

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00368 vom 22. Mai 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-05-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00368

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00368 du 22 mai 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00368 del 22 maggio 2007

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1959 geborene C. ___ arbeitete als Familienmitglied als Fitnessinstructorin bei der A. ___ AG, Zürich, und war aufgrund dieser Tätigkeit bei der Schweizerischen National-Versicherungs-Gesellschaft (im Folgenden: National) gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert, als sie am 22. März 2003 als Beifahrerin im Auto ihres Ehegatten auf der Hauptstrasse zwischen Dietlikon und Brattisellen unterwegs war und der nachfolgende Personenwagen auf das Auto des Ehepaars C. ___ auffuhr (vgl. die Unfallmeldung des Arbeitgebers vom 28. März 2003, Urk. 9/M1). Die erstbehandelnde Dr. med. B. ___ diagnostizierte im Arztzeugnis vom 25. Juni 2003 bei der Versicherten ein Distorsions- und Kontusionstrauma mit Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS), Ohrensausen und Kopfschmerzen (Urk. 9/M4). Er hielt fest, die von Dr. med. D. ___, FMH für Radiologie, am 31. März 2003 durchgeführte Funktionsaufnahme der HWS habe bei der Versicherten keinen Nachweis ossärer Läsionen, jedoch eine vorbestehende ventrale Spondylose der mittleren und unteren HWS ventral sowie einen blockierten Wirbelkörper C6 bei fehlenden Bewegungsausschlüssen ergeben (vgl. auch Urk. 9/M2). Am 14. Juli 2003 berichtete Dr. B. ___ der National, bei der Versicherten habe sich trotz guter Beweglichkeit der HWS subjektiv keine Besserung eingestellt. Es bestehe ein Verdacht auf Symptomausweitung, und bei der ehemaligen Arzthelferin sei eine Chronifizierung zu befürchten, wenn die Arbeitsfähigkeit nicht schnellstens ausgebaut werde (Urk. 9/M5).

1.2 Dr. med. E. ___, FMH für Radiologie, hielt im Röntgenbericht vom 1. Oktober 2003 zu Händen von Dr. med. F. ___, Chiropraktor, fest, die Versicherte leide an Mehretagenhernien auf der Höhe L4/5 mit Luxation in den oberen Anteil des Recessus lateralis links und entsprechender Kompression der L5-Wurzel links auf Höhe L5/S1 median, wobei trotz Luxation nach caudal nur eine Kontaktnahme zur S1-Wurzel links bestehe, welche nicht sicher verlagert sei. Auf Höhe L3/4 bestehe eine Hernie mit Ausdehnung in das Foramen links mit entsprechender Beeinträchtigung der L2-Wurzel links sowie zusätzlicher leichter Luxation nach caudal auf der rechten Seite mit leichtgradiger Dorsalverlagerung der L3-Wurzel rechts, des Weiteren eine flächenhafte Hernie TH12/L1 ohne eindeutige Neurokompression (Urk. 9/M7). Dr. B. ___ diagnostizierte im ärztlichen Zwischenbericht vom 25. Februar 2004 einen Status nach Schleudertrauma der HWS und Blockierung C6 sowie Mehretagenhernien L3/4, L4/5 und L5/S1 mit Nervenwurzelkompression. Die Ärztin führte aus, die Versicherte leide seit September 2003 an Lähmungen und Schmerzen, sie sei seit Anfang November 2003 bei Chiropraktor Dr. F. ___ in Behandlung, und zwar anfänglich 6x pro Woche, wobei sich keine Besserung ergeben habe. Sie sei gegenwärtig zu 20 % arbeitsfähig, dies zu

therapeutischem Zweck, es sei eine bleibende Chronifizierung zu erwarten (Urk. 9/M8). Im Schreiben vom 8. Juli 2004 an Dr. B.____ hielt die National fest, gemäss den medizinischen Unterlagen ständen bei der Versicherten gegenwärtig die Mehretagenhernien L3-S1 im Vordergrund. Diese seien erstmals im September 2003 manifest geworden, weshalb sie nicht auf das Ereignis vom 20. März 2003 zurückgeführt werden könnten (Urk. 9/M9.2). Dr. B.____ teilte der National am 4. August 2004 mit, die Versicherte leide noch an den Folgen der HWS-Beschwerden. Insbesondere seien in diesem Zusammenhang zusätzlich auch psychische Störungen aufgetreten. Die Versicherte nenne in diesem Zusammenhang Depression, Konzentrationsschwäche, Wortfindungsstörungen und Vergesslichkeit, dies in erschreckendem Ausmass (Urk. 9/M9.1).

