

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00156 vom 30. Oktober 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-10-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00156

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00156 du 30 octobre 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00156 del 30 ottobre 2006

Erwägungen

E. 2

2.1. Gemäss Art. 4 Abs. 1 UVG können sich in der Schweiz wohnhafte Selbständigerwerbende und ihre nicht obligatorisch versicherten mitarbeitenden Familienglieder freiwillig versichern. Die Bestimmungen über die obligatorische Versicherung gelten laut Art. 5 Abs. 1 UVG sinngemäss für die freiwillige Versicherung. Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden, soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

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

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 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).

E. 2.1

Hiergegen liess die Versicherte am 17. Mai 2005 durch Rechtsanwalt Rolf Tandler Beschwerde erheben und beantragen (Urk. 1):

"1. Es sei der Einsprache-Entscheid vom 16.02.2005 aufzuheben und festzustellen, dass nach wie vor Unfallfolgen vorhanden sind, sodass die entsprechenden Versicherungsleistungen zu erbringen sind.

eventualiter

E. 2.2

Nachdem die Allianz in der Beschwerdeantwort vom 21. Juni 2005 (Urk. 7) um Abweisung der Beschwerde ersucht hatte, wurde der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 4. Juli 2005 (Urk. 9) als geschlossen erklärt.

3. Auf die Akten und auf weitere Vorbringen der Parteien wird, soweit notwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Streitig ist, ob die Beschwerdeführerin infolge des Unfalls vom 30. Mai 2003 auch nach dem 31. Mai 2004 noch an Gesundheitsstörungen leidet, für welche die Beschwerdegegnerin aufgrund des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) Leistungen schuldet. Dies hängt insbesondere davon ab, ob die ab diesem Zeitpunkt geklagten Beschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem versicherten Ereignis stehen. In diesem Zusammenhang ist zudem streitig, ob die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt in rechtsgültiger Weise abgeklärt hat.

E. 3

3.1 Gemäss Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) prüft der Versicherungssträger die Begehren, nimmt die erforderlichen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Mündlich erteilte Auskünfte sind schriftlich festzuhalten (Satz 2).

Demgemäss ist das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungs- und Verwaltungsbeschwerdeverfahren vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Verwaltung und Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des Sachverhalts zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es

abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders entschieden wird. Der Untersuchungsgrundsatz wird durch die Mitwirkungspflicht der Parteien und die im Anspruch auf rechtliches Gehör enthaltenen Parteirechte ergänzt. Die Behörden haben zusätzliche Abklärungen immer dann vorzunehmen oder vornehmen zu lassen, wenn aufgrund der Parteivorbringen oder anderen sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkten hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 f. Erw. 4a, 122 V 158 Erw. 1, AHI 1994 S. 212 Erw. 4a).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zumindest nach der bis Inkrafttreten des ATSG ergangenen Rechtsprechung waren mündliche Auskünfte, welche die Verwaltung sodann in Aktennotizen festhielt, nur bezüglich Nebenpunkte wie namentlich Indizien und Hilfstatsachen zugelassen, hingegen mussten Auskünfte zu wesentlichen Punkten des rechtserheblichen Sachverhalts in schriftlicher Form eingeholt werden (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, Rz 33 zu Art. 43 ATSG mit Hinweisen auf die Rechtsprechung; BGE 117 V 285 Erw. 4c, ARV 1992 Nr. 17, S. 151).

3.2 Ä Ä Ä Ä Für die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs sind Verwaltung und Gerichte auf Angaben ärztlicher Expertinnen und Experten angewiesen, und diese bilden das für den Kausalitätsnachweis ausschlaggebende Beweismittel. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Behörden und Gerichte alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. 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 (RKUV 1991 S. 312 Erw. 1b, BGE 122 V 160 Erw. 1c, 125 V 352 Erw. 3a).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) und durch UVG-Privatversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/bb). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. (BGE 125 353 f. Erw. 3b/ee, 122 V 161 f. Erw. 1c). Bei Aktengutachten ist entscheidend, ob schon genügend Unterlagen aufgrund anderer persönlicher Untersuchungen vorliegen. Solche Gutachten sind nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Die Expertin oder der Experte muss sich ein vollständiges Bild machen können (RKUV 1988 S. 371 Erw. 5b). In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre vertrauensärztliche Stellung in Zweifelsfällen eher geneigt sind, zugunsten ihrer Patientinnen und Patienten auszusagen

(BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

E. 4

4.1. Die nach dem Unfallereignis vom 30. Mai 2003 am 10. und 11. Juni 2003 aufgesuchte Hausärztin hielt im Arztzeugnis UVG vom 9. September 2003 zu Händen der Beschwerdegegnerin fest, dass weitere Behandlungen nach dem 11. Juni 2003 bei Dr. B. stattfänden (Urk. 8/16). Mithin rät die Beschwerdeführerin zu Unrecht, dass die Beschwerdegegnerin vor Erlass des angefochtenen Verwaltungsaktes keine weiteren Berichte von Dr. A. einholte.

