

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00164 vom 13. November 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-11-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00164

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00164 du 13 novembre 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00164 del 13 novembre 2007

Erwägungen

E. 1

1.1???? M.____, geboren 1966, war bei der Arbeitslosenkasse des Kantons Z?rich zum Leistungsbezug angemeldet und demzufolge bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) unfallversichert (Urk. 8/1), als am 13. August 2004 der von ihr gelenkte, im Hinblick auf ein beabsichtigtes Linksabbiegeman?ver auf der Fahrbahn still stehende Personenwagen heftig von einem nachfolgenden Personenwagen gerammt wurde (Urk. 8/11 S. 8).

1.2???? Nach der Befragung zum Unfallhergang durch die Polizei wurde M.____ zur Abkl?rung der von ihr geklagten starken Nackenschmerzen ins Spital T.____, Z?rich, ?berf?hrt (Urk. 8/11 S. 3 und 5). Dort wurden rund eine Stunde nach dem Unfall eine schmerzhaft eingeschr?nkte Beweglichkeit der Halswirbels?ule (HWS) sowie eine leichte Schwellung und eine Druckdolenz am Hinterkopf, im Bereich des linken Musculus sternocleido-mastoideus und im Bereich der Lendenwirbels?ule festgestellt (Urk. 8/26 und Urk. 8/34). Nackenschmerzen im Ruhezustand wurden von der Patientin aktuell verneint, jedoch ?usserte sie einen mittelgradigen Schmerz im Hinterkopf und berichtete von einem w?hrend ein paar Minuten nach dem Unfall aufgetreten Schwindel sowie von Nackenverspannung vor dem Unfall. Die chronologische Befragung zum Unfallhergang ergab keine Anhaltspunkte f?r eine Bewusstseinst?rung, hingegen f?r eine Angst- bzw. Schreckreaktion. Neurologische Ausf?lle wurden nicht festgestellt. Ebenso wenig ergab die radiologische Untersuchung Anhaltspunkte f?r eine Fraktur, Luxation oder Subluxation der kleinen Zwischenwirbelgelenke; jedoch zeigte sich eine Fehlstellung der oberen Halswirbels?ule. Mit der vorl?ufigen Diagnose einer HWS-Distorsion, der Verordnung von Analgesie und Schonung sowie der Bescheinigung einer vollst?ndigen Arbeitsunf?higkeit f?r eine Woche wurde M.____ zur Weiterbehandlung an den Hausarzt, Dr. med. A.____, Facharzt f?r Allgemeine Medizin FMH, Z?rich, ?berwiesen.

???????? Am 7. September 2004 suchte M.____ mit persistierenden Schmerzen im Nacken und Kopfschmerzen sowie einem Druckgef?hl ?ber der Brust das Notfall-Ambulatorium des Stadtsitals Waid auf (Urk. 8/26 S. 2). Zudem f?hlte sie sich psychisch ?berlastet und w?nschte ein Gespr?ch mit einem Psychiater. Die Befunderhebung zeigte eine muskul?re Verspannung im Nacken paravertebral, keine Bewegungseinschr?nkung der HWS, keinerlei neurologische Ausf?lle, Lunge auskultatorisch unauff?llig, Herz?ne rein und rhythmisch und einen unauff?lligen EKG-Befund. Mit der Verordnung von Analgesie und der Empfehlung, durch den Hausarzt eine psychiatrische Konsultation einzuleiten, wurde die Patientin wieder entlassen.

1.3???? Am 21. September 2004 wurde M.____ durch Dr. med. B.____, Z?rich, welcher gem?ss dem Briefkopf seines Berichts an den Hausarzt im Fachbereich Neurologie / EEG t?tig ist, untersucht (Urk. 8/10). Gegen?ber Dr. B.____ berichtete M.____ davon, dass ihre Kopfschmerzen seit der Untersuchung im Spital T.____ zugenommen h?tten und in Hals, Schultern und R?cken ausstrahlen w?rden, sowie von einem st?ndigen Verspannungsgef?hl der Hals- und Nackenmuskulatur. Weiter klagte sie ?ber Schwindel beim Aufstehen am Morgen sowie beim Drehen des Kopfes und beim B?cken. Vor allem f?hle sie sich st?ndig sehr m?de, besonders bei physischen Anstrengungen. Sie werde in Ruhe schl?frig und k?nne sowohl w?hrend der Nacht als auch tags?ber viel schlafen. Daneben f?hle sie sich traurig und depressiv. Sie weine leicht und sei nicht imstande, den Haushalt selber zu bew?ltigen. ?berdies sei sie ?ngstlich geworden; sie habe insbesondere Angst alleine auszugehen und suche fast immer jemanden, der sie begleite. Klinisch erhob Dr. B.____ einen - vom ?bergewicht abgesehen - blanden Allgemeinstatus sowie einen unauff?lligen Neurostatus. Die unmittelbar nach dem Unfall festgestellte schmerzhaft eingeschr?nkte Beweglichkeit der Halswirbels?ule (HWS) sowie die leichte Schwellung und die Druckdolenz am Hinterkopf, im Bereich des linken Musculus sternocleido-mastoideus und im Bereich der Lendenwirbels?ule sind als Befunde nicht dokumentiert. Hinsichtlich des psychischen Zustandes vermerkte Dr. B.____ eine affektive Labilit?t; zudem wirke die Patientin resigniert, entt?uscht und depressiv. Als EEG-Befund hielt er fest, dass die Patientin sich w?hrend der Ableitung sehr unruhig, daneben m?de und schl?frig zeigte. Die hirnelektrische Kurve sei extrem niedrig gespannt und leicht allgemein ver?ndert. Es seien jedoch keine eindeutigen Seitenunterschiede, keine Herdbefunde und keine Epilepsiepotentiale festzustellen. Aufgrund dieser Befunde diagnostizierte Dr. B.____ eine erhebliche posttraumatische Belastungsst?rung nach HWS-Distorsion bei Schleudertrauma mit vegetativer Symptomatik und depressiver F?rbung. Die erhebliche M?digkeit bei gleichzeitiger psychomotorischer Unruhe habe bei der Patientin auch elektroencephalographisch festgestellt werden k?nnen. Therapeutisch schlug er eine medikament?se Behandlung sowie eine aktivierende Physiotherapie vor und attestierte der Patientin eine 100%ige Arbeitsunf?higkeit bis auf Weiteres.

1.4???? Dr. A.____ berichtete am 22. Oktober 2004 ?ber stark schmerzhaft Probleme der Patientin mit dem Schulterblatt und der Halswirbels?ule sowie Kopfschmerzen und Depression (Urk. 8/17).

1.5???? Dr. med. C.____, Kreisarzt SUVA-D.____, stellte in der klinischen Untersuchung vom 22. Oktober 2004 eine schmerzbedingt noch m?ssig eingeschr?nkte Beweglichkeit der Halswirbels?ulenfunktion sowie eine uneingeschr?nkte freie Schulterfunktion in allen Bewegungsrichtungen fest (Urk. 8/16). Aufgrund der vorhandenen Restfolgen am Bewegungsapparat w?re seines Erachtens eine Teilarbeitsf?higkeit f?r eine leichte T?tigkeit gegeben gewesen. Im Einvernehmen mit dem Hausarzt wies er die Versicherte der Rehaklinik in E.____ zur interdisziplin?ren Rehabilitation zu.

