

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00216 vom 25. April 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-04-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2005.00216](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00216)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00216 du 25 avril 2007

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00216 del 25 aprile 2007

## Erwägungen

### E. 2

Der Beschwerdeführerin sei eine auf einem Integritätsschaden von 50 % basierende Integritätsentschädigung zuzusprechen.

### E. 2.5

Bezüglich Verletzungen der Halswirbelsäule unterscheidet die Rechtsprechung zwischen solchen mit nachweisbaren organischen Schäden und solchen, die sich nicht durch den Nachweis organischer Beeinträchtigungen objektivieren lassen. Ein ausgewiesener organischer Gesundheitsschaden im Bereich der Halswirbelsäule, der als natürliche Unfallfolge zu qualifizieren ist, begründet die Haftung des Unfallversicherers. Die Frage, ob die gesundheitlichen Folgen des Unfalles auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit diesem stehen, spielt in diesen Fällen keine Rolle. Demgegenüber wird bei Schleudertraumata der Halswirbelsäule oder äquivalenten Verletzungen, bei welchen keine organische Schädigung objektivierbar ist, der natürliche Kausalzusammenhang bereits gestützt auf das im Anschluss an den Unfall aufgetretene typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden - wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung undsoweiter - bejaht. Die natürliche Unfallkausalität beruht hier auf der medizinischen These, dass der Unfallmechanismus bei einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule (oder einer diesem äquivalenten Verletzung) zu mit bildgebenden Untersuchungsmethoden nicht fassbaren Mikroverletzungen führt, welche für das konsequente typische bunte Beschwerdebild ursächlich oder zumindest im Sinne einer Teilursache mitverantwortlich sind. Das Vorliegen eines Schleudertraumas wie seine Folgen müssen durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein. Trifft dies zu und ist die natürliche Kausalität - auf Grund fachärztlicher Feststellungen in einem konkreten Fall - unbestritten, so kann der natürliche Kausalzusammenhang in aller Regel auch aus rechtlicher Sicht als erstellt gelten. Allerdings wird die Haftung des obligatorischen Unfallversicherers für langdauernde, invalidisierende Gesundheitsschäden, die nach einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule (oder einer äquivalenten Verletzung) auftreten, nach Massgabe der die psychischen Unfallfolgen berücksichtigenden Adäquanzprüfung wieder eingeschränkt (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Januar 2007 i.S. E., U 396/06 mit Hinweisen auf BGE 119 V 340 Erw. 2b/aa, 117 V 360 Erw. 4b, 363 Erw. 5d/aa).

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). Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien nennt das Eidgenössische Versicherungsgericht hier: Besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls, die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, Dauerbeschwerden, ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen, Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

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).

Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in welchen 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 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 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).

2.6.4.4 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden

berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichlichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

3. Die Beschwerdegegnerin geht davon aus, dass die noch bestehenden Beschwerden nicht mehr in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum versicherten Unfall stehen. Der status quo sine sei spätestens Ende Dezember 2000 erreicht gewesen. Dazu beruft sie sich in erster Linie auf das Gutachten von Dr. F. vom 27. Mai 2004, sowie auf die Stellungnahme ihres beratenden Arztes, Dr. med. H., vom 9. März 2005 (Urk. 2 S. 5 f., Urk. 7 S. 15 f., Urk. 8/M53, 8/M55).

Demgegenüber hält die Beschwerdeführerin den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen ihren Beschwerden und dem Unfall immer noch für gegeben, und sie macht geltend, für die körperlich belastende Arbeit einer Schwesternhilfe immer noch vollumfänglich arbeitsunfähig zu sein. Die Beschwerdegegnerin sei aber auch deshalb leistungspflichtig, weil ihre Schmerzproblematik durch die Behandlung in E. wesentlich intensiviert und ausgeweitet worden sei. Dabei beruft sie sich auf das Gutachten von Prof. Dr. med. G., FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, sowie die Berichte und Gutachten von Dr. med. I., Spezialarzt FMH für Neurologie, Dr. B., Dr. J., Innere Medizin und Tropenkrankheiten FMH, Prof. Dr. K., Neurologie FMH, Dr. med. L., Facharzt FMH für Neurologie, sowie der Rehabilitationsklinik E. (Urk. 1 S. 4 ff., 9, Urk. 15 S. 2 ff.).

Strittig und zu präferieren ist demnach in erster Linie der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den nach dem 5. April 2004 bestehenden Beschwerden der Versicherten. Dabei steht ausser Frage, dass sie einen Auffahrunfall erlitten und sich ein Schleuder- beziehungsweise Distorsionstrauma der Halswirbelsäule zugezogen hat. Dr. B. hatte

diese Diagnose von Anfang an gestellt (Urk. 9/1, 8/M2, 8/M4-5, 8/M10-13), und sie wurde von keiner der in der Folge mit der Beurteilung, Behandlung oder Begutachtung betrauten Arztpersonen in Zweifel gezogen. Indes werden Beschwerdebild und -verlauf von ihnen unterschiedlich gewürdigt, weshalb im Folgenden die medizinischen Akten im Hinblick auf die Art und den Verlauf der Beschwerden näher zu präferieren sind.

