehen. Im Bereich der unteren Extremitäten seien bis auf Insertionstendinosen am linken Bein ebenfalls keine objektiv fassbaren Befunde im Sinne eines radikulären Reiz- oder Ausfallsyndroms zu erheben. Auch im Bereich des linken Armes bestehe kein radikuläres Ausfallsyndrom. Radiologisch hätten sich leichte degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule mit Osteochondrosen und Unkovertebralarthrosen C5/C6 und C6/C7 ohne Kompromittierung der neuralen Strukturen finden lassen. Entsprechend würden sie diagnostisch von einem chronischen cervicalen und cervicocephalen Schmerzsyndrom mit Brachialgie links ohne radikuläres Ausfallsyndrom an den oberen Extremitäten sowie von einem tendomyotischen Syndrom im Bereich des Beckengürtels mit Insertionstendinosen am linken Bein ohne objektiv fassbare Befunde im Sinne eines radikulären Reiz- oder Ausfallsyndroms bei Status nach Heckauffahrkollision am 2. Dezember 2002 mit

Distorsionstrauma der Halswirbelsäule und Kopfanprall ausgehen. Von psychiatrischer Seite her müsse eine leichte Angstentwicklung mit Panikattacken diagnostiziert werden bei einer Persönlichkeit mit pflichtbewussten, ehrgeizigen und kontrollierenden Charakterzügen. Diese Angstentwicklung habe aber kein Ausmass angenommen, das einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte. Von neuropsychologischer Seite finde sich bei einem sehr hohen Ausgangsniveau eine leichte neuropsychologische Störung, die dieses hohe Niveau bezüglich der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit einschränke. Diese Einschränkungen seien auf das chronische Schmerzsyndrom zurückzuführen. Die aktuell geklagten Beschwerden seien somit überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Eine richtunggebende Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustandes habe nicht stattgefunden, der Status quo ante sei nicht eingetreten. Die Versicherte arbeite derzeit mindestens zu 50 %. Sie habe versucht, diese Arbeitsleistung zu steigern, habe die Leistung jedoch wegen zunehmender Beschwerden wieder reduzieren müssen. Da die muskulären Verspannungen als Ursache der Beschwerden im Vordergrund stünden, sei die Prognose an und für sich gut, der Endzustand sei noch nicht erreicht, weitere Therapien seien erforderlich, vor allem ein gezieltes Training zum Aufbau der Rücken- und Nackenmuskulatur. Die Arbeitsfähigkeit betrage derzeit 50 % in der ursprünglichen, kognitiv sehr anspruchsvollen Tätigkeit, die Bildschirmarbeit über Stunden, eine hohe Stressbelastungsfähigkeit sowie Flexibilität erfordere. Im weiteren Verlauf könne mit einer Steigerung der Arbeitsleistung gerechnet werden; diese müsse aber langsam und über zwei bis drei Jahre stufenweise erfolgen (Urk. 10/ZM13 S. 24 ff., 30).

3.1.5. Im Gutachten des A. \_\_\_ vom 29. November 2007 stellten die begutachtenden Ärzte folgende Diagnosen (Urk. 10/ZM15 S. 22 f.):

- Status nach Autounfall (Heckkollision) am 2. Dezember 2002 mit HWS-Distorsionstrauma
- chronisches Cervikalsyndrom und muskuläre Dysbalance im Schultergürtelbereich
- intermittierende Brachialgie links, unklarer Ursache; keine Anhaltspunkte für radikuläre Problematik
- Chronische Kopfschmerzen, multifaktoriell bedingt - Cervicocephale Komponente - pathomorphologisch Spannungskopfweg - DD: Analgetika induziert
- Angst- und depressive Störung gemischt
- Persönlichkeit mit auffälligen leistungsorientierten und pflichtbewussten Persönlichkeitsanteilen
- Dyspeptische Beschwerden
- Status nach Ulkus duodeni
- Status nach Helicobacter-pylori-Eradikation
- Leichtes Übergewicht (BMI 26,32)
- Chronische venöse Insuffizienz Grad I beidseits bei Status nach Stripping und Crossektomie der V. saphena magna beidseits 2002

