

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00152 vom 20. Oktober 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-10-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2005.00152](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00152)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00152 du 20 octobre 2006

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00152 del 20 ottobre 2006

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario).

Ist sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Wenn die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet, steht ihr nach Art. 24 Abs. 1 UVG eine angemessene Integritätsentschädigung zu.

### E. 1.2

1.2.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosses Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE

129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese Beweisgrundsätze gelten ohne weiteres auch in Fällen mit Schleuderverletzungen der Halswirbelsäule, Schädelhirntraumata und äquivalenten Verletzungen. Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, ein Schädelhirntrauma oder eine äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt eine für eine solche Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäß obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

1.2.2 Ä Ä Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). 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 leistungsbegleitender 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).

### E. 1.3

1.3.1 Ä Ä Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.3.2 Ä Ä Bei organisch nachweisbaren Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung praktisch keine Rolle, indem die Unfallversicherung auch für seltenste, schwerwiegendste Komplikationen haftet, welche nach der unfallmedizinischen Erfahrung im Allgemeinen gerade nicht einzutreten pflegen (vgl. BGE 128 V 172 Erw. 1c, 123 V 102



beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- 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 (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

1.3.4 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 Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c).

Anders als bei den Kriterien, die das Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung

für relevant erachtet, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und der 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 (RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

1.3.5 Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines 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 nicht nach den 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 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1).

1.4 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).

## E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin begründete die Einstellung ihrer Leistungen per 24. April 1997 im Wesentlichen damit, dass die bei der Beschwerdeführerin nach diesem Zeitpunkt noch vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht auf das Unfallereignis vom 5. August 1995 zurückzuführen seien. Der Unfall habe - gemäss dem Gutachten von Dr. N. \_\_\_ - bloss zu einer vorübergehenden Verschlimmerung von unfallfremden Faktoren geführt, nämlich einer vorbestehenden larvierten und anhaltenden depressiven Entwicklung. Gestützt auf die gesamte Aktenlage ergebe sich, dass die somatischen Beschwerden im Laufe der gesamten Entwicklung in den Hintergrund getreten seien und dass somit von einer psychischen Überlagerung auszugehen sei. Die Frage, ob die als psychisch zu bezeichnenden Beschwerden natürlich kausal zum Unfall vom 5. August 1995 seien, könne offen bleiben, da jedenfalls der adäquate Kausalzusammenhang, der nach den in BGE 115 V 133 ff. aufgestellten Kriterien (psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall) zu beurteilen sei, verneint werden müsse.

### E. 2.2

2.2.1 Demgegenüber brachte die Beschwerdeführerin 1 im Wesentlichen vor, dass die Einstellung der kurzfristigen Leistungen, insbesondere der Heilungskosten, und die Prüfung der Adäquanz per 24. April 1997 falsch beziehungsweise verfrüht gewesen sei. Aktenkundig sei ein diagnostiziertes HWS-Distorsionstrauma, das Vorliegen der typischen Symptome und des typischen Beschwerdebildes nach dieser Art von Verletzungen, ein protrahierter Verlauf sowie eine medizinische Indikation zur Weiterführung der Behandlungen im stationären Rahmen über den 24. April 1997

hinaus. Selbst wenn man dem Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ folgte, wonach der status quo sine/ante zwei Jahre nach dem Unfall wieder erreicht worden sei, würde dies an der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin in Bezug auf den Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik M.\_\_\_\_ nichts ändern, denn der Rehabilitationsaufenthalt sei bereits vor Ablauf dieser Zeit (im Mai 1997) indiziert gewesen. Gestützt auf das Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ lasse sich a priori keine (rückwirkende) Leistungseinstellung per 24. April 1997 rechtfertigen. Die Beschwerdegegnerin habe zumindest noch für die Kosten der Rehabilitation vom 28. August bis 16. Oktober 1997 aufzukommen, da der normale, unfallbedingt erforderliche Heilungsprozess frühestens nach dieser Rehabilitation abgeschlossen gewesen sei.