### **E. 3**

Unter Entschuldigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

Die Winterthur liess mit Beschwerdeantwort vom 4. Oktober 2005 (Urk. 7) die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde und der gestellten Rechtsbegehren beantragen und reichte die Unfallakten ein (Urk. 8/1-55, 9/1-128).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Replik vom 28. Februar 2006 (Urk. 15) Änderte die Beschwerdeführerin, gestützt auf das bei Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, eingeholte Privatgutachten vom 19. Januar 2006 (Urk. 16) ihr Rechtsbegehren dahingehend ab, als sie nur noch die Zusprechung einer auf einem 15%igen Integritätsschaden beruhende Integritätsentschädigung verlangte. Im Übrigen hielt sie an den gestellten Anträgen fest. Nach Eingang der Duplik vom 19. Juni 2006 (Urk. 22), mit der die Winterthur ihren Antrag auf Beschwerdeabweisung wiederholte, wurde der Schriftenwechsel am 26. Juni 2006 geschlossen (Urk. 23).

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das vorliegende Verfahren erweist sich als spruchreif. Dies gilt auch für das Verfahren Nr. IV.2006.00559, das den Einspracheentscheid der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 24. Mai 2006 betreffend Viertelrente für die Zeit vom 1. April bis 31. Dezember 2000 zum Gegenstand hat, und in dem heute ebenfalls ein Urteil ergeht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf die Parteivorbringen und die eingereichten Unterlagen ist, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Wortlaut des Dispositivs der Verfügung vom 18. November 2004 (Urk. 9/212), die dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 30. März 2005 (Urk. 2) zugrunde liegt, hatte die Winterthur ab dem 5. April 2004 das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall verneint und deshalb die Versicherungsleistungen auf den 6. April 2004 eingestellt. Des Weiteren hatte sie festgehalten, dass ab 2001 bis zu der per 31. Mai 2003 erfolgten Taggeldeinstellung wegen der in diesem Zeitraum ausgeübten Erwerbstätigkeit und mangels einer medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeit der Versicherten kein Anspruch "auf weitere Geldleistungen" bestehe und die ab 2001 bis Ende Mai 2003 zuviel bezahlten Taggelder in der Höhe von Fr. 31'924.-- zurückzubezahlen seien (Urk. 9/212).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Wenn die Beschwerdegegnerin mit dem angefochtenen Einspracheentscheid die Verfügung vom 18. November 2004 auch bestätigt hat, so hat sie darin doch ausschliesslich die per 6. April 2004 verfügte und mit dem Dahinfallen des natürlichen Kausalzusammenhangs begründete Leistungseinstellung behandelt. Zu dem den Taggeldanspruch bis Ende Mai 2003 beschlagenden Eventualantrag der Beschwerdeführerin in der Einsprache vom 20. Dezember 2004 (Urk. 9/218), mit dem um Einsicht in die bisher nicht zugestellten Akten, insbesondere diejenigen im Zusammenhang mit dem Beizug des Privatdetektivs, und um eine ab dieser Zustellung laufende Frist zur Einspracheergänzung beantragt worden war, hat sie ebenso wenig Stellung genommen wie zum Einsprache-Hauptantrag auf Zusprechung einer Invalidenrente mit Wirkung ab 1. April 2003, mithin auf Leistungen, die einerseits teilweise in den die Taggeldrückforderung betreffenden Zeitraum und andererseits in die Zeit zwischen der faktischen Taggeldeinstellung ab 1. Juni 2003 und der per 6. April 2004 verfügten allgemeinen Leistungseinstellung fallen (vgl. Einsprache vom 20. Dezember 2004, Urk. 9/218).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Indem die Beschwerdegegnerin sich mit den in der Einsprache vom 20. Dezember 2004 gestellten Anträgen nicht auseinandersetzte und weder zu dem mit Verfügung vom 18. November 2004 verneinten Anspruch auf Lohn- beziehungsweise

Erwerbsersatz ab 1. Januar 2001 noch auf die Voraussetzungen einer Rückforderung näher einging, hat sie die in Art. 52 Abs. 2 Satz 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) ausdrücklich vorgesehene Begründungspflicht verletzt und damit gegen den Gehaltsanspruch der Beschwerdeführerin verstossen (vgl. BGE 126 V 80 Erw. 5b/dd mit Hinweis, 118 V 58 Erw. 5b).

Auch wenn dieser Mangel mit der Beschwerde nicht ausdrücklich gerügt wird, ist er von Amtes wegen zu berücksichtigen, zumal er im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht geheilt werden kann (vgl. BGE 120 V 362 Erw. 2b, 116 V 186 Erw. 3c und d, 107 Ia 2 f.). Denn es bleibt aufgrund des Einspracheentscheides unklar, inwieweit die Beschwerdegegnerin bis zur allgemeinen Leistungseinstellung am 6. April 2004 einen Anspruch auf Lohn- beziehungsweise Erwerbsersatz in Form von Taggeld- oder allenfalls Rentenleistungen ablehnt und ob sie an ihrer Taggeldrückforderung festhält. Im vorliegenden Verfahren kann denn auch nur die im Einspracheentscheid behandelte Frage geprüft werden, ob die Beschwerdeführerin über den 5. April 2004 hinaus Anspruch auf Versicherungsleistungen hat.

2.

2.1 In Fällen wie dem vorliegenden, in welchen der Einspracheentscheid der Sozialversicherung zwar nach dem 1. Januar 2003 erlassen worden ist, darin aber auch Sachverhalte beurteilt werden, die vor dem 1. Januar 2003 eingetreten sind, ist entsprechend dem von der Praxis entwickelten intertemporalrechtlichen Grundsatz, wonach in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtsätze massgebend sind, die bei Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 129 V 4 Erw. 1.2, 169 Erw. 1, 356 Erw. 1, je mit Hinweisen), für die Beurteilung der streitigen Verhältnisse bis zum 31. Dezember 2002 altes Recht, ab 1. Januar 2003 neues Recht (Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]) zu Grunde zu legen (vgl. BGE 130 V 445 ff.). Da das ATSG allerdings an der Rechtsprechung zu dem für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Unfall und dem Gesundheitsschaden sowie der damit verbundenen Beeinträchtigung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. Januar 2007, I. sozialrechtliche Abteilung, i.S. C., U 358/05, Erw. 1, mit Hinweisen) nichts geändert hat, kann eine getrennte Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen unterbleiben.