Die Gutachter führten zusammenfassend aus, seit der letzten Untersuchung im A. \_\_\_ im Mai 2006 sei es subjektiv zu einer Zunahme der Nacken- und

Kopfschmerzen gekommen. So beklage die Explorandin heute konstant vorhandene, eher linksbetonte Nackenschmerzen mit intermittierender Ausstrahlung vorwiegend in den linken Arm und zum Teil auch ins linke Bein. Konstant vorhanden seien auch druckartige Kopfschmerzen, diffus lokalisiert und ohne Begleitsymptome. Neben der cervico-cephalen Komponente müsse bei möglicher Einnahme von Analgetika differentialdiagnostisch auch an Analgetika induzierte Kopfschmerzen gedacht werden. Klinisch habe im Vergleich zur Vorbegutachtung die aktive HWS-Beweglichkeit erheblich abgenommen, die übrigen Befunde seien im wesentlichen unverändert. Ein Carpaltunnelsyndrom, welches damals differentialdiagnostisch erwogen worden sei, könne neurographisch beidseits ausgeschlossen werden. Neben der deutlich verringerten HWS-Beweglichkeit könnten auch deutlich stärkere Verspannungen der paravertebralen Muskulatur, der Trapeziusmuskulatur sowie der Sternocleidomastoideus-Muskulatur mit vermehrten Myogelosen gefunden werden. In Bezug auf die psychischen Beschwerden habe sich die Symptomatik verschoben, indem ursprünglich eine leichte Angstentwicklung mit Panikattacken im Vordergrund gestanden habe; heute lasse sich eine deutliche Erschöpfungssymptomatik mit depressiven und ängstlichen Anteilen im Sinne von Angst und Depression gemischt finden (Urk. 10/ZM15 S. 20 f.). Zur Kausalitätsfrage hielten die A.\_\_\_\_-Gutachter fest, grundsätzlich habe sich am Kausalzusammenhang nichts geändert, weiterhin seien die Beschwerden von Seiten des cervicalen und cervico-cephalen Schmerzsyndroms als überwiegend wahrscheinlich auf die Folgen der Heckauffahrkollision zurückzuführen. Auch die zwischenzeitlich zunehmende Kopfwehproblematik würden sie als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal werten. Die zunehmende depressive Stimmung dagegen sei lediglich möglicherweise unfallkausal zu werten. Es könne davon ausgegangen werden, dass das Arbeitsumfeld der Versicherten vom Anforderungsprofil her durchaus dazu geeignet sei, jemanden mit Leistungseinbussen rascher dekompensieren zu lassen, was bei der Versicherten der Fall sei. Aus psychiatrischer Sicht sei es schwierig zu beurteilen, ob der Unfall und die dadurch bedingte Leistungseinbusse zur depressiven Fehlentwicklung geführt habe, oder ob die Versicherte auch ohne Unfall an ihrem heutigen Arbeitsplatz zunehmend überfordert gewesen wäre. Schliesslich hielten die Gutachter im Zusammenhang mit der Frage der Kausalität fest, dass die leichten degenerativen Veränderungen auf Höhe C5/C6 und C6/C7 nicht am heutigen Schmerzbild beteiligt seien (Urk. 10/ZM15 S. 23 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, die Frage nach einer dauernden beruflichen Einschränkung könne derzeit nicht beantwortet werden, da der Endzustand nicht erreicht sei. Die derzeitige Arbeitsunfähigkeit würden sie auf 50 % schätzen (Urk. 10/ZM15 S. 26).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Schreiben vom 8. April 2008 erluterten die A.\_\_\_\_-Gutachter, dass sie die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten von 50 % als unfallkausal betrachten würden. Ein Grossteil der Beschwerden von Seiten der depressiven Stimmung sei auf die chronische Überforderung der Versicherten am Arbeitsplatz zurückzuführen, da sie wesentlich mehr als "die vereinbarten 50 %" arbeite, was zu einer permanenten Arbeitsüberlastung mit daraus resultierender Verstärkung der Schmerzen einerseits und der depressiven Symptomatik andererseits führe. Auch ohne Berücksichtigung der depressiven Stimmung würden sie die Arbeitsunfähigkeit auf 50 % schätzen (Urk. 10/ZM16).