1.3 Nach Einholen weiterer Arztberichte und insbesondere eines Gutachtens vom 6. Juni 2005 von Dr. med. G.____, FMH für Neurochirurgie (Urk. 9/M19), zu dem sich auf Veranlassung der Versicherten Dr. med. H.____, FMH für Orthopädische Chirurgie, am 7. September 2005 äusserte (Urk. 9/M20), verneinte die National in der Verfügung vom 29. November 2005 das Vorliegen von Unfallfolgen und somit ihre Leistungspflicht für das Unfallereignis ab April 2004 (Urk. 9/K27). Die hiergegen am 19. Januar 2006 erhobene (Urk. 9/K32) und am 22. Mai 2006 ergänzend begründete (Urk. 9/K35) Einsprache lehnte die National insbesondere nach Beizug eines Gutachtens vom 6. März 2006 von Dr. med. I.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zu Händen der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (Urk. 9/M25) mit Entscheid vom 25. August 2006 (Urk. 9/K38 = Urk. 2) ab, wobei die Versicherung ohne Anerkennung einer Rechtspflicht einen Kostenanteil von Fr. 970.80 für die Berichte von Dr. med. H.____ übernahm.

E. 2

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

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

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im

Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

2.3. Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

2.4. Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. So kann eine Diskushernie als weitgehend unfallbedingt betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikulares Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind (RKUV 2000 Nr. U 378 S. 190, Nr. U 379 S. 192; SZIER 2001 S. 346 [U 4/00]; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (EVG) in Sachen K. vom 3. Januar 2005, U 332/03, Erw. 1; vgl. auch Debrunner, Orthopädie, orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 880 unten; Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Bern 1990, S. 54 ff., insbesondere S. 56; Baur/Nigst, Versicherungsmedizin, 2. Aufl. Bern 1985, S. 162 ff.; Mollowitz, Der Unfallmann, 11. Aufl. Berlin 1993, S. 164 ff.). Ein Unfall ist somit nur in Ausnahmefällen geeignet, eine Bandscheibenverletzung hervorzurufen, zumal eine gesunde Bandscheibe derart widerstandsfähig ist, dass unter Gewalteinwirkung eher die Wirbelknochen brechen, als dass die Bandscheibe verletzt würde (Urteile des EVG in Sachen F. vom 13. Juni 2005, U 441/04, Erw. 3.1, und in Sachen K. vom 3. Januar 2005, U 332/03, Erw. 2 mit Hinweis). Im medizinischen Versuch konnte die isolierte Verletzung einer Bandscheibe durch einen Unfall lediglich bei rein axialer Belastung der Wirbelsäule, nicht aber bei Rotations-, Hyperextensions- oder Hyperflexionsbewegungen herbeigeführt werden (Urteil des EVG vom 13. Juni 2005 in Sachen F., U 441/04, Erw. 3.1 mit Hinweis auf Mollowitz, a.a.O., S. 165). Bezüglich der Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens gelten dieselben Kriterien,

was dazu führt, dass eine Unfallkausalität nur ausnahmsweise und insbesondere nur dann in Frage kommt, wenn der Unfall auch geeignet gewesen wäre, eine gesunde Bandscheibe zu verletzen (Urteil des EVG vom 13. Juni 2005 in Sachen F. vom 13. Juni 2005, U 441/04, Erw. 3.1 in fine; zum Ganzen vgl. Urteil des EVG vom 3. Oktober 2005 in Sachen R., U 163/05, Erw. 3.1, und Urteil des EVG vom 6. September 2006 in Sachen Z., U 3/06, Erw. 1.2 mit Hinweisen).

2.5.1.1 Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsumschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

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

2.7.1.1 Bei organisch nachweisbaren Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung praktisch keine Rolle, indem die Unfallversicherung auch für seltenste, schwerwiegendste Komplikationen haftet, welche nach der unfallmedizinischen Erfahrung im Allgemeinen gerade nicht einzutreten pflegen (vgl. BGE 128 V 172 Erw. 1c, 123 V 102 Erw. 3b, 118 V 291 Erw. 3a, 117 V 365 Erw. 5d/bb mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; RKUV 2004 Nr. U 505 S. 249 Erw. 2.1).