2.2 Laut Art. 6 UVG werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die dem Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

2.3 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater 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 entfiere (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 blosser 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).

2.4 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). Bei organisch nachweisbarer Behandlungsbedürftigkeit der Gesundheitsstörung deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche, Kausalität weitgehend mit der natürlichen und die Adäquanz hat gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktische keine selbständige Bedeutung. Insbesondere bei psychogenen Störungen, den typischen Beschwerden nach einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS), einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung oder einem Schädel-Hirntrauma ist die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung hingegen zu präferieren (BGE 128 V 172 Erw. 1c, 118 V 291 Erw. 2a mit Hinweisen).

#### **E. 4**

4.1 Dass es sich bei den nach dem Auffahrunfall aufgetretenen von der Beschwerdeführerin bei der Befragung vom 26. Januar 1999 (Urk. 8/M6 S. 1 f.) sowie in den Zeugnissen Dr. B.\_\_\_\_s (Urk. 8/M4, Urk. 8/M11-13) und den Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ vom 6. und 29 Oktober 1999 und 25. Mai 2000 (Urk. 8/M15 S. 9 f., Urk.

Ä 8/M29, 8/m38) beschriebenen Beschwerden wie Nackenverspannungen, Druckdolenz und Bewegungseinschränkungen der Halswirbelsäule, occipitale Kopfschmerzen, Sensibilitätsstörungen, Schwäche oder Paraesthesien in den Händen, rechtsseitige Schulterschmerzen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Depression, Ohrdruck, Drehschwindel, Ermüdbarkeit um das für eine HWS-Distorsion typische Beschwerdebild handelte, wird von keinem Arzt in Zweifel gezogen. Namentlich Dr. I. \_\_\_ und Dr. J. \_\_\_ bejahten einen Zusammenhang zum erlittenen HWS-Distorsionstrauma. Auch Gutachter Dr. F. \_\_\_ betrachtet die unmittelbar nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden wie Nacken-/Schulter- und Kopfschmerzen als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit dem Unfall vom 25. November 1998 in einem natürlichen Kausalzusammenhang stehend (Urk. 8/53 S. 23). Aus Prof. K. \_\_\_s Gutachten vom 28. Juli 2000 geht ebenfalls hervor, dass die unmittelbar nach dem Unfall angegebenen Beschwerden beziehungsweise die HWS-Beschwerden vor allem initial, das heisst in den ersten Wochen bis Monaten Unfallfolgen darstellten (Urk. 8/M30 S. 7).

Die divergierenden Auffassungen der Ärzte zur natürlichen Unfallkausalität beziehen sich jedoch, wie nachfolgend aufzuzeigen ist, auf den weiteren Beschwerdeverlauf.

4.2 Prof. K. \_\_\_ bezeichnete im Gutachten vom 28. Juli 2000 den weiteren Verlauf mit der aussergewöhnlichen Persistenz, ja sogar Zunahme der Schmerzsymptomatik als sehr ungewöhnlich. Denn bei der Untersuchung im Sommer 2000 klagte die Beschwerdeführerin nun unter anderem über Schmerzen am gesamten Körper mit Nacken- und Kopfschmerzen, Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule mit Ausstrahlung in die Arme. Prof. K. \_\_\_ bezeichnete deren jetzige Intensität, die praktisch dem Schmerzmaximum entspreche, als schwer nachvollziehbar und nicht ganz glaubwürdig. Der natürliche Kausalzusammenhang erscheine daher nur noch als möglich (Urk. 8/M30 S. 7).

4.3 Auch nach Ansicht Dr. F. \_\_\_s stehen die aktuell feststellbaren, zum Teil vorbestehenden diskreten klinischen Befunde aus rheumatologischer Sicht ebenso wie die radiologischen Befunde - eine leichte Streckhaltung der HWS, im Bereich C5/C6 eine leichte Chondrose, diskret verschmälerte Bandscheibe, eine mediale sehr kleine Protrusion des Diskus, eine diskrete Kyphosierung - höchstens noch möglicherweise mit dem Unfall vom 25. November 1998 in einem natürlichen Kausalzusammenhang. Sie entsprechen durchaus dem natürlichen Verlauf des Vorzustandes. Der Status quo sine sei erreicht, denn die heutigen Befunde und Beschwerden - typische, druckartige, im Nacken beginnende Dauerschmerzen, die einerseits in die Brustwirbelsäule, manchmal bis in die Lendenwirbelsäule und die Beine, andererseits gegen beide Schultern, vor allem nach rechts, und in die Arme bis in die Finger II - IV ausstrahlten und mit einer vor allem rechtsseitigen Handschwäche verbunden seien; vor allem rechts bis in die Stirn ausstrahlende, seit zwei Monaten migräneartige Kopfschmerzen mit Lichtscheu und Augenflimmern, die sich durch körperliche Tätigkeiten verstärkten; ferner Einschlafprobleme, gelegentlicher Druck im Gesicht, Ohrensausen, Schwarzwerden vor den Augen bei raschem Aufstehen, depressive Zustände, Reizbarkeit, Vergesslichkeit, verminderte Konzentrationsfähigkeit, reduzierte Leistungsfähigkeit - könnten auch ohne das Ereignis vom 25. November 1998 vorliegen. Ausser den Kopf-, Nacken und Schulterschmerzen seien keine weiteren für das HWS-Distorsionstrauma spezifischen Symptome mehr vorhanden.

