

URTEIL

vom 13. Januar 2006

in der verwaltungsrechtlichen Streitsache

betreffend Versicherungsleistungen nach UVG

1. Am 19. Oktober 2002 ereignete sich in ... ein Unfall zwischen dem Personenwagen von ..., geboren am 02. Juni 1963, und einem Lieferwagen. Dieser fuhr rückwärts im Schritttempo von einem Abstellplatz auf die Strasse und traf dabei den hinteren rechten Kotflügel des Wagens der Versicherten, welche dabei war, rückwärts seitlich einzuparken. Das Kantonsspital in Chur diagnostizierte bei der Versicherten anlässlich der gleichentags durchgeführten ambulanten Untersuchung eine HWS-Distorsion sowie Kopfschmerzen frontal rechts mit Sensibilitätsstörung der rechten Gesichtshälfte. Aufgrund dessen arbeitete sie nur noch 50% bei ihrer Arbeitgeberin, der ..., und begab sich in die Physiotherapie. Mit ärztlichem Bericht vom 06. Januar 2003 führte Dr. ... aus, dass eine hartnäckige muskuläre Dysbalance im Bereich der rechtsseitigen Zervikal- und Scapularegion bestehe und für die Patientin daneben auch Zervikozephalgien, insbesondere bei langem Sitzen, im Vordergrund stünden. Ferner sei eine psychiatrische Intervention benötigt worden, da eine massive depressive Verstimmung erfolgt sei. Es dürfe aber mit einer baldigen Restitution gerechnet werden. Ab 27. Dezember 2002 bestehe wieder eine Arbeitsfähigkeit von 75%. Am 29. Januar 2003 erfolgte eine Untersuchung durch den Vertrauensarzt der ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG. Dieser hielt fest, dass sich eine ausgeprägte Verspannungs- und Schmerzsymptomatik des Schulter- Nackengürtels vorwiegend rechts mit Ausstrahlungen in den rechten Arm entwickelt habe. Erschwerend liege eine posttraumatische Belastungsstörung vor, welche psychotherapeutisch angegangen werde. Unfallfremd sei eine asymptomatische Spondylose C5/6

radiologisch festgehalten. Die Arbeitsfähigkeit wurde mit 50% für weitere zwei Wochen beurteilt. Anschliessend sei eine sukzessive Steigerung auf 75% und bei gutem Verlauf auf 100% in den nächsten 3 bis 5 Wochen anzustreben.

2. Am 17. Februar 2003 erfolgte ein MRI im Kantonsspital. Der Befund lautete auf einen mediolateralen Diskusprolaps HWK 4/5 rechts sowie einen kleinen mediolateralen, teilweise intraforaminalen Diskusprolaps HWK 3/4 rechts und eine mediolaterale Diskusprotrusion HWK 5/6 rechts. In der Folge unterzog sich die Versicherte vom 05. März bis 02. April 2003 einer Rehabilitationstherapie in der Rehaklinik ... Im Bericht vom 08. Mai 2003 wurde unter anderem festgehalten, dass ab 17. Februar 2003 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Ferner habe bei den kurz nach dem Unfall durchgeführten funktionellen Aufnahmen keine Subluxation festgestellt werden können. Gemäss psychologischen Abklärungen weise die Beschwerdesymptomatik auf eine Schmerzstörung hin, wobei auch an eine Anpassungsstörung zu denken sei. Neuropsychologisch bestehe eine leichte Funktionsstörung mit Schwerpunkt in den Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Exekutivfunktionen. Daneben stellte Dr. ... (Rehaklinik ...) die Diagnose eines CRPS (Chronic Research Pain Syndrom). Die Therapien zur Behandlung des CRPS wurden in der Folge ambulant in Rheinfelden zwei- bis dreimal wöchentlich weitergeführt.

