

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2002.00146 vom 28. Oktober 2003

ZH Sozialversicherungsgericht, 2003-10-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2002.00146

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2002.00146 du 28 octobre 2003

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2002.00146 del 28 ottobre 2003

Erwägungen

E. 1

1.1 Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in Kraft getreten. Mit ihm sind zahlreiche Bestimmungen im Sozialversicherungsbereich geändert worden. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 Erw. 1), und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 121 V 366 Erw. 1b), sind im vorliegenden Fall die neuen Bestimmungen nicht anwendbar.

1.2 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, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG in der bis 30. Juni 2001 gültigen Fassung). Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet.

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).

1.3 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 bzw. 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 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

Der im Sozialversicherungsprozess geltende Untersuchungsgrundsatz (BGE 125 V 195 Erw. 2, 122 V 158 Erw. 1a, je mit Hinweisen) schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 Erw. 3b mit Hinweisen).

Diese Beweisgrundsätze gelten ohne weiteres auch in Fällen mit Schleuderverletzungen der Halswirbelsäule. 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, Ängstlichkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsumschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 378 ff. Erw. 3d, e).

1.4.4.4 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 125 V 461 Erw. 5a, 123 V 103 Erw. 3d, 139 Erw. 3c, 122 V 416 Erw. 2a, 121 V 49 Erw. 3a mit Hinweisen; RKUV 1997 Nr. U 272 S.

172 Erw. 3a).

Während sich bei organisch nachweisbarer Behandlungsbedürftigkeit der Gesundheitsstörung die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen deckt und die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung hat (BGE 118 V 291 Erw. 2a), muss insbesondere bei psychogenen Störungen, den typischen Beschwerden nach einem Schleudertrauma der HWS oder einem Schädelhirntrauma die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung geprägt werden (BGE 107 V 176).

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines sogenannten Schleudertraumas der Halswirbelsäule, eines Schädel-Hirn-Traumas oder einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 bzw. BGE 117 V 369 und SVR-Rechtsprechung UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie in BGE 115 V 133 für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist.

Danach ist zunächst - ausgehend vom objektiv erfassbaren Unfallereignis und nicht vom Unfallerlebnis des Betroffenen (BGE 115 V 139 Erw. 6; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 9) - zu prüfen, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu qualifizieren ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen ist in der Regel ohne weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien wie besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls, die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, die ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, körperliche Dauerschmerzen, ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen, Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit in die Beurteilung miteinzubeziehen sind.

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 nach den Ausführungen in BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 117 V 366 Erw. 6a).

Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, wo die zum typischen Beschwerdebild eines sogenannten Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts die Beurteilung nicht nach den für das

Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR-Rechtsprechung 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1).

Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Eidgenössische Versicherungsgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädel-Hirntraumas (BGE 117 V 382 f. Erw. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 Erw. 3b; SVR-Rechtsprechung 1995, UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2).

E. 1.5

Berichte und Gutachten versicherungsinterner Ärzte unterliegen wie andere Beweismittel der freien richterlichen Beweiswürdigung. Es kann ihnen Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen.

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 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 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 (BGE 125 V 353 f. Erw. 3b/ee mit Hinweis).

E. 2

2.1 Zum Unfallhergang, zur Art und zum Verlauf der anfänglichen Beschwerden enthalten die Zeugnisse des Hausarztes folgende Angaben:

Im Arztzeugnis UVG vom 10. Februar 1998 (Urk. 10/M1/2, 10/M3) hielt Dr. E. ___ fest, dass die Versicherte als Beifahrerin von hinten angefahren worden und - vermutlich - eine HWS-Distorsion sowie eine leichte Kniekontusion links erlitten habe. Es sei zu keiner Bewusstlosigkeit gekommen, doch seien in den nachfolgenden Tagen zunehmende HWS-Schmerzen aufgetreten und die Versicherte leide unter Kopfschmerzen. Auch konstatierte Dr. E. ___ eine um circa 50 % reduzierte HWS-Beweglichkeit in allen drei Etagen, eine Dysästhesie in der linken Hand, eine Druckdolenz über der linken Tuberositas tibial. Er wies darauf hin, dass der Röntgenbefund vom 20. Mai 1997 bezüglich der Halswirbelsäule keine Hinweise für Frakturen oder Distorsionen

ergeben habe (Urk. 10/6/1, 10/M3).

Nach durchgeführter Physiotherapie berichtete Dr. E.____ am 23. Juni 1998, dass die leichte Kniekontusion abgeheilt sei, aber immer noch Nackenschmerzen nachts, eine Dysphagie und ein Fremdkörpergefühl im Hals und eine ständige verminderte Halsbeweglichkeit geltend gemacht würden. Weitere medikamentöse oder physikalische Therapie erachtete er als kontraproduktiv und hielt fest, dass eine wesentliche Besserung kaum zu erwarten sei. Dr. E.____ empfahl eine rasche Begutachtung mit der Frage nach einer eventuellen Entschädigung (Urk. 10/M4, 10/M4). Im Fragebogen vom 8. Juli 1998 berichtete er unter anderem von gleich gebliebenen Beschwerden und diagnostizierte nebst einer HWS-Distorsion eine agitierte Depressivität bei vorbestehender ängstlicher Persönlichkeit (Urk. 10/M5).