Das Ausmass der Nacken- und Schulterschmerzen, das nach Angaben der Beschwerdeführerin im Durchschnitt 60 % der von 0 bis 100 % reichenden Schmerzskala, beziehungsweise morgens etwa 40 %, nach vier bis fünf Stunden etwa 90 % und um 19 Uhr meist 100 % betrage, lässt sich nach Auffassung Dr. F. \_\_\_s durch die geringen klinischen und radiologischen Befunde medizinisch nicht erklären; Spontan-, Komplex- und Ablenkbewegungen der Halswirbelsäule seien absolut altersentsprechend und scheinbar schmerzfrei möglich. Während der Untersuchung seien die Schmerzangaben auf Druck inkonstant und nicht reproduzierbar, und auch zum Teil nicht erklärbar, wie beispielsweise der Druck auf das Schlüsselbein rechts, an einer Stelle ohne Muskelinsertionen. Die Kopfschmerzen könnten weder eindeutig einer Gruppe der primären Kopfschmerzen zugeteilt werden, noch beständen genügend objektive klinische Befunde, um einen sekundären cervicalen Kopfschmerz postulieren zu können. Letzteres sei ohnehin fraglich, da die Patientin bereits vor dem Unfall Kopfschmerzen gehabt habe. Die unmittelbar nach dem Unfall aufgetretenen Konzentrations- und Gedächtnisstörungen seien bereits am 6. Oktober 1999 abgeklungen gewesen. Aus objektiven rheumatologischen Gründen bestehe heute jedenfalls keine unfallbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Denn das diskrete Cervicalsyndrom und cervicospondylogene Syndrom, teils vorbestehend, schränkten die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit, um die es sich bei der Arbeit einer Pflegeassistentin auf einer medizinischen Akut-Klinik handle, jedenfalls nicht ein (Urk. 8/M53 S. 15 ff., 19 ff.).

4.4 Dr. med. H. \_\_\_ schloss sich in seiner Stellungnahme vom 9. März 2005 Dr. F. \_\_\_s Schlussfolgerungen an. Er betonte, dass bereits im Unfallzeitpunkt an der Halswirbelsäule degenerative Erscheinungen mit Chondrose C3 bis C6 und einer kleinen Diskushernie C5/C6 vorhanden gewesen seien und diese Befunde sich im weiteren Verlauf nicht verstärkt hätten, weshalb eine richtunggebende Verschlimmerung praktisch auszuschliessen sei. Bereits ein bis zwei Jahre vor dem Unfall sei die Versicherte wegen einer Kopfschmerzsymptomatik, Spannungszuständen im Halswirbelsäulenbereich und Schmerzen im lumbalen Wirbelsäulenbereich sowie diffusen anderen Schmerzzuständen über längere Zeit ganz oder teilweise arbeitsunfähig gewesen. Es sei mit praktischer Sicherheit davon auszugehen, dass längst ein Status quo sine zu postulieren sei; aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten sei dieser zeitlich zirka zwei Jahre nach dem Unfallereignis anzusetzen (Urk. 8/M55).

#### E. 4.5

Demgegenüber erachtet der Neurologe Dr. L. \_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 21. April 2004 den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den von ihm erhobenen Befunden als sicher gegeben. Dieser umfasst nach seiner Darstellung ein posttraumatisches zervikospondylogenes Syndrom mit posttraumatischer Migräne mit und ohne Aura, eine Hypaesthesia im ungesunden Bereich S1 links bis Fusssohle bei Verdacht auf leichte Radikulopathie S1 links, eine posttraumatische Belastungsstörung mit mittelschwerer reaktiv-depressiver Entwicklung (Urk. 8/M52).

4.6 Prof. G. \_\_\_ bezeichnet im Gutachten vom 19. Januar 2006 die von ihm bei der Abklärung am 12. September 2005 erhobenen Befunde ebenfalls als unfallkausal. Er weist darauf hin, dass es seit dem Unfall phasenweise immer wieder zu eindeutigen Verschlechterungen des Befund- und Beschwerdebildes gekommen sei, so gegen Ende 1999 und während der Behandlung in der Rehabilitationsklinik E. \_\_\_ im Sommer 2002

(Urk. 16 S. 2). Im Wesentlichen fÄ¼hrt er die gleichen Beschwerden wie Dr. F.\_\_\_\_ an, erwÄ¼hnt aber auch eine Ausdehnung der Nackenbeschwerden nach kaudal Ä¼ber die beiden Ober- und Unterschenkel bis zur Ferse, parasternale Schmerzen und Beschwerden, die zum Teil die Atmung behinderten, belastungsabhÄ¼ngige Armbeschwerden, eine FaustschlusschwÄ¼che, leichtgradige Schwellungen der Finger und im Schulterbereich rechts, ferner gelegentliche leichtgradige Druck-Missempfindung in der Stirnregion und Ä¼belkeit, die mit den leicht rechtsbetonten occipitoparietalen Kopfschmerzen einhergingen, sowie eine permanente Spannung der gesamten Gesichtsmuskulatur, gestÄ¼rten Schlaf, allgemeine ErmÄ¼dbarkeit, kÄ¼rperliche MÄ¼digkeit und damit verbundener, gegen Abend zunehmender Reizbarkeit, seit zwei Monaten ein GanzkÄ¼rperschwitzen wÄ¼hrend der Nacht, bei starken Kopfschmerzen schwindelÄ¼hnliche, mit Gangunsicherheit verbundene Benommenheiten, mehrere ungeklÄ¼rte StÄ¼rte anfangs 2005, Beschwerden im rechten Kiefergelenk aufgrund des nÄ¼chtlich auftretenden Bruxismus, anstrengungsbedingte SehstÄ¼rungen beim Lesen und Fernsehen sowie eine ausgesprochene Vergesslichkeit (Urk. 16 S. 2-3, 8).