2.2.2.2. Die Beschwerdeführerin 2 liess im Wesentlichen geltend machen, dass die Beschwerdegegnerin von Anfang August 1995 bis Mitte April 1997 und teilweise sogar bis Oktober 1997 die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Taggelder und Heilungskosten) erbracht habe. Damit habe sie den entsprechenden Anspruch der Beschwerdeführerin 2 anerkannt. Die Beschwerdegegnerin hätte nunmehr, wollte sie die Leistungen einstellen, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachweisen müssen, dass jede kausale Bedeutung von unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens dahingefallen sei. Die blosser Möglichkeit genüge nicht. Im Weiteren treffe sie eine in casu unzulässige Unterscheidung zwischen somatischen und psychischen Beschwerden und behaupte fälschlicherweise, die somatischen Beschwerden seien in den Hintergrund getreten und psychisch überlagert. Aufgrund der Akten stehe fest, dass die Beschwerdeführerin 2 ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule erlitten habe und dass das typische Beschwerdebild vorliege. Die von der Beschwerdegegnerin behauptete psychische Überlagerung sei niemals von einem Facharzt für Psychiatrie festgestellt worden. Neben der natürlichen Kausalität sei aber auch die Adäquanz zu bejahen. Vorliegend sei von einem Unfall im mittleren Bereich auszugehen und die Adäquanz nach den in BGE 117 V 359 für Schleudertraumata aufgestellten Kriterien zu prüfen. Zu berücksichtigen seien die ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, die Dauerbeschwerden, der schwierige Heilungsverlauf und die lange Arbeitsunfähigkeit.

### **E. 3**

3.1. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 24. April 1997 einstellte, weil zu diesem Zeitpunkt bei der Beschwerdeführerin 2 keine Gesundheitsbeeinträchtigungen mehr vorlagen, die in einem (natürlichen und) adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 5. August 1995 standen. In diesem Zusammenhang ist auch umstritten, ob die Beschwerdegegnerin die Adäquanzprüfung zu Recht unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach einem Unfall vorgenommen hat, weil von einer psychischen Überlagerung auszugehen ist.

### **E. 3.2**

3.2.1. Nachfolgend werden zuerst in Erw. 3.2.2 die bis zum Rückweisungsentscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 6. Juli 2001 (U 253/00; Urk. 9/A129) erstellten Arztberichte auszugsweise wiedergegeben. Nachdem das Eidgenössische Versicherungsgericht erwogen hat, dass auf das Gutachten von Dr. L.\_\_\_\_ - wie bereits ausgeführt - nicht abgestellt werden könne, weil konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit dieses Gutachtens im Sinne der fehlenden Objektivität sprechen, wird

nachfolgend darauf verzichtet, Berichte dieses Arztes zu zitieren. Anschliessend werden in Erw. 3.2.3 Auszüge der Arztberichte wiedergegeben, die seit dem genannten Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts zu den Akten genommen wurden.

3.2.2.1 Dr. E. \_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 28. Juni 1996 (Urk. 10/M5) ein leichtes Schleudertrauma der Halswirbelsäule und ein cervico-cephales Syndrom. Zweifellos sei die ganze Symptomatik erheblich durch die einwirkbare Belastung durch die lange Arbeitslosigkeit überlagert. Die Beschwerdeführerin 2 habe eine leichte Auffahrkollision mit geringfügigem Distorsionstrauma der Halswirbelsäule erlitten. Die cervicalen Beschwerden hätten sich zunächst gebessert und seien jetzt offenbar wieder aufgetreten. Der Neurostatus sei unauffällig, bis auf eine etwas gestörte Feinmotorik rechts, wobei er allerdings an eine willkürliche Fehlinnervation denke. Wichtig erscheine ihm eine psychagogische Betreuung. Es bestehe eine Fehlhaltung mit entsprechendem Hartspann der Nackenmuskulatur.

3.2.2.2 Dr. F. \_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 29. Juli 1996 (Urk. 10/M6) einen Zustand nach Distorsion der Halswirbelsäule mit einem Rezidiv eines cervico-vertebralen Syndroms sowie einer Cervico-Brachialgie rechts und vasomotorischen Kopfschmerzen bei hereditärer Disposition. Die Klage über Schmerzen im Schulter-Nackengebiet rechts (ausstrahlend auch in den rechten Arm) gehe zurück auf das Rezidiv eines cervico-vertebralen und eines cervico-brachialen Syndroms. Anhaltspunkte für eine symptomatische Schmerzgenese infolge eines organischen Prozesses hätten sich nicht ergeben. Überwiegend wahrscheinlich stehe die Schmerzklage in Zusammenhang mit einer psychosomatischen Konstellation. Das Lidblinzeln sei zweifelsohne funktioneller Genese. Überwiegend wahrscheinlich sei auch die Appetitlosigkeit, die nach Mahlzeiten mit Übelkeit und Erbrechen einhergehe, funktioneller Genese.

3.2.2.3 Dr. G. \_\_\_ und med. prakt. H. \_\_\_ hielten in ihrem Bericht vom 12. September 1996 (Urk. 10/M11) fest, dass bei der Beschwerdeführerin 2 ein Status nach Schleudertrauma und einer länger dauernden depressiven Anpassungsstörung (ICD 10: F43.21), die durch das Unfallereignis akzentuiert worden sei, vorlägen. Bereits im Jahre 1991 sei die Diagnose einer larvierten depressiven Entwicklung erhoben worden.