1.6???? Den auf eine Dauer von mindestens vier Wochen konzipierten Rehabilitationsaufenthalt in der F.____ Klinik E.____ brach M.____ - nachdem sie den auf den 21. November 2004 angebotenen Eintritt aus pers?nlichen Gr?nden auf den Beginn des Jahres 2005 verschoben und bereits w?hrend des Evaluationsgespr?chs Zweifel an einer tats?chlichen Motivation, sich dem aktiven Therapieansatz wirklich stellen zu wollen, geweckt hatte (vgl. Urk. 8/24) - bereits nach vier Tagen wegen eines seit zwei Tagen bestehenden Tinnitus, zunehmenden Kribbelpar?sthesien in beiden Armen und

Schlafstörungen wieder ab (Urk. 8/37, Austrittsbericht vom 28. Januar 2005). Aufgrund des nur kurzen Aufenthalts war den Klinikärzten keine umfassende Beurteilung möglich; sie äusserten jedoch die Verdachtsdiagnose eines erheblichen somatoform ausgestalteten Schmerzsyndroms. Die von der Patientin als ursächlich angegebene Beschwerdenexazerbation sahen sie am ehesten in Zusammenhang mit einer Somatisierungsstörung, wobei zeitweilig aber auch der Eindruck bewusstseinsnaher Verhaltensmuster bestand und eine Diskrepanz der Wirbelsäulenbeweglichkeit innerhalb und ausserhalb von Testsituationen auffiel.

??????? M. ___ selbst schilderte ihren Aufenthalt in der F. ___ Klinik E. ___ am 14. Januar 2005 gegenüber Dr. B. ___ dahingehend, dass man sie in der Klinik mit verschiedenen, den ganzen Tag dauernden Übungen und Physiomanipulationen unter Druck gesetzt habe, sowie dass sie sich dort ständig von SUVA-Vertretern beobachtet und in ihrer Freiheit eingeschränkt gefühlt habe (Urk. 8/42).

1.7???? Am 9. Februar 2005 wurde M. ___ durch Dr. med. G. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH sowie Psychosomatische und Psychosoziale Medizin APPM beim Versicherungspsychiatrischen Dienst der SUVA D. ___, untersucht (Urk. 8/45). Dr. G. ___ konnte weder die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung noch diejenige einer Somatisierungsstörung bestätigen. Seiner Beurteilung nach hat die Versicherte eine strukturell im Wesentlichen gesunde Persönlichkeit. Ihre Beschäftigung mit der Enttuschung über ihre gesundheitliche Verfassung und ihre Lebenssituation sei nachvollziehbar. Die Auseinandersetzung damit erfolge nach seinem Eindruck funktional, im Sinne einer normalen Trauerreaktion. Diese sei zwar eine Belastung, die zu Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung führe, aber keine psychische Störung. Da keine psychische Störung festzustellen sei, lasse sich auch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit psychiatrisch nicht begründen. Der Bericht der Versicherten über die Lebensführung im Alltag spreche dafür, dass eine Berufsausübung zumindest im Bereich leichter, wechselbelastend auszubehaltender körperlicher Tätigkeiten zumutbar wäre.

1.8???? Mit Schreiben vom 26. Februar 2005 berichtete Dr. med. H. ___, Facharzt für Psychotherapie FMH, Zürich, an Dr. G. ___, dass ihm M. ___ von Dr. B. ___ wegen eines depressiven Zustandsbildes zur Behandlung zugewiesen worden sei, dass er die Patientin aber erst ein einziges Mal gesehen habe (Urk. 8/44). Dabei habe sie ihm eindrücklich und unter heftigem Weinen das Unfallgeschehen sowie ihre damals erlebte Todesangst geschildert. Das Ziel der geplanten Behandlung bestehe in einer besseren Verarbeitung des Unfallgeschehens und in einem Versuch, die tiefe Verunsicherung im Leben mit depressiver und angstbetonter Störung soweit wie möglich zu verbessern.

1.9???? In der kreisärztlichen Untersuchung durch Dr. C. ___ vom 8. Juli 2005 klagte M. ___ über starke Nackenschmerzen, Kraftlosigkeit, Angstzustände und neuerdings auch Vergesslichkeit (Urk. 8/74). Klinisch stellte Dr. C. ___ eine schmerzhafte Einschränkung der HWS-Beweglichkeit sowie eine Druckdolenz über sämtlichen Dornfortsätzen fest. Zur Vervollständigung der Diagnostik meldete er die Versicherte zu einem MRI des Schädels und der HWS sowie zu einer neuropsychologischen Beurteilung an. Die Berichte des Medizinischen Diagnose-Zentrums I. ___ vom 18. Juli 2005 (Urk. 8/81) und des Dr. phil. J. ___, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, vom 5. September 2005 (Urk. 8/90) waren in beiden Hinsichten befundlos (vgl. auch Urk. 8/92). Dementsprechend wies Dr. C. ___ in einem Nachtrag vom 16. September 2005 (Urk. 8/92) darauf hin, dass es sich bei den von ihm klinisch festgestellten Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit um

kooperationsabh?ngige Befunde handle.

1.10?? Am 27. September 2005 erstattete Prof. Dr. med. K.____, Facharzt f?r Rechtsmedizin FMH, speziell forensische Biomechanik, Z?rich, ein biomechanisches Gutachten, in welchem er zum Schluss gelangte, die Krafteinwirkungen beim Unfall vom 13. August 2004 seien gross genug gewesen, um die Beschwerden der Versicherten bewirken zu k?nnen, weshalb ein Zusammenhang der Beschwerden mit der Kollision als sehr wahrscheinlich erscheine und die bis anhin gestellten Diagnosen aufgrund dieser physikalischen Einwirkungen erkl?rbar bzw. mit diesen vereinbar seien (Urk. 8/96).

1.11?? Mit Schreiben vom 15. November 2005 berichtete Dr. med. L.____, Facharzt f?r Radiologie FMH, Z?rich, an Dr. B.____ ?ber seine R?ntgenuntersuchung der Lendenwirbels?ule von M.____ (Urk. 8/99). Dabei stellte er eine Schiefhaltung der Lendenwirbels?ule nach rechts mit linkskonvexer lumbo-sacraler Skoliose bei harmonischer und kr?ftiger lumbaler Lordose, lumbo-sacrale ?berlastungszeichen mit erheblicher degenerativer Discopathie L5/S1 sowie eine m?ssiggradige Arthrose des ISG beidseits fest.

E. 2

2.1???? Gest?zt auf diese medizinischen Beurteilungen stellte die SUVA mit Verf?gung vom 12. Januar 2006 ihre Leistungen per 31. Januar 2006 ein, da kein nachweisbarer organischer Schaden mehr vorliege und der Unfall vom 13. August 2004 f?r die nicht organisch nachweisbaren Beschwerden keine ad?quate Ursache darstelle (Urk. 8/107).

2.2???? Dagegen liess M.____ am 15. Februar 2006 Einsprache erheben mit dem Antrag, es seien ihr weiterhin Unfallversicherungsleistungen auszurichten (Urk. 8/109).

2.3???? Bereits am 31. Januar 2006 hatte Dr. B.____ einen Zwischenbericht eingereicht, in welchem er von ?massenhaft psychosomatischen Beschwerden? spricht, wobei er alle aktenkundigen bisher beklagten Beschwerden (vgl. vorstehende Ziffer 1) auflistet (Urk. 8/108). Als - gegen?ber der Befundlage seiner Beurteilung vom 21. September 2004 - neuen Befund erw?hnt er denjenigen von Dr. L.____ (vgl. vorstehende Ziffer 1.11). Die Versicherte, welche von Dr. B.____ in rund monatlichen Abst?nden untersucht worden war, ?usserte sich diesbez?glich ihm gegen?ber, dass sie seit etwa Oktober an lumbosakralen Schmerzen leide, die manchmal so stark seien, dass sie kaum gehen k?nne. Eigentlich seien diese Schmerzen bereits nach dem Unfall vom August 2004 aufgetreten; sie habe sie aber wegen der anderen Beschwerden nicht besonders beachtet, bis sie in letzter Zeit zugenommen h?tten. Krankhafte klinische Befunde, insbesondere Einschr?nkungen der funktionalen Leistungsf?higkeit aufgrund der radiologischen Befunde Dr. L.____s konnte Dr. B.____ bei seinen Untersuchungen nicht erheben. Vielmehr hielt er eine normale Konfiguration und einen normalen Bewegungsablauf in der lumbosakralen Region fest. Bei gleicher Diagnose wie in der Beurteilung vom 21. September 2004 attestierte er eine Arbeitsunf?higkeit von 50 %.