2.8.1.1 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien nennt das Eidgenössische Versicherungsgericht hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- Dauerbeschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anders als bei den Kriterien, die das Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und der in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

2.9 Ä Ä Ä Ä Rechtsprechungsgemäss ist nach einer Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule oder einer vergleichbaren Verletzung die Adäquanz erst dann zu prüfen, wenn der normale, unfallbedingt erforderliche Heilungsprozess abgeschlossen ist beziehungsweise wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine Besserung mehr erwartet werden kann (vgl. BGE 130 V 384 Erw. 2.3.1 und Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen P. vom 15. Oktober 2003, U 154/03; K. vom 6. Mai 2003 Erw. 4.2.1, U 6/03; R. vom 9. September 2002 Erw. 3.4, U 412/01; A. vom 6. November 2001, U 8/00; H. vom 29. März 2000, U 114/00; D. vom 16. März 2000, U 127/99).

E. 3

3.1 Ä Ä Ä Ä 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 wärdigen 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

4.2. Dr. med. L. ____, Assistenzarzt Neurologie, und M. ____, Leitender Arzt Neurologie, Klinik K. ____, empfahlen am 4. Februar 2005 (Urk. 19/M18) der Beschwerdeführerin gezielte Wurzelinfiltrationen C5/C6 und bezüglich des lumbalen Geschehens eine sakrale Blockierung und anschliessend Infiltrationen L4/5. Die Beschwerdeführerin konnte sich nicht zur empfohlenen Behandlung entschliessen und ging nicht mehr in die Klinik K. ____, (vgl. Urk. 9/M19 S. 4).

4.3. Dr. G. ____, diagnostizierte im Gutachten vom 6. Juni 2005 (Urk. 9/M19) bei der Beschwerdeführerin ein chronifiziertes cervico-spondylogenes Schmerzsyndrom beidseits bei Diskushernien C5/C6 und C6/C7 und Protrusion C4/C5, ein lumboradikuläres Schmerz- und leichtes sensomotorisches Ausfallsyndrom L5 links bei mediolateraler Diskushernie L4/L5 links, L3/L4 links und medialer Diskushernie L5/S1 sowie einen Status nach HWS-Traumen im Jahr 1985 sowie am 22. März 2003 mit sekundärer Verschlechterung und Symptomausweitung sowie Chronifizierung im Sinne eines psychosomatischen Leidens. Dr. G. ____, erhob anlässlich der Gutachtensuntersuchung namentlich den Befund einer starken Druckdolenz im Bereich der mittleren HWS und einer in alle Richtungen stark eingeschränkten Beweglichkeit der HWS, wobei die Beschwerdeführerin bei Bewegungen sofort starke Abwehrreaktionen zeige. Der Arzt hob hervor, die Einschränkung der Beweglichkeit der HWS rühre insbesondere von einer ängstlichen Abwehrspannung her.

Die Beschwerdeführerin habe sich nach dem Unfall vom 22. März 2003 nach Hause begeben; dort hätten sich Kopf- und Nackenschmerzen eingestellt. Die nach dem Wochenende aufgesuchte Hausärztin habe eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der HWS und eine druckdolente Muskulatur gefunden. Insofern habe initial ein einfaches Cervicalsyndrom oder - gemäss Einteilung in der Monographie der Quebec Task Force - eine HWS-Verletzung Grad II vorgelegen. Jedoch sei es zwischen Juni und September 2003 zu einer wesentlichen Verschlechterung des Zustandes mit vermehrten Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, neuropsychologischen Veränderungen und leichter Depression gekommen, obgleich die HWS nun gut beweglich gewesen sei. Zudem seien auch Kreuzbeschwerden mit Ausstrahlungen, Gefühlsstörungen und Lähmungserscheinungen im linken Bein aufgetreten. Die dann vorgenommenen bildgebenden Abklärungen hätten ausgeprägte degenerative Veränderungen und multiple Diskushernien im Bereich der HWS und LWS gezeigt. Die Behandlungen etwa beim Chiropraktor hätten keine Besserung gebracht, und im August 2004 seien laut Hausärztin psychologische und neuropsychologische Störungen aufgetreten. Die absolute Therapieresistenz und die progrediente Verschlechterung seien charakteristisch für ein psychosomatisches Geschehen, auch hätten sich bei der Beschwerdeführerin anlässlich der Gutachtensuntersuchung gewisse Zeichen von Aggravation ergeben.