2.2 Die Ärzte der [Rehabilitationsklinik] G.____ diagnostizierten im Austrittsbericht vom 4. Februar 1999 (Urk. 10/M9) einen Status nach HWS-Distorsionstrauma mit zervikovertebralem und zervikozephallem Schmerzsyndrom sowie Somatisierungs- und Generalisierungstendenz. Anamnestisch berichtete die Versicherte von Dauerschmerzen im Bereich des Halses dorsal und lateral sowie im Bereich des Hinterkopfes. Im allgemeinen Teil des Berichts wird festgehalten, die Beschwerdeführerin habe subjektiv den Eindruck, vermehrt vergesslich zu sein und sich schlechter konzentrieren zu können (Urk. 10/M9 S. 1). Dabei handelt es sich jedoch um ein offensichtliches Versehen, wird doch im Zusammenhang mit der klinisch-psychologischen Exploration ausdrücklich auf das Fehlen eines subjektiven Empfindens von Konzentrations- und Gedächtnisstörungen hingewiesen und festgehalten, die Patientin verneine explizit Konzentrations- und Gedächtnisstörungen (Urk. 10/M9 S. 2, 4).

Bei der Eintrittsuntersuchung war die Halswirbelsäule praktisch auf allen Ebenen eingeschränkt, und im Bereich des Trapezius war der Muskeltonus erhöht. Die gesamte Wirbelsäule erwies sich als klopfdolent, bei der Bewegungsprüfung war eine Gegeninnervation feststellbar. Die Röntgenabklärung der Halswirbelsäule ergab degenerative leichtgradige Alterationen.

Auf eine testpsychologische Abklärung wurde in der [Rehabilitationsklinik] G.____ aufgrund des sich bietenden Beschwerdebildes ohne subjektives Empfinden von Konzentrations- und Gedächtnisstörungen verzichtet. Die Beschwerdeführerin war bei den Explorationsgesprächen stark auf ihre Beschwerden fixiert. Sie klagte über ständige Kopf- und Nackenschmerzen, starken Schwindel, beidseitigen Tinnitus, Schluckbeschwerden, Schulterschmerzen, beidseits Ameisenlaufen in den Armen, Einschlafen von Armen und Händen nachts, erhebliche Schlafstörungen, ausgeprägte Nervosität und Gereiztheit. Im Verlauf des Rehabilitationsaufenthaltes seien die Beschwerden schlimmer geworden, sie habe nun überall Schmerzen.

2.3 Der von der Winterthur ursprünglich mit der neurologischen Abklärung betraute Dr. I.____ diagnostizierte im Gutachten vom 27. September 1999 (Urk. 10/M12) aufgrund der Untersuchung vom 7. September 1999 ein cervicoencephales und cervicobrachiales Schmerzsyndrom ohne neurologische Ausfälle, mit leichteren neuropsychologischen Beschwerden nach HWS-Distorsion bei Heckkollision am 9. Mai 1997 und bezeichnete die objektivierbaren Untersuchungsbefunde als überwiegend wahrscheinlich unfallbedingt. Dr. I.____ hielt fest, dass sich gemäss Angabe der

Versicherten erst drei Tage nach dem Auffahrunfall Nackenschmerzen mit Ausstrahlung zum Hinterkopf entwickelt hätten, weshalb diese anderntags ihren Hausarzt aufgesucht habe. Obwohl sie weiter als Spetterin gearbeitet habe, habe sie seither unvermindert Schmerzen am Nacken, Hinterkopf, Schultern und Armen. Auch klage sie über Trockenheit des Mundes und Schluckbeschwerden. Sie sei vergesslich, sei immer traurig und weine leicht. Sie könne ihren Haushalt nicht mehr richtig besorgen.

Dr. I. ___ erhob bei der klinischen Untersuchung eine cervicobrachiale Verspannung mit Verkürzung der ganzen posturalen Nacken- und Halsmuskulatur, einschliesslich des Musculus trapezius und Musculus sternocleidomastoideus. Teilweise fanden sich Triggerpunkte an den Scapulaelevatoren und es bestehe eine allgemeine Überempfindlichkeit dieser Muskulatur nebst einer massiven Tendenz, den Hals schonend nicht zu bewegen. Dr. I. ___ hielt fest, dass die bildgebenden Verfahren weder cerebrally noch cervical strukturelle Läsionen ergeben hätten. Auch beständen hirnelektrisch keine funktionelle Störungen des Cerebrums. Die mit Bezug auf die 5. Welle etwas verzögerten, akustisch evozierten Hirnstammpotentiale könnten Ausdruck einer leichten vertebrobasilar Insuffizienz sein. Es könne nicht entschieden werden, ob dies posttraumatischer oder altersphysiologischer Art seien. Da prätraumatisch kein Schwindel bestanden habe, sei eine Unfallkausalität aber durchaus plausibel und nicht von der Hand zu weisen. Dr. I. ___ erklärte sich das Phänomen der ausstrahlenden Schmerzen durch die Muskelverkürzungen an den kritischen Stellen der Hals- und Nackenmuskulatur und brachte namentlich Ausstrahlungen in die Wangen, hinter die Augen, zum Hinterkopf, in den Schultergürtel und in die Hand unabhängig vom Nachweis klassischer neurologischer Kompressionsphänomene damit in Verbindung. Gleichermassen könne es durch Irritation der mittleren Halswirbelsäule im Bereich der Processus caridei zu Globusgefühl und sogar Heiserkeit kommen, wie es die Versicherte beschreibe. Er verneinte das Vorhandensein unfallfremder Zustände oder Krankheiten und erklärte, dass er aus Sicht der manuellen Medizin das gesamte Beschwerdebild nachvollziehen und in Zusammenhang mit der traumatisch geschädigten Halswirbelsäule einschliesslich der Weichteile bringen könne. Es sei auch anzunehmen, dass neuropsychologische Störungen vorhanden seien. Doch seien diese bei der relativ undifferenzierten, nur italienisch sprechenden Patientin in der körperlich orientierten Sprechstunde schwer zu differenzieren. Für die Tätigkeit als Raumpflegerin und in jedem andern Beruf, der belastende körperliche Arbeit umfasse, erachtete Dr. I. ___ die Beschwerdeführerin als nicht arbeitsfähig. Doch hielt er eine gewisse Angewöhnung als denkbar, so dass sich möglicherweise eine Arbeitsfähigkeit von 50 % realisieren lasse. Er empfahl weiterhin Physiotherapie mit einer Dehnungsbehandlung der verkürzten und schmerzhaften Hals- und Schultermuskulatur sowie eine gezielte Triggerpunktbehandlung. Eine dauernde Behandlung hielt er dann für sinnvoll, wenn sich die Beschwerden derart reduzieren liessen, dass tatsächlich eine Arbeitstätigkeit realisiert werden könne.