3. Am 04. August 2003 erfolgte durch die Arbeitsgruppe für Unfallmechanik AGU in Zürich eine biomechanische Kurzbeurteilung betreffend dem Unfall vom 19. Oktober 2002. Danach müsse die im Bereich der Halswirbelsäule bestehende Diskushernie aufgrund eines so geringgradigen mechanischen Ereignisses als vorbestehend betrachtet werden. Es müsse sich um eine Auslösung der Beschwerden durch das Ereignis, nicht aber um eine Verursachung derselben handeln. Ob die Beschwerden aber wirklich von den Bandscheibenabnormitäten herrühren würden, sei nicht bzw. nur medizinisch beurteilbar. Aufgrund der technischen Triage und der medizinischen Unterlagen ergebe sich aus biomechanischer Sicht, dass die anschliessend an das Ereignis bei der Versicherten festgestellten Beschwerden und Befunde durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall nicht erklärbar seien. Eher

könnten sie unter Einbezug der erheblichen Vorzustände begründet werden. Mit Schreiben vom 14. August 2003 orientierte Dr. ... über die von ihm durchgeführte Psychotherapie vom 08. Januar bis 25 Februar 2003. Danach sei die Versicherte schon früher wegen Depressivität und Suizidalität in längerer Behandlung gewesen. Nach dem Unfall vom 19. Oktober 2002 sei sie in eine deutliche depressive Phase gefallen. Mit Bericht vom 29. September 2003 führte Dr. ... (Rehaklinik ...) aus, dass für die Entstehung des bei der Versicherten vorliegenden Krankheitsbildes ein Unfalltrauma notwendig sei. Die Grösse des Traumas erlaube keine Aussage über das Entstehen oder Nichtentstehen eines sympathischen Schmerzes. Im Sommer 2003 sei der Versicherten ein intrathekaler Probekatheter angelegt und über eine externe Pumpe Clonidin zugeführt worden, wobei es sehr rasch zu einem Blutdruckabfall als Nebenwirkung durch das Clonidin gekommen sei, sodass das System habe entfernt werden müssen. Deshalb sei Therapie der Wahl die Verwendung bzw. Implantation eines Hinterstrangstimulators (SCS), wobei zunächst ein Testsystem implantiert werde. Damit könne versucht werden, den Schmerz zu unterbrechen.

4. Im MRI des Kantonsspitals Chur vom 06. Oktober 2003 wurde ein deutlicher Rückgang des Diskusprolaps C4/5 rechts wie auch der kleineren Protusionen bzw. Prolaps HWK 3/4 und HWK 5/6 sowie eine neuroforaminale Enge C3/4 durch Unkovertebralgelenksarthrose rechtsseitig festgestellt. In der Folge wurde die Versicherte Dr. ... zugewiesen. In dessen Bericht vom 15. Oktober 2003 wurde das chronische Zervikalsyndrom bei Status nach Verkehrsunfall mit HWS-Distorsion als Hauptproblem bezeichnet. Die Versicherte klagt weiterhin über deutlich rechtsbetonte Nacken- und Armschmerzen trotz MST-Medikation, wobei die in Rheinfeldern durchgeführten wiederholten Blockaden jeweils nur für wenige Stunden helfen würden. Aufgrund der Uncovertebralgelenksarthrose mit konsekutiver feurominaler Enge C3/4 solle eine spezielle Physiotherapie durchgeführt werden. Am 31. März 2004 wurde der Versicherten der Testsimulator implantiert. In der Folge stellte sich die Frage, ob das definitive System des Hinterstrangstimulators (SCS) implantiert werden solle. Gemäss Schreiben vom 18. Mai 2004 erachtete Dr. ... als Zweitmeinungsadresse die Verpflanzung dieses Rückenmarkstimulators für

die gegebene Problematik (CRPS II bzw. Algodystrophie) – trotz der komplexen psychosozialen Situation und der ausgedehnten Schmerzproblematik – als korrekt. Der Test sei positiv verlaufen, obwohl die Patientin höhere Erwartungen gehabt habe. Der Versicherten wurde sodann am 19. Mai 2004 das definitive System implantiert.