3.2.2.4 Dr. J. \_\_\_ äusserte sich in seinem Bericht vom 10. Dezember 1996 (Urk. 10/M13) dahingehend, dass sich ein therapieresistentes Schmerzsyndrom ausgebildet habe, das sich durch Kopfschmerzen mit zunehmendem Druck in der Stirnregion manifestiere. Diese Beschwerden seien von Nausea begleitet. Die Schmerzen könnten über das rechte Schulterblatt in den rechten Arm und auch ins Kreuz ausstrahlen. In der rechten oberen Extremität klage die Beschwerdeführerin 2 über eine Kraftverminderung. Zudem habe sie auch Probleme mit den Augen; passager sehe sie die Bilder nicht mehr komplett. Sie habe das Gefühl, ihr Leben habe sich seit dem Unfall drastisch verändert. Es sei ihr alles zuviel. Sie klage über Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten. Der Unfallmechanismus und die Beschwerdeschilderungen liessen darauf schliessen, dass die Beschwerdeführerin 2 ein relevantes Distorsionstrauma der Halswirbelsäule und/oder ein mildes Schädelhirntrauma durchgemacht habe. Bis heute sei aber erst wenig abgeklärt worden. Psychisch würden deutliche Zeichen einer beginnenden Destabilisierung der Persönlichkeit sichtbar, wie es im Rahmen des Shaken Sense of Self von Kay (1986) beschrieben worden sei (vgl. auch Urk. 10/M14).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. K.\_\_\_\_ diagnostizierte in ihrem Bericht vom 24. Januar 1997 (Urk. 10/M15) aus neuropsychologischer Sicht eine leichte neuropsychologische Funktionsstörung mit im Vordergrund stehender schmerzbedingter Belastungs- und Leistungseinschränkung nach dem Unfall vom 5. August 1995 mit Distorsionstrauma der Halswirbelsäule. Bei Berücksichtigung des prätraumatischen Leistungsvermögens ständen weit im Vordergrund der neuropsychologischen Funktionsstörungen die reduzierte Konzentration und Erfassung, die Aufmerksamkeitschwierigkeiten und die Verlangsamung sowie die rasch erschöpfte Belastbarkeit. Dadurch sei das Bearbeiten komplexerer Denkinhalte erschwert, und es bestehe eine ausgeprägte Angst, Fehler zu machen und die Fehlerkontrolle nicht zu beherrschen. Das logische und kategoriale Denken sowie das Problemlösen an sich seien intakt. Die vorliegenden Befunde entsprächen einer leichten neuropsychologischen Funktionsstörung. Diese Dysfunktionen seien bei Distorsionstraumata der Halswirbelsäule häufig anzutreffen. Die Schmerzsituation schränke die Leistungsfähigkeit weiter ein. Erschwerend komme hinzu, dass der Unfall bis heute nicht richtig verarbeitet worden sei. Die Beschwerdeführerin 2 sei durch die Schuldzuweisungen der Unfallversicherung verunsichert worden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Chefarzt PD Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, und Oberarzt Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, von der Rehaklinik M.\_\_\_\_ führten in ihrem Bericht vom 17. Oktober 1997 (Urk. 10/M23) aus, dass die Beschwerdeführerin 2 durch eine Heckaufprallkollision eine obere HWS-Distorsion und eine leichte traumatische Hirnverletzung erlitten habe. Die Schilderung des Unfallherganges, der Verlauf der Symptome und die heute noch feststellbaren neuroorthopädischen Befunde belegten eine durch den Unfall erlittene Ligamentbeziehungsweise Weichteiläsion im Bereich der oberen Halswirbelsäule. Die Diagnose einer sogenannten leichten traumatischen Hirnverletzung stütze sich auf die Kriterien des Amerikanischen Kongresses für Rehabilitationsmedizin 1991. Aufgrund der Anamnese eines heftigen Kopfanpralles an der Kopfstütze, verbunden mit amnestischen Lücken unmittelbar nach dem Unfall, müsse eine leichte traumatische Hirnverletzung angenommen werden. Die Perfusionsverminderung links frontal im SPECT weise auf eine traumatische funktionelle Kontusionsverletzung hin. Die obere HWS-Distorsion und die Folgen einer leichten traumatischen Hirnverletzung wirkten sich gegenseitig negativ aus und erklärten die von der Beschwerdeführerin 2 geklagten Beschwerden und Einschränkungen. Zusätzlich seien die affektiven und kognitiven Auswirkungen der posttraumatischen Belastungs- und Anpassungsstörung zu beachten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Med. pract. R.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 26. August 1998 (Urk. 10/M29) fest, dass die Beschwerdeführerin 2 über Nackenschmerzen (teilweise mit Ausstrahlung über das rechte Schulterblatt in den rechten Arm), eine Kraftverminderung in der rechten oberen Extremität mit Behinderung der Feinmotorik, Kopfschmerzen mit Druck frontal, Augenprobleme mit Schmerzen und Lichtempfindlichkeit, Konzentrationsschwierigkeiten sowie Angstzustände beim Verlassen der Wohnung und unter Menschenmassen klagte. Sie beschwerte sich dauernd mit dem Unfall. Aufgrund der Patientenbeobachtung seit dem 25. Oktober 1996 lasse sich aus hausärztlicher Sicht eindeutig eine Verschlechterung des psychischen Zustandbildes und der physischen Belastbarkeit als Folge einer Unfallverarbeitungsstörung feststellen. 1997 seien neu Panik- und Angststörungen aufgetreten. Nicht nur die durchgeführten Untersuchungen,