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ GemÄ¼ss Prof. G.\_\_\_\_s Beurteilung ist es aktenmÄ¼ssig und pathophysiologisch problemlos erklÄ¼rbar, wie sich das heute vorliegende Befund- und Beschwerdebild aus der unmittelbar nach dem Unfall vom 25. November 1998 bestehenden Gesundheitssituation heraus entwickelt hat. Aufgrund der unfallbedingten ErschÄ¼tterung der die obere HÄ¼lfte der WirbelsÄ¼ule stabilisierenden aktiven und passiven Weichteilstrukturen und aufgrund der dadurch bewirkten tiefen vertebrale SchmerzzustÄ¼nde habe sich zunÄ¼chst relativ rasch und spÄ¼ter nur noch schubweise progredient eine Haltungsdekompensation der oberen Brust- und der HalswirbelsÄ¼ule einschliesslich und betont im cervikothorakalen Ä¼bergang entwickelt, wobei die Engpass-Symptomatik und die derzeitigen Blockierungen der ersten Rippe beidseits auf eine StÄ¼rung an dieser Stelle hindeuteten. Die Haltungsdekompensation habe sich strukturell hauptsÄ¼chlich primÄ¼r in den tiefgelegenen paravertebralen Bandstrukturen und sekundÄ¼r und deutlich progredient in den ausgedehnten musculoligamentÄ¼ren Weichteilstrukturen des gesamten Occiputs, des Nackens und des SchultergÄ¼rtels manifestiert. Charakteristisch dafÄ¼r sei die anamnestisch und befundmÄ¼ssig immer noch erfassbare Ä¼berempfindlichkeit der stabilisierenden Strukturen, die unter nicht adÄ¼quater Belastung im Alltag oder unter zu stark aktivierender Therapie zu immer neuen und sich chronifizierenden SchmerzzustÄ¼nden fÄ¼hre. Namentlich die aktive Trainingstherapie in der Rehabilitationsklinik E.\_\_\_\_ habe die Ä¼berempfindlichkeitszustÄ¼nde der tiefen paravertebralen und der begleitenden Weichteilstrukturen des SchultergÄ¼rtels verstÄ¼rkt. Die Ä¼berempfindlichkeit habe sich derart vertieft und akzentuiert, dass selbst von den Hautfalten aus die gesamte Kopf- und Armproblematik ausgelÄ¼st werden kÄ¼nne. Obwohl der Ausgangs- und Schwerpunkt der Symptomatik im cervikothorakalen Ä¼bergang liege, habe sich dort keine ausgeprÄ¼gte HypomobilitÄ¼t entwickelt, jeglicher Versuch der Rotation aus der maximal mÄ¼glichen Retroflexion heraus fÄ¼hre jedoch zu einer Aktivierung der gesamten Nacken-Problematik. Die heutigen das Krankheitsbild - fast im Sinne einer migraine cervicale - dominierenden, vom cervikothorakalen Ä¼bergang ausgehenden Kopfschmerzen und Missempfindungen, wie Benommenheit, Gleichgewichtsunsicherheit und SehstÄ¼rungen, seien belastungsabhÄ¼ngig, kÄ¼nnten aber auch wÄ¼hrend der Untersuchung durch spezifische Belastung der HWS-Facettenglenke und des cervikothorakalen Ä¼bergangs ausgelÄ¼st werden. Durch die sowohl als cervikogen als

