

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00304 vom 28. Dezember 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-12-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2005.00304](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00304)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00304 du 28 décembre 2005

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00304 del 28 dicembre 2005

## Erwägungen

### E. 2.1

2.1.1.1. Die Beschwerdegegnerin stellte sich zusammengefasst auf den Standpunkt, dass sich die mit Urteil vom 24. August 2000 geforderten weiteren medizinischen Abklärungen schwierig gestaltet hätten, da sich die Beschwerdeführerin hinsichtlich diverser Abklärungen geweigert habe, mitzuwirken. Die daraus resultierenden Unklarheiten seien beweisrechtlich zu ihren Ungunsten zu wärdigen. Aufgrund der nunmehrigen Aktenlage bestehe weiterhin eine Unsicherheit über das Vorliegen einer organischen Hirnfunktionsstörung. Im Wesentlichen abgestützt auf das Aktengutachten von Dr. K. verneinte die Beschwerdegegnerin das Vorliegen einer auf das Unfallgeschehen zurückzuführenden organischen Hirnschädigung. Zudem wäre die Adäquanz einer solchen Verletzung zu verneinen (Urk. 2, 7).

2.1.2. Die Beschwerdeführerin lässt im Wesentlichen geltend machen, dass sich sämtliche nach dem Rückweisungsentscheid beteiligten medizinischen Fachpersonen mit Ausnahme von Dr. K. für die Unfallkausalität ausgesprochen hätten und angesichts dieser Aktenlage der natürliche Kausalzusammenhang nicht mehr ernsthaft in Zweifel gezogen werden könne. Der adäquate Kausalzusammenhang sei ausserdem bereits angesichts der mehr als zehnjährigen Arbeitsunfähigkeit zu bejahen. Aufgrund der Bindungswirkung des Entscheids der Invalidenversicherung sei die Beschwerdegegnerin im übrigen zur Ausrichtung einer 100%igen Rente zu verpflichten (Urk. 1).

2.2. Im Rückweisungsentscheid vom 24. August 2000 sah es das Gericht als erstellt an, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 28. August 1995 ein Schädelhirntrauma erlitten hat. Nicht abschliessend beurteilt werden konnte aufgrund der damaligen Aktenlage das im fraglichen Zeitraum relevante Beschwerdebild, insbesondere die Intensität und Dauer der Kopfschmerzen sowie die neuropsychologischen Funktionsstörungen. Ebenso offen war die Frage, ob diese Beschwerden auf eine traumabedingte Verletzung des Hirnes zurückzuführen sind. Als notwendig erachtet wurde in diesem Zusammenhang die Durchführung einer weiteren neuropsychologischen Abklärung, insbesondere zur Klärung der Frontalhirnfunktionen, welche unter Einbezug und Interpretation der SPECT-Untersuchung vom 6. September 1999 zu beurteilen und erneut einem Neurologen vorzulegen sei.

Weiter war nicht erstellt, welche Folgen der Unfall für die sich durch eine Anlagerung des Os odontoideum auszeichnende Wirbelsäule der Beschwerdeführerin hatte. Im Besonderen war nicht hinreichend geklärt, ob der Unfall ein nachweisbares organisches Geschehen bewirkt hat, ob mithin die erhobene Motilität

der Halswirbelsäule (HWS) und/oder die Myelonkompression mit dem Unfall in einem Zusammenhang stehen und welche Beschwerden darauf zurückzuführen sind. Soweit die zusätzlichen Abklärungen kein nachweisbares organisches Geschehen zu Tage bringen sollten, wurde die Beschwerdegegnerin verpflichtet abzuklären, ob die Beschwerdeführerin eine schleudertraumatische Verletzung erlitten hat. Für beide Fragen wurde es als unerlässlich bezeichnet, sich über die geklagten Beschwerden und erhobenen Befunde in den Tagen nach dem Unfall vollständig zu dokumentieren.

Letztendlich liess sich gestützt auf die ursprüngliche Aktenlage nicht erstellen, welche Bedeutung der diagnostizierten psychischen Störung im Verhältnis zu den somatischen Beschwerden zukommt. In diesem Zusammenhang wurde die Beschwerdegegnerin insbesondere aufgefordert, einen ausführlichen Bericht des behandelnden Psychotherapeuten einzuholen (Urk. 8/Z67 S. 12 ff.).

### E. 2.3

2.3.1 Die Beschwerdegegnerin holte in Nachachtung der ihr auferlegten Abklärungspflicht einen Bericht des Hausarztes Dr. C. \_\_\_ zu den Anfangsbefunden und -diagnosen ein. Dr. C. \_\_\_ notierte am 18. Oktober 2000 zu den Befunden vom Unfalltag bis am 31. August 1995 neben einer Rissquetschwunde occipital, dass die Versicherte über heftige Kopfschmerzen und Schwelligkeit geklagt habe. Die Halswirbelsäule sei druckdolent gewesen, neurologische Ausfälle erkannte Dr. C. \_\_\_ keine. Am 31. August 1995 habe die Versicherte weiterhin starke Kopfschmerzen, jedoch keine Schwelligkeit beklagt, neurologisch sei sie weiterhin unauffällig gewesen. Die ausführliche Diagnose von Dr. C. \_\_\_ lautete auf einen Status nach commotio cerebri mit persistierenden Kopf- und Nackenschmerzen sowie einer Instabilität der oberen HWS mit sekundär aufgetretener Haltungsinsuffizienz (Diagnose in Schulthess-Klinik gestellt) (Urk. 8/M20).