2.4 Die Neuropsychologin lic. phil. J. ____, hielt in ihrem Bericht vom 20. September 1999 (Urk. 10/M11) über die drei Tage zuvor erfolgte Untersuchung fest, dass die Versicherte insbesondere seit dem Unfall über typisch auftretenden somatische Beschwerden klage. Sie habe regelmässig Kopf- und Nackenschmerzen, die ihr das Bücken und Strecken verunmöglichten und zum Teil bis in den linken Arm ausstrahlten. Aufgrund schmerzbedingter Schlafstörungen sei sie eigentlich immer

mÄ¼de. Das Schlimmste seien jedoch die Schmerzen und das Engegefühl in der Kehle, die ihr insbesondere am Abend und nachts das Gefühl geben, zu wenig Luft zu bekommen. Auch müsse sie sich oft und zum Teil ununterbrochen räuspern. Psychisch sei sie am Ende. Sie und ihre Angehörigen würden unter ihrer Antriebslosigkeit, Nervosität und Gereiztheit leiden. Sie bleibe jetzt vorwiegend zuhause. Abgesehen von seit jeher vorhandenen räumlichen Orientierungsschwierigkeiten seien weder ihr noch den Angehörigen eigentliche neuropsychologische Defizite aufgefallen.

Die Neuropsychologin erklärte, die Versicherte wirke sehr depressiv und verschlossen und im Gesamteindruck sehr antriebslos und deutlich verlangsamt. Das Arbeitstempo sei generell verlangsamt gewesen, und es sei eine deutliche und zunehmende Ermüdbarkeit zu beobachten gewesen.

Lic. phil. J. ___ beurteilte die Leistungen namentlich bezüglich Gedächtnis und Konzentration als dem Niveau der Patientin entsprechend oder höher, davon ausgenommen sei das visuell-räumliche Lernen. Doch habe diese Schwäche schon vor dem Unfall als Orientierungsproblem bestanden und im Lebensalltag keine Schwierigkeiten bereitet. Die deutliche Verlangsamung und Ermüdbarkeit brachte die Neuropsychologin mit der Schmerzproblematik und der depressiven Entwicklung der Patientin in Verbindung und ging davon aus, dass diese erst nach dem Unfall aufgetreten seien.

Die Neuropsychologin kam zum Schluss, dass die von ihr erhobenen Befunde auf leicht ausgeprägte diffuse Hirnfunktionsstörungen hinwiesen. Zur Unfallkausalität hielt sie fest, dass weder die Versicherte noch ihre Angehörigen nach dem Unfall eigentliche neuropsychologische Defizite beobachtet hätten und solche auch nicht objektivierbar seien. Verlangsamung und Ermüdbarkeit seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erst nach dem Unfall aufgetreten. Aus neuropsychologischer Sicht werde die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit durch die deutliche Verlangsamung und Ermüdbarkeit der Patientin bestimmt, was sich auf alle Funktionen und somit auch auf die bisherige Tätigkeit als Raumpflegerin auswirke. In ihrem jetzigen Zustand sei die Versicherte zu minimalen Alltagsleistungen selbständig nur unter hohem Gesamtaufwand oder unter individueller verständnisvoller Führung zu niveaugemässen kognitiven Leistungen in der Lage.

Eine weitere medizinische Heilbehandlung hielt die Neuropsychologin insofern für angezeigt, als sich eine Reduktion der Schmerzen positiv auf die Gesamtbefindlichkeit der Patientin auswirke, was auch den Antrieb verstärke. Eine medikamentöse psychiatrische Behandlung mit begleitenden psychotherapeutischen Gesprächen könne zudem der depressiven Entwicklung entgegenwirken und bestenfalls zu einem neuen Umgang mit der Schmerzproblematik verhelfen. Aufgrund der somatischen, psychischen und neuropsychologischen Beeinträchtigungen finde sich die ideal angepasste und zumutbare Tätigkeit nur in einem geschütztem Rahmen, beispielsweise einer geschützten Werkstatt mit einfachen Verpackungs-, Versand- oder Montagearbeiten, wo die Patientin individuell geführt und verständnisvoll betreut werde.