3.1.6. Am 27. Oktober 2010 berichtete Dr. Y.\_\_\_\_, aktuell klagt die Beschwerdeführerin über konstante starke Nacken- und Hinterkopfschmerzen, welche sich unter Belastung steigerten. Klinisch liessen sich im Bereich des Nackens deutlich verspannte Muskeln finden, insbesondere links suboccipital, dort auch mit myofascialen Triggerpunkten. Der Tonus des Trapezius descendens und des Levator scapulae sei links etwas höher als rechts mit palpablen Triggerpunkten. Sodann bestehe eine segment-assoziierte Dysfunktion C2/3 und weniger C3/4 links in Richtung Extension, Linkslateralflexion und Linksrotation. Die sensorischen neurologischen Befunde seien negativ. Ein früher in Betracht gezogenes Karpaltunnelsyndrom liege nicht vor; auch aktuell fehlten diesbezügliche Beschwerden im Bereich der Hände. Im A.\_\_\_\_-Gutachten vom November 2007 werde eine Erschöpfungsdepression erwähnt. Im Verlauf der vergangenen zwei Jahre habe keine eigentliche depressive Symptomatik diagnostiziert werden können. Die Patientin sei unter gleichzeitiger Einnahme von Schmerztherapeutika als EDV-Spezialistin mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % tätig. Zur Schmerzdistanzierung werde auch ein Antidepressivum eingesetzt. Seit der letzten Begutachtung im November 2007 bestehe ein konstanter Beschwerdezustand, wobei keine chronische Depressionskomponente vorliege. Seines Erachtens sei der Endzustand erreicht, mit medizinischen Massnahmen sei keine namhafte Besserung mehr zu erreichen. Er halte die Patientin bezogen auf die aktuell ausgeübte Tätigkeit als EDV-Spezialistin weiterhin zu 50 % eingeschränkt. Auch für andere, körperlich nicht mehr belastende Tätigkeiten bestehe keine höhere Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/ZM20).

3.2. Dr. Y.\_\_\_\_ berichtete am 27. Oktober 2010, seit der Begutachtung im A.\_\_\_\_ im November 2007 bestehe ein konstanter Beschwerdezustand. Seines Erachtens sei der Endzustand erreicht, mit medizinischen Massnahmen könne keine wesentliche Besserung mehr erreicht werden (Urk. 10/ZM20). Es ist daher nicht ersichtlich, inwiefern von weiteren Behandlungen noch eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mit entsprechender Auswirkung auf die erwerbliche Leistungsfähigkeit hätte erwartet werden können. Einem Fallabschluss auf den 31. Dezember 2010 stand daher nichts im Wege (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_527/2008 vom 27. November 2008 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 3.2). Weitere Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen waren somit nicht geschuldet.