2.3.2 Im E. \_\_\_ wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der Invalidenversicherung am 28. August 2001 internistisch, psychiatrisch und neurologisch untersucht. Die beteiligten ärztlichen Fachpersonen stellten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Leichte traumatische Hirnverletzung nach Unfall vom 28. August 1995 im Sinne eines organischen Psychosyndroms nach Schädel-/Hirntrauma (ICD-10 F07.2)

- persistierende, verhaltensneurologische und neuropsychologische Funktionsstörungen

2. Status nach HWS-Distorsions- oder Abknicktrauma nach Unfall vom 28.8.1995 (ICD-10 S13.4)

- persistierende zervikale- und zervikozepale Symptomatik von teilweise migräniformem Charakter

- klinisch massiges oberes und unteres Zervikalsyndrom mit schmerzhafter Funktionseinschränkung

3. Depressive Entwicklung, mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.10)

4. Vorbestehender Befund eines Os odontoideum und Spinalkanalstenose C1/2 bei Segmentinstabilität C1/2 (Urk. 8/M23/2 S. 17).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sowohl die psychologische als auch die neurologische Abklärung führten zum Schluss, dass angesichts des Unfallhergangs und des auffallend veränderten Verhaltens der Explorandin, welches fremdanamnestisch durch die Schwester bestätigt worden sei, den in der Folge immer wieder beklagten verhaltensneurologischen Auffälligkeiten und den neuropsychologischen Funktionsstörungen von einer leichten traumatischen Hirnverletzung ausgegangen werden müsse. Dass die neuropsychologische Untersuchung durch Dr. phil. L. \_\_\_ im Rahmen der MEDAS-Begutachtung vom 11. Oktober 1996 (Urk. 8/M9) keine Defizite ergeben habe, wurde von den beteiligten Begutachtern darauf zurückgeführt, dass die Versicherte bezüglich frontaler Funktionsstörungen zu wenig detailliert untersucht worden sei und sie ihre Defizite anlässlich der Untersuchung nicht richtig habe formulieren können respektive diese aufgrund der Frontalhirnstörung nicht richtig realisiert habe. Möglicherweise habe die Versicherte, da sie noch grosse Schwierigkeiten mit den hirnganischen Beeinträchtigungen gehabt habe, zu dissimulieren versucht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die depressive Erkrankung könne sicher organisch durch die hirnganischen Veränderungen begründet sein, sei aber mit Sicherheit auch als Reaktion auf die hirnganischen Veränderungen zurückzuführen. Die vom Psychiater Dr. med. M. \_\_\_ im Oktober 1996 diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung mit der festgehaltenen konversiven Reaktionsbereitschaft (vgl. Urk. 8/M11) könne nicht bestätigt werden. Es gehe nicht darum, dass die Versicherte Unfallfolgen nicht adäquat psychisch verarbeiten könne, sondern dass sie hirnganisch beeinträchtigt sei und ihre Depression teils durch die organische Beeinträchtigung, teils als Reaktion darauf verursacht worden sei.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Verhaltensneurologisch hätten sich aktuell ausgeprägte Symptome einer überwiegend frontalen Funktionsstörung (vgl. zu den verhaltensneurologischen Aspekten Urk. 8/M23/4 S. 5) gezeigt, welche gut mit dem SPECT-Befund des Cerebrums vom 6. September 1999 (vgl. 8/M19 S. 9 f.), den Untersuchungsergebnissen von Dr. phil. A. N. \_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie und für Psychotherapie FSP, vom 3. Oktober 1999 (Beilage zu Urk. 8/M19) und den fremdanamnestischen Angaben der Schwester korrespondieren würden. Neben dieser leichten traumatischen Hirnverletzung habe sich die Versicherte eine HWS-Distorsion zugezogen, welche sich durch sofortige Nacken-/Kopfschmerzen geussert habe (vgl. dazu insbesondere Urk. 8/M23/4 S. 7 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der sowohl aus neurologischer als auch aus psychiatrischer Sicht organisch bedingten Einschränkungen sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Coiffeuse seit dem Unfalltag bleibend zu 100 % eingeschränkt. Eine Tätigkeit in der freien Wirtschaft sei nicht mehr zumutbar. Die zumutbare Restarbeitsfähigkeit, gut adaptiert, von 30 % sei ihr zur Verwertung im Haushalt oder einer geschätzten Werkstatt zumutbar (vgl. Urk. 8/M23/2 S. 17 ff.).

2.3.3 Ä Ä Dr. G. \_\_\_ überwies die Beschwerdeführerin im Rahmen seiner neurologischen Begutachtung zur neuropsychologischen Testuntersuchung an die Psychologin H. \_\_\_. Anlässlich deren Untersuchung vom 5. November 2002 war auch die Schwester der Beschwerdeführerin anwesend. Frau H. \_\_\_ erkannte gestützt auf ihre Testuntersuchung mittelstarke Funktionsstörungen im Bereich der Planungs-, Strukturierungs- und Umstellungsfähigkeit. Weiter würden auch die leicht bis deutlich eingeschränkten Aufnahme- und Verarbeitungsprozesse, eine deutlich ausgeprägte Verlangsamung, eine deutlich erhöhte Ermüdbarkeit und eine eingeschränkte

Konzentrationsfähigkeit das allgemeine kognitive Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin einschränken. Der Vergleich mit der im Jahr 1999 von Dr. N.\_\_\_\_ durchgeführten Testuntersuchung zeige einen insgesamt etwa unveränderten Befund. Insgesamt würden die neuropsychologischen Befunde auf leicht bis mittelstark ausgeprägte Hirnfunktionsstörungen hinweisen, welche unter Einbezug der von der Schwester und der Versicherten subjektiv gemachten Angaben und auf dem Hintergrund von prätraumatischer Persönlichkeit, beruflicher und persönlicher Laufbahn im Rahmen eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma zu interpretieren seien. Weiter müssten jedoch auch die zusätzlichen schmerz- und medikamentenbedingten Überlagerungen in die Gesamtinterpretation miteinbezogen werden (Urk. 8/M24/1).

2.3.4 Dr. G.\_\_\_\_ stützte sein Gutachten vom 11. November 2002 auf eine eingehende neurologische Abklärung, die neuropsychologische Untersuchung durch Frau H.\_\_\_\_, ein Elektroencephalogramm (EEG) vom 29. Oktober 2002 (Beilage zu Urk. 8/M24) und sämtliche bisherigen medizinischen Akten. Die persönliche Anamnese erfolgte gestützt auf die Angaben der Versicherten und ihrer Schwester.

Auf dieser Basis kam Dr. G.\_\_\_\_ zum Schluss, es falle auf, dass sämtliche Gutachter im Wesentlichen denselben Tatbestand beschreiben würden: Die Versicherte sei psychisch und sprachlich in hohem Masse auffällig. Sie sei wenig spontan, teilnahmslos, indifferent, etwas versponnen vor sich hin brütend. Sie reagiere aber auf Ansprache sofort mit freundlichen und geordneten Antworten, allerdings mit leiser Stimme. Er habe nicht den Eindruck einer depressiven Patientin, was auch mit ihrer eigenen Wahrnehmung übereinstimme. Dr. G.\_\_\_\_ schloss ebenfalls auf das Vorliegen eines unfallkausalen Frontalhirnsyndroms. Eine solche Contre-Coup-Läsion sei angesichts des Unfallmechanismus mit einer occipitalen Prellung ohne Weiteres verständlich. Eine derartige Verletzung müsse nicht obligat in einer Computertomographie oder Magnetresonanztomographie bildgebend erfassbar sein. Im ganzen Kontext aber sei die SPECT-Untersuchung mit auffallender Minderaktivität im Frontalgebiet, links betont, ein gutes Indiz für die Objektivierung dieser klinischen Annahme

Frontalhirnläsionen würden sich durch eine Veränderung der höheren kognitiven Hirnleistungen, des Planungsvermögens, der Triebsteuerung und generell des Antriebs auszeichnen. Bei vermehrter Betroffenheit der frontobasalen Strukturen sehe man häufig eine Antriebsvermehrung; bei Verletzung primär der konvexitätsnahen Strukturen finde eine allgemeine Antriebsverminderung statt und damit just das Bild, welches die Beschwerdeführerin aufweise. Durch eine derartige Stirnhirnverletzung seien einerseits neuropsychologische Einbussen zu erwarten, andererseits aber auch tiefgreifende Störungen der Persönlichkeit, die über erstere weit hinausgehen würden und auch stärker zu gewichten seien.

Zusätzlich habe die Beschwerdeführerin bei dem Sturz auf den Hinterkopf eine Verletzung am craniocervicalen Übergang erlitten. Wie sich gezeigt habe, bestehe eine eigentliche craniocervicale Übergangsmisbildung, einhergehend mit einem Os odontoideum mit leichter Rückenmarkskompression und bereits eingetretener Gliose, aber auch mit einem Kleinhirntonsillientiefstand, einer Dysplasie des Atlantodentalgelenkes und einer Verplumpung der Densbasis und der Massa lateralis des zweiten Halswirbelkörpers. Es handle sich als um eine Arnold-Chiari-Missbildung vom Typ I und nicht einfach um ein "banales" Os odontoideum. Dr. G.\_\_\_\_ verwies auf einschlägige

Fachliteratur, gemäss welcher bereits einfache und banale Kopftraumen solche Übergangsanomalien klinisch symptomatisch werden liessen, und dass einerseits Beschwerden auftreten würden, wie von der Beschwerdeführerin beschrieben, nämlich Kopfschmerzen am Nacken und Hinterkopf bei körperlicher Anstrengung, schlimmer beim Husten und Niesen, mit Ausstrahlung nach frontal und temporal. Andererseits würden Drehschwindel bei Kopfdrehbewegungen, Gangstörungen, Gefühlsstörungen, Sprechstörungen, Schluckstörungen und Doppelbilder sowie vegetative Funktionsstörungen auftreten. Die Beschwerdeführerin schildere derartige Beschwerden, namentlich Gefühlsstörungen mit Schmerzen in den Armen, Nackenschmerzen, Schwindel, zudem intermittierend auch vom Hirnstamm ausgehende dysarthrische Sprechstörungen.

Dr. G. hielt eine Hinterkopfprellung für geeignet, die Anlagestörung im craniocervicalen Übergangsbereich symptomatisch werden zu lassen. Zudem sei angesichts der anamnestisch gewonnenen Erkenntnisse davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin initial Nackenschmerzen gehabt habe, da sie im Spital P. möglicherweise aus sprachlichen Gründen und aus Verwirrtheit fälschlicherweise von "Hals"-Schmerzen gesprochen habe. Der Zusammenhang der Nackensymptomatik mit dem Trauma sei seines Erachtens erstellt.

Seine Diagnosen lauteten sodann auf eine craniocervicale Übergangsanomalie mit Arnold-Chiari-Malformation Typ I und ausgeprägtem Os odontoideum mit beginnender cervicaler Myelopathie, richtungsweisend aktiviert nach Sturz auf den Hinterkopf am 28. August 1995. Weiter stellte er die Diagnose eines ausgeprägten hirnorganischen Psychosyndroms mit Störung des Antriebs und der komplexen frontalen Hirnleistungen (ICD-10 F 07.2). Möglicherweise, nicht gesichert, liege eine reaktive Depression vor.

Die zur Zeit noch vorhandenen gesundheitlichen Beschwerden seien allein und überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen. Zur Arbeitsfähigkeit erklärte er, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei. Ausserdem bestehe auch in einer andern Tätigkeit infolge der neurologischen Symptome und der gleichzeitig erheblichen Antriebsstörung keine Restarbeitsfähigkeit mehr (Urk. 8/M24 insbesondere S. 20 ff.).

### E. 2.3.5

Aufgrund der Weigerung der Beschwerdeführerin, sich von Dr. I. persönlich untersuchen zu lassen (vgl. zum Beispiel Urk. 8/M176), erstellte dieser sein Gutachten vom 5. Oktober 2003 gestützt auf die Akten. Zusätzlich nahm er telefonisch Rücksprache mit Dr. C. (vgl. dazu Urk. 8/M25 S. 6 f.). Dr. I. legte in seinem Gutachten unter anderem in eingehender Weise wissenschaftliche Grundlagen insbesondere zum Thema Frontallappenschädigung dar und subsumierte diverse den Akten entnommene Befunde betreffend die Beschwerdeführerin (wie eine gestörte Feinmotorik, allgemeiner Kraftverlust, Gangunsicherheit, innerliche Unruhe, Verlust der Spontaneität, Ideenverarmung, Apathie, gestörtes Sozial- und geändertes Sexualverhalten, eine erhöhte Ermüdbarkeit, Verlangsamung, Antriebslosigkeit).

Dr. I. bestätigte Dr. G.'s Diagnose der hirnorganischen Schädigung vollumfänglich. Es liege ein mittelschweres bis eventuell bereits schweres sogenanntes Frontallappen- beziehungsweise Stirnhirnsyndrom vor, das zu der

beschriebenen Persönlichkeitsveränderung geführt habe. Diese sei irreversibel und derart ausgeprägt, dass die Beschwerdeführerin nie mehr einer Erwerbstätigkeit nachgehen könne. Dieser Gesundheitsschaden sei gemäss Dr. I. \_\_\_ mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen.

2.3.6.6 Der Neurologe Dr. K. \_\_\_ wurde von der Unfallversicherung beauftragt, ein Aktengutachten zu erstellen und dabei insbesondere die medizinische Nachvollziehbarkeit und Glaubwürdigkeit des Gutachtens von Dr. G. \_\_\_ zu überprüfen (Urk. 8/Z236). Dr. K. \_\_\_ setzte sich in seinem Gutachten vom 11. Juni 2005 in eingehender Weise mit dem Gutachten G. \_\_\_ und mit den übrigen nach dem Rückweisungsentscheid des hiesigen Gerichts erstellten Gutachten auseinander. Gemäss seiner zusammenfassenden Beurteilung habe die Beschwerdeführerin zweifelsfrei eine milde traumatische Hirnschädigung und möglicherweise auch ein indirektes HWS-Trauma erlitten. Die Schmerzsymptomatik, die sich initial ordentlich zurückgebildet habe, mit der Zeit aber wieder akzentuiert worden sei, sei zweifelsfrei traumatisch bedingt. Allerdings habe sich in der Folge das Beschwerdebild im Sinne einer Somatisierung intensiviert und verstärkt. Zudem seien weitere Symptome hinzugekommen, neben den Gefühlsstörungen in den Händen auch Schwindelbeschwerden und schliesslich noch Sprach- und Koordinationsstörungen. Diese Störungen seien durchaus von funktionellem Charakter. Diagnostisch nahm Dr. K. \_\_\_ eine Konversionsstörung (DSM-IV 300.11) an.

Was die verhaltensneurologische Situation betreffe, so sei das Geschehen vollumfänglich durch die Annahme einer nicht organischen Störung im Sinne einer Anpassungsstörung (DSM IV 309.ff) erklärbar. Die Annahme einer organisch bedingten Frontalhirnstörung sei auch aufgrund der diversen neuropsychologischen Untersuchungen in keiner Weise begründet. Dr. G. \_\_\_s Beurteilung kritisierte er insbesondere dahingehend, dass dieser es versäumt habe, die Organizität der Beschwerden schlüssig zu begründen. Dr. G. \_\_\_ habe implizit das erstmals im Gutachten der E. \_\_\_ vorgebrachte Konstrukt, wonach die Beschwerdeführerin aufgrund einer Frontalhirnstörung ihre Defizite nicht realisiert und damit auch nicht artikuliert habe, übernommen. Auch habe er die Angaben der Angehörigen kritiklos übernommen. Die Antriebsstörung allein genüge in keinem Fall für die Annahme einer frontalen organischen Läsion (Urk. 8/M27 S. 6 f. und S. 9).

In Bezug auf die HWS-Verletzung stellte sich Dr. K. \_\_\_ auf den Standpunkt, dass es aufgrund des Unfallmechanismus durchaus möglich sei, dass eine Schleuderverletzung der HWS stattgefunden habe. Die Hauptsymptomatik einer derartigen Distorsionsverletzung und auch die teilweise auftretenden Folgebeschwerden würden sich aber kaum von den Beschwerden unterscheiden, welcher in Folge einer Schädelprellung beziehungsweise einer milden traumatischen Hirnschädigung auftreten können. Angesichts des Beschwerdeverlaufs könne eine Schädigung des Rückenmarks sowie der Nervenwurzeln ausgeschlossen werden. Auch unter dem Aspekt des Os odontoideum sei eine direkte oder indirekte Traumatisierung der HWS zu verneinen, da auch in diesem Zusammenhang vor allem Symptome des Rückenmarks vorhanden sein müssten, welche fehlten. Ohne auf Röntgenaufnahmen oder MR-Bilder zurückzugreifen zu können, verneinte Dr. K. \_\_\_ den von Dr. G. \_\_\_ festgehaltenen Tonsillentiefstand und damit dessen Diagnose einer Arnold-Chiari-Missbildung (Urk. 8/M27 S. 8).

### E. 3

3.1. Im Wesentlichen strittig zwischen den Parteien und auch im Rahmen der Begutachtungen von vordergründiger Bedeutung ist die Frage, ob die Beschwerdeführerin im relevanten Zeitraum an den Folgen einer unfallkausalen Frontalhirnströmung gelitten hat.

Im Rahmen der Beweiswürdigung sticht ins Auge, dass sämtliche nach dem Rückweisungsentscheid von der Unfallversicherung eingeholten fachärztlichen Beurteilungen sich klar für das Vorliegen einer Frontalhirnverletzung aussprachen; einzig Dr. K. stellte sich gegen diese Annahme. Angesichts dieser singulären Abweichung und des Umstandes, dass sich Dr. K. seine Meinung ohne persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin lediglich gestützt auf die Akten gebildet hat, ist zunächst die Beweiskraft seiner Ausführungen zu beleuchten.

Dr. K. begründete seine Meinung unter anderem damit, dass für die Organizität der Beschwerden schlüssige Beweise fehlen würden und die sich aus den Akten klar ergebende Ausweitung der Beschwerden atypisch für eine Hirnströmung sei (vgl. insbesondere Urk. 8/M27 S. 7).

Dazu ist Folgendes festzuhalten: Zur Beantwortung von medizinischen Kausalitätsfragen ist die Verwaltung und im Streitfall das Sozialversicherungsgericht auf Erkenntnisse von Ärzten angewiesen, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse den Entscheidungsorganen zur Verfügung zu stellen. Für den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt im Sozialversicherungsrecht in der Regel der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Die Unfallkausalität muss somit nicht mit (medizinisch-)wissenschaftlicher Genauigkeit zwingend nachgewiesen sein; es genügt, dass die überwiegende Wahrscheinlichkeit für einen bestimmten Kausalverlauf spricht. Was in dieser Hinsicht nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung für das private Haftpflichtrecht gilt, hat erst recht für das soziale Unfallversicherungsrecht Geltung. Die Anforderungen an den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs in Medizin und Recht müssen folglich nicht immer gänzlich deckungsgleich sein. Deshalb kann es vorkommen, dass der natürliche Kausalzusammenhang aufgrund (unfall-)medizinischer Erfahrung rechtlich bejaht wird, obwohl im Einzelfall ein strikter Beweis im medizinisch-wissenschaftlichen Sinn nicht zu erbringen ist. Von einer solchen Unterscheidung geht die Rechtsprechung auch in anderem Zusammenhang aus (vgl. BGE 105 V 230 Erw. 4a sowie 111 V 189 Erw. 3b).

Damit wird der Stellenwert medizinischer Erkenntnisse als unabdingbare Grundlage für die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs als einer Tatfrage nicht verkannt. Im Rahmen freier rechtlicher Beweiswürdigung haben die Verwaltung und im Streitfall das Gericht indessen alle medizinischen Berichte zu würdigen, und zwar auch solche, welche die Wahrscheinlichkeit der natürlichen Kausalität nicht allein vom sicheren Nachweis neurologischer Auffälle oder entsprechender Befunde mittels bildgebender Untersuchungsmethoden wie Computertomogrammen usw. abhängig machen. Dies hat nach dem Gesagten dort zu gelten, wo der Natur der Sache nach ein direkter wissenschaftlicher Beweis im Einzelfall (noch) nicht geführt werden kann, so etwa bei Unfällen mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule (BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa) oder Schädel-Hirntrauma. Wie die

SUVA in den Mitteilungen der Medizinischen Abteilung 59, November 1986, S. 7 darlegt, kann in vielen Fällen "gerade der computertomographische oder der neurologische Befund negativ sein, und dennoch können erhebliche psychoorganische Störungen vorliegen. Diese Störungen werden in der Praxis oft übersehen, wenn das Verhalten des Patienten im Alltag im allgemeinen unauffällig ist. Es sind die typischen Folgen nach einer gedeckten Schädelhirnverletzung wie Konzentrationsstörungen, Frischgedächtnisstörungen und Störungen der Handlungsplanung, die sich oft nur nach längerer Zeit Belastung im Beruf bemerkbar machen. Auch wenn keine motorischen oder sensiblen Ausfälle mehr vorliegen, sind psychoorganische Defizite die häufigsten Befunde nach Hirnverletzungen." In derartigen Fällen können im Rahmen der Anamnese oder ergänzend auch nichtärztliche Auskünfte, wie beispielsweise von Arbeitgebern, über Leistung und Verhalten des Versicherten vor und nach dem Unfall in die Beweiswürdigung einbezogen werden (BGE 117 V 379 f. Erw. 3e).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. K. \_\_\_ stellte sich im Wesentlichen gestützt auf die MEDAS-Begutachtung und dabei insbesondere auf das Gutachten des Neuropsychologen Dr. phil L. \_\_\_ vom 11. Oktober 1996 (Urk. 8/M9), auf den Standpunkt, dass erst nach der MEDAS-Begutachtung, mithin über ein Jahr nach dem Unfall eine Symptomausweitung stattgefunden habe, und dass eine solche keineswegs typisch für eine traumatische organische cerebrale Schädigung sei (Urk. 8/M27 S. 7). Das Gutachten L. \_\_\_ aber wurde im Rückweisungsentscheid vom 24. August 2000 beweisrechtlich als ungenügend betrachtet, wobei insbesondere die anamnestiche Erfassung der Beschwerden bemängelt wurde, und in diesem Zusammenhang vor allem auch das Fehlen fremdanamnestischer Angaben (Urk. 8/Z67 S. 14). Angesichts dessen sowie im Lichte obiger Ausführungen, wonach psychoorganische Störungen nach Schädelhirntraumen häufig übersehen werden und in derartigen Fällen die Anamnese und dabei insbesondere auch die Fremdanamnese bedeutsam sein können, erscheint die Argumentation von Dr. K. \_\_\_ als fragwürdig. Dies gilt umso mehr, als Dokumente in den Akten liegen, welche das allfällige Auftreten neuropsychologischer Defizite kurze Zeit nach dem Unfall dokumentieren, wie der Bericht von Dr. med. P. \_\_\_, Spezialarzt für Innere Medizin FMH, speziell Rheuma-Erkrankungen, vom 5. Oktober 1995, worin bereits eine von der Beschwerdeführerin geklagte Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen sowie eine fremdanamnestisch (Ehemann) erfasste, charakterliche Veränderung notiert sind (Beilage zu Urk. 8/M6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zudem kann den fremdanamnestischen Angaben der Schwester der Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung durch Dr. G. \_\_\_ (Urk. 8/M24 S. 16) nicht lediglich mit der Argumentation, dass dieselben den früheren Akten nicht entnommen werden können, die Relevanz abgesprochen werden (vgl. dazu Urk. 8/M27 S. 14), war doch das Fehlen fremdanamnestischer Informationen zu einer allfälligen Wesensänderung gerade ein vom Gericht festgestellter Mangel der früheren medizinischen Akten, welcher, wenn auch Jahre nach dem Unfall, zu beheben war.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch lässt der Umstand, dass der abschliessende Beweis der Organizität der Beschwerden, insbesondere der Verhaltensstörung nicht erbracht werden kann, die Annahme einer natürlichen Kausalität zu einer unfallbedingten Hirnverletzung nach dem oben Gesagten entgegen der wiederholt geäusserten Meinung von Dr. K. \_\_\_ nicht dahinfallen. Vielmehr basiert der von Dr. K. \_\_\_ gezogene Schluss, dass im entscheiderelevanten Zeitraum letztendlich sämtliche Beschwerden somatoformen

Charakter gehabt hätten respektive auf eine Anpassungsstörung mit Symptomausweitung und konversive Symptome zurückzuführen seien, auf keiner überzeugenden Begründung, sondern im Wesentlichen auf der fehlenden Beweisbarkeit einer organischen Grundlage der Beschwerden und der angeblichen Symptomausweitung unter Verneinung initialer neuropsychologischer Defizite. Dies aber vermag nach dem oben Gesagten keineswegs zu überzeugen, zumal Dr. K. \_\_\_ als Neurologe für eine psychiatrische Diagnose nicht prädestiniert ist und die Diagnose einer psychischen Erkrankung im Rahmen einer blossen Aktenbegutachtung speziell heikel ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nicht zu überzeugen vermögen im Weiteren seine Ausführungen zu den fehlenden Störungen im Bereich der Metakognition, wie Selbstüberschätzung und Enthemmung (Urk. 8/M27 S. 5). Die Merkmale einer Wesensänderung bei präfrontalen Läsionen lassen sich zwei Hauptrichtungen zuordnen. Die eine Hauptrichtung stellt die Enthemmung des Verhaltens dar, welche mit frechen und kränkenden Verhaltensweisen und Witzelsucht, labiler, aber in der Regel eher gehobener Stimmung einhergehen kann. Die andere Hauptrichtung zeichnet sich durch eine Antriebsstörung mit einer allgemeinen Reduktion von Aktivität aus. Das Vollbild dieser Störung ist der akinetische Mutismus. Diese Patienten zeigen sind zwar wach, wirken aber erstarrt und zeigen keinerlei Regung gegenüber Umweltreizen. Bei leichteren Störungsformen (nach ebenso meist bilateralen präfrontalen Läsionen) findet sich eine allgemeine Reduktion von allen spontanen oder reaktiven Handlungen, eine Gedanken-, Sprech- und Aktionsträgheit. Die Patienten begegnen den unterschiedlichsten äusseren Bedingungen klaglos und tolerant. Fragen werden nur kurz und oft unqualifiziert beantwortet. Sorge, Angst, chronischer Schmerz oder Depression werden weniger stark wahr genommen (Karnath/Thier, Neuropsychologie, Tübingen 2002, S. 516 f.). Dr. K. \_\_\_ scheint sich mit dieser zweiten Hauptrichtung ganz im Gegensatz zu Dr. G. \_\_\_ (vgl. dessen diesbezügliche Ausführungen in Urk. 8/M24 S. 21 f.) nur am Rande auseinandergesetzt zu haben.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Angesichts dessen kann auf die Beurteilung von Dr. K. \_\_\_ für die Feststellung, ob die Beschwerdeführerin an einem Frontalhirnsyndrom oder an einem organischen Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma leidet, nicht abgestellt werden und sie erscheint auch nicht geeignet, die übrigen medizinischen Beurteilungen grundsätzlich in Frage zu stellen.

3.3 Ä Ä Ä Ä Diese aber gehen in übereinstimmender Weise von einem Frontalhirnsyndrom aus. Und wenn auch nicht sämtliche dieser Gutachten gänzlich zu überzeugen vermögen, rechtfertigt es sich dennoch im Rahmen einer Gesamtwürdigung unter besonderer Beachtung des grundsätzlich überzeugenden Gutachtens von Dr. G. \_\_\_ (Urk. 8/M24), auf diese übereinstimmenden fachärztlichen Aussagen abzustellen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. G. \_\_\_ setzte sich in eingehender Weise mit den Vorakten auseinander, veranlasste eine neuropsychologische Untersuchung sowie ein EEG, und unterzog die Beschwerdeführerin einer allseitigen neurologischen Untersuchung mit sowohl persönlicher als auch fremdanamnestischer Erfassung der Beschwerden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Seine Kausalitätsbeurteilung basiert auf diesen Grundlagen unter Einbezug des Unfallmechanismus und ist nachvollziehbar sowie begründet. Bedeutsam

ist auch der Umstand, dass die neuropsychologische Testuntersuchung von Frau H.\_\_\_\_ vom 11. November 2002 (Urk. 8/M24/1) im Wesentlichen zum selben Ergebnis f¼hrte, wie diejenige von Dr. N.\_\_\_\_ im Jahre 1999 (Beilage zu Urk. 8/M19). Auch wenn die neuropsychologische Testuntersuchung allein nicht ausreichend Aufschluss Åber die KausalitÄtsfrage gibt (BGE 119 V 341 Erw. 2b/bb), bildet sie doch einen wertvollen Mosaikstein in der Gesamtbeurteilung bleibender Defizite nach Hirnverletzungen (BGE 117 V 381 Erw. 3f.). Im Rahmen der Gesamtbeurteilung muss nunmehr auch der pathologische Befund der SPECT-Untersuchung des Cerebrums aus dem Jahre 1999 (Urk. 8/M19 S. 9) als Indiz f¼r die KausalitÄt betrachtet werden (vgl. entsprechende Ausf¼hrungen von Dr. G.\_\_\_\_ auf S. 21 seines Gutachtens, Urk. 8/M24).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich des Beschwerdeverlaufs sind Dr. G.\_\_\_\_s Schlussfolgerungen in Bezug auf die initialen Nackenbeschwerden (vgl. Urk. 8/M24 S. 20) nachvollziehbar und finden im nachtrÄglich eingeholten Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2000, worin f¼r den 31. August 1995, mithin drei Tage nach dem Unfall, unter anderem persistierende Nackenschmerzen diagnostiziert wurden (Urk. 8/M20), BestÄtigung. Auch reiht sich die Schilderung der Schwester, wonach die Beschwerdef¼hrerin kurz nach dem Unfall nicht ganz orientiert gewesen sei, sondern Perseverationen und wahrscheinlich auch gewisse VerstÄndnisstÄrungen gezeigt habe, in das Bild ein (vgl. entsprechende Ausf¼hrungen in Urk. 8/M24 S. 20). Etwas knapp f¼hrt Dr. G.\_\_\_\_s Auseinandersetzung mit dem Beschwerdeverlauf in Bezug auf die neuropsychologischen Einbussen und die WesensverÄnderung aus, doch vermag dieser Mangel allein seine Beurteilung nicht in Frage zu stellen. Seine Schlussfolgerung, dass es sich rechtfertigt, davon auszugehen, dass sich der medizinische Sachverhalt seit dem Unfall grundsÄtzlich nicht wesentlich verÄndert hat (Urk. 8/M24 S. 23), die Beschwerdef¼hrerin mithin schon kurz nach dem Unfall an GedÄchtnis- und KonzentrationsstÄrungen sowie einer allgemeinen Verlangsamung gelitten und eine WesensverÄnderung ihren Anfang genommen hat, erscheint angesichts der nunmehrigen Aktenlage als glaubhaft, auch wenn der Beschwerdeverlauf nachtrÄglich nicht mehr absolut zuverlÄssig erstellbar ist und eine gewisse Symptomausweitung stattgefunden haben mag.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zum Ausschluss einer die KausalitÄt ausschliessenden Interferenz aufgrund einer psychogenen Entwicklung rechtfertigt sich der R¼ckgriff auf das psychiatrische Gutachten des E.\_\_\_\_ vom 4. September 2001, auch wenn die Beschwerdegegnerin aufgrund der geschÄftlichen Verflechtung des E.\_\_\_\_ mit Dr. F.\_\_\_\_ nicht gehalten war, auf dieses abzustellen, da es auf den notwendigen AbklÄrungen beruht und in seinen Schlussfolgerungen nachvollziehbar und begr¼ndet erscheint. Dr. med. Q.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH f¼r Psychiatrie und Psychotherapie, verneinte ausdr¼cklich eine konversive Reaktionsbereitschaft der Beschwerdef¼hrerin sowie die Annahme einer inÄrdaquaten psychischen Unfallverarbeitung (Urk. 8/M23/3 S. 6 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gest¼tzt auf diese Åberlegungen und in Anbetracht des erheblich ins Gewicht fallenden Umstandes, dass nicht nur Dr. G.\_\_\_\_, die Neuropsychologin H.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_, sondern auch die beteiligten Ärztlichen Fachpersonen des E.\_\_\_\_ in Åbereinstimmender Weise von einem Frontalhirnsyndrom, respektive einem organischen Psychosyndrom nach SchÄdel-/Hirntrauma (vgl. zur -teilweise nicht m¼glichen - Abgrenzung dieser beiden Diagnosen: Wetterling, Organische psychische StÄrungen,

Hirnorganische Psychosyndrome, Frankfurt 2001, S. 271) ausgegangen sind, rechtfertigen sich vorliegend keine ernsthaften Zweifel mehr an der natürlichen Kausalität der neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Defizite der Beschwerdeführerin im entscheidungsrelevanten Zeitraum.

#### E. 4

4.1 Weiter abzuklären ist, welche Folgen der Unfall für die sich durch die anlagebedingte Störung im craniocervicalen Bereich auszeichnende HWS hatte, und, falls der Unfall ein organisches Geschehen bewirkt hat, ob von einer richtungsweisenden Verschlechterung des anlagebedingten Vorzustandes auszugehen ist, welche im Zeitpunkt der Leistungsreduktion unter dem Blickwinkel eines status quo sine oder ante weiterhin als unfallkausal zu betrachten wäre.

4.2 Wie unter Erw. 2.3.4 ausgeführt, sprach sich Dr. G. \_\_\_ dafür aus, dass durch den Unfall die craniocervicale Übergangsanomalie, welche er als Arnold-Chiari-Missbildung Typ I und nicht als blosses Os odontoideum identifizierte, symptomatisch geworden sei und sich damit eine richtungsweisende Verschlechterung des Vorzustandes eingestellt habe (Urk. 8/M24 S. 22). Offen bleiben kann, ob es sich bei der Übergangsanomalie tatsächlich um die von Dr. G. \_\_\_ als einzigem der beteiligten Fachärzte festgestellte Arnold-Chiari-Missbildung Typ I oder um ein "blosses" Os odontoideum handelt, da auch gestützt auf die nunmehrige Aktenlage nicht als erstellt betrachtet werden kann, dass der Unfall ein nachweisbares organisches Geschehen im Sinne einer richtungsweisenden Verschlechterung des Vorzustandes zur Folge gehabt hat.

Zwar legte Dr. G. \_\_\_ unter Berufung auf wissenschaftliche Erkenntnisse nachvollziehbar dar, dass diverse von der Beschwerdeführerin geklagte Beschwerden wie die Kopf- und Nackenschmerzen mit Ausstrahlungen, Gefühlsstörungen mit Schmerzen in den Armen, Schwindel und intermittierende Sprechstörungen typischerweise zum Symptomenkomplex einer derartigen Missbildung gehören und dass eine unfallbedingte Auslösung durch ein banales Kopftrauma sehr wohl denkbar sei. Doch lassen sich diese Beschwerden auch gestützt auf seine Darlegungen keinem nachweisbaren organischen Substrat zuordnen, da es auch Dr. G. \_\_\_ nicht gelang, die Symptome in überzeugender Weise einer Rückenmarksproblematik oder der erhöhten Motilität der HWS zuzuordnen. Diesbezüglich überzeugen die Ausführungen von Dr. K. \_\_\_ (Urk. 8/M27 S. 8), zumal auch Prof. J. \_\_\_ die Objektivierbarkeit von vom Rückenmark oder von den peripheren Nerven des Halsmarkes ausgehenden Beschwerden verneinte (Urk. 8/M26).

Hingegen rechtfertigen sich gestützt auf die nunmehrige Aktenlage keine erheblichen Zweifel mehr daran, dass die Beschwerdeführerin am 28. August 1995 zusätzlich eine schleudertraumatische Verletzung mit Kopfanprall erlitten hat. Wie im Urteil vom 24. August 2000 festgehalten, konnte eine solche aufgrund des Unfallhergangs mit dem rückwärtigen Fall und dem plötzlichen Abbremsen nicht ausgeschlossen werden (Urk. 8/Z67 S. 16 ff.). Wie unter Erw. 3.3 ausgeführt, rechtfertigen sich insbesondere aufgrund des nachträglich eingeholten Berichts von Dr. C. \_\_\_ vom 18. Oktober 2000 (Urk. 8/M20) zu den initialen Beschwerden und Diagnosen keine ernsthaften Zweifel mehr daran, dass die Beschwerdeführerin innert der Latenzzeit von 72 Stunden Kopf- und Nackenschmerzen beklagt hat und entsprechende Druckdolenzen ärztlich bestätigt worden sind. Dass die in der Folge persistierenden

Kopf- und Nackenschmerzen zumindest teilweise in einem natürlich kausalen Zusammenhang mit der schleudertrauma hnlichen Verletzung stehen, wird im Gutachten des E. \_\_\_ vom 4. Dezember 2001 (Urk. 8/M23/2) in nachvollziehbarer Weise bestätigt. Auch Dr. K. \_\_\_ stellte sich auf den Standpunkt, dass die Nackenhinterkopfschmerzen m glichlicherweise auf eine schleudertrauma hnliche Verletzung der HWS zurückzuführen seien. Dass auch die Schädelprellung durchaus geeignet war, derartige Beschwerden zu verursachen, wie von Dr. K. \_\_\_ ausgeführt, ist nicht zu bestreiten, aber insofern nicht von Belang, als für die Annahme eines somatoformen Charakters (Urk. 8/M27 S.10) derselben wiederum gestützt auf das psychiatrische Gutachten des E. \_\_\_ vom 4. September 2001 (Urk. 8/M23/3 S. 6 f.) keine Veranlassung besteht.

       Für den Wegfall der natürlichen Kausalität dieser Beschwerden im Zeitpunkt der Leistungsreduktion ab November 1996 fehlt es an augenfälligen Hinweisen, zumal die neu aufgetretenen Armsensationen, die depressiven Verstimmungen und die später geklagten Schwindel durchaus auch zum typischen Symptomenkomplex einer schleudertrauma hnlichen Verletzung gehören können.

       Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass sowohl die neuropsychologischen Beschwerden als auch die Folgen der Wesensänderung und die Kopf- und Nackenschmerzen der Beschwerdeführerin im entscheiderelevanten Zeitraum von November 1996 bis zum Erlass des vorliegend angefochtenen Entscheids vom 22. September 2005 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als natürlich kausale Folge des Unfalles vom 28. August 1995 zu betrachten sind.

## E. 5

5.1      Zu prüfen bleibt der adäquate Kausalzusammenhang derselben. Nach der Rechtsprechung rechtfertigt es sich, die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung betreffend Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs (BGE 117 V 366 Erw. 6 mit Hinweisen) anzuwenden, wenn und soweit sich die Folgen eines Schädelhirntraumas mit jenen eines Schleudertraumas der HWS vergleichen lassen (BGE 117 V 382 f. Erw. 4b). Vorliegend stehen im Zusammenhang mit dem Schädelhirntrauma folgende Beschwerden im Vordergrund: Wesensveränderung, Gedächtnis- und Konzentrationsst rungen, von der HWS-Verletzung nicht schlüssig abgrenzbare Kopf- und Nackenschmerzen. Die Anwendung der Ad quanzrechtsprechung nach BGE 117 V 366 scheint daher angezeigt, zumal eine Abspaltung von der Adäquanzprüfung der HWS-Beschwerden kaum durchführbar ist. Weiter besteht keine Veranlassung eines Rückgriffs auf die Adäquanzprüfung unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall (BGE 115 V 133), da die depressive Problematik aufgrund der ärztlichen Feststellungen (vgl. insbesondere Urk. 8/M23/2 S. 7) keinesfalls als im Vordergrund stehend zu betrachten ist.

       Entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid (Urk. 2 S. 6) können zudem auch klinisch als commotio cerebri oder leichte Schädelhirntraumen eingeordnete Fälle eine Beurteilung der Adäquanz in sinngemässer Weise zu den Schleudertraumen der HWS rechtfertigen. Relevantes Abgrenzungskriterium ist hierfür, ob das Trauma ein Beschwerdebild nach sich zieht, das sich mit demjenigen nach einem Schleudertrauma vergleichen lässt (vgl. dazu Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen A. vom 11. Oktober 2005, U 72/05,

Erw. 3.2 und 3.3), was vorliegend, wie oben festgehalten, zu bejahen ist.

## E. 5.2

Aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufes ist der vorliegende Unfall weder den leichten noch den schweren Unfällen zuzuordnen. Er gehört in den mittleren Bereich (vgl. BGE 117 V 369). Zur Bejahung der Adäquanz ist daher erforderlich, dass mehrere unfallbezogene Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise oder ein Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls sind nicht gegeben. Auch steht eine ärztliche Fehlbehandlung nicht zur Diskussion. Doch liegt eine Häufung von Beschwerden, wie sie nach einem Schädelhirntrauma auftreten kann, vor. Neben den jahrelang persistierenden Konzentrations- und Gedächtnisstörungen fällt insbesondere die deutliche Wesensveränderung ins Gewicht. Hinzu treten die im Wesentlichen der schleudertraumatischen Verletzung zuzurechnenden jahrelangen Kopf- und Nackenschmerzen. In Anbetracht der Häufung und der schwerwiegenden Auswirkungen dieser Beschwerden ist im vorliegenden Fall das Kriterium der besonderen Art der Verletzung erfüllt. Gestützt auf die Beurteilungen von Dr. G. (Urk. 8/M24 S. 26 f.) und des E. (Urk. 8/M23/2 S. 18 f.), welche sich mit derjenigen von Dr. F. vom 23. November 1999 (Urk. 8/M19 S. 16 f.) decken, ist nunmehr davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall über keine in der freien Wirtschaft verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr verfügt. Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind damit als besonders ausgeprägt zu bezeichnen. Hinzu kommt, dass unter Berücksichtigung der persistierenden neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Beschwerden sowie der anhaltenden Kopf- und Nackenschmerzen nicht in Abrede gestellt werden kann, dass Dauerbeschwerden vorliegen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die als erfüllt zu betrachtenden Kausalitätskriterien der besonderen Verletzung sowie der Dauerbeschwerden und insbesondere der hinsichtlich Grad und Dauer erheblichen Arbeitsunfähigkeit reichen aus, um dem Unfall vom 28. August 1995 eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der fortdauernden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zuzuschreiben, mithin die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zu bejahen. Ob die Kriterien eines schwierigen Heilungsverlaufs oder gar erheblicher Komplikationen gegeben sind, kann angesichts dessen offen bleiben.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Gesagten hält die mit dem Verweis auf die fehlende Unfallkausalität des Gesundheitsschadens begründete Leistungskürzung ab November 1996 und die Leistungseinstellung ab April 1997 der überprüfung nicht stand, weshalb die Beschwerdegegnerin, an welche die Sache zurückzuweisen ist, über die Leistungsberechtigung der Beschwerdeführerin, einschliesslich deren Anspruch auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung zu befinden haben wird. Bezüglich der Invalidenrente kann auf die Beschwerde mangels Anfechtungsgegenstandes nicht eingetreten werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) beziehungsweise nach dem als verfahrensrechtliche Bestimmung sofort

anwendbaren Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses festzusetzenden Ersatz der Parteikosten.

Unter Berücksichtigung der dargelegten Kriterien erscheint es als angemessen, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird, soweit darauf eingetreten wird, gutgeheissen, und die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese über die Leistungsberechtigung der Beschwerdeführerin im Sinne der Erwägungen verfährt.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rolf Hofmann

- Rechtsanwalt Adelrich Friedli

- 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.