Das Unfallereignis komme nach wissenschaftlicher Sicht weder als Ursache für die festgestellten Diskushernien noch als deren Auslöser in Frage, da die Beschwerden nicht innert Tagen aufgetreten seien. Hingegen hätten sich die vorbestehenden Diskushernien der HWS auf die Heilungsdauer ausgewirkt. Weil lediglich eine geringgradige Traumatisierung, jedoch ein erheblicher krankhafter Vorzustand bestanden habe und eine psychosomatische Komponente mitspiele, sei es eher unwahrscheinlich, dass die heute diagnostizierten Beschwerden auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Vielmehr sei der Status quo sine Ende März 2004 erreicht gewesen. Als Fitnessinstructorin bestehe bei der Beschwerdeführerin eine volle

Arbeitsunfähigkeit. Als Leiterin eines Fitnesszentrums sei die Frage schwierig zu beantworten, wobei die Beschwerdeführerin betone, dass sie nicht die Leiterin, sondern eine einfache Mitarbeiterin sei. Die Arbeiten als Mitarbeiterin könne sie zu 20 % ausführen, sie könne absolut keine Belastungen mehr ertragen, keine Lasten heben und nicht lange sitzen oder stehen und keine Arbeiten über Kopfhöhe verrichten.

4.4. Dr. H.____, legte in seiner Stellungnahme vom 7. September 2005 dar, er stimme den von Dr. G.____ geäusserten Ansichten zu, wonach die LWS-Symptomatik der Beschwerdeführerin nichts mit dem Unfallereignis vom 22. März 2003 zu tun habe und das Trauma eine krankhaft vorgeschädigte Wirbelsäule getroffen habe, was sich auf die Heilungsdauer auswirke. Jedoch reichten auch relativ banale Traumen, um eine richtunggebende Verschlimmerung eintreten zu lassen, weshalb es entgegen dem Gutachten vom 6. Juni 2005 nicht bloss zu einer vorübergehenden Verschlimmerung gekommen sei und der Status quo sine nicht mehr erreicht werde (Urk. 9/M20).

4.5. Im Schreiben vom 31. Oktober 2005 zu Händen der Beschwerdegegnerin hielt Dr. G.____ fest, die Aussage von Dr. H.____, wonach auch ein relativ banales Trauma zu einer richtunggebenden Verschlimmerung führen könne, sei wissenschaftlich nicht zu begründen. Im Übrigen liege bei der Beschwerdeführerin nicht ein klassischer Verlauf eines Schleudertraumas mit der ganzen Palette der vegetativen Beschwerden und mit depressiver Entwicklung, sondern vielmehr ein initial eher harmloses Beschwerdebild mit später progressiver Symptomausweitung vor (Urk. 9/M23). In der Folge äusserte sich Dr. H.____ im Schreiben vom 2. Dezember 2005 zu dieser Stellungnahme (Urk. 9/K32 Beilage 3).

4.6. Im psychiatrischen Gutachten vom 6. März 2006 zu Händen der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, diagnostizierte Dr. I.____ bei der Beschwerdeführerin eine leichte, hintergründig bestehende depressive Episode als Reaktion auf die chronischen Schmerzen (ICD 10: F 32.0). Es bestehe keine darüber hinaus gehende Psychopathologie, ebensowenig aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/M25).

E. 5

5.1. Die Beschwerdeführerin bemängelt, Dr. G.____ habe die Einschränkung der Beweglichkeit ihrer HWS nicht hinreichend untersucht, und stützt sich hierfür auf das Urteil des EVG vom 17. März 2005 in Sachen A., U 287/04. Darin räumte das EVG, der Gutachter habe hinsichtlich der HWS lediglich den Befund "in allen Richtungen leicht eingeschränkt und schmerzhaft" festgehalten, was zu grossen Interpretationsspielraum offen lasse. Jedoch sei "in einem Gutachten, welches sich mit der Unfallkausalität einer HWS-Distorsion zu befassen hat, wesentlich, anzugeben, wie die Beweglichkeit der HWS genau eingeschränkt ist" (Erw. 6.1). Die Beschwerdeführerin übersieht bei ihrer Rüge einen wesentlichen Unterschied zwischen dem Sachverhalt, der dem zitierten Urteil, und jenem, der der vorliegenden Streitigkeit zugrunde liegt. Im zitierten Urteil hatte der Gutachter wegen der festgestellten "leichten" Einschränkung auf eine HWS-Verletzung Grad I geschlossen, während das Bundesgericht aufgrund von Vergleichsmaterial eine HWS-Verletzung Grad II annehmen musste. Im vorliegenden Verfahren diagnostizierte