5. Mit Schreiben vom 06. Juli 2004 überwies Dr. ... die Versicherte Dr. ... zum ENG (Elektroneurographie) des rechten Armes. Nach dem Unfall mit HWS-Distorsionstrauma hätten sich ein chronisches rezidierendes Schulter-Arm-Syndrom sowie ein chronisches cervico-occipitales Schmerzsyndrom entwickelt, weshalb ein SCS implantiert worden sei. Erwartungsgemäss sei die vorbestehende Dysästhesie/Allodynie an der rechten Hand geblieben. Dr. ... habe an ein CTS (Karpaltunnelsyndrom) gedacht, sodass ein ENG zu empfehlen sei. Am 13. Juli 2004 konnte Dr. ... (Rehaklinik ...) betreffend die Hände der Versicherten eine normale, altersentsprechende Struktur und Mineralisation des abgebildeten Skeletts ohne Hinweis für eine Algodystrophie sowie beginnende degenerative Gelenkveränderungen beidseits feststellen. Mit Bericht vom 16. Juli 2004 führte Dr. ... aus, dass die therapieresistenten brennenden Schmerzen des rechten Arms mit Ausbreitung in die rechte Gesichtshälfte nach Implantation des SCS rückläufig, aber nicht völlig regredient seien. Nach durchgeführtem ENG könne ein Karpaltunnelsyndrom (CTS) rechts mit genügender Sicherheit ausgeschlossen werden.
6. Die Klinik ... erstellte am 24. Februar 2005 unter der Leitung von Dr. ... ein multi- und interdisziplinäres Gutachten über den Zustand der Versicherten. Danach bestehe neurologisch gesehen ein chronifiziertes zervikozephalales und zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts ohne fassbare neurologische Defizite. Die von der Patientin angegebenen sensiblen Störungen und die Innervation im Armbereich rechts müssten im Rahmen von Schmerzprojektionen bzw. einer Somatisierung interpretiert werden. Hinweise für eine radikuläre Symptomatik bzw. zentralnervöse Pathologie würden sich keine finden. Aus neurologischer Sicht könne keine relevante funktionelle Einschränkung festgehalten werden. Im psychiatrischen Bereich wurde ein

anhaltender Schmerz am Bewegungsapparat in Verbindung mit ätiologisch wahrscheinlich bedeutsamen psychischen Faktoren wie psychotraumatologisch und physikalisch-traumatologisch begründbarer Erschöpfung (Störung) der zentralnervösen Schmerzverarbeitung und entwicklungsbedingter konstitutioneller Selbstwertstörung diagnostiziert. Dabei seien die diagnostischen Kriterien für die Feststellung einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht erfüllt. Daneben wurde erwähnt, dass die Vordiagnose einer Algodystrophie (CRPS II) im neurologischen Gutachten implizit verworfen werde, indem dafür ein anderer diagnostischer Begriff gesetzt werde. Im gleichen Sinne sei die gutachterliche Beurteilung zu sehen. Neuropsychologisch würden sich nach wie vor leichte Einschränkungen im Bereich der Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit und des Arbeitstempos zeigen; hingegen seien Verbesserungen beim verbalen Lernen, im nonverbalen Gedächtnis sowie in der figurativen Flexibilität feststellbar. Die arbeitsbezogene funktionelle Leistungsfähigkeit (EFL) ergab eine Zumutbarkeit von 50% für eine sehr leichte, wechselbelastende Arbeit, wobei die rechte Hand lediglich als Haltehand und selten feinmotorisch eingesetzt werden könne. Schliesslich konnten die Diskusprolapse C5/6, C4/5, C3/4 entweder nicht mehr nachgewiesen werden oder sie waren deutlich regredient. Bei den Fragen zum Kausalzusammenhang und zu unfallfremden Faktoren wurde festgehalten, dass als unfallfremde Ursache die Schmerzstörung im Vordergrund stehe, wobei der Unfall vom 19. Oktober 2002 wahrscheinlich Auslösemechanismus sei. Die sich über Jahre hin entwickelte Erschöpfung der Schmerz- und Stressverarbeitung sei eine wesentliche Vorbedingung in der Genese der heutigen Schmerzstörung und vom Unfallereignis unabhängig. Ferner müssten die mehretägigen Veränderungen im Bereiche der HWS mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits als Vorzustand vorhanden gewesen sein, es gebe klare Hinweise dafür, dass degenerative Veränderungen eine Rolle spielen würden. Ein status quo sine bezüglich der degenerativen Veränderungen dürfe zwei Jahre nach dem Unfallereignis angenommen werden. Die Erschöpfung der zentralen Schmerz- und Stressverarbeitung hätte sich zudem mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ohne den Unfall auf den Gesundheitszustand ausgewirkt. Die