sondern auch der Verlauf weise eindeutig auf die Unfallbedingtheit der Beschwerden hin.

3.2.3.3. Dr. N. \_\_\_ führte in ihrem Gutachten vom 10. Juni 2002 (Urk. 10/M34) aus, dass es nach der Aktenlage und aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin 2 am 5. August 1995 zu einer Auffahrkollision gekommen sei, die zu Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule, des Nackens und des rechten Armes geführt habe. Aktenkundig sei, dass sie ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule ohne Abknickmechanismus erlitten habe. Die Beschwerdeführerin 2 klagt über rechtsseitige, häufig auftretende druckartige Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, ausstrahlende Beschwerden in den rechten Arm und die Ungeschicklichkeit der rechten Hand. Zusätzlich sei es nach dem Austritt aus der Rehaklinik M. \_\_\_ noch zu Panikattacken gekommen, die die Beschwerdeführerin 2 anfänglich an ihre Wohnung gefesselt hätten. Heute hätte sich das gebessert; die Beschwerdeführerin 2 könne sich in ihrem Wohnquartier wieder frei bewegen. Grössere Distanzen könne sie jedoch nur in Begleitung zurücklegen. Bei der neurologischen Untersuchung hätten sich keine als organisch zu bezeichnenden Ausfälle ergeben. Prtraumatisch sei 1991 die Diagnose einer larvierten depressiven Entwicklung gestellt worden, wobei die Behandlung im Ambulatorium der Klinik I. \_\_\_ stattgefunden habe. 1996 hätten auch funktionelle Herzbeschwerden bestanden. Seit 1992 sei die Beschwerdeführerin 2 arbeitslos. Sie sei behandlungsunwillig gewesen und habe die Einnahme von Medikamenten abgelehnt. Sie habe sich auch nicht mehr zu einer weiteren psychotherapeutischen Behandlung angemeldet. Zusammenfassend müsse festgestellt werden, dass die gesundheitliche und persönliche Ausgangslage vor dem Trauma vom August 1995 ungünstig gewesen sei. Neben einer eher unterdurchschnittlichen Schulbildung sei eine psychische Erkrankung in Form einer larvierten depressiven Entwicklung hinzugekommen. Am 5. August 1995 sei es zur Distorsion der Halswirbelsäule gekommen. Die zusätzlichen Schmerzen im Bereich des Halses, des Nackens, des rechten Arms und auch die Kopfschmerzen auf der rechten Seite sowie die Ungeschicklichkeit der rechten Hand seien vorerst als Unfallfolgen zu qualifizieren gewesen. Schon ein Jahr nach dem Unfall seien diese Klagen einer psychosomatischen Genese bei einer entsprechenden psychischen Konstellation zugeordnet worden. Zusätzlich sei eine leichte neuropsychologische Funktionsstörung diagnostiziert worden. Es sei eine zeitlich auf zirka zwei Jahre begrenzte Verschlimmerung durch den Unfall anzunehmen. Die Beschwerdeführerin 2 sei nicht imstande, die Unfallsymptomatik zu verarbeiten. Die Verschlechterung im Jahre 1997 mit dem Auftreten von Panikattacken sei nicht mehr unfallbedingt, sondern entspreche einer Verschlimmerung der larvierten, anhaltenden, depressiven Entwicklung, die unfallunabhngig schon prtraumatisch bestanden habe. Die bestehende Arbeitsunfähigkeit dürfte nicht von der leichten neuropsychologischen Funktionsstörung hervorgerufen werden, sondern werde durch die chronische depressive Entwicklung und vor allem durch die Panikattacken unterhalten. Die ihr gestellten Fragen beantwortete Dr. N. \_\_\_ dahingehend, dass die subjektiven körperlichen Beschwerden nicht objektiviert werden könnten. Zu diagnostizieren sei ein Status nach Distorsionstrauma, eine larvierte depressive Entwicklung und Panikattacken. Die geltend gemachte Gesundheitsschädigung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Folge des Unfallereignisses vom 5. August 1995. Unfallfremde Faktoren spielten eine Rolle, denn es habe schon prtraumatisch eine chronisch depressive Entwicklung gegeben, die 1991 zu einer Behandlung im psychiatrischen Ambulatorium der Klinik I. \_\_\_ geführt habe. Der Unfall habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der unfallfremden Faktoren geführt. ■ Nach