2.4???? Mit der Einsprache liess M.____ sodann einen Bericht des Dr. H.____ vom 11. Februar 2006 einreichen, bei welchem sie monatlich in einem st?tzenden psychotherapeutischen Gespr?ch behandelt wurde (Urk. 109, Fax-Anhang S. 1). Ihm gegen?ber hatte sie sich ?ber diverse Schmerzen im HWS-Schulter-Bereich, Kopfschmerzen, M?digkeit, Ameisenlaufen, Schlafst?rungen sowie wenig Kraft in den Armen und H?nden beklagt. Sie k?nne keine schweren Gegenst?nde wie Einkaufstaschen oder ?hnliches tragen, sei nicht in der Lage, Staub zu saugen und andere belastende

Tätigkeiten im Haushalt wahrzunehmen. Autofahren könne sie nicht länger als eine Stunde ohne Unterbruch; früher sei dies nie ein Problem gewesen. Sohn und Tochter würden im Haushalt viel helfen, und sie bezahle eine Kollegin, die ihr im Haushalt regelmässig einmal monatlich belastende Aufgaben wie Waschen, Staubsaugen, den Boden reinigen, etc. abnehme. Auch habe sie eine andere Kollegin, die ihr ab und zu beistehe. Früher sei sie täglich Schwimmen gegangen, jetzt vielleicht noch zweimal wöchentlich. Das Schlimmste seien ihre Ängste, es könnte einmal etwas noch Schwerwiegenderes geschehen, und ihre Ängste vor der Zukunft. Weil sie auch nicht gut sitzen könne, fürchte sie, einmal im Rollstuhl zu enden. Weiter erzählte ihm die Patientin vom Neujahrsfest, an dem sie die fröhliche Unterhaltung sowie das Tanzen und Singen der Anderen zunehmend belastet hätten. Sie äusserte auch, generell unter dem Gefühl, etwas anpacken zu wollen und nicht zu können, belastet zu sein.

??????? Dazu hielt Dr. H. ___ fest, dass die Patientin bei der Schilderung von belastenden Ereignissen in Tränen ausbrach. Als psychopathologische Befunde erhob er eine Lust- und Antriebsstörung, Freudlosigkeit, Existenz- und Zukunftsangst, mangelnde Belastbarkeit sowie schnelle Erschöpfung und Rückzugstendenz (Urk. 109, Fax-Anhang S. 3). Zudem stellte er fest, dass die Patientin - zusätzlich zur depressiven Entwicklung - unter einer ihr vollständig unbewussten, teilweise selbstlimitierenden Schmerzausweitung leide. Als Diagnosen nannte Dr. H. ___: Unfallgeschehen (HWS-Distorsionstrauma) mit konsekutiver depressiver Entwicklung, Angst- und Panikattacken sowie Schmerzverarbeitungsstörung und prolongierte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1); die Adipositas bei Status nach Magenbypassoperation bezeichnete er als Nebendiagnose. Weiter attestierte er eine Arbeitsunfähigkeit von ungefähr 80 % aus psychiatrischer Sicht, wobei die Restarbeitsfähigkeit kaum verwertbar sei.

2.5???? Mit Entscheid vom 2. März 2006 wies die SUVA die Einsprache ab, wobei sie die in tatsächlicher Hinsicht noch bestehenden Unfallfolgen als Symptome einer bereits kurz nach dem Unfallereignis aufgetretenen Schmerzverarbeitungsstörung (gesundheitliche Beeinträchtigungen, die zwar als organisch imponieren, weil sie klinisch fassbar sind, denen aber ein organisches Substrat im Sinne einer strukturellen Veränderung fehlt) qualifizierte, und nach Prüfung der gemäss BGE 115 V 131 ff. massgeblichen Kriterien die Adäquanz des Unfalls als Ursache dieser Schmerzverarbeitungsstörung verneinte (Urk. 2).

E. 3

3.1???? Am 11. Mai 2006 liess M. ___ gegen den Einspracheentscheid vom 2. März 2006 Beschwerde erheben mit dem Antrag, es sei dieser aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die bisherigen Leistungen weiter auszurichten (Urk. 1 S. 2). In prozessualer Hinsicht beantragte die Beschwerdeführerin, es sei ihr die unentgeltliche Verbeiständung zu gewähren.

??????? Zur Begründung ihrer Beschwerde liess die Beschwerdeführerin ausführen, die behandelnden Ärzte (Hausarzt, Neurologe und Psychiater) attestierten übereinstimmend das Vorliegen organischer Unfallfolgen. Als Belege dafür wurden die beiden bereits erhobenen Berichte der Dres. B. ___ und H. ___ vom 31. Januar (Urk. 3/1 = Urk. 8/108) und 11. Februar 2006 (Urk. 3/2 = Urk. 8/109, Anhang) sowie neu einer von Dr. A. ___ vom 5. Mai 2006 (Urk. 3/3) eingereicht.

??????? Dr. A. ___ berichtete über Angaben der Patientin betreffend Kopf-, HWS- und Rückenschmerzen, einer Versteifung der HWS, sowie Parästhesien und Kraftverminderung

an beiden Armen und H?nden. Befunde sind seinem Bericht nicht zu entnehmen. Hingegen machte er Angaben zur Einschr?nkung der funktionellen Leistungsf?higkeit, n?mlich, dass die Patientin nur noch maximal eine halbe Stunde stehen, sitzen oder gehen sowie nicht mehr als 5 kg heben oder tragen k?nne. Zudem bescheinigte er eine vollst?ndige Arbeitsunf?higkeit.

3.2???? In ihrer Beschwerdeantwort vom 1. Juli 2006 wies die Beschwerdegegnerin darauf hin, dass keiner der von der Beschwerdef?hrerin eingereichten Berichte Befunde ?ber organische Unfallfolgen enthalte, weshalb sie am Einspracheentscheid festhalte (Urk. 7).

3.3???? Mit Eingabe vom 27. September 2006 (Urk. 13) liess die Beschwerdef?hrerin einen Bericht von Dr. med. N.____, Facharzt FMH f?r Chirurgie, Wirbels?ulenleiden, Schleudertrauma und orthop?dische Traumatologie, Z?rich, vom 19. September 2006 (Urk. 14) einreichen.

???????? Diesem Bericht ist nicht zu entnehmen, dass Dr. N.____ eine klinische Untersuchung vorgenommen und dass er dabei Befunde erhoben h?tte. Als anamnestiche Angaben der Patientin gibt Dr. N.____ wieder, dass diese im Rahmen einer Heckauffahrkollision ein Beschleunigungstrauma der HWS erlitten habe, wobei der Heckaufprall sehr heftig gewesen sei und es die Patientin stark herumgeschleudert habe. Seither leide sie an st?ndigen Nacken- und Kopfschmerzen mit Schmerzausstrahlungen in Schultern und Arme beidseits. Jegliche k?rperliche Belastung f?hre zu einer Zunahme dieser Beschwerden. In den Armen habe sie zudem h?ufig Einschlaf- und Kribbelgef?hle, haupts?chlich in der Nacht, weswegen sie jeweils aufwache. Seit dem Unfall leide die Patientin auch an Schmerzen im Kreuz. Begleitend komme es h?ufig zu Schwindel und Sehst?rungen in Form von Augenflimmern. Dann habe sie M?he mit der Konzentration und mit dem Ged?chtnis, und in der Nacht sei der Schlaf wegen der Beschwerden gest?rt.