unfallfremden Faktoren würden sich mit 50% auf den Gesundheitszustand auswirken, sodass die Beschwerden teilweise Folgen des Unfalls seien.

7. Mit Verfügung vom 25. Mai 2005 stellte die ÖKK die Leistungen aus der Unfallversicherung ab 31. Mai 2005 ein. Ferner erachtete sie die Voraussetzungen für weitere Geldleistungen aus der Unfallversicherung (Invalidenrente/Integritätsentschädigung) als nicht erfüllt. Am 07. Juni 2005 erfolgte die Einsprache des Rechtsvertreters der Versicherten, in welcher beantragte wurde, dass die UVG-Leistungen (Taggelder und Übernahme der Heilbehandlung) auch ab dem 01. Juni 2005 zu gewähren seien und eventuell die Rentenfrage zu entscheiden sei. Mit Einspracheentscheid vom 09. September 2005 wurde die Einsprache vollumfänglich abgewiesen.

8. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte am 21. September 2005 frist- und formgerecht Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden. Sie beantragte die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides und die UVG-Leistungen seien auch ab 01. Juni 2005 weiterhin von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen. Im Weiteren seien ihr insbesondere ab 01. Juli 2005 eine Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 75% sowie eine Integritätsentschädigung aufgrund einer Integritätseinbusse von 70% auszurichten. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, bei der Beschwerdeführerin liege ein CRPS und nicht ein chronisches Schmerzsyndrom vor. Wenn man dieser Diagnose folge, würden sich sämtliche Beschwerden und vor allem die Dauerschmerzen der Beschwerdeführerin aufgrund einer erfolgten Umbildung des Nervensystems, d.h. durch rein somatische Befunde, erklären lassen, womit sich die Frage der Adäquanz nicht stelle, bzw. diese zusammen mit der bestehenden natürlichen Kausalität zu bejahen sei. Ein Rückgriff auf die Schleudertraumapraxis gemäss BGE 117 V 359 geschweige denn auf die Praxis bei psychogenen Fehlentwicklungen nach Unfällen gemäss BGE 115 V 133 sei damit nicht erforderlich, würden den Beschwerden doch klare organische Befunde zugrunde liegen. Sollte das Gericht dieser Auffassung nicht folgen und von einem komplexen Beschwerdebild mit kombinierten physischen und psychischen Beschwerden ausgehen, käme die

Schleudertraumapraxis zur Anwendung. Weil die Adäquanzkriterien gehäuft vorkämen und nahezu vollständig vorhanden seien, wäre die Unfalladäquanz auch in diesem Falle zu bejahen.

9. In ihrer Vernehmlassung vom 29. Oktober 2005 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und hält am Einspracheentscheid vom 09. September 2005 fest. Zur Begründung wurde ausgeführt, der von der Beschwerdeführerin geschilderte Schmerz sei nicht durch korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar bzw. organisch nicht hinreichend nachweisbar. Angesichts der geringen mechanischen Einwirkung beim Unfallereignis könne nicht davon ausgegangen werden, dass ein Beschleunigungsmechanismus vorgelegen sei, der ein Schleudertrauma ausgelöst hätte. Somit seien für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs die Kriterien gemäss BGE 115 V 140 E. 6c aa massgebend (sog. Psychopraxis des EVG). Die unmittelbare Folge des im Harmlosigkeitsbereich liegenden Unfallereignis sei nicht geeignet, eine psychische Störung hervorzurufen, kein unfallbezogenes Kriterium sei in ausgeprägter Weise erfüllt und nicht mehrere der massgebenden Kriterien seien in gehäufte oder auffallender Weise gegeben. Das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs sei deshalb zu verneinen.