zwei Jahren ab Unfalldatum dürfte der Status quo ante wieder erreicht gewesen sein. ■

Dr. med. S. \_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, diagnostizierte in seinem (von der Beschwerdegegnerin dem hiesigen Gericht nur unvollständig eingereichten) Gutachten vom 25. Februar 2004 (Urk. 10/M35; vollständige Fassung als Beschwerdebeilage Urk. 3/4) eine Heckauffahrkollision mit HWS-Distorsion und einer wahrscheinlichen Schädelprellung am 5. August 1995, ein persistierendes cervico-cephales Schmerzsyndrom, eine persistierende neuropsychologische Funktionsstörung, eine lumbale Drehskoliose und eine Thalassämia minor. Aktuell klagt die Beschwerdeführerin 2 über tageslang vorhandene Halbseitenkopfschmerzen rechts, Nackenbeschwerden mit Ausstrahlung hauptsächlich in die rechte Schulter, eine gestörte Feinmotorik der rechten Hand sowie Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten. Bei der Untersuchung finde sich eine diskret eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule. Abnorme neurologische Befunde fanden sich im klinischen Status nicht. Die aktuelle Röntgenuntersuchung sei im Bereich der Halswirbelsäule unauffällig. Die von der Beschwerdeführerin 2 geklagten Beschwerden seien typische Folgen nach Beschleunigungsverletzungen der Halswirbelsäule. Im Bereich der übrigen Wirbelsäule zeige sich eine deutliche Lumbalskoliose mit thorakalem Gegenschwung. Die in der Rehaklinik M. \_\_\_\_, durchgeführten Untersuchungen (insbesondere eine SPECT-Untersuchung) hätten sogar objektive Hinweise ergeben, dass beim Unfall vom 5. August 1995 eine leichte traumatische Hirnverletzung stattgefunden habe. Dass sich keine weiteren wesentliche abnorme neurologische oder orthopädische Befunde im Bereich der Halswirbelsäule hätten erheben lassen, spreche beim Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule nicht gegen das Vorliegen der postulierten Unfallfolgen mit Schmerzen und neuropsychologischen Defiziten. Als unfallfremde Faktoren bestanden eine juvenile Lumbalskoliose, die die lumbalen und thorakalen Rückenschmerzen erkläre, und eine bereits 1991 diagnostizierte larvierte depressive Entwicklung, was die Verarbeitung der Unfallfolgen erschwert haben könnten. Die ihm konkret gestellten Fragen beantwortete Dr. S. \_\_\_\_, dahingehend, dass die geltend gemachte Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalls vom 5. August 1995 sei. Die unfallfremden Faktoren (juvenile lumbale Drehskoliose und eine anamnestisch dokumentierte Neigung zu Depression) spielten keine wesentliche Rolle. Der Unfall habe die unfallfremden Faktoren nicht wesentlich beeinflusst. Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin 2 sei dauernd auf deutlich über 50 % einzuschätzen. In einer leichten Bristigkeit (beispielsweise Ablegearbeiten) sei eine Arbeitstätigkeit von 60 % zumutbar. Durch eine weitere medizinische Behandlung könne keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erzielt werden. Die Integritätsverluste betrage 20 %.

### E. 3.3

3.3.1 Aus den wiedergegebenen medizinischen Akten ergibt sich, dass bei der Beschwerdeführerin nach wie vor erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigungen vorhanden sind, denen aber offenbar kein organisches Substrat mehr zugrunde liegt. Dabei kann vorerst offen bleiben, ob die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 5. August 1995 auch eine leichte traumatische Hirnverletzung erlitten hat, wovon insbesondere die Ärzte der Rehaklinik M. \_\_\_\_, ausgegangen sind. Soweit die Beschwerdegegnerin diesbezüglich sinngemäss ausführen liess, die