auch als myotendinotisch zu bezeichnenden migrÄnoiden Kopfschmerzen wÄrden des weiteren die neuropsychologischen Funktionen (KonzentrationsfÄhigkeit, Vergesslichkeit, emotionale Unbeherrschtheit) beeintrÄchtigt. Diese unspezifischen neuropsychologischen StÄrungen wie auch die rasch auftretende ErmÄdung und ErschÄpfung seien wesentliche Folgen der energiekonsumierenden vertebrogenen Kopfschmerzen und -missempfindungen. Sie seien nicht auf eine milde traumatische HirnlÄsion zurÄckzufÄhren, da Hinweise fÄr eine derartige Verletzung fehlten. Der immer noch relevante Armschmerz mit damit einhergehender Schwere sei die Folgen der myotendinotischen Befunde und Beschwerden entlang des ganzen Armes sowie der von verschiedenen artikulÄren Strukturen des Schultergelenks ausstrahlenden Schmerzen. Die ausgeprÄgten myofascialen Triggerpunkte innerhalb des gesamten SchultergÄrtels vermÄchten unter auch nur geringen Belastungen die Kopf- und Armsymptomatik auszulÄsen. Auf dem Boden der nur zum Teil manifest gewordenen allgemeinen Äberempfindlichkeit der Weichteile habe sich im Verlaufe der Jahre eine Äber den SchultergÄrtel und die oberen zwei Drittel der BrustwirbelsÄule hinausgehende, sich ausbreitende allgemeine Weichteil-Äberempfindlichkeit in Form einer generalisierten Myotendinose entwickelt, und bis heute hÄtten sich die beidseitigen parasternalen Beschwerden, die rechtsbetonte Mitbeteiligung der Gesichtsmuskulatur und die vom Kreuz Äber die dorsalen Beine bis zur Ferse reichenden Beschwerden manifestiert. Zur allgemeinen Äberempfindlichkeit der Weichteile des Bewegungsapparates gehÄrten auch die recht schmerzhaft gewordene Panniculose der Haut, Äberwiegend wahrscheinlich auch der Bruxismus nachts, die mÄssiggradigen, aber chronisch gewordenen Ein- und DurchschlafstÄrungen sowie die wÄhrend des Sitzens und Stehens auffÄlligen vegetativen Symptome wie GÄhnen und Ruktus. WÄhrend der Untersuchung und Befragung sei ihm keine depressive Stimmung aufgefallen (Urk. 16 S. 1, 11 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Laut Prof. G. \_\_\_ bestehen demnach nicht die geringsten Zweifel daran, dass heute noch ein Folgezustand nach einem erlittenen HWS-Distorsionstrauma besteht - zwar mit fehlenden unmittelbar aufgetretenen neurologischen Defiziten, aber mit anhaltenden, teils schweren cervikogen-verursachten migrÄnoiden Kopfschmerzen, SegmentbewegungsstÄrungen im hypomobilen Sinne des cervikothorakalen Äberganges samt erster Rippe, anfÄnglich vorhandenem Tinnitus, weichteil- beziehungsweise muskulÄr bedingten StÄrungen im SchultergÄrtel unter anderem im Sinne einer nachweisbaren Engpass-Symptomatik der oberen Thoraxapertur, SchlafstÄrungen, neuropsychologischen EinschrÄnkungen allgemeiner Art wie ErmÄd- und ErschÄpfbarkeit. Diese typische Symptomatik habe sich nur zÄgerlich und nur zum Teil zurÄckgebildet. Auch lÄgen immer noch die Folgen der Dekompensation der Halteleistung der vorbestandene WirbelsÄulenfehlform im Sinne einer generalisierten Myotendinose vor, zu der auch die sich vom SchultergÄrtel ins Gesicht ausbreitenden Muskelbeschwerden, die typische Schmerzhaftigkeit der Rippen-Sternum-Gelenke, der Weichteile der Beine sowie die teilweise Äusserst schmerzhaft gewordene Panniculose gehÄrten. Die SchlafstÄrungen stellten einerseits ein Element des mit dem erlittenen HWS-Distorsionstrauma zusammenhÄngenden Beschwerdebildes dar, seien aber auch Ausdruck beziehungsweise pathophysiologisch wirksamer Faktor innerhalb der generalisierten weichteilrheumatischen Erkrankung. PrimÄr seien sie als Hypervigilanzsyndrom nach erlittenem Unfall zu betrachten; sekundÄr wÄrden sie durch die andauernden SchmerzzustÄnde unterhalten, wobei die verminderte

Schlafqualität ihrerseits wieder die weichteilrheumatischen Befunde unterhalte oder verstärke (Urk. 16 S. 1, 14 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zum Vorzustand äusserte sich Prof. G. \_\_\_ wie folgt: Die Wirbelsäulenfehlform mit Beckenkipfung, ausgesprochenem Hohlkreuz und noch ausgesprochenere kurzen Kyphose cervikothorakal besitze eine inhärente Bereitschaft zur Dekompensation bei "unfallähnlichen Ereignissen"; sie habe die Entstehung der weichteilrheumatischen Dekompensations-Symptomatik begünstigt und die bisherige Rekompensation der aufrechten Halteleistung verhindert. Die Haltungsdekompensation sei das Resultat eines schmerzbedingten Trainingsverlustes der Muskulatur, der sich während den ersten Wochen beziehungsweise ersten wenigen Monaten entwickelt habe und der auf Grund der parallel bestehenden chronifizierten Schmerzzustände nicht wieder habe rekompensiert werden können. Für sich allein betrachtet, könnten derartige Wirbelsäulenfehlformen durchaus zu vorübergehenden Beschwerden und Befunden führen, doch seien sie therapierbar. Aufgrund der von Mai 1997 bis November 1998 aktenkundigen Beschwerden erwiesen sich auch die Kreuzbeschwerden als vorbestehend. Sicherlich seien sie teilweise auch weichteilbedingt und Ausdruck einer konstitutionellen Veranlagung zur Entwicklung weichteilrheumatischer Befunde und Beschwerden, die sehr häufig zusätzliche Aspekte psychosomatischer und vegetativer Symptome zeigten. All diese unfallfremden vorbestandenen Befunde beziehungsweise konstitutionellen Neigungen bildeten ungünstige beziehungsweise erschwerende Faktoren für die Heilung beziehungsweise Rekompensation nach erlittenen HWS-Distorsionstraumen. Sie bedürften zur klinischen Manifestation stets eines Realisierungsfaktors, beispielsweise eines Traumas (Urk. 16 S. 12, 15).