10. In der Replik vom 07. November 2005 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Es wurde nochmals betont, dass sie an einem CRPS leide, weshalb die gesundheitliche Beeinträchtigung vollumfänglich auf somatische Ursachen zurückzuführen sei, womit die adäquate Kausalität nicht gesondert zu prüfen sondern mit der natürlichen zu bejahen sei. Falls die Diagnose eines CRPS verworfen werde, sei die Schleudertraumapraxis anzuwenden. In der Duplik vom 16. November 2006 führte die Beschwerdegegnerin nochmals aus, im vorliegenden Falle könne die Behandlungsbedürftigkeit organisch nicht nachgewiesen werden. Anhand der Akten gehe sie davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin kein Schleudertrauma vorgelegen habe, sodass die Psychopraxis anwendbar sei.

Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Gegenstand der rechtlichen Auseinandersetzung bilden vorliegend die Fragen, ob sich sämtliche Beschwerden und vor allem die Dauerschmerzen der Versicherten aufgrund einer erfolgten Umbildung des Nervensystems erklären lassen, d.h. rein somatische Befunde vorliegen, womit sich die Frage der Adäquanz nicht stellen würde, bzw. diese zusammen mit der bestehenden natürlichen Kausalität zu bejahen wäre oder ob von einem komplexen Beschwerdebild mit kombinierten physischen und psychischen Beschwerden auszugehen und die Adäquanz entsprechend den Kriterien von BGE 117 V 359 E. 6a (sog. Schleudertraumapraxis des EVG, falls die Versicherte beim Ereignis vom 19. Oktober 2002 ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat) oder entsprechend den Kriterien von BGE 115 V 140 E. 6c aa (sog. Psychopraxis des EVG, falls keine solche Verletzungen vorliegen oder die aus einer solchen Verletzung resultierenden Symptome im Vergleich zur psychischen Problematik ganz in den Hintergrund treten), zu beurteilen ist.

2. a) Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten Versicherungsleistungen gewährt. Versicherungsleistungen können für einen Gesundheitsschaden jedoch nur insoweit gewährt werden, als dieser nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zu einem versicherten Ereignis steht (BGE 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b). 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 bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Ob zwischen dem versicherten Ereignis und dem Gesundheitsschaden ein natürlicher

Kausalzusammenhang besteht, ist anhand der medizinischen Unterlagen zu prüfen. Diese Tatfrage beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Die bloße Möglichkeit des Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, deren Beantwortung der Verwaltung (und im Beschwerdefall dem Richter) und nicht dem Arzt obliegt. 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 V 405 Erw. 4a und 135 Erw. 4a).

- b) Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, Dr. ... (Rehaklinik ...) habe in seinen Stellungnahmen vom 29. September 2003 resp. 09. August 2005 ein CRPS (Algodystrophie, Sudeck-Syndrom) diagnostiziert. In der Stellungnahme vom 09. August 2005 zum Valenser Gutachten erklärte Dr. ..., es würden zwar die richtigen Symptome eines CRPS beschrieben, aber diese Symptome nicht benannt, d.h. diagnostiziert. Das Ergebnis des Gutachtens sei zwar richtig, in dem eine weitgehend unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit erkannt worden sei, doch sei die Begründung falsch. Vorherige Gutachten und Berichte würden nicht berücksichtigt und mit abweichenden Meinungen setze man sich nicht auseinander. Ursache für die Entwicklung eines CRPS, in dessen Verlauf neuroplastische Veränderungen im Nervensystem erfolgen würden, die nebst den chronischen Schmerzen auch Funktionsstörungen in den betroffenen Extremitäten hervorrufen würden, sei immer ein Trauma. Gegenüber einem chronischen Schmerzgeschehen bilde das CRPS ein eigenständiges Krankheitsbild. Das Gutachten würde die neuen Erkenntnisse der Medizin nicht berücksichtigen und psychische Faktoren überbewerten. Insgesamt hätten vier Ärzte ein CRPS ohne Einschränkungen diagnostiziert,

nämlich Dr. ..., Dr. ..., Dr. ... und Prof. ... Dagegen sei diese Diagnose von keinem Arzt explizit verworfen worden. Dr. ... habe keine sicheren Hinweise für die Diagnose eines CRPS gefunden. Somit spreche weitaus mehr für das Vorliegen eines CRPS als für ein chronisches Schmerzsyndrom.