4.2. Dr. B. diagnostizierte im Schreiben vom 29. Juli 2003 (Urk. 8/10), in welchem er die Beschwerdegegnerin um Kostengutsprache für eine gezielte medizinische Kräftigungstherapie ersuchte, bei der Beschwerdeführerin ein lumboradiculäres Syndrom L5 links, eine ileosacrale Funktionsstörung links, ein Crampus-Syndrom, eine Fehlhaltung und eine muskuläre Dysbalance.

Dr. B. hielt im Bericht vom 29. Juli 2003 (Urk. 8/8) an Dr. C., mit Kopie an die Beschwerdegegnerin, unter der Rubrik "Anamnese" fest, bei der Beschwerdeführerin seien neun Tage nach dem Sturz vom 30. Mai 2003 Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung in den Malleolus lateralis links verbunden mit Kribbelparästhesien und Taubheitsempfindungen an der Grosszehe aufgetreten. Unter dem Titel "Verlauf und Beurteilung" führte Dr. B. aus, das Wurzelsyndrom L5 mit Fussheberparese links sei regredient. Es sei bekannt, dass der fehlende Nachweis eines Discusprolapses in der bildgebenden Darstellung nicht gegen die Diagnose eines Reiz- und Ausfallsyndroms der Nervenwurzel L 5 spreche. Im Rahmen der Behandlung sei ein allmählicher Rückgang der Schmerzen und der Fussheberschwäche eingetreten. Jedoch sei die Beschwerdeführerin mit dem Resultat noch nicht zufrieden. Es sei damit zu rechnen, dass die mechanische Wurzelirritation bei rückengerechtem Verhalten im Lauf der nächsten Zeit noch weiter zurückgehen werde. Ein am 20. Juni 2003 in der Y. durchgeführtes MRI der Lendenwirbelsäule habe eine leicht kyphotische Fehlhaltung des thoracolumbalen Übergangs bei leichtem Retroglissement L2/3 bei altersentsprechend unauffälligem Bild ergeben (vgl. auch Urk. 12). Dr. med. E. habe im neurologischen Konsilium vom 21. Juli 2003 einen Status nach lumboradiculärem Syndrom L 5 links diagnostiziert und keine Anhaltspunkte für eine Carotisstenose gefunden (vgl. auch Urk. 8/6).

In seinem ärztlichen Zwischenbericht vom 18. August 2003 diagnostizierte Dr. B. ein lumbovertebrales Syndrom links und eine Fussheberschwäche links. Unfallfremde Faktoren spielten im Heilungsverlauf nicht mit. Die Behandlung dauere voraussichtlich bis ca. Mitte/Ende September 2003. Eventuell sei ein bleibender Nachteil zu erwarten (Urk. 8/9).

Im Bericht vom 7. Oktober 2003 (Urk. 8/24) zu Händen des Vertrauensarztes der Beschwerdegegnerin hielten PD Dr. med. F., Z., fest, sie hätten die Beschwerdeführerin am 13. Juni 2003 in der Notfallsprechstunde untersucht und akute Lumboischialgien links diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin habe über Rückenschmerzen seit Jahren geklagt, seit drei oder vier Tagen seien Ischialgien links aufgetreten.

4.3. Im Bericht vom 26. Januar 2004 (Urk. 8/38) zu Händen der Beschwerdegegnerin hielt Dr. B. fest, er habe die Beschwerdeführerin

notfallmässig am 18. Juni 2003 gesehen mit einem lumboradiculären Reizsyndrom L5 links kombiniert mit einer Fussheberparese, welche sich inzwischen weitgehend zurückergebildet habe. Als weitere Diagnosen seien eine Fehllhaltung, eine muskuläre Dysbalance und ein allgemeiner Trainingsmangel zu erwähnen. Unter Schonung, physikalisch-physiotherapeutischen Anwendungen und Medizinischer Trainingstherapie zum gezielten Muskelaufbau hätten die Beschwerden allmählich gebessert. Jedoch klagt die Beschwerdeführerin immer noch über lumbale Schmerzen, die bei körperlicher Belastung zunehmen. Im Anschluss an die Bescheinigungen einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 10. Juni bis 28. September 2006 und einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ab 29. September 2003 bis voraussichtlich Januar 2003 (richtig: Januar 2004) legte Dr. B. ___ dar, die Beschwerdeführerin brauche aufgrund ihres Alters eine längere Rehabilitation. Dies erkläre auch die längere Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

4.4 Bei einer der am 29. März 2004 dem beratenden Arzt Dr. D. ___ gestellten Frage (Urk. 8/43, Frage 3) hält die Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin fest, gemäss Telefon vom 29. März 2004 mit Dr. B. ___ bestehe bei der Beschwerdeführerin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bis 31. März 2004 und werde noch etwa zwei bis drei Monate verlängert werden müssen.