Das im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung in der [Rehabilitationsklinik] Z. ___ von Dr. med. P. ___, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin, erstellte rheumatologische Teilgutachten vom 11. April 2001 enthält folgende Beurteilung (Urk. 10/M8/3):

Frau C. ___ zeigt ein Ganzkörpererschmerzprofil, welches sich nicht mehr auf einzelne Wirbelsäulenregionen oder Strukturen eingrenzen lässt. So zeigt sie im Bereiche von

Brust- und Lendenwirbelsäule genau dieselben Schmerzhaftigkeiten und fehlende Bewegungsmitarbeit wie im Bereiche der Halswirbelsäule. Auf diesem Hintergrund sind die gemessenen Werte an der Halswirbelsäule nur bedingt verwertbar. Das ganze Bild lässt sich nicht einfach als Fibromyalgie erklären, da nicht die klassischen fibromyalgischen Punkte schmerzhaft sind, sondern praktisch sämtliche Muskelbewegungen der Patientin Schmerzen bereiten. Aus meiner Sicht handelt es sich hier um eine sehr persönliche Reaktionsweise auf das Unfallereignis im Sinne einer Befindlichkeitsstörung und eines Ganzkörperbeschwerdebildes, welches nicht in Zusammenhang mit einer direkt geschädigten Struktur gesetzt werden kann. Möglicherweise stand am Anfang ein myofaszielles Beschwerdebild im Bereiche der Halswirbelsäule, welches eine Eigendynamik erfahren hat. Somatisch lässt sich auch die von der Patientin gezeigte praktische Aktionsunfähigkeit nicht erklären. Die Störung mit dem Rauspern und die leichten Schluckstörungen sind denkbar im Zusammenhang mit einem Halswirbelsäulendistorsionstrauma, im vorliegenden Fall aber auch sehr schwer einzuordnen, da wie beschrieben eine saubere strukturelle Zuordnung nicht möglich ist. So wird auch bei der Palpation der vorderen Hals- und Schlundmuskulatur uniform ein massiver Schmerz angegeben. Aus unfallkausaler Sicht muss bedacht werden, dass eine Auffahrkollision kaum geeignet ist, ein fortdauerndes Ganzkörperbeschwerdebild herbeizuführen, da man nicht davon ausgehen kann, dass durch ein solches Unfallereignis derart viele muskuloligamentäre Strukturen traumatisiert wurden. ■

Bei der neuropsychologischen Abklärung in der [Rehabilitationsklinik] Z.____ durch Dr. phil. Q.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, gab die Beschwerdeführerin bezüglich kognitiver Symptome an, hin und wieder den Inhalt von Telefonaten zu vergessen, wenn sie nichts aufschreibe. Wegen der starken Schmerzen fühle sie sich oft wie konfus. Sie sei nervöser und aggressiver geworden. Dr. Q.____ hielt im Bericht vom 19. April 2001 (Urk. 10/M18/2) fest, die Schmerzen hätten im Verlaufe der Untersuchung nicht zugenommen, der Antrieb sei etwas vermindert, doch finde sich keine allgemeine Verlangsamung. Die Patientin sei durch die Untersuchungssituation meist deutlich überfordert. Die meisten Funktionsbereiche lägen in einem sehr tiefen Messbereich. Eine differenzierte Erfassung der Funktionen sei nicht möglich, zum Teil seien die Resultate auch widersprüchlich. Namentlich im Gespräch seien keine schwerwiegenden kognitiven Einschränkungen aufgefallen. Dr. Q.____ ging zusammenfassend von einer schmerzbedingten und reaktiv-psychischen Leistungsverminderung aus. Er führte dazu aus, dass eine Interpretation und eine differentialdiagnostische Verwertung der neuropsychologischen Untersuchungsbefunde nicht möglich sei. Der klinische Eindruck im Gespräch während der psychiatrischen und der neuropsychologischen Untersuchung deute auf eine gute lebenspraktische Intelligenz hin. Größere apraktische, amnestische oder agnostische Störungen seien nicht vorhanden. Da deutliche kognitive Defizite weder anamnestisch noch subjektiv oder im Gespräch fassbar seien, stehe eine hirnganisch bedingte neuropsychologische Störung nicht im Vordergrund. Das Beschwerdebild werde durch die schmerzbedingte und reaktiv-psychische Leistungsverminderung dominiert. Damit sei zwar eine hirnganische Störung nicht ausgeschlossen. Doch könne eine solche mit den gegebenen Untersuchungsmitteln nicht adäquat erfasst werden.

Dr. med. R.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und leitender Arzt der Psychosomatischen Abteilung der [Rehabilitationsklinik] Z.____, diagnostizierte im psychiatrischen Teilgutachten vom 10. April 2001 (Urk. 10/M18/1) erlebnisreaktive Angststörungen, teils spezifischerer Natur (Ängste als Beifahrerin) sowie mit unspezifischerer Prägung: Klaustrophobie, Agoraphobie, Akrophobie und atypische, stark somatisierte Panikanfälle (ICD-10 F40.01, F41.0, F41.8, F43.28), ferner eine subdepressive Stimmungslage, jedoch keine eigentliche Major Depression. Dr. R.____ erklärte, die diversen Angststörungen könnten nach Auffahrunfällen auftreten. Sie hätten sich offenbar zuerst mit einer auf der Körperperipherie ausgeprägten Symptomatik in Form eines Panikanfalls zirka in der dritten Nacht nach dem Unfall geäußert. Das trockene, anfallsweise, beklemmende und einengende Gefühl im Hals, das seither vor allem nachts beim Einschlafen und dann im weiteren Verlauf der Nacht, weniger am Tag, persistiere, sei als Äquivalent eines Panikanfalles zu werten. Daneben gebe die Versicherte noch recht spezifisch erscheinende Informationen, die auf gestörtes Bewegungssehen hindeuteten. Therapeutisch komme vor allem der Einsatz von Antidepressiva in Frage, kombiniert mit psychotherapeutischen Massnahmen. Theoretisch sei das Zustandbild aus psychiatrischer Sicht besserungsfähig, was sich auch auf die Kopfschmerzproblematik und auf die durch die Angstsymptomatik unterhaltene Schlafstörung günstig auswirken würde. Von einer Angstbehandlung sei jedoch wegen des sprachlich und kulturell erschwerten Zugangs der Patientin kaum etwas zu erwarten, zumal sie sich mit ihren Symptomen im Rahmen ihrer hilfreichen Familie im Tagesablauf eingerichtet habe.