???????? Diesen Ausf?hrungen folgt die Beurteilung, gem?ss welcher ein ausgepr?gtes cervico-cephales Beschwerdebild bestehe. Bei den n?chtlichen Gef?hlsst?rungen an H?nden und Armen beidseits handle es sich um cervico-radikul?r bedingte Beschwerden und somit um eine Folge des Unfalls. Im Weiteren best?nden deutliche psychische Beschwerden mit den typischen Symptomen einer posttraumatischen Belastungsst?rung. Ferner sei es zu einer deutlichen depressiven Entwicklung gekommen. Da einerseits jegliche k?rperliche Belastung sofort zu einer starken Zunahme des cervico-cephalen Schmerzsyndroms f?hre und andererseits deutliche psychische Beschwerden best?nden, sei die Patientin aus physischen und psychischen Gr?nden zur Zeit und bis auf Weiteres 100 % arbeitsunf?hig in der angestammten T?tigkeit; es k?nne auch zur Zeit und bis auf Weiteres keine andere T?tigkeit zugemutet werden.

3.4???? Zur Beurteilung Dr. N.____s reichte die Beschwerdegegnerin eine Stellungnahme von Dr. med. O.____, Fach?rztin Neurologie FMH bei der Abteilung Versicherungsmedizin, vom 23. Oktober 2006 ein (Urk. 20). Darin wird darauf hingewiesen, dass die von Dr. N.____ berichteten Beschwerden in verschiedener Hinsicht nicht mit den von anderen ?rzten beschriebenen sowie mit der Befundlage ?bereinstimmen.

3.5???? Mit der Zustellung dieser Stellungnahme zur Kenntnisnahme an die Beschwerdef?hrerin durch Verf?gung vom 7. November 2006 wurde der Schriftenwechsel als geschlossen erkl?rt (Urk. 25).

3.6???? Nachdem am 25. Oktober 2006 ein Mandatswechsel auf beschwerdef?hrerischer Seite stattgefunden hatte (vgl. Urk. 24 in Verbindung mit Urk. 23), wurde mit Verf?gungen vom 6. Februar 2007 einerseits das Gesuch um unentgeltliche Verbeist?ndung in der Person des bis zum 24. Oktober 2006 mandatierten Rechtsvertreters mangels hinreichenden Nachweises der Bed?rftigkeit abgewiesen (Urk. 28) und andererseits Frist zur Substanziierung des Gesuches um unentgeltliche Verbeist?ndung in der Person der neu mandatierten Rechtsvertreterin angesetzt (Urk. 27).

3.7???? Am 5. M?rz 2007 liess die Beschwerdef?hrerin zusammen mit einem Gesuch um Erstreckung der Frist zur Einreichung der Bed?rftigkeitsbelege einen ?rztlichen Bericht des Medizinischen Zentrums P.____, Q.____, vom 25. Januar 2007 (Urk. 32/1), einen weiteren Zwischenbericht Dr. B.____s vom 4. September 2006 (Urk. 32/2) sowie einen Bericht des Dr. med. R.____, Facharzt f?r Radiologie FMH, Z?rich, vom 18. August 2006 (Urk. 32/3) einreichen.

3.7.1?? Gem?ss dem Bericht des Medizinischen Zentrums P.____, wo sich die Beschwerdef?hrerin vom 8. November 2006 bis zum 8. Januar 2007 einer tagesklinischen Rehabilitationsbehandlung unterzogen hatte, klagte die Patientin bei Eintritt ?ber seit dem Unfall vom 13. August 2004 bestehende Kopf- und Nackenschmerzen, Kraftlosigkeit, rasche Erm?dbarkeit, Sehst?rungen, schwere Depressionen mit Lust- und Interesselosigkeit, Erstickungsgef?hle, Angstgef?hle, Gedankenkreisen, Schlafst?rungen, Flash-Backs vom Unfall, Herzrasen, Schweissausbr?che und LWS-Schmerzen. Daneben berichtete sie ?ber eine seit 2002 bestehende Arbeitsunf?higkeit aufgrund von ?bergewichtsbedingten Herzproblemen und Atemschwierigkeiten (Urk. 31/1 S. 1).

????????? Ihren Tagesablauf vor dem Unfall schilderte die Beschwerdef?hrerin wie folgt: Sie sei um 8.00 Uhr aufgestanden, habe den Haushalt besorgt und sei spazieren gegangen. Nach dem Mittag sei sie ein bis drei Stunden geschwommen oder spazieren gegangen und habe gekocht. Am Abend habe sie fern gesehen und sei um 23.00 zu Bett gegangen. Schlafst?rungen habe sie keine gehabt. Demgegen?ber gestalte sich ihr Tagesablauf seit dem Unfall wie folgt: Sie schlafe zum Teil bis Mittag und sei immer noch sehr m?de. Dann koche sie das Mittagessen f?r sich und ihre Tochter. Am Nachmittag treffe sie sich mit der Freundin; ab und zu gingen sie gemeinsam Schwimmen oder ausw?rts Essen. Am Abend entspanne sie sich im Liegen und sehe fern. Sie gehe um 22.00 Uhr zu Bett; da sie starke Schlafschwierigkeiten habe, stehe sie immer wieder auf und lenke sich mit Fernsehen ab. Fremdanamnestic wurden diese Angaben durch eine Freundin best?tigt; diese erkl?rte auch, dass die Beschwerdef?hrerin vor dem Unfall sehr aktiv gewesen sei und keine k?rperlichen oder psychischen Probleme gehabt habe (Urk. 32/1 S. 2).

????????? An k?rperlichen Befunden gibt der Bericht eine Klopfdolenz der Wirbels?ule im LWS- und HWS-Bereich an. Im neurologischen Status bei Eintritt werden folgende Befunde festgehalten: Kraft der H?nde und Arme absolut minimal (keine Schmerzen, sondern Kraftlosigkeit). Kraft und Flexion im H?ftgelenk bei Angabe von Schmerzen lumbal auch ohne Widerstand sehr minimal. Finger-Nasen-Versuch beidseits mit Abweichen von 4 cm nach ipsilateral unter Angabe von Schmerzen bei der Armbewegung. Vorhalteversuch mit Anteversion des Oberarms von 10? (Schmerzangabe), kein Schwanken. Gang mit Hinken. Kinn-Sternum-Abstand 8 cm/12 cm. Kopffrotation beidseits 10? (Schmerzangabe nuchal), Kopfeigung beidseits 10?, ebenfalls unter Angabe von Schmerzen. Erg?nzend wird vom Untersucher festgehalten, dass die Nacken-/Kopfbeweglichkeit der Patientin in vermeintlich unbeobachteten Momenten

deutlich besser war als während der spezifischen Untersuchung und dass die Hüftflexion beim Anziehen des Jupes am Ende der Untersuchung unauffällig war, während die Hüftflexion auf der Liege auch ohne Widerstand schmerzbedingt nicht möglich war. Psychopathologisch wurde lediglich eine deutlich depressiv-resignierte Stimmung und affektiv ein sofortiger Verlust der Fassung festgehalten (Urk. 31/1 S. 2 f.).