## E. 5

5.1 Ä Ä Ä Die einlässliche Würdigung der einzelnen Beschwerden und des Vorzustandes durch Prof. G. \_\_\_ zeigt, dass beim Verlauf und der Persistenz der anfänglich mit dem erlittenen HWS-Distorsionstrauma vereinbaren Beschwerdebild die konstitutionelle Veranlagung der Versicherten zur Entwicklung weichteilrheumatischer Befunde und Beschwerden mit teilweise auch psychosomatischen und vegetativen Symptomen eine bedeutsame Rolle spielte. Nach Prof. G. \_\_\_ ist der natürliche Kausalzusammenhang zum Unfall jedoch insofern gegeben, als erst dieses Trauma dazu geführt habe, dass sich die unfallfremden vorbestandenen Befunde beziehungsweise konstitutionellen Neigungen klinisch überhaupt manifestierten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die differenzierte Darstellung der pathophysiologischen Vorgänge in sämtlichen von den Beschwerden betroffenen Körperregionen durch Prof. G. \_\_\_ widerlegt Dr. F. \_\_\_s Feststellung, das Ausmass der Nacken- und Schulterschmerzen lasse sich namentlich durch die geringen klinischen Befunde medizinisch nicht erklären (Urk. 8/M53 S. 21). Prof. G. \_\_\_ bezweifelt denn auch die Genauigkeit der klinischen Untersuchung Dr. F. \_\_\_s, namentlich bezüglich der von diesem konstatierten Druckschmerzhaftigkeit des Schlüsselbeins. Dr. F. \_\_\_ habe zudem die Beweglichkeit der 1. Rippe beidseits manuell diagnostisch nicht untersucht. Ansonsten hätte er die wesentliche, schmerzhafteste Bewegungsstörung des cervikothorakalen Überganges erkennen müssen. Auch seien Dr. F. \_\_\_s Palpationsbefunde betreffend fehlende Verspannungen der Nackenmuskulatur nicht fundiert, denn innerhalb der gesamten Nacken-Schultergürtelmuskulatur seien neben einzelnen Tenderpoints konstant vorhandene Triggerpunkte jederzeit reproduzierbar und aktivierbar. Es sei unverst ändlich,

dass Dr. F.\_\_\_\_ diese Symptomatologie nicht habe reproduzieren können. Zudem habe er die nach kaudal zunehmende Schmerzhaftigkeit der Facettengelenke beidseits, die unter Belastung zu massiven Kopfschmerzen und Missempfindungen führten, zu wenig gewürdigt. Auch habe Dr. F.\_\_\_\_ die cervikogen-myotendinotische Kopfschmerzproblematik und die migränoïden Zusatzsymptome nicht erkannt, obwohl diese die neuropsychologischen Störungen, die Energielosigkeit und rasche Ermüdbarkeit durchaus erklärten und diagnostisch jederzeit auslösbar seien (Urk. 16 S. 13).

5.2.2.2 Soweit Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ die Auffassung, der status quo sine sei wieder erreicht, mit dem Vorzustand begründen (Urk. 8/M53 S. 23), so stützen sie sich offenbar auf das Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ in vom 14. November 1997 zuhanden der Beamtenversicherungskasse, worin als Symptome der Mitte April 1997 aufgetretenen Krankheit unter anderem Kopfschmerzen und Müdigkeit genannt und eine verspannte Nackenmuskulatur mit occipitalen Druckpunkten und einzelnen Druckpunkten im Bereich des linken Schultergelenkes als Untersuchungsbefunde angeführt worden sind (Urk. 8/M36 S. 2,3), oder auf den Bericht von Chiropraktor Dr. D.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2001, nach dem die Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfall unter einer Schlafstörung und Depression gelitten habe (Urk. 8/M41 S. 1).

Für eine Schlafstörung und Depression vor dem Unfall finden sich in den übrigen Akten und den anamnestischen Angaben in den Gutachten jedoch keine Anhaltspunkte. Auch die Kopfschmerzen waren von Dr. J.\_\_\_\_ nicht als vorherrschenden Beschwerdekomples erwähnt worden, sondern beiläufig im Zusammenhang mit unklaren Unterleibsbeschwerden, die im Mai und Juli 1997 operativ behandelt worden waren und von denen einzig Beschwerden im lumbosacralen Übergang persistierten beziehungsweise noch weiter behandelt werden mussten. Bezüglich der an der Halswirbelsäule erhobenen Befunde hatte Dr. J.\_\_\_\_ - offenbar mangels entsprechender Beschwerden - gar keine Diagnose gestellt (Urk. 8/36 S. 2). Im Folgegutachten dieser Ärztin vom 1. September 1998 werden jedenfalls bezüglich der Wirbelsäule einzig die seit Mai 1997 behandelten Kreuzschmerzen angeführt; von vorbestandenen Nacken- oder Kopfschmerzen ist nicht die Rede, eine gelegentliche Schwelligkeit wird als Folge der damaligen Schwangerschaft bezeichnet (Urk. 8/M37 S. 3).

Zu Recht hält Prof. G.\_\_\_\_ daher fest, dass sich die Vorgeschichte um Unterbauchbeschwerden, gynäkologische Probleme des kleinen Beckens und während der Hospitalisation im Mai 1997 aufgetretene Kreuzbeschwerden gedreht habe. Eine damals im Vordergrund gestandene Nacken- oder Kopfproblematik sei nicht aktenkundig; namentlich die Seropram-Behandlung sei nicht wegen Kopfschmerz, sondern wegen der unklaren Unterbauchbeschwerden erfolgt (Urk. 16 S. 13).

Die Schlussfolgerung der Dres. F.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_, der Vorzustand sei wieder erreicht worden, vermag demnach nicht zu überzeugen. Vielmehr ist mit Prof. G.\_\_\_\_ davon auszugehen, dass die aktuellen Beschwerden zumindest teilweise immer noch in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall stehen.