- c) Die adäquate bzw. rechtserhebliche Kausalität deckt sich im Falle von organisch nachweisbarer Behandlungsbedürftigkeit der Gesundheitsstörung weitgehend mit der natürlichen. Der Beantwortung der Frage, auf welche Diagnose im Falle der Beschwerdeführerin abzustellen ist, kommt deshalb entscheidende Bedeutung zu: Dr. ... diagnostizierte ein CRPS, während Dr. ... im Gutachten der Klinik ... vom 24. Februar 2005 auf ein chronifiziertes zervikozepales und zervikobrachiales Schmerzsyndrom schloss. Er hielt fest, dass sich aufgrund der ausführlichen klinischen und apparativen Untersuchungen keine sicheren Hinweise für die Diagnose eines CRPS finden liessen. Dr. ... stellte in seinem neurologischen Teilgutachten vom 12. Juli 2004 fest, dass bei der Beschwerdeführerin ein chronifiziertes zervikozepales und zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts ohne fassbare neurologische Defizite bestehe. Die von der Patientin angegebenen sensiblen Störungen und die Minderinnervation im Armbereich rechts müssten im Rahmen von Schmerzprojektionen bzw. einer Somatisierung interpretiert werden. Aus rein neurologischer Sichte könne keine relevante funktionelle Einschränkung festgehalten werden. In Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ist festzustellen, dass einzig Dr. ... ein CRPS diagnostizierte. Dr. ... bestätigte diese Diagnose ohne umfassende Untersuchung der Beschwerdeführerin. Eine objektive Erklärung für die von der Beschwerdeführerin geäusserte Schmerzproblematik lässt sich vorliegend trotz eingehender medizinischer Abklärungen nicht finden. Dr. ... erkannte am 13. Juli 2005 betreffend Hände der Beschwerdeführerin keine Algodystrophie. Dr. ... konnte in seinen Berichten keine korrelierenden, schlüssig feststellbaren Befunde nachweisen. Ferner wurde mittels ENG ein Karpaltunnelsyndrom ausgeschlossen. Gemäss Gutachten der Klinik ... bestehen keine fassbaren neurologischen Defizite und keine Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik bzw. zentralnervöse Pathologie. Neurologisch kann keine relevante funktionelle Einschränkung festgehalten werden.

Strukturschäden sind keine vorhanden. Einzig im psychiatrischen Bereich konnte ein anhaltender Schmerz am Bewegungsapparat in Verbindung mit ätiologisch wahrscheinlich bedeutsamen psychischen Faktoren wie psychotraumatologisch und physikalisch-traumatologisch begründbarer Erschöpfung (Störung) der zentralnervösen Schmerzverarbeitung und entwicklungsbedingter konstitutioneller Selbstwertstörung diagnostiziert werden. Gemäss der am 19. Oktober 2002 vom Kantonsspital Chur durchgeführten ambulanten Behandlung wurde zwar eine HWS-Distorsion diagnostiziert. Dr. ... stellte bei der Beschwerdeführerin am 24. Oktober 2002 Schwindel, Schlafstörungen und Depressionen fest, wobei die letzteren zwei Probleme schon vor dem Unfall vorgelegen hätten. Am 06. Januar 2003 führte derselbe Arzt aus, dass eine muskuläre Dysbalance sowie Zervikozephalgien bestünden. Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin stellte am 29. Januar 2003 eine Verspannungs- und Schmerzsymptomatik fest. Die Rehaklinik ... hielt am 08. Mai 2003 fest, dass bei den kurz nach dem Unfall durchgeführten funktionellen Aufnahmen keine Subluxation habe festgestellt werden können. Bereits die Beschwerdegegnerin hat darauf hingewiesen, dass die geklagten somatisierten Beschwerden somit medizinisch nicht nachvollzogen werden können und das bei der Beschwerdeführerin vorliegende Beschwerdebild kein anatomisches bzw. organisches Korrelat mehr findet. Das Gutachten der Klinik Valens vom 24. Februar 2005 beruht auf allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt die geklagten Leiden der Beschwerdeführerin. Die gestellten Fragen wurden umfassend beantwortet. Die Schlussfolgerung des chronifizierten zervikozephalen und zervikobrachiales Schmerzsyndroms ist nachvollziehbar, so dass entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin auf das Gutachten der Klinik ... abzustellen ist.