Gleichentags beantwortete Dr. D. ___ die von der Beschwerdegegnerin gestellten Fragen. Er hielt fest, die geltend gemachten Beschwerden und die damit einhergehende Arbeitsunfähigkeit seien sicher auf den Sturz vom 30. Mai 2003 zurückzuführen. Ab 1. Juni 2004 sei der Status quo sine erreicht und unfallbedingt wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit gegeben. Eine Kurzbeurteilung der Beschwerdeführerin durch ihn sei nicht notwendig (vgl. Urk. 8/43).

Mit Schreiben vom 30. März 2004 (Urk. 8/45) brachte die Beschwerdegegnerin die Stellungnahme von Dr. D. ___ Dr. B. ___ zur Kenntnis, informierte ihn über die Leistungseinstellung ab 1. Juni 2004 und bat ihn, dies mit der Beschwerdeführerin in diesem Sinne zu besprechen.

In dem vom 8. Mai 2004 datierten ärztlichen Zwischenbericht UVG (Urk. 8/49; jedoch hält die Beschwerdegegnerin auf dem Dokument als Eingangsdatum den 6. Mai 2004 fest) diagnostizierte Dr. B. ___ bei der Beschwerdeführerin ein lumbospondylogenes Syndrom links. Ihr Zustand habe sich objektiv verbessert und subjektiv verschlechtert. Im Heilungsverlauf spielten unfallfremde Faktoren mit. Ein MRI der Lendenwirbelsäule vom 3. Mai 2004 habe multiple leicht degenerierte Disci, jedoch keinen Nachweis einer Spinalkanalstenose ergeben. Die voraussichtliche Dauer der Behandlung und das Datum der vollständigen Wiederaufnahme der Arbeit seien unklar. Die Beschwerdeführerin klagt über anhaltende lumbale und ischialgische Schmerzen links.

In dem der Einsprachebegründung vom 27. August 2004 beigelegten Schreiben vom 19. August 2004 (Urk. 57/1) hält Dr. B. ___ fest, die Beschwerdeführerin leide seit dem Unfall vom 30. Mai 2003 an einem lumbospondylogenen Syndrom links (Rücken-/Beinschmerzen) und sei als Boutique-Besitzerin und Verkäuferin nur zu 50 % arbeitsfähig.

4.5 Der Beschwerde liegen verschiedene ärztliche Zeugnisse bei, in denen Dr. B. ___ der Beschwerdeführerin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. bis 31. August 2004 wegen Unfalls, vom 1. September bis 30. Oktober 2004 wegen Krankheit, vom 1. Dezember bis 31. Dezember 2004 wegen Unfalls, vom 1. Januar bis 31. März 2005

wegen Krankheit und vom 1. April bis 30. April 2005 ohne Grundangabe attestiert (Urk. 3/3-6).

E. 5

5.1 Die Beschwerdeführerin räumt, dass Dr. D. sie nicht persönlich untersucht habe. Laut der in Erw. 3.2 angeführten Rechtsprechung sind indessen Aktenberichte nicht als solche unzuverlässig.

5.2 In Beantwortung der ihm am vom 29. März 2004 von der Beschwerdegegnerin gestellten Fragen hält Dr. D. in kürzester Form Folgendes fest: Die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden seien "sicher" auf das Unfallereignis vom 30. Mai 2003 zurückzuführen. Am "1. Juni 2004" sei der status quo sine erreicht. Die 50%ige Arbeitsunfähigkeit sei "bis 1. Juni 2004" ausgewiesen, hingegen sei die Beschwerdeführerin "ab 1. Juni 2004 100% arbeitsfähig". Aus der Anweisung der Beschwerdegegnerin: "Die Diagnosen entnehmen sie aus den medizinischen Berichten" lässt sich in keiner Art und Weise herausfinden, welche Berichte bzw. ob sämtliche Berichte dem beratenden Arzt zur Verfügung gestanden haben. Die Antworten des Arztes sind nicht begründet, insbesondere lässt sich seiner Kurzstellungnahme nicht entnehmen, aus welchen medizinischen Gründen Dr. D. den Status quo sine erreicht hält, weshalb seine Stellungnahme schlicht nicht nachvollziehbar ist.