Beschwerdeführerin 2 habe sich in Widersprüche verstrickt, weil sie den Ärzten der Rehaklinik M. \_\_\_ gegenüber ein heftiges Kopfanschlagen an der Kopfstütze geschildert habe, während der erstbehandelnde Arzt einen Kopfanprall verneint habe (Urk. 8 S. 6), überzeugt ihre Einwendung nicht. Zwar kreuzte Dr. D. \_\_\_ im Formular der ELVIA Zusatzfragebogen bei HWS-Verletzungen bei zwei möglichen Alternativen die Variante ohne Kopfanprall = Beschleunigungsmechanismus an und nicht die Variante mit Kopfanprall = Abknickmechanismus (vgl. Urk. 10/M2). Wie die Beschwerdeführerin 2 aber zu Recht ausführen liess, kann damit wohl kaum die Möglichkeit, dass sie sich den Kopf an der Kopfstütze angeschlagen hat, ausgeschlossen werden (vgl. Urk. 18 S. 3). Aber selbst wenn man dem Einwand der Beschwerdegegnerin folgte, wäre dies noch kein hinreichender Grund dafür, den Bericht von PD Dr. P. \_\_\_ und Dr. Q. \_\_\_ sowie das Gutachten von Dr. S. \_\_\_ insgesamt als unbeachtlich zu erklären, wie das die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid getan hat.

Wie bereits ausgeführt wurde, kann vorliegend offen bleiben, ob sich die Beschwerdeführerin 2 am 5. August 1995 auch eine leichte traumatische Hirnverletzung zugezogen hat. Fest steht jedenfalls, dass sie anlässlich ihres Unfalls ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule erlitten hat und dass sie (unter anderem auch) über die typischen Beschwerden nach einem solchen Unfallereignis klagt. Angesichts der medizinischen Aktenlage und bei Anwendung der in Erw. 1.2.1 wiedergegebenen Beweisgründe ist der Schluss zu ziehen, dass zwischen den geklagten Beschwerden (oder zumindest eines Grossteils davon) und dem Unfall vom 5. August 1995 ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht beziehungsweise zumindest für eine gewisse Zeit bestanden hat. Letzteres wird auch von der Beschwerdegegnerin nicht in Abrede gestellt.

3.3.2 Soweit sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt stellte, dass ihre Leistungspflicht spätestens am 24. April 1997 erloschen sei, kann ihr, soweit sie damit den Wegfall der natürlichen Kausalität beziehungsweise das Erreichen des status quo ante oder quo sine geltend machen wollte, nicht gefolgt werden. Selbst die einzige Ärztin, die vom Wiederreichen des status quo ante ausging, nämlich Dr. N. \_\_\_, war der (nicht näher begründeten) Ansicht, dass dieser Zustand (erst) zwei Jahre nach dem Unfall erreicht gewesen sein dürfte (Urk. 10/M34 S. 9). Da sich der Unfall am 5. August 1995 ereignete, bedarf es keiner weiteren Erklärung, dass die Zeitspanne von zwei Jahren am 24. April 1997 noch nicht verstrichen war. Soweit ersichtlich, wurde diese Berechnung selbst von der Beschwerdegegnerin nicht substantiiert in Zweifel gezogen.

Im übrigen lassen die medizinischen Akten auch keinen schlüssigen Entscheid hinsichtlich der Frage zu, wann der sogenannte medizinische Endzustand, bis zu dem die Beschwerdegegnerin die Heilbehandlungskosten zu tragen verpflichtet ist (vgl. Erw. 1.1), eingetreten ist. Jedenfalls ist aufgrund der medizinischen Akten nicht nachvollziehbar, weshalb dies ausgerechnet am 24. April 1997 der Fall gewesen sein sollte.

3.3.3 Auch soweit sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt stellte, dass die Unfallkausalität der als psychisch zu bezeichnenden Beschwerden offen gelassen werden könne, weil ohnehin der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen sei (Urk. 2 S. 8 Erw. 10), ist ihr nicht zu folgen. Es steht nämlich - entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin nicht rechtsgenügend fest, dass die Adäquanz der geklagten

Beschwerden gemäss der Rechtsprechung bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall (BGE 115 V 133) zu präferieren ist. Es ist mit anderen Worten nicht mit einer überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass von einer psychischen Überlagerung auszugehen ist.