5.3.2.2 Auch wenn Prof. G.\_\_\_\_ das aktuelle Beschwerdebild aufgrund der von ihm beschriebenen pathophysiologischen Vorgänge als plausibel erachtet, so bedeutet dies keineswegs, dass diesem noch ein organisches Korrelat zugrunde liegt. Namentlich aufgrund der einlässlichen Würdigung der klinischen und mittels MRI und

Röntgenabklärungen erhobenen Befunde durch Prof. K.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ kann dies ohne weiteres ausgeschlossen werden (Urk. 8/M30 S. 5, Urk. 8/M53 S. 18 ff.). Prof. G.\_\_\_\_ erklärt sich denn auch mit Dr. F.\_\_\_\_s Auffassung, dass die radiologischen Befunde das posttraumatische Befund- und Beschwerdebild niemals zu erklären vermögen, einverstanden, und er stimmt mit den übrigen Ärzten darin überein, dass die kleine Diskushernie C5/C6 innerhalb des Beschwerdebildes keine Rolle spiele (Urk. 16 S. 13). Damit erbringt sich die nähere Prüfung der in der Replik aufgrund einer entsprechenden Äusserung von Dr. I.\_\_\_\_ vom 6. Oktober 1999 (Urk. 8/M15 S. 7) aufgeworfenen Frage nach der Unfallkausalität dieser Diskushernie von vornherein (vgl. Urk. 15 S. 3). Immerhin ist festzuhalten, dass es vorliegend ohnehin an dem von der Rechtsprechung zu deren Anerkennung unter anderem vorausgesetzten Unfallereignis von besonderer Schwere (RKUV 2000 Nr. U 378 S. 190, Nr. U 379 S. 192) fehlt - ein Umstand, auf den auch der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. M.\_\_\_\_, in seiner Beurteilung vom 8. Februar 2000 ausdrücklich hingewiesen hat (Urk. 8/M44).

Eine organische Schädigung hat sich auch nicht aufgrund der ambulanten Behandlung in der Rehabilitationsklinik E.\_\_\_\_ eingestellt, auf deren ungünstige Wirkung sich die Beschwerdeführerin beruft, wenn sie geltend macht, die SUVA habe dafür aufgrund von Art. 6 Abs. 3 UVG einzustehen (Urk. 1 S. 9). Zwar stimmt Prof. G.\_\_\_\_ mit ihr darin überein, dass die unspezifische aktive Trainingstherapie die Schmerzempfindlichkeitszustände der tiefen paravertebralen und der begleitenden Weichteilstrukturen des Schultergürtels verstärkt habe (Urk. 16 S. 2, 11). Doch bezieht sich seine Argumentation auch in dieser Hinsicht lediglich auf pathophysiologische Zusammenhänge, die sich auf der organischen Ebene nicht direkt nachvollziehen lassen. Die Berichte der Rehabilitationsklinik E.\_\_\_\_ vom 20. August und 16. Oktober 2002 (Urk. 8/M46-47) deuten im übrigen nicht auf eine Verkenntung der bei der Beschwerdeführerin bestehenden Weichteilproblematik hin. Auch geht daraus hervor, dass die Nackenproblematik unter der Behandlung anfänglich stabilisiert worden sei, jedoch beim Training aufgetretene Knie- und Kreuzbeschwerden ihrerseits zu einer Zunahme der Nacken- und Kopfschmerzen sowie zu einer Verminderung der Konzentrationsfähigkeit geführt hätten.

5.4.4.4 Es ergibt sich somit, dass den Beschwerden und Schmerzzuständen keine direkten organischen Verletzungsfolgen mehr zugrunde liegen. Eine weitere Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin kann daher nur bejaht werden, wenn sich die an sich gegebene natürliche Unfallkausalität auch als adäquat erweist. Da bereits vor der auf den 5. April 2004 verfügten allgemeinen Leistungseinstellung (vgl. Urk. 9/212) keine Behandlung mehr zur Diskussion stand, von der eine namhafte Besserung zu erwarten war, wäre spätestens in diesem Zeitpunkt die Adäquanzfrage zu prüfen gewesen (vgl. BGE 130 V 384 Erw. 2.3.1 und Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 16. Juni 2004 i.S. S., U 133/03, Erw. 2.3 mit Hinweisen).

4.4.4.4 Die Beschwerdegegnerin hat die Adäquanzfrage im Einspracheentscheid nicht geprüft. Auch in ihren Rechtsschriften (Urk. 7, 22) hat sie dazu nichts ausgeführt und sich namentlich auch nicht dazu geussert, ob die Beurteilung nach den für die Folgen des HWS-Schleudertraumas in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien oder nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen sei. Somit hatte auch die Beschwerdeführerin keinen Anlass, ihrerseits zur Adäquanzfrage Stellung zu

nehmen. Die Sache ist daher nicht nur zur Ergänzung der Begründung des Einspracheentscheides im Sinne der Erwägung 1, sondern auch - im Sinne der Wahrung des Instanzenzuges - zur Adäquanzprüfung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

6. Dieser Verfahrensausgang gilt nach ständiger Rechtsprechung als vollständiges Obsiegen der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin (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). Sie hat daher gestützt auf Art. 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese ist entsprechend der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses mit Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bemessen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 30. März 2005 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie zu ihrer Leistungspflicht ab 1. Januar 2001 nach allfälligen zusätzlichen Abklärungen einen vollständigen begründeten Einspracheentscheid im Sinne der Erwägungen erlasse.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Christine Fleisch
- Fällsprecher René W. Schleifer
- Bundesamt für Gesundheit
- Krankenversicherung Assura

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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