Weiter wird im Bericht des Medizinischen Zentrums P. ___ anamnestisch ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin nach einer fünfjährigen Tätigkeit als Küchenhilfe und einer fünfjährigen Arbeitslosigkeit ab dem Jahr 2000 zu 100 % in einer Fabrik gearbeitet habe, bis sie 2001 aufgrund ihres Übergewichts arbeitsunfähig geworden sei. 2001 - 2003 sei sie finanziell durch eine Taggeldversicherung abgesichert gewesen, und nach Durchführung einer Magen-Bypass-Operation Ende 2003 habe sie sich im April 2004 wieder als arbeitslos angemeldet. Seit dem Unfall vom 13. August 2004 sei sie wegen der durch den Unfall verursachten Kopfschmerzen sowie Schmerzen in der Kreuzgegend und in den Füssen und Armen arbeitsunfähig. Zudem habe sie wieder zugenommen. Sie sei in ihren Aktivitäten in Haushalt und Freizeit sehr eingeschränkt. Oft würden die Kinder im Haushalt mithelfen; zum Teil erledige eine Kollegin die Putzarbeiten. Die Arbeitsunfähigkeit, die körperlichen Schmerzen, das Übergewicht und die fehlende Tagesstruktur würden sie stark belasten. Ihre Ressourcen wie z.B. Schwimmen, Spazieren, Lesen, Kontakt pflegen, Kochen könne sie nur wenig aktivieren. Ab und zu trüme sie vom Unfall; sie wache dann jeweils sehr erschöpft auf. Sie fahre aber wieder Auto, allerdings höchstens eine Stunde; die Angst nehme allmählich ab. Im Weiteren entstünden Spannungen zwischen ihrem Ehemann und ihr. Er möchte nach S. ___ zurück; sie wolle bei ihren Kindern bleiben. In den letzten Monaten mache sich die Beschwerdeführerin grosse Sorgen um ihre Tochter. Einerseits habe sie Angst, dass diese keine Lehrstelle finde, andererseits ziehe sich die Tochter stark zurück und spreche von Suizid. Die Tochter sei seit Anfang 2007 in psychotherapeutischer Behandlung, jedoch ohne grosse Besserung bisher (Urk. 31/1 S. 3 f.).

Zum Therapieverlauf wird berichtet, dass die depressiven Symptome sich anfangs leicht reduziert, aber im Verlauf des Programms aufgrund der familiären Belastung wieder zugenommen hätten. Ebenso habe das Gewicht trotz Planung und Versuch, die Ernährung umzustellen, wegen übermässigen Essens als Ablenkung von der familiären Belastung zugenommen (Urk. 31/1 S. 5).

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit wird als positives Leistungsbild festgehalten, dass die Beschwerdeführerin rund eine halbe Stunde sitzen und rund eine Viertelstunde stehen und gehen könne. Heben könne sie schmerzbedingt ca. 1 kg. Sie könne sich für 10 Minuten konzentrieren, dann müsse sie wieder liegen. Ihrer Einschränkung angepasst sei eine wechselnde Tätigkeit zwischen gehen und sitzen mit der Möglichkeit immer wieder zu liegen. Als negatives Leistungsbild wird angegeben, die Beschwerdeführerin könne nicht Staub saugen, nicht lange kochen, nicht bügeln und nicht waschen sowie nicht mehr als einen Kilometer gehen. Zudem halte sie keinen Stress und keinen Publikumsverkehr aus. Aufgrund des positiven und des negativen Leistungsbildes sei sie bis auf Weiteres 100 % arbeitsunfähig (Urk. 31/1 S. 5).

Der Zwischenbericht Dr. B. ___s vom 4. September 2006 (Urk. 32/2) entspricht demjenigen vom 31. Januar 2006 (Urk. 3/1), ergänzt um einen Hinweis auf den radiologischen Bericht des Dr. R. ___ vom 18. August 2006 (Urk. 32/3).

3.7.3?? Dr. R. ___ erhob in seiner MRI-Untersuchung der Halswirbels?ule vom 18. August 2006 eine leichtgradige Streckhaltung der HWS mit minimaler, angul?rer Kyphosierung C3/4 und multisegmentale, leichtgradige Ver?nderungen mit zirkul?ren Bandscheibenvorw?lbungen C5/6 und C6/7 und zudem kleiner foraminaler Herniation C6/7 rechts mit konsekutiver Einengung des ipsilateralen Neuroforamens und Reizung der austretenden Nervenwurzel C7 rechts (Urk. 32/3).

3.8???? In ihrer Eingabe vom 26. M?rz 2007 mit dem Antrag auf Sistierung des Gesuchs um unentgeltliche Verbeist?ndung liess die Beschwerdef?hrerin das Gericht wissen, dass ihr Ehemann ein schwerer Alkoholiker sei, welcher als Automechaniker auf eigene Rechnung in einer Werkstatt arbeite, aber aufgrund seines Gesundheitszustandes seit Jahren nicht mehr in der Lage sei, eine Gesch?ftsbuchhaltung zu f?hren (Urk. 33). Die 16-j?hrige Tochter befinde sich zur Zeit in einer Klinik im Drogenentzug; sie erziele kein Einkommen.

Das Gericht zieht in Erw?gung:

1.

1.1???? Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gem?ss UVG setzt zun?chst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidit?t, Tod) ein nat?rlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des nat?rlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umst?nde, 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 f?r die Bejahung des nat?rlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher St?rungen ist; es gen?gt, dass das sch?digende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die k?rperliche oder geistige Integrit?t der versicherten Person beeintr?chtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche St?rung entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem sch?digenden Ereignis und einer gesundheitlichen St?rung ein nat?rlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, wor?ber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweisw?rdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht ?blichen Beweisgrad der ?berwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser M?glichkeit eines Zusammenhangs gen?gt f?r die Begr?ndung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.2???? Das Eidgen?ssische Versicherungsgericht (EVG) hat in BGE 117 V 360 Erw. 4b bez?glich des nat?rlichen Kausalzusammenhangs ausgef?hrt, dass dieser in der Regel zu bejahen sei, wenn ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert wurde und das f?r diese Verletzung typische Beschwerdebild vorliege. In BGE 119 V 340 Erw. 2b/aa hat das Gericht pr?zisierend festgehalten, auch bei Schleudermechanismen der HWS w?rden zuallererst die medizinischen Fakten, wie die fach?rztlichen Erhebungen ?ber Anamnese, objektive Befunde, Diagnose, Verletzungsfolgen, unfallfremde Faktoren, Vorzustand usw. die massgeblichen Grundlagen f?r die Kausalit?tsbeurteilung durch Verwaltung und Gerichtsinstanzen bilden; das Vorliegen eines Schleudertraumas wie seine Folgen m?ssten somit durch zuverl?ssige ?rztliche Angaben gesichert sein. Treffe dies zu und sei die nat?rliche Kausalit?t - aufgrund fach?rztlicher Feststellungen in einem konkreten Fall -

unbestritten, so könne der natürliche Kausalzusammenhang ebenso aus rechtlicher Sicht als erstellt gelten, ohne dass ausführliche Darlegungen zur Beweiswürdigung nötig wären.

1.3.3.3.3 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 prüfen nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, 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.).

2.

2.1.1.1.1 Soweit die Beschwerdeführerin mit dem Hinweis auf noch immer bestehende organische Unfallfolgen behaupten wollte, es sei eine strukturelle Körpererschädigung nachweisbar, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als medizinische Ursache der von ihr geklagten Beschwerden angesehen werden kann, ist dies mit der Beschwerdegegnerin zu verneinen.

1.1.1.1.1.1 Wohl hat die Beschwerdeführerin am 13. August 2004 eine vergleichsweise heftige Auffahrkollision erlebt, bei der die Krafteinwirkungen auf ihren Körper gemäss den Feststellungen des von der Beschwerdegegnerin eingeholten biomechanischen Gutachtens gross genug gewesen wäre, um bleibende strukturelle Körpererschädigungen herbeizuführen (Urk. 8/96). Die unmittelbar nach dem Unfall festgestellte leichte Schwellung am Hinterkopf hat sich jedoch innert weniger Tage zurückgebildet, und für andere durch die Krafteinwirkung beim Unfall erklärbare strukturelle Veränderungen konnten weder bei der initialen Abklärung im Spital T.____, noch bei späteren Untersuchungen Befunde erhoben werden. Dies gilt nicht nur für die von der Beschwerdegegnerin veranlassten Untersuchungen, sondern ebenso für diejenigen der behandelnden Ärzte und des von der Beschwerdeführerin beigezogenen Gutachters Dr. N.____.