Die Behauptung der Beschwerdegegnerin, es liege bei der Beschwerdeführerin 2 eine ausgeprägte psychische Problematik im Sinne der in Erw. 1.3.6 zitierten Praxis vor, kann durch die vorliegende Aktenlage nicht hinreichend gestützt werden (vgl. zu den Voraussetzungen auch: Peter Jäger, Darstellung und Kritik der neueren Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertrauma der Halswirbelsäule, HAVE 2003 S. 291 ff. mit Hinweisen). Zwar ist ersichtlich, dass bei der Beschwerdeführerin auch psychische Beschwerden vorliegen beziehungsweise vorgelegen haben. Dies ist allerdings nach Schleudertraumata der Halswirbelsäule, Schädelhirntraumata oder äquivalenten Verletzungen nichts Aussergewöhnliches. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Rechtsprechung nach BGE 123 V 99 Erw. 2a (vgl. Erw. 1.3.6 hievor) der Sachverhalt zu Grunde liegt, dass sehr bald nach einem Unfall, gleichsam an diesen anschliessend, die psychische Problematik derart überwiegt, dass die mit dem Schleudertrauma, dem Schädelhirntrauma oder äquivalenten Verletzungen einhergehenden Beeinträchtigungen (so genanntes buntes Beschwerdebild, vgl. BGE 117 V 360 Erw. 4b) völlig in den Hintergrund treten. Da Opfer der genannten Traumata mit zunehmender zeitlicher Distanz zum Unfall immer häufiger an einer im Vordergrund stehenden psychischen Problematik leiden, würde durch einen Verzicht auf das Erfordernis eines nahen zeitlichen Zusammenhangs zwischen Unfall und deutlich überwiegender psychischer Problematik im Ergebnis die Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der Halswirbelsäule unterlaufen.

Soll die Rechtsprechung gemäss BGE 123 V 99 Erw. 2a in einem späteren Zeitpunkt angewendet werden, ist die Frage, ob die psychische Problematik die übrigen Beschwerden ganz in den Hintergrund treten lässt, nicht auf Grund einer Momentaufnahme zu beantworten. So ist es nicht zulässig, längere Zeit nach einem solchen Unfall, wenn die zum typischen Beschwerdebild gehörenden physischen Symptome weitgehend abgeklungen sind, die psychische Problematik aber fortbesteht, die Adäquanz des Kausalzusammenhangs nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen zu beurteilen, während sie in einem früheren Stadium nach der Schleudertrauma-Praxis beurteilt worden wäre. Vielmehr ist diesfalls zu präferieren, ob im Verlauf der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt die physischen Beschwerden gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind. Nur wenn dies zutrifft, ist die Adäquanz nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) zu beurteilen (vgl. etwa Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i.S. D. vom 7. Januar 2003, U 326/01, Erw. 2.2).

Die Beschwerdegegnerin stützte ihre Annahme einer psychischen Überlagerung im Wesentlichen auf den Umstand, dass die Beschwerdeführerin 2 bereits Anfang der Neunzigerjahre wegen einer larvierten depressiven Entwicklung in psychiatrischer Behandlung war, und auf die darauf basierende Meinungsäusserung von Dr. N.\_\_\_\_, die bei ihrer Kausalitätsbeurteilung davon ausging, dass bereits

prÄtraumatisch eine chronische depressive Entwicklung bestanden habe, die 1991 zu einer Behandlung im psychiatrischen Ambulatorium der Klinik I.\_\_\_\_ gefÄ¼hrt habe (Urk. 10/M34 S. 8 und 9). Ob diese psychische Erkrankung 1991 oder in den folgenden Jahren bis zum Unfallereignis geheilt wurde oder nicht, ist aus den Akten nicht ersichtlich.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang allerdings, dass Dr. J.\_\_\_\_, der im Gegensatz zur Neurologin Dr. N.\_\_\_\_ Spezialarzt fÄ¼r Psychiatrie und Psychotherapie ist, bei seiner Untersuchung der BeschwerdefÄ¼hrerin 2 im November 1996 keine depressive Entwicklung (sondern eine beginnende Destabilisierung der PersÄ¼nlichkeit) diagnostizierte (Urk. 10/M13). Hinzu kommt, dass Dr. S.\_\_\_\_, der neben Dr. N.\_\_\_\_ die BeschwerdefÄ¼hrerin 2 zu begutachten hatte, der Äanamnestisch dokumentierten Neigung zu DepressionÄ keine wesentliche Rolle beimass, wobei er aber einräumte, dass diese Neigung die Verarbeitung der Unfallfolgen erschwert haben kÄ¼nnte (Urk. 3/4 S. 17 und 18).