Aufgrund dieser Ausführungen muss auf die Diagnose eines chronifizierten zervikozephalen und zervikobrachiales Schmerzsyndroms abgestellt werden. Im Folgenden ist deshalb die Frage der Adäquanz zu prüfen.

3. a) Da der von der Beschwerdeführerin geschilderte Schmerz nicht durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbaren Befunde hinreichend erklärbar bzw. organisch nicht hinreichend nachweisbar ist, muss bei der

Beurteilung der Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen der körperlichen Beeinträchtigung und dem Unfall vorerst geprüft werden, ob die Beschwerdeführerin beim Ereignis vom 19. Oktober 2002 ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat.

- b) Die Beschwerdegegnerin macht geltend, gemäss der am 19. Oktober 2002 vom Kantonsspital in Chur durchgeführten ambulanten Behandlung sei zwar eine HWS-Distorsion diagnostiziert worden. Dr. ... habe bei der Beschwerdeführerin am 24. Oktober 2002 Schwindel, Schlafstörungen und Depressionen festgestellt, wobei die letzteren zwei Probleme schon vor dem Unfall vorgelegen hätten. Am 06. Januar 2003 habe derselbe Arzt ausgeführt, dass eine muskuläre Dysbalance sowie Zervikozephalgien bestünden. Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin stellte am 29. Januar 2003 eine Verspannungs- und Schmerzsymptomatik fest. Die Rehaklinik ... habe am 08. Mai 2003 festgehalten, dass bei den kurz nach dem Unfall durchgeführten funktionellen Aufnahmen keine Subluxation habe festgestellt werden können. In neurologischer Hinsicht bestehe ein chronifiziertes zervikozephalisches und zervikobrachiales Schmerzsyndrom (vgl. Gutachten der Klinik ... vom 24. Februar 2005). Die Arbeitsgruppe für Unfallmechanik AGU habe sich dahingehend geäussert, dass aus biomechanischer Sicht die anschliessend an das Ereignis von der Versicherten geschilderten Beschwerden durch die Kollisionseinwirkung nicht erklärbar seien. Angesichts dieser medizinischen Beurteilungen sowie der beim Unfall einwirkenden Kräfte und des zugetragenen Bewegungsablaufes sei zweifelhaft, dass die Versicherte ein Schleudertrauma (oder eine dazu äquivalente Verletzung) erlitten habe. Aufgrund der geringen mechanischen Einwirkung könne nicht davon ausgegangen werden, dass ein Beschleunigungsmechanismus vorgelegen sei, der ein Schleudertrauma ausgelöst hätte. Somit seien für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs die Kriterien von BGE 115 V 140 E. 6c aa massgebend, was bedeute, dass nach der Methode, welche für die psychischen Störungen entwickelt worden ist, vorgegangen werden müsse.