1.1.1.1.1.1.1 Sowohl die am 15. November 2005 durchgeführte radiologische Untersuchung der Lendenwirbelsäule (Urk. 8/99) als auch die MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule vom 18. August 2006 (Urk. 32/3) zeigen lediglich geringgradige degenerative Veränderungen, welche von den Radiologen nicht einmal als mögliche - erst recht nicht als überwiegend wahrscheinliche - Unfallfolgen in Betracht gezogen werden. Hinsichtlich der im MRI vom 18. August 2006 festgestellten kleinen Diskushernie C6/7 ist zudem darauf hinzuweisen,

dass dieser Befund erst rund zwei Jahre nach dem Unfall und rund ein halbes Jahr nach dem Erlass des Einspracheentscheidings erhoben wurde, sowie, dass im MRI vom 18. Juli 2005 noch keine Diskushernie nachzuweisen war (Urk. 8/81). Im Übrigen entspricht es nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts einer Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen, und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere sowie geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind (Urteil U 314/06 vom 6. Dezember 2006). Im Urteil U 332/03 vom 3. Januar 2005 hatte das Eidgenössische Versicherungsgericht unter Hinweis auf Günter G. Mollowitz [Herausgeber], Der Unfallmann, Berlin/Heidelberg 1993, S. 165), sogar darauf hingewiesen, eine gesunde Bandscheibe sei derart widerstandsfähig, dass unter Gewalteinwirkung eher die Wirbelknochen brechen, als dass die Bandscheibe verletzt würde.

??????? Auch die die Beschwerdeführerin behandelnden Ärzte haben - wenn überhaupt - lediglich auf die in den bildgebenden Untersuchungen erhobenen Befunde hingewiesen, ohne sie als Unfallfolge zu bezeichnen, geschweige denn zu erklären.

2.2???? Soweit die Beschwerdeführerin mit dem Hinweis auf noch immer bestehende organische Unfallfolgen zum Ausdruck bringen will, dass sie noch immer an Beschwerden leide, denen der Unfall als natürliche Ursache zugrunde liegt, ist vorab festzuhalten, dass bei fehlendem Nachweis eines organischen Substrats der geklagten Beschwerden zunächst im Sinne von BGE 119 V 340 Erw. 2b/aa zu prüfen ist, ob die geklagten Beschwerden klinisch fassbar sind, d.h. als regelrecht erhobene und validierte ärztliche Befunde aus der klinischen Untersuchung gelten können. Blosser Klagen über bestimmte Beschwerden nach einem Unfall genügen - auch wenn sie von Ärzten als glaubhaft angesehen werden und in deren Berichte einfließen - nicht als medizinische Fakten, um das Vorliegen solcher Beschwerden und den Unfall als deren natürliche (Teil)Ursache bejahen zu können.

2.3???? Darüber, ob im vorliegenden Fall noch klinisch fassbare körperliche Beschwerden vorliegen, gehen die in den verschiedenen ärztlichen Beurteilungen vertretenen Auffassungen auseinander. Während die die Beschwerdeführerin behandelnden Ärzte sowie der von der Beschwerdeführerin zur Begutachtung beigezogene Dr. N.____ die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin von der Beschwerdeführerin noch geklagten Beschwerden offenbar grösstenteils als klinisch fassbare Unfallfolgen ansehen, sie der Beschwerdeführerin aufgrund dieser Beschwerden jedenfalls eine gänzlich oder zumindest teilweise Arbeitsunfähigkeit attestieren (Dr. B.____: Urk. 8/108, Dr. A.____: Urk. 3/3, Dr. N.____: Urk. 14 und Ärzte des medizinischen Zentrums .P.____: Urk. 32/1), können die SUVA-Ärzte (Dr. C.____: Urk. 8/92, Frau Dr. O.____: Urk. 20) keine dem Unfall als natürliche Ursache zuzuordnende Einschränkungen mit Krankheitswert mehr feststellen. Von einem unter Fachärzten unbestrittenen Kausalzusammenhang zwischen nachweisbaren organischen Befunden und dem Unfall vom 13. August 2004 kann somit keine Rede sein, weshalb weitere Ausführungen zur Beweiswürdigung nützlich sind.

2.3.1?? In seinem Nachtrag vom 16. September 2005 zur abschliessenden kreisärztlichen Untersuchung vom 8. Juli 2005 hat Dr. C.____ darauf hingewiesen, dass es sich bei dem von

ihm erhobenen Befund einer Einschränkung der (Kopf)Rotation nach beiden Seiten um einen kooperationsabhängigen Befund handle (Urk. 8/92). Auch die anderen Experten, welche Befunde über Bewegungseinschränkungen erhoben, haben ihrer Befunderhebung deutliche Hinweise auf eine eingeschränkte Kooperation in der klinischen Untersuchung angefügt (F. ___ Klinik E. ___: Urk. 8/37 und Medizinisches Zentrum P. ___: Urk. 32/1). Sodann werden seitens der SUVA-Ärzte anamnestische Angaben der Beschwerdeführerin über die Leistungsfähigkeit im Alltag erwähnt, welche ihrer Ansicht nach mit den klinisch erhobenen Befunden nicht ohne Weiteres kompatibel sind (Dr. C. ___: Autofahren bei stark eingeschränkter Rotation der HWS, Urk. 8/74; Dr. O. ___: Schwimmen, wenn jegliche körperliche Belastung zu einer Zunahme der Beschwerden führt, Urk. 20).

Unter diesen Umständen erfordert eine den Anforderungen gemäß vorstehender Erwägung 1.3 genügende Darlegung des natürlichen Kausalzusammenhangs aus ärztlicher Sicht eine für das Gericht nachvollziehbare Auseinandersetzung mit der Validität der klinisch erhobenen Befunde für funktionelle Einschränkungen im Alltag unter Berücksichtigung der aktenkundigen anamnestischen Angaben über solche Einschränkungen.

2.3.2?? Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Ärzte des Medizinischen Zentrums P. ___ ist diesbezüglich zunächst insofern widersprüchlich und nicht nachvollziehbar, als bei der klinischen Befunderhebung zwar Zweifel an der Validität der Befunde im Hinblick auf die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Alltag geäußert wurden, diese Zweifel aber offensichtlich nicht in die Beurteilung eingeflossen sind. Weshalb trotz klaren Anhaltspunkten dafür, dass die Beschwerdeführerin ausserhalb der klinischen Untersuchung leistungsfähiger ist, bei der Beurteilung voll auf das Leistungsprofil in der Testsituation abgestellt wurde, wird nicht begründet.

Sodann fehlt es an einer Begründung dafür, wie die der Beschwerdeführerin attestierten Unfähigkeiten, länger als eine halbe Stunde zu sitzen, sich länger als zehn Minuten zu konzentrieren und Stress auszuhalten, sowie eine rohe Kraft von nur rund einem Kilogramm in beiden Armen und Händen sowie eine Kopffrotation beidseits von nur 10° sich mit der anamnestisch dokumentierten Fähigkeit der Beschwerdeführerin, eine ganze Stunde lang sicher ein Motorfahrzeug zu fahren und den Kopf beidseits um 60° zu rotieren, in Einklang zu bringen sind. Ebenso ist nicht ohne Weiteres nachvollziehbar, wie die Beschwerdeführerin in einem Hallenbad schwimmen kann, wenn ihre Arme beinahe kraftlos sind und sie keinen Publikumsverkehr aushält.

2.3.3?? Worauf die Experten, welche keine eigenen Befunderhebungen dokumentieren (Dr. B. ___, Dr. A. ___, Dr. N. ___), ihre Diagnosen und Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen abstützen, ist angesichts des bereits erwähnten Umstands, dass sämtliche Experten, welche in einer klinischen Untersuchung Befunde über Bewegungseinschränkungen erhoben, die Validität ihrer Befunde selbst in Frage stellen, nicht ersichtlich. Soweit Dr. B. ___, Dr. A. ___ und Dr. N. ___ die Validität der klinischen Befunde anderer Experten anders beurteilt haben sollten als diese selbst, wäre von ihnen darzulegen gewesen, welche Befunde anderer Experten weshalb entgegen deren eigener Skepsis als valid zu gelten haben. Zudem haben auch Experten, die sich auf die Befunde anderer abstützen, die aktenkundigen anamnestischen Angaben zu berücksichtigen und offensichtliche Widersprüche zwischen diesen und klinischen Befunden in einer für die rechtsanwendenden Institutionen nachvollziehbaren Weise auszuräumen.