Sodann bestehen Unklarheiten hinsichtlich des psychischen Zustands der BeschwerdefÄ¼hrerin 2 nach dem Unfall beziehungsweise hinsichtlich Art, Ausmass und Einfluss psychischer Probleme auf das Beschwerdebild. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass Ausbildung einer Depression nach der in Erw. 1.2.1 a.E. wiedergegebenen Praxis durchaus zum typischen Beschwerdebild nach Schleudertraumata der HalswirbelsÄ¼ule gehÄ¼rt, wohingegen die (offenbar inzwischen wieder etwas abgeklungenen [vgl. Urk. 10/M34 S. 6]) Panikattacken nicht dazuzurechnen sind.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bezug auf die Frage, ob von einer psychischen Äberlagerung auszugehen ist, erweist sich die medizinische Aktenlage demnach als zu wenig schlÄ¼ssig. Dabei fÄ¼hrt auf, dass bis anhin kein Facharzt fÄ¼r Psychiatrie zu dieser Frage Stellung genommen hat. Auf eine solche Expertise kann vorliegend nicht verzichtet werden, weil die beiden von der Beschwerdegegnerin beauftragten Gutachter, der orthopÄ¼dische Chirurg Dr. S.\_\_\_\_ und die Neurologin Dr. N.\_\_\_\_, diesbezÄ¼glich kontrÄ¼re Auffassungen vertreten. Bei dieser Ausgangslage hÄ¼tte die Beschwerdegegnerin nicht nur nicht auf eine psychiatrische Expertise verzichten dÄ¼rfen, sondern wÄ¼re - angesichts der medizinisch komplexen Ausgangslage - gehalten gewesen, im Sinne eines umfassenden Obergutachtens eine polydisziplinÄ¼re Begutachtung anzuordnen.

3.3.4Ä Ä Die Sache ist deshalb unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 14. Februar 2005 (Urk. 2) an die Beschwerdegegnerin zurÄ¼ckzuweisen, damit diese ein versicherungsunabhÄ¼ngiges polydisziplinÄ¼res Gutachten einhole, das - neben der Erhebung von genauen Diagnosen - insbesondere auch zu den Fragen der natÄ¼rlichen KausalitÄ¼t (namentlich auch zum etwaigen Erreichen des status quo ante/sine) und der psychischen Äberlagerung sowie zum Zeitpunkt des (etwaigen) Erreichens des sogenannten medizinischen Endzustandes Stellung nimmt. Es ist dabei angezeigt, mit der Ausarbeitung des angeordneten Gutachtens Fachpersonen zu betrauen, die sich zur vorliegenden Sache noch nicht geÄ¼ssert haben. Hernach wird die Beschwerdegegnerin erneut Ä¼ber ihre Leistungspflicht ab 24. April 1997 verfÄ¼gen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf die Einholung eines umfassenden polydisziplinÄ¼ren Gutachtens kann vorliegend auch deshalb nicht verzichtet werden, weil - falls die Beschwerden (immer noch) natÄ¼rlich kausal sein sollten - der Beantwortung der Frage, ob eine psychische Äberlagerung des Beschwerdebilds vorliegt oder nicht, - soweit dies heute schon beantwortet werden kann - streitentscheidende Bedeutung zukommen dÄ¼rfte.

#### E. 4

4.1 Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Als Obsiegen gilt insoweit auch die Rückweisung an den Versicherungsträger zur weiteren Abklärung (BGE 110 V 57 Erw. 3a).

Mit Honorarnote vom 2. Oktober 2006 (Urk. 23) machte Rechtsanwalt Christen einen Aufwand von 12 Stunden und Barauslagen in der Höhe von Fr. 50.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) geltend machen, was als angemessen zu betrachten ist. Bei der Berechnung der Prozessentschädigung ist jedoch nicht vom in der Honorarnote geltend gemachten Stundenansatz von Fr. 250.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer), sondern vom gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auszugehen. Demzufolge ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin 2 eine Prozessentschädigung (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) in der Höhe von Fr. 2'636.20 (= 1,076 x [12 x Fr. 200.-- + Fr. 50.--]) zu bezahlen.

Das Gesuch um Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters ist zufolge Zusprechung einer vollen Prozessentschädigung als gegenstandslos geworden abzuschreiben.

4.2 Da Versicherungsträger in der Regel keinen Anspruch auf eine Prozessentschädigung haben und vorliegend kein Grund ersichtlich ist, der es rechtfertigen würde, davon abzuweichen, ist der ebenfalls obsiegenden Beschwerdeführerin 1 keine Prozessentschädigung zuzusprechen.

Das Gericht beschliesst:

1. Das Gesuch der Beschwerdeführerin 2 um Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters wird als gegenstandslos geworden abgeschrieben.

2. Schriftliche Mitteilung mit nachfolgendem Erkenntnis.

und erkennt sodann:

1. Die Beschwerden werden in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 14. Februar 2005 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen ein versicherungsunabhängiges polydisziplinäres Gutachten einhole und hernach über ihre Leistungspflicht ab 24. April 1997 neu verfähre.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin 2 eine Prozessentschädigung von Fr. 2'636.20 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- SWICA Krankenversicherung AG
- Rechtsanwalt Urs Christen
- Fällsprecher und Notar Franz Müller

- Bundesamt für Gesundheit

5. Gegen diese Entscheidung 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.