- c) Dieser Einschätzung der Beschwerdeführerin kann aus den folgenden Gründen nicht gefolgt werden: Nach gutachterlicher Auffassung der Klinik ... (vgl. S. 49 des Gutachtens vom 24. Februar 2005) liegt bei der Beschwerdeführerin ein typisches Beschwerdebild für ein HWS-Distorsionstrauma oder einer äquivalenten Verletzung der Halswirbelsäule vor, nämlich diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, rasche Ermüdbarkeit, Nackenschmerzen und Wesensveränderung. Entsprechend sind für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs die Kriterien gemäss BGE 117 V 366 E. 6a (sog. Schleudertraumapraxis des EVG) zu prüfen. Als wichtigste Kriterien sind im Zusammenhang mit dem Schleudertrauma der Halswirbelsäule zu nennen: besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; Dauerbeschwerden; ärztliche Fehlbehandlungen, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Im Gegensatz zu den bei psychischen Fehlentwicklungen relevanten Kriterien gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c aa wird für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, weil es hier nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organisch und/oder psychischer Natur bezeichnet werden.
- d) Nach Einschätzung der Beschwerdeführerin kommen die genannten Adäquanzkriterien in ihrem Falle gehäuft vor und sind nahezu vollständig vorhanden (mit Ausnahme des Kriteriums besonders dramatischer Begleitumstände oder einer besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls), weshalb die Unfalladäquanz der Beschwerden zu bejahen sei.

Dem ist aus den folgenden Gründen zu widersprechen: Die Diagnose eines Schleudertraumas vermag die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hiezu einer

besonderen Schwere der für ein Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (Urteile T. vom 06. Februar 2002 [U 61/00] und D. vom 16. August 2001 [21/01]; vgl. auch SZS 2001 S. 448). Solche Umstände sind hier nicht gegeben. In Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ist festzustellen, dass vorliegend zwar eine lange Dauer der Arbeitsunfähigkeit bestand, wobei diese aber schon früh durch die organisch nicht nachweisbare Schmerzproblematik und somit schon sehr bald nicht mehr physisch bedingt war. Bei der ärztlichen Behandlung verhält es sich gleich; die Behandlungsdauer wurde durch von der Beschwerdeführerin geäußerten Beschwerden beeinflusst, welche medizinisch nicht mehr nachvollzogen werden konnten. Ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sind ebenfalls nicht ersichtlich, lassen sich den ärztlichen Berichten doch einzig Hinweise auf den abgebrochenen Versuch mit einem intratektalen Katheter mit Clodinpumpe und auf den Hinterstrangstimulator entnehmen. Zudem liegt keine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung vor, vielmehr erfolgten insbesondere umfangreiche ärztliche Begutachtungen der Beschwerdeführerin seit dem Unfallereignis. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die Arbeitsgruppe für Unfallmedizin AGU zum Ergebnis kommt, dass die Beschwerden nur durch die degenerativen Vorzustände eher erklärbar seien, nicht aber durch den Unfall selbst. Dass diese degenerativen Veränderungen indes nicht unfallkausal sind und die Beschwerden nach dem Unfall nicht erklären können, ist eindeutig belegt. Betreffend der geltend gemachten ärztlichen Fehlbehandlung ist festzuhalten, dass Dr. ... als einziger Arzt der Meinung ist, dass durch die sofortige Implantation des Stimulators (SCS) das Ausmass des Schadens hätte vermieden werden können. Angesichts dieser Feststellungen und der Leichtigkeit des Unfalls (was angesichts des geringen Schadens an den Fahrzeugen ohne Weiteres nachvollziehbar ist) ohne irgendwelche dramatischen Begleitumstände, bei welchem keine schweren körperlichen Verletzungen resultierten, ist die Adäquanz zu verneinen, da die unmittelbare Folge dieses im mittleren Bereich an der Grenze zum leichten liegenden Unfalls nicht geeignet ist, eine psychische Störung hervorzurufen, kein unfallbezogenes Kriterium in ausgeprägter Weise erfüllt ist und nicht mehrere

der massgebenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise gegenüber sind (vgl. Urteil EVG vom 04. September 2003 U 371/02). Das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs ist deshalb zu verneinen.

Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich somit als rechtmässig, und die dagegen erhobene Beschwerde ist vollumfänglich abzuweisen.

4. Gemäss Art. 61 lit. a ATSG ist das kantonale Beschwerdeverfahren ausser in Fällen leichtsinniger oder mutwilliger Beschwerdeführung kostenlos.

Demnach erkennt das Gericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.

Die dagegen an das Eidgenössische Versicherungsgericht erhobene Verwaltungsgerichtsbeschwerde wurde am 21. Juni 2007 abgewiesen (U 281/06).