Die telefonische Auskunft, welche der behandelnde Dr. B. am 29. März 2004 der Beschwerdegegnerin erteilt haben soll, hätte zumindest mit allen gestellten Fragen und gegebenen Antworten in einem schriftlichen Protokoll festgehalten werden müssen. Außerdem liesse die Antwort, wonach eine Arbeitsunfähigkeit bis 31. März 2004 "besteht" und noch um ungefähr zwei bis drei Monate "verlängert werden müssen", den Grund der Notwendigkeit dieser Verlängerung im Dunkeln. Somit kann offen gelassen werden, ob es sich bei der von Dr. B. verlangten Auskunft um ein wesentliches Element für die Entscheidungsfindung handelt, mit andern Worten, ob die Beschwerdegegnerin beim behandelnden Arzt kurzfristig eine schriftliche Auskunft über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin einholen müssen oder ob sie sich mit dessen Bericht vom 26. Januar 2004 (Urk. 8/38), ergänzt durch eine taugliche mündliche Auskunft, hätte begnügen dürfen.

E. 5.3

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin lässt sich aus dem vom 8. Mai 2004 datierten Zwischenbericht von Dr. B. (Urk. 8/49) nicht ableiten, dass die unfallbedingte Gesundheitsbeeinträchtigung und die damit einher gehende Arbeitsunfähigkeit über den 31. Mai 2004 andauerten. Indem nämlich darin der Hausarzt berichtet, dass sich der Zustand der Beschwerdeführerin objektiv verbessert habe, sie aber subjektiv eine Verschlechterung der Situation empfinde und weiterhin über lumbale und ischialgische Schmerzen links klage, spricht er sich nicht über die Kausalität der angegebenen Beschwerden und der attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Nichts anderes gilt für das Zeugnis vom 19. August 2004 (Urk. 8/57/1). Auch scheint im Bericht vom 8. Mai 2004 zum Ausdruck zu kommen, dass die subjektiven Klagen der Beschwerdeführerin nicht mit den ärztlich festgestellten oder feststellbaren objektiven Gegebenheiten korrelieren. In diesem Zwischenbericht erwähnt denn auch Dr. B. im Heilungsverlauf spielten unfallfremde Faktoren mit (Urk. 8/49 Ziff. 2). Indessen hätte die

Beschwerdegegnerin spätestens nach Erhalt dieses Zwischenberichts im Hinblick auf den Erlass der Verfügung vom 21. Juli 2004 mit dem behandelnden Arzt schriftlich Rücksprache nehmen und von ihm eine genaue Auskunft hinsichtlich des Gesundheitszustandes und der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Angabe der krankheits- oder unfallbedingten Ursache, verlangen sollen.

5.4. Aus dem Dargestellten folgt, dass die Beschwerdegegnerin ohne hinreichende Abklärungen und taugliche Beweismittel den angefochtenen Einspracheentscheid vom 15. Februar 2005 erlassen und darin die Anspruchsberechtigung der Beschwerdeführerin ab 1. Juni 2004 verneint hat. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. Februar 2005 ist daher aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese zuerst bei Dr. B. einen schriftlichen Bericht über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit - unter Angabe der krankheits- oder unfallbedingten Ursachen - namentlich im Frühjahr 2004 einhole und danach die vollständigen medizinischen Akten, inklusive den Bericht über die von Dr. B. in seinem Zwischenbericht vom 8. Mai 2004 erwählte Magnetresonanztomographie (MRI) der Lendenwirbelsäule vom 3. Mai 2004 (siehe Urk. 8/49 Ziff. 3 lit. b), einer neutralen medizinischen Fachperson unterbreite, damit diese im Rahmen einer rechtskonformen Begutachtung, mit Einbezug der Beschwerdeführerin, begründet und nachvollziehbar den Gesundheitszustand und die unfallbedingte Einschränkung der Beschwerdeführerin ab Frühjahr 2004 beurteile. Anschliessend hat die Beschwerdegegnerin über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin ab 1. Juni 2004 neu zu verfahren.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

6. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2004 i.S. K., U 199/02, Erw. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 57 Erw. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 3), weshalb die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Vorliegend erscheint eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde

wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. Februar 2005 aufgehoben und die Sache an Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen verfähre und anschliessend über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin ab 1. Juni 2004 neu verführe.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Rolf Tandler, mit Kopie der Urk. 12
- Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft
- Bundesamt für Gesundheit

5. 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.