### **E. 3.3**

3.3.1. Zu prüfen bleibt der Rentenanspruch. Nach der medizinischen Aktenlage liegt kein organisch objektiv ausgewiesenes Substrat vor, welches die geklagten Beschwerden - insbesondere Kopf- und Nackenschmerzen, eingeschränkte HWS-Beweglichkeit und rasche Erschöpfbarkeit - zu erklären vermöchte: Das MRI der HWS vom 25. August 2004 ergab keine posttraumatischen Veränderungen (vgl. Urk. 10/ZM12; ZM13 S. 12, ZM14 S. 2 Ziff. 1 am Ende; siehe auch Röntgenbefund in ZM3 S. 2) und nach den Neurographien vom 6. September 2007 besteht keine entsprechende Pathologie (Urk. 10/ZM15 S. 11, ZM20 S. 1). Da Schmerzen, Druckdolenzen, klinisch feststellbare Bewegungseinschränkungen, Muskulaturveränderungen und Verspannungen - wie sie vorliegend von den Gutachtern und den behandelnden Ärzten beschrieben worden sind - für sich allein kein klar fassbares organisches Korrelat darstellen (vgl. etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 9/05 vom 3. August 2005 E. 4; Urteile des Bundesgerichts U 354/06 vom 4. Juli 2007 E. 7.2, U 328/06 vom 25. Juli 2007 E. 5.2 sowie 8C\_369/2007 vom 6. Mai 2008 E. 3), können die geklagten Beschwerden



vergleichbare Auffahrkollisionen von der Rechtsprechung regelmässig als mittelschwere Unfälle an der Grenze zu den leichten qualifiziert werden (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts vom 9. Oktober 2008, 8C\_655/2008, E. 3 [Auffahrkollision vor einem Fussgängerstreifen mit einem delta-v von 10-15 km/h], vom 28. Juli 2008, 8C\_141/2007, E. 5.4.2, vom 3. Juli 2007, U 419/06, E. 4.3 und vom 26. Januar 2007, U 408/05, E. 9 [Auffahrkollision auf Autobahn mit einem delta-v von 12-17 km/h]), ist auch das vorliegend zu beurteilende Unfallereignis als mittelschwer an der Grenze zu den leichten Unfällen zu qualifizieren. Die Adäquanz wäre somit zu bejahen, wenn entweder mindestens vier der massgebenden Kriterien oder eines in ausgeprägter Weise gegeben sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5, 8C\_487/2009 vom 7. Dezember 2009 E. 5 und 8C\_421/2009 vom 2. Oktober 2009 E. 5.8, mit Hinweisen).

3.3.4.4 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens der versicherten Person. Anhaltspunkte für besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit bestehen trotz Mehrfachkollision nicht (vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 8C\_44/2010 vom 27. Mai 2010 E. 3.2.2 und 8C\_906/2011 vom 6. Juni 2012 E. 5.3). Entgegen der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 14 S. 11 Ziff. 2.8) handelt es sich beim fraglichen Unfall nicht um eine heftige Autobahn-Kollision, sondern um einen vergleichsweise leichten Unfall mit bloss einer leicht verletzten Person (vgl. Urk. 10/'Amtliche Akten', 'Unfallaufnahmeprotokoll Objekt Nr. 2').

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ebenfalls nicht erfüllt ist das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen. Zur Bejahung dieses Kriteriums bedarf es einer besonderen Schwere der für die gegebenen Verletzungen typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (BGE 134 V 127 f. E. 10.2.2). Aufgrund der Akten sind die Voraussetzungen für die Bejahung dieses Kriteriums vorliegend nicht erfüllt. Insbesondere spielt es keine Rolle, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall einen Kopfanprall (vgl. Urk. 10/ZM1, Urk. 14 S. 11 Ziff. 2.9) erlitten hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_1028/2010 vom 6. Juni 2011 E. 6.4). Zusätzliche erhebliche Verletzungen sind nicht