2.3.4?? Zusammenfassend ist demnach auf die nachvollziehbare Würdigung der SUVA-?rzte abzustellen, die sp?testens ab dem 8. Juli 2005 keine dem Unfall als nat?rliche Ursache zuzuordnende physische Einschr?nkungen mit Krankheitswert mehr feststellten.

2.4???? Genauso weit wie in der Beurteilung der k?rperlichen Restbeschwerden gehen die fach?rztlichen Meinungen hinsichtlich psychischer Beschwerden auseinander. W?hrend Dr. H.____ und die behandelnden Fach?rzte des Medizinischen Zentrums P.____ eine Reihe von psychopathologischen Befunden erheben und reaktive psychische Erkrankungen aufgrund des Unfalls vom 13. August 2004 diagnostizieren (Urk. 3/2 und Urk. 32/1), kann Dr. G.____ keinerlei psychische St?rung feststellen (Urk. 8/45 und Urk. 8/46).

???????? Auch hinsichtlich psychischer Beschwerden aufgrund des Unfalls vom 13. August 2004 ist demnach zu pr?fen, ob zuverl?ssige ?rztliche Angaben f?r solche Beschwerden und deren nat?rlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vorliegen.

2.4.1?? Und auch in diesem Zusammenhang gilt, dass die in den Explorationsgespr?chen erhobenen Befunde ?ber die Wirkung der untersuchten Person auf den Untersucher und das Verhalten der untersuchten Person w?hrend der Untersuchung anhand der im Gespr?ch erhobenen und aus Voruntersuchungen aktenkundigen anamnestischen Angaben zu validieren sind. Dies nicht nur, um pathologische Befunde von im Lichte der konkreten Lebensumst?nde normalpsychologischen Ph?nomenen abzugrenzen, sondern auch um allf?llige vorbestandene und/oder nach einem Unfallereignis neu hinzukommende m?gliche Ursachen f?r allf?llige psychische St?rungen erkennen zu k?nnen.

2.4.2?? Unter diesem Aspekt ist zun?chst darauf hinzuweisen, dass Dr. G.____ in seiner Untersuchung vom 9. Februar 2005 eine in Zusammenhang mit dem - wieder zunehmenden - ?bergewicht stehende, die Beschwerdef?hrerin stark besch?ftigende Problematik von Selbstkontrolle bzw. mangelnder Selbstkontrolle festgestellt hat (Urk. 8/45). Sodann ergibt sich, teilweise bereits aus den vom Medizinischen Zentrums P.____ erhobenen anamnestischen Angaben (Urk. 32/1 S. 4), sicher aber aus den Angaben der Beschwerdef?hrerin gegen?ber dem Gericht im vorliegenden Verfahren, dass die Beschwerdef?hrerin mit einem seit Jahren schwer alkoholabh?ngigen Mann und einer drogens?chtigen Tochter (vgl. Sachverhalt Ziffer 3.8) in einer ausserordentlich belastenden famili?ren Situation lebt.

2.4.3?? Im Lichte dieser lebensgeschichtlichen Fakten ist nicht nachvollziehbar, wie Dr. H.____ nach mehrmonatiger psychotherapeutischer Behandlung und die ?rzte des Medizinischen Zentrums P.____ nach der Erhebung von anamnestischen Angaben, welche klare Hinweise auf nicht mit dem Unfallgeschehen in Zusammenhang stehende m?gliche Ursachen von allf?lligen psychischen St?rungen liefern, als Fach?rzte unbesehen der - nur durch fremdanamnestische Angaben einer Freundin best?tigten - beschwerdef?hrerischen Selbstbeurteilung folgen k?nnen, wonach die Beschwerdef?hrerin vor dem Unfall keinerlei k?rperliche oder psychische Probleme gehabt habe und s?mtliche Beschwerden auf den Unfall zur?ckzuf?hren seien (Urk. 32/1 S. 2).

2.4.4?? Aus dieser auf das Unfallgeschehen eingeeengten Optik ist aber erkl?rlich, weshalb die ?rzte des Medizinischen Zentrums P.____ bei mehr oder weniger gleichen Befunden, wie die von Dr. G.____ erhobenen (vgl. Urk. 8/45 S. 3 und Urk. 32/1 S. 3), vor allem aufgrund der - als Affektlabilit?t gedeuteten - Tr?nenausbr?che und der Stimmungslage der Beschwerdef?hrerin auf eine depressive St?rung schliessen. Denn abgesehen von den beiden genannten Befunden haben weder Dr. G.____ noch die ?rzte des Medizinischen

Zentrums P.____ depressionstypische Selbst- und Objektannahmen sowie abnorme oder pathologische Befürchtungen festgestellt. Ebenso wenig wirkte die Beschwerdeführerin entkräftet, blockiert, gehemmt oder angespannt, sondern vielmehr aktiv im Spontanverhalten.

2.4.5?? Demgegenüber erscheint Dr. G.____s Interpretation der spontanen Trübnisausbrüche bzw. des vorübergehenden Verlusts der Selbstkontrolle und der Stimmungslage der Beschwerdeführerin als nachvollziehbaren Ausdruck von Wut, Trauer und Enttäuschung über ihre heutige Verfassung und Lebensumstände weit überzeugender, wenn man die stark belastende familiäre Situation der Beschwerdeführerin berücksichtigt und - was aus dem Bericht des Medizinischen Zentrums P.____ vom 25. Januar 2007 (Urk. 32/1) hervorgeht - in Rechnung stellt, dass die Beschwerdeführerin ab 2002 aufgrund von Herzproblemen und Atemschwierigkeiten wegen ihres Übergewichts über längere Zeit arbeitsunfähig war und erst nach starker Gewichtsreduktion und einer Magen-Bypass-Operation (Dezember 2003) ihre Arbeitsfähigkeit im April 2004 (RAV-Anmeldung) wiedererlangte. Dass diese unfallfremden Ereignisse nicht nur die physische Leistungsfähigkeit, sondern auch die psychische Verfassung der Beschwerdeführerin beeinflussen, leuchtet ein.

2.4.6?? Aus der nicht sehr detaillierten und strukturierten Beurteilung Dr. H.____s ist nicht ersichtlich, wie er zu den - weder von den Ärzten des Medizinischen Zentrums P.____ noch von Dr. G.____ erhobenen - psychopathologischen Befunden von Lust- und Antriebsstörung, Freudlosigkeit, Existenz- und Zukunftsangst, mangelnde Belastbarkeit sowie schnelle Erschöpfung und Rückzugstendenz (Urk. 3/2 S. 3) gelangte.

???????? Dass Dr. G.____ im Gegensatz zu Dr. H.____ weder eine Lust- und Antriebsstörung, noch Freudlosigkeit noch einen sozialen Rückzug erkennen konnte, ist angesichts der auch von Dr. H.____ selbst dokumentierten Freizeitaktivitäten der Beschwerdeführerin (vgl. Sachverhalt Ziffer 2.4) einleuchtend. Ebenso ist in Kenntnis der beschwerdeführerischen Lebensumstände nachvollziehbar, dass Dr. G.____ die von der Beschwerdeführerin geäußerte Existenz- und Zukunftsangst nicht als pathologisch einstufte (vgl. Erw. 2.4.5). Auch dass Dr. G.____ die von der Beschwerdeführerin empfundene mangelnde Belastbarkeit und schnelle Erschöpfung nicht als psychische Störungen, sondern als normalpsychologische Phänomene wertete, erscheint angesichts der tatsächlichen psychischen Belastungen, welchen die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Lebenssituation ausgesetzt ist, und im Lichte der dokumentierten Freizeitaktivitäten stimmig.