Das abschliessende neurologische Gutachten, das Dr. L.____, im Rahmen der interdisziplinären Abklärung unter Beizug der zitierten Teilgutachten der Dres. P.____, Q.____ und R.____ am 6. September 2001 verfasste (Urk. 11/M18), enthält folgende Diagnosen: Status nach Auffahrkollision mit HWS-Distorsionsraum 9. Mai 1997 mit definitionsgemäss durchgemachter milder traumatischer Hirnverletzung mit noch leichter Beeinträchtigung des Gleichgewichtssystems, ausgeprägte Verspannung der gesamten HWS- und Schultergürtelmuskulatur, erlebnisreaktive Angststörungen, schmerzbedingte und reaktiv-psychische neuropsychologische Leistungsverminderung. Als aktuelle Beschwerden führte Dr. L.____ tägliche druckartige okzipitale Kopfschmerzen, linksbetont auf, die seit dem Unfall praktisch unverändert vorhanden seien und im Vordergrund ständen. Ferner klagte die Versicherte über belastungsabhängige Schmerzen im ganzen Halsbereich und in der Schulter vorwiegend links, über häufiges, täglich vorkommendes unangenehmes Druckgefühl im Pharynx mit abendlicher Betonung sowie über gelegentliche, im Vergleich zu früher etwas ausgeprägtere Rückenschmerzen. Bezüglich des Gehörs erhob Dr. L.____ nur noch eine erhöhte Lärmempfindlichkeit und verminderte Stimmendiskrimination. Im visuellen Bereich ergaben sich bei gutem Visus ein verstärktes Blendungsgefühl, eingeschränkte Lesedauer und ausgeprägte Probleme mit bewegten Bildern beim Fernsehen, Zug- oder Busfahren. Im vestibulären Bereich berichtete die Versicherte von grossen Problemen beim Herunterschauen vom Balkon. Dr. L.____ hielt fest, dass sie im Rahmen der erlittenen Auffahrkollision sehr wahrscheinlich eine milde traumatische Hirnverletzung durchgemacht habe, und wies darauf hin, dass diese definitionsgemäss mit mehrminütiger Bewusstlosigkeit, in der Folge fraktionierter Amnesie und teilweiser Verwirrtheit über mehrere Stunden verbunden sei. Heute liessen sich diesbezüglich neurologisch keine Funktionsstörungen mehr eruieren; die halbseitigen

SensibilitÄtsstÄrungen links seien wahrscheinlich schmerzbedingt und ohne weitere Bedeutung. Im Vordergrund stÄnden heute sicher die erlebnisreaktiven AngststÄrungen, die Kopfschmerzen - eher vom Spannungstypus - und eine diffuse, nicht weiter zuzuordnende GanzkÄrperschmerzsymptomatik. Eine besondere Belastung durch den vÄllig selbstÄndigen, aber invaliden Ehemann scheine wenig wahrscheinlich. Es lasse sich aber ebenso wenig irgend eine prÄtraumatische StÄrung von Krankheitswert eruieren, weder psychisch noch somatisch. Nach dem Unfall sei wÄhrend eineinhalb Jahren die Arbeit mit dauernden starken Schmerzen mÄglich gewesen. Die ArbeitsfÄhigkeit scheine unfallbedingt etwa um 35 % eingeschrÄnkt, insbesondere nach der vorgeschlagenen psychiatrischen Behandlung.

3.ÄÄÄÄÄÄ Die Winterthur stellt die Beurteilung Dr. L.____s ebenso in Frage wie diejenige Dr. I.____s und bestreitet das Vorhandensein eines natÄrlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem heutigen ausgeprÄgten GanzkÄrperschmerz bild sowie den Symptomen psychischer Art und dem Unfall. Die zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Schleudertraumas gehÄrenden Beschwerden seien lÄngst in den Hintergrund getreten. Die AdÄquanz einer allenfalls noch vorhandenen UnfallkausalitÄt sei auf jeden Fall zu verneinen. Dabei stÄtzt sie sich im Wesentlichen auf die Stellungnahmen ihrer beratenden Ärzte Dr. O.____ und Dr. N.____ zur multidisziplinÄren Begutachtung der Ärzte der [Rehabilitationsklinik] Z.____.

DemgegenÄber macht die BeschwerdefÄhrerin geltend, die vorhandenen Beschwerden stellten nach Beurteilung des Neurologen Dr. I.____, der Neuropsychologin J.____ und aufgrund des Gutachtens der [Rehabilitationsklinik] Z.____ nach wie vor Unfallfolgen dar. Da diese immer noch organischer Art seien, erÄbrige sich die AdÄquanzprÄfung. Diese mÄsste aber auf jeden Fall nach den fÄr die Folgen des HWS-Schleudertraumas geltenden Regeln beurteilt werden, was ohnehin zur Bejahung der AdÄquanz fÄhren mÄsse.

4.ÄÄÄÄÄÄ Strittig und in erster Linie zu prÄfen ist somit die KausalitÄtsfrage. Bereits aufgrund des Zeugnisses von Dr. E.____ vom 23. Juni 1998 (Urk. 10/M4) ist davon auszugehen, dass schon seit lÄngerer Zeit von einer weiteren medizinischen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann. Dies wird denn auch von der BeschwerdefÄhrerin zu Recht nicht in Frage gestellt, zumal die von den verschiedenen Gutachtern vorgeschlagenen Heilbehandlungsmassnahmen (Urk. 10/M12 S. 7, 10/M11 S. 4, 10/M18 S. 8, 10/M18/1 S. 7) nicht mehr die namhafte Besserung des Gesundheitszustandes bezwecken, sondern lediglich als Versuche in Betracht gezogen wurden, den status quo ertrÄglicher zu gestalten oder die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess zu fÄrdern.

ÄÄÄÄÄÄ Die speziellen Anspruchsvoraussetzungen fÄr die Äbernahme der Heilbehandlung fÄr die Ausrichtung von Taggeldern waren somit im Zeitpunkt der Leistungseinstellung lÄngst dahingefallen. Es stellt sich daher ausschliesslich die Frage nach einer Invalidenrente und IntegritÄtsentschÄdigung. Die BeweisfÄhrungslast fÄr das Bestehen eines natÄrlichen Kausalzusammenhangs zwischen den im Zeitpunkt der Leistungseinstellung vorhandenen invalidisierenden Beschwerden und dem Unfall beziehungsweise fÄr das Vorhandensein der typischen Folgen eines HWS-Schleudertraumas obliegt daher grundsÄtzlich der BeschwerdefÄhrerin.

5. Dass die sich somatisch äussernden Beschwerden und die psychischen Störungen in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall stehen, wird von den begutachtenden Ärzten und Neuropsychologen grundsätzlich nicht in Frage gestellt. Den Beschwerden liegen allerdings keine somatischen Unfallfolgen mehr zugrunde. Im Bereich der Halswirbelsäule waren nämlich nach dem Unfall keine Hinweise für Frakturen oder Subluxationen vorhanden (Urk. 10/M5/1, Urk. 10/M9 S. 4, Urk. 10/M12/2). Auch ergaben die verschiedenen neurologischen Abklärungen keine unfallbedingten Befunde. Namentlich die von Dr. I. ___ erhobene und mit den Schwindelbeschwerden in Verbindung gebrachte vertebrobasiläre Insuffizienz steht entgegen seiner Annahme nicht in einem zeitlichen Zusammenhang zum Unfall; denn gemäss den anamnestischen Angaben im Gutachten der Neuropsychologin J. ___ hatte bereits vorher eine visuell-räumliche Schwäche beziehungsweise ein Orientierungsproblem bestanden, ohne dass sich deswegen im Alltag Schwierigkeiten ergeben hätten (Urk. 10/M11 S. 3). Soweit Dr. I. ___ Muskelverkrampfungen für die ausstrahlenden Schmerzen im Bereich von Hals und Nacken verantwortlich macht (Urk. 10/M12 S. 5), so handelt es sich dabei oder auch bei allfälligen Verspannungen entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 6, Urk. 15 S. 3) nicht um direkte somatische Verletzungsfolgen, sondern höchstens um indirekte Unfallfolgen. Diese erklären sich jedoch mit der Schonung und der eingeschränkten Beweglichkeit der Halswirbelsäule, der ihrerseits kein organisch fassbares Korrelat zugrunde liegt. Es kann daher nicht auf die Prüfung der Adäquanzfrage verzichtet werden.

Daran ändert die von Dr. L. ___ erwähnte milde traumatische Hirnverletzung nichts; denn diese Diagnose spricht nicht für das Vorhandensein organischer Unfallfolgen. Vielmehr sind die auf eine derartige Verletzung zurückgehenden Beschwerden in der Regel organisch nicht fassbar, weshalb sie rechtssprechungsgemäss auf ihre Adäquanz hin zu prüfen sind (BGE 117 V 382 f. Erw. 4b). Dr. L. ___ steht jedoch mit seiner Hypothese, dass es beim Auffahrunfall zu einer milden traumatischen Hirnverletzung gekommen sei, allein. Auch spricht sich von den mit der Begutachtung der Versicherten betrauten Fachärzten lediglich der Neurologe Dr. I. ___ klar und eindeutig für das Vorhandensein des nach einem HWS-Schleudertrauma typischen Beschwerdebildes aus (Urk. 10/M12). Es stellt sich daher zunächst die Frage, ob die Adäquanzprüfung nach den von der Rechtsprechung für die Folgen des HWS-Schleudertraumas oder des Schädelhirntraumas entwickelten Regeln vorzunehmen ist, oder ob von einer rein psychischen oder zumindest im Vordergrund stehenden psychischen Störung auszugehen ist, für deren Adäquanzbeurteilung ausschliesslich die somatisch fassbaren Kriterien in Betracht fallen.

E. 6

6.1 Die rheumatologische und psychiatrische Begutachtung haben ebenso wenig wie die neuropsychologischen Abklärungen Befunde ergeben, die als typische Folge des erlittenen HWS-Schleudertraumas interpretiert werden können. So lassen sich gemäss den Ausführungen des Rheumatologen Dr. P. ___ nicht einmal mehr die somatischen Schmerzen mit der erlittenen Verletzung in Verbindung bringen. Auch die Neuropsychologen bringen die nur schwer objektivierbare Leistungsverminderung ausschliesslich mit der Schmerzproblematik und einer depressiven Entwicklung in Verbindung beziehungsweise bezeichnen sie als reaktiv-psychisch. Auch Dr. R. ___s psychiatrische Diagnosen sprechen für eigenständige psychische Störungen. Diese

stellen zwar eine Reaktion auf den Auffahrunfall dar und stehen damit insofern in einem natürlichen Kausalzusammenhang. Doch handelt es sich dabei nicht um die von Rechtsprechung als typisch anerkannten, durch die Traumatisierung der Halswirbelsäule hervorgerufenen psychischen Symptome, unter die in erster Linie Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression und Wesensveränderung fallen.

Es fragt sich, welcher Stellenwert bei dieser Aktenlage den Beurteilungen von Dr. I. ___ und Dr. L. ___ zukommt, die sich vorbehaltlos für das Vorhandensein der für das HWS-Schleudertrauma typischen Beschwerden aussprechen oder dieses zumindest nicht explizit in Frage stellen.

6.2 Dr. I. ___'s Beurteilung liegt unter anderem die Annahmen zugrunde, die Versicherte leide unter neuropsychologischen Störungen, worüber die Beschwerdeführerin jedoch wegen fehlender Differenziertheit und Ausdrucksfähigkeit keine Klagen äussere. Diese Vermutung allein vermag jedoch den Nachweis für das Vorhandensein derartiger für das HWS-Schleudertrauma typischer Störungen nicht zu erbringen. Dies umso weniger, als bei den spezifisch neuropsychologischen Abklärungen in der [Rehabilitationsklinik] G. ___, bei lic. phil. J. ___ und Dr. Q. ___ Konzentrations- und Gedächtnisstörungen ausdrücklich verneint wurden und nicht objektiviert werden konnten (Urk. 11/M9, 11/M11, 10/M18/2). Soweit sich derartige Störungen objektivieren liessen, werteten lic. phil. J. ___ und Dr. Q. ___ diese nicht als direkte Folgen der HWS-Distorsion, sondern brachten sie mit der Schmerzproblematik und der depressiven Entwicklung in Zusammenhang (Urk. 11/M11, 10/M18/2).

Bezüglich des seit dem Unfall verstärkten Rückensperzwanges wird Dr. I. ___'s Erklärung, dieser hänge mit der unfallbedingten Irritation der mittleren Halswirbelsäule im Bereich des Processus carotidei zusammen, durch Dr. P. ___'s Hinweis darauf in Frage gestellt, dass diese Störung sich ebenso wenig strukturell zuordnen lasse wie die geäußerten Schmerzempfindungen im Bereich des ganzen Körpers (Urk. 10/M18/3 S. 3).

Was die Schmerzen anbelangt, so lag ihr Schwergewicht im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. I. ___ offenbar noch in dem für das HWS-Schleudertrauma typischen Bereich von Nacken, Hinterkopf, Schultern und Armen (Urk. 10/M12 S. 3). Wie sich aus dem Austrittsbericht der [Rehabilitationsklinik] G. ___ ergibt, war aber bereits Anfang 1999 eine allgemeine Somatisierungs- und Generalisierungstendenz festgestellt worden (Urk. 10/M9). Damit setzt sich Dr. I. ___ ebenso wenig auseinander wie mit der aktenkundigen Tatsache, dass die Beschwerdeführerin schon vor dem Auffahrunfall unter Schulter-Armschmerzen und Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule gelitten hatte und in der Halswirbelsäule bereits 1993 verschiedene röntgenologisch feststellbare degenerative Veränderungen erhoben worden waren (Urk. 10/M1/1, 10/M5-5/1-2, 10/M9 S. 4, Urk. 10/M14, 10/M17).

Es zeigt sich somit, dass Dr. I. ___ bei seiner Beurteilung von teilweise unrichtigen oder zumindest nicht belegten Annahmen ausging. Auch setzte er sich weder mit dem Beschwerdebild noch mit dem Vorzustand auseinander. Sein Gutachten vermag daher den Nachweis, dass noch das für das HWS-Schleudertrauma typische Beschwerdebild vorliegt, nicht zu erbringen. Es kann der Beschwerdeführerin daher nicht beigelegt werden, wenn sie sinngemäss geltend macht, die Winterthur hätte auf Dr. I. ___'s Gutachten abstellen und auf weitere Abklärungen verzichten müssen (Urk. 1 S. 5).

6.3. Dr. L. beschränkt sich in seinem neurologischen Gutachten im Wesentlichen auf die Beurteilung der natürlichen Unfallkausalität der vorhandenen Beschwerden und äußert sich nicht explizit dazu, ob und inwieweit diese noch typisch sind für das erlittene HWS-Schleudertrauma. Er argumentiert denn auch in erster Linie damit, dass vor dem Unfall keine Störung mit Krankheitswert bestanden habe und eine unfallfremde Ursache in Form einer psychischen Belastung durch die Invalidität des Ehemanns wenig wahrscheinlich sei (Urk. 10/M18 S. 7), und setzt sich nicht näher mit den Ergebnissen der von ihm veranlassten Teilgutachten auseinander, die nicht mehr für das Vorhandensein von typischen Folgen der HWS-Distorsion sprechen.

Soweit sich der von Dr. L. diagnostizierte Status nach Auffahrkollision mit HWS-Distorsion überhaupt noch auf das aktuelle Beschwerdebild bezieht, besteht ein gewisser Widerspruch zu den rheumatologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Abklärungsergebnissen. Hinzu kommt, dass die der Kausalitätsbeurteilung Dr. L.s zugrunde liegende Annahme, im Rahmen der Auffahrkollision sei es wahrscheinlich zu einer milden traumatischen Hirnverletzung mit mehrminütiger Bewusstlosigkeit, fraktionierter Amnesie und teilweiser Verwirrtheit über mehrere Stunden gekommen, mit den übrigen Akten nicht in Einklang steht. So hatte Dr. I. in seinem Gutachten festgehalten, die Beschwerdeführerin sei nicht bewusstlos gewesen und könne sich an den Unfall gut erinnern (Urk. 10/M12 S. 2). Dr. E. hatte als erstbehandelnder Arzt im Zeugnis vom 10. Februar ebenfalls vermerkt, die Versicherte sei nicht bewusstlos gewesen, und im Fragebogen vom 8. Juli 1998 auch Schwindel, Benommenheit oder Verwirrung verneint (Urk. 10/M3, 10/M5, 10/M12 S. 2). Von einer eigentlichen Bewusstlosigkeit wurde seitens der Beschwerdeführerin aber auch gegenüber Dr. L. nichts erwähnt, geht doch aus seinen anamnestischen Angaben lediglich hervor, dass ab dem Kollisionslärm eine mehrminütige Amnesie bestanden habe, während der die Beschwerdeführerin laut Aussage ihres Ehemannes regungs- und reaktionslos dagesessen habe; ihr Erinnerungsvermögen sei dann während des ganzen Tages fragmentiert und fehlerhaft gewesen, und in der Nacht sei sie ständig verwirrt aufgewacht (Urk. 10/M18 S. 4). Gemäss psychiatrischem Teilgutachten Dr. R.s wurde eine Bewusstlosigkeit seitens der Beschwerdeführerin sogar noch im Zeitpunkt der polydisziplinären Begutachtung in der [Rehabilitationsklinik] Z. ausdrücklich verneint (Urk. 10/M18/1 S. 4).

6.4. Es ist somit nicht erwiesen, dass die aktuellen Beschwerden der Versicherten noch ganz oder teilweise dem für das HWS-Schleudertrauma typischen Beschwerdebild oder den somatisch nicht fassbaren Folgen eines Schädeld-Hirntraumas entsprechen. Somit hat sich die nachfolgend vorzunehmende Adäquanzbeurteilung nach den von der Rechtsprechung für psychische Unfallfolgen entwickelten Regeln zu richten.

7. Beim Unfall fuhr ein Personenwagen beim Wechseln der Fahrspur für die Beschwerdeführerin überraschend auf das Heck des vom Ehemann gesteuerten und in einem Stau stehenden Autos auf, und die Scheibe des kollidierenden Autos wurde infolge eines zerbrechenden Weinbehälters rot bespritzt (Urk. 10/M12 S. 2, Urk. 10/M18/1 S. 4, Urk. 10/31 S. 4). Das Fahrzeug der Beschwerdeführerin und ihres Ehemannes wies einen Totalschaden auf (Urk. 10/M5 S. 1, Urk. 26/1). Aufgrund der an beiden Fahrzeugen ermittelten Schäden wurde in der unfallanalytischen Abklärung eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung von 18 bis 25 Stundenkilometern ermittelt (Urk. 10/33).

ââââââââ Dieser Unfall kann praxisgemäss höchstens als mittelschwer (im engeren Sinn) eingestuft werden (vgl. dazu etwa Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 4. September 2003 in Sachen D. vom 18. März 2003 Erw. 3.2.1). Als einziges unfallbezogenes Kriterium fällt die besondere Art der erlittenen Verletzung in Betracht. Doch wiegt dieses nicht besonders schwer - ebenso wenig wie die nach dem Unfall fortbestehenden körperlichen Schmerzen. Auch hatte die Versicherte erst fünf Tage nach dem Unfall ihren Hausarzt aufsuchen müssen, und es war ihr - abgesehen von einer knapp vierwöchigen Arbeitsunfähigkeit Ende 1997 und Anfangs 1998 möglich gewesen, während mehr als eineinhalb Jahren ihre körperlich strenge Arbeit als Spetterin weiter zu verrichten (Urk. 10/M3). Die danach bestehende Arbeitsunfähigkeit, die weiterhin vorhandenen Beschwerden und die nachfolgenden ärztlichen Behandlungen fallen nicht mehr als unfallbezogene somatische Kriterien in Betracht, da spätestens während des Aufenthalts in der [Rehabilitationsklinik] Rheinfelden Anfangs 1999 eine Somatisierungs- und Generalisierungstendenz feststellbar war (Urk. 10/M9). Bis zu diesem Zeitpunkt war der Heilungsverlauf nicht schwierig gewesen, und es waren keine erheblichen Komplikationen aufgetreten. Dass Dr. E. im Rahmen seiner Behandlung die Beschwerdeführerin dazu ermunterte, die Arbeit weiter zu führen, kann entgegen ihrer Meinung (Urk. 1 S. 8 f.) nicht als ärztliche Fehlbehandlung verstanden werden, zumal er auf die Verabreichung der erforderlichen Hilfsmittel und Medikamente nicht verzichtet und eine physikalische Therapie verordnet hatte (vgl. Urk. 10/M3, 10/M16).

Demnach kann das aktuelle Beschwerdebild nicht mehr als adäquate Unfallfolge bezeichnet werden. Zu Recht hat die Beschwerdegegnerin daher nach dem Erläuschen des Taggeld- und Heilbehandlungsanspruchs die Ausrichtung von Dauerleistungen wie Invalidenrente und Integrationsentschädigung abgelehnt.

Das Gericht erkennt:

- 1.ââââââââ Die Beschwerde wird abgewiesen.
- 2.ââââââââ Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwältin Marianne Ott
 - Rechtsanwalt Reto Zanotelli
 - Bundesamt für Sozialversicherung
- 4.ââââââââ Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.