ausgewiesen. Zwar ist eine HWS-Distorsion, welche eine bereits erheblich vorgeschädigte Wirbelsäule trifft, speziell geeignet, die «typischen» Symptome hervorzurufen. Als Verletzung besonderer Art ist sie jedoch nur zu qualifizieren, wenn es sich um eine durch ein früheres Trauma und nicht durch degenerative Veränderungen vorgeschädigte HWS handelt (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 8C\_726/2010 vom 19. November 2010 E. 4.1.2.2 und 8C\_1028/2010 vom 6. Juni 2011 E. 6.4). Und schliesslich ist eine - relevante - "out-of-position-Sitzhaltung" (vgl. Urk. 3/6 S. 13 f.) - entgegen der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 16 Ziff. 2.18; Urk. 14 S. 6 und 11) - nicht ausgewiesen, nachdem im ersten ärztlichen Zeugnis (von Dr. Y. \_\_\_ vom 3. Januar 2003 [Urk. 10/ZM1]) eine "gerade Kopfstellung" und ein "Gefasstsein auf den Unfall" angegeben worden war (vgl. Urk. 10/ZM1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung verlangt, dass diese zu einer erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität führt. Die Behandlung der Beschwerdeführerin bis zum Beurteilungszeitpunkt umfasste insbesondere

Konsultationen beim Hausarzt und intensive Physiotherapie (vgl. Urk. 10/ZM15 S. 4). Nach der Rechtsprechung sind regelmässige Konsultationen beim Hausarzt und physiotherapeutische Massnahmen aber nicht als belastend zu qualifizieren (Urteil des Bundesgerichts 8C\_797/2008 vom 19. März 2009 E. 5.3.3). Dasselbe gilt für die durchgeführten gutachterlichen Untersuchungen im A.\_\_\_\_, weshalb - entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 17 f. Ziff. 2.20; Urk. 14 S. 12 f. Ziff. 2.11) - insgesamt festzustellen ist, dass die ärztliche Behandlung nicht zu einer erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität führte.

Das Kriterium der erheblichen Beschwerden beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4). Die Beschwerdeführerin gab insbesondere Kopf- und Nackenschmerzen, eine eingeschränkte HWS-Beweglichkeit und rasche Erschöpfbarkeit an (vgl. Urk. 10/ZM15 S. 20 Ziff. 4 und 13; ZM20 S. 1). Das Kriterium ist nicht erfüllt, da es der Beschwerdeführerin immer noch möglich ist, diverse Aktivitäten auszuüben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_252/2007 vom 16. Mai 2008 E. 7.4), wie Wandern, auf dem Hometrainer Velofahren (vgl. Urk. 10/ZM13 S. 8), Kochen und Reisen (vgl. Urk. 10/ZM13 S. 18). Daran ändert der von der Beschwerdeführerin aufgelegte Haushaltsbericht der C.\_\_\_\_ vom 22. Februar 2008 (Urk. 3/13) nichts; da dieser ausschliesslich auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin beruht, eignet er sich nicht, die medizinischen Fakten in Frage zu stellen.

Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmerte, bestehen nicht. Ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen liegen ebenfalls nicht vor. Denn die Einnahme von Medikamenten (vorliegend namentlich Analgetika und Antidepressiva [Urk. 10/ZM15 S. 25 am Anfang]) - und die Durchführung verschiedener Therapien genügen nicht zur Bejahung dieses Kriteriums. Gleiches gilt für den Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien keine subjektive Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_252/2007 vom 16. Mai 2008 E. 7.6). Das Kriterium ist ebenfalls nicht erfüllt.

Was schliesslich das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen betrifft, ist festzuhalten, dass der erstbehandelnde Arzt, Dr. Y.\_\_\_\_, der Beschwerdeführerin erst rund zwei Wochen nach dem Unfallereignis ab 18. Dezember 2002 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestierte. Die von ihm und den Ärzten der Klinik Z.\_\_\_\_ erwartete Steigerung der Arbeitsfähigkeit wurde von der Beschwerdeführerin nicht umgesetzt (vgl. oben E. 3.1.1-3.1.3). Entsprechend erweist sich auch dieses Kriterium als nicht erfüllt.

Zusammenfassend ist kein Kriterium erfüllt, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang nicht bejaht werden kann.

Der Einspracheentscheid, mit welchem die Versicherungsleistungen per 31. Dezember 2010 eingestellt wurden, ist im Ergebnis demnach nicht zu beanstanden.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Massimo Aliotta
- Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG
- 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.