???????? Das Bedürfnis einer Erholungspause nach einer Stunde Autofahren (vgl. Urk. 3/2 S. 1) ist jedenfalls nicht aussergewöhnlich. Und die von Dr. H.____ stipulierte unbewusste selbstlimitierende Schmerzausweitung (Urk. 3/2 S. 2) tritt offenbar vor allem bei Tätigkeiten auf, welche bei den meisten Menschen mit Unlustgefühlen verbunden sind (vgl. Urk. 3/2 S. 1: Einkaufstaschen tragen, Staub saugen, Waschen, Boden reinigen) und deshalb auch schneller als ermüdend oder belastend empfunden werden als lustvolle Tätigkeiten. Die Aussage der Beschwerdeführerin gegenüber Dr. H.____ (Urk. 3/2), dass sie früher täglich schwimmen gegangen sei, jetzt aber nur noch zweimal pro Woche, ist sodann nicht als Hinweis auf eine unfallbedingte, sondern vielmehr auf eine saisonal bedingte Einschränkung zu verstehen (früher? bedeutet offensichtlich in diesem Zusammenhang nicht vor dem Unfall? und jetzt? nicht nach dem Unfall?). Denn gegenüber Dr. C.____ gab die Beschwerdeführerin in der kreisärztlichen Untersuchung vom 8. Juli 2005 an, sie gehe jeden Tag im Greifensee schwimmen (Urk. 8/74 S. 1), während sie zuvor in der psychiatrischen Untersuchung vom 23. Februar 2005 bei Dr. G.____ erklärt hatte, sie

besuche dreimal wöchentlich das Hallenbad in Greifensee. Dass die Beschwerdeführerin im Sommer, wenn sie nach dem Schwimmen im See noch ein Sonnenbad auf der Liegewiese geniessen kann, häufiger schwimmen geht als im Winter ins Hallenbad, ist nachvollziehbar.

2.4.7?? Insgesamt ist festzuhalten, dass die Beurteilungen von Dr. H. ___ und des Medizinischen Zentrums P. ___ massgeblich auf die - nicht fachärztliche - initiale Beurteilung des Dr. B. ___ (Urk. 8/10) abstellen (dieser hatte bereits am 21. September 2004, also rund fünf Wochen nach dem Unfall, den Befund einer affektiven Labilität erhoben und festgestellt, dass die Beschwerdeführerin resigniert, enttäuscht und depressiv wirke, sowie gestützt darauf die Diagnose einer erheblichen posttraumatischen Belastungsstörung nach HWS-Distorsion bei Schleudertrauma mit vegetativer Symptomatik und depressiver Förbung gestellt), sich nicht mit der dieser widersprechenden fachärztlichen Beurteilung Dr. G. ___s auseinandersetzen und selber erhobene oder von Voruntersuchern dokumentierte anamnestische Befunde nicht berücksichtigen.

??????? Soweit die Ärzte des Medizinischen Zentrums P. ___ der Beschwerdeführerin eine ungünstige Problemorientierung und mangelnde Reflexionsfähigkeit attestieren (Urk. 32/1 S. 5), steht dies in Gegensatz zur Feststellung Dr. G. ___s, dass die Beschwerdeführerin sich durchaus auch mit der Problematik von Selbstkontrolle bzw. mangelnder Selbstkontrolle in Zusammenhang mit dem - wieder zunehmenden - Übergewicht beschäftigt (Urk. 8/45 S. 2 und 3). Eine ungünstige Problemorientierung liegt somit nicht bei der Beschwerdeführerin vor, sondern bei den sie behandelnden Ärzten. Denn diese schreiben ohne genauere anamnestische Abklärungen und/oder ohne Berücksichtigung anamnestischer Hinweise auf unfallfremde Ursachen alle körperlichen Defizite sowie psychischen und sozialen Probleme der Beschwerdeführerin dem Unfall vom 13. August 2004 zu. Was die - von den SUVA-Ärzten verworfene (vgl. Urk. 8/45 S. 3, Urk. 20 S. 3) - Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung anbelangt, kann auf die diesbezüglichen Ausführungen im Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichts vom 16. August 2007 (I 705/06, Erw. 3.3.1) verwiesen werden.

2.5???? Nach dem Gesagten vermögen die vorliegenden ärztlichen Berichte, welche noch bestehende gesundheitliche Störungen mit Krankheitswert als Folgen des Unfallgeschehens vom 13. August 2004 postulieren, den in Erwägung 1.3 dargelegten Anforderungen an beweiskräftige medizinische Gutachten nicht zu genügen, und es fehlt demzufolge an im Sinne von BGE 119 V 340 Erw. 2b/aa zuverlässigen ärztlichen Angaben über solche Unfallfolgen.

3.????? Da die Beschwerdegegnerin den entscheiderelevanten Sachverhalt umfassend abgeklärt hat (vgl. Sachverhalt Ziffer 1) und keine zuverlässigen ärztlichen Angaben über im Zeitpunkt des Fallabschlusses durch die Beschwerdegegnerin bzw. im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Einspracheentscheids noch bestehende Unfallfolgen vorliegen, muss es mit den SUVA-ärztlichen Feststellungen, dass keine namhaften (einen Leistungsanspruch begründenden) körperlichen oder psychischen Unfallfolgen mehr bestehen (Urk. 8/45, Urk. 8/46, Urk. 8/92 und Urk. 20), sein Bewenden haben. Aus rechtlicher Sicht kann daher kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 13. August 2004 und einer krankheitswertigen gesundheitlichen Störung der Beschwerdeführerin als mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt gelten.

??????? Demzufolge ist die Beschwerde abzuweisen.

4.?????? Was das beschwerdef?hrerische Gesuch um unentgeltliche Verbeist?ndung anbelangt, wurde dieses in Bezug auf die Person des vormaligen Rechtsvertreters der Beschwerdef?hrerin und dessen Bem?hungen mit - unangefochten in Rechtskraft erwachsener - Verf?gung vom 6. Februar 2007 abgewiesen (Urk. 28). Gleichzeitig wurde jedoch die derzeitige Rechtsvertreterin der Beschwerdef?hrerin zur Einreichung von Unterlagen f?r die Bed?rftigkeitspr?fung aufgefordert (Urk. 27), obwohl der Schriftenwechsel zu jenem Zeitpunkt bereits abgeschlossen war (Urk. 25). Da keine weiteren prozessualen Schritte mehr erfolgten, welche eine anwaltliche Vertretung erforderten, ist das Gesuch um unentgeltliche Verbeist?ndung abzuweisen. Nachdem aber das Gericht die Rechtsvertreterin der Beschwerdef?hrerin mit der an sie ergangenen Aufforderung zum Nachreichen von Beweismitteln f?r die Bed?rftigkeit zu unn?tigem prozessualen Aufwand veranlasst hat (vgl. Urk. 31, Urk. 33, Urk. 36 und Urk. 40), ist ihr der daraus entstandene Aufwand ab jenem Zeitpunkt in H?he von Fr. 900.-- aus der Gerichtskasse zu entsch?digen.

????????

Das Gericht beschliesst:

?????????? Das Gesuch um unentgeltliche Verbeist?ndung der Beschwerdef?hrerin durch ? Rechtsanw?ltin Dr. Sonja Gabi wird abgewiesen,

und erkennt:

1.???????? Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.???????? Das Verfahren ist kostenlos.

3.???????? Die Rechtsvertreterin der Beschwerdef?hrerin, Rechtsanw?ltin Dr. Sonja Gabi, Z?rich, wird mit Fr. 900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entsch?digt.

4.???????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanw?ltin Dr. Sonja Gabi
- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf
- Bundesamt f?r Gesundheit

sowie an:

- die Gerichtskasse

5.???????? Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes ?ber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht w?hrend 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 Begr?ndung 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 H?nden hat (Art. 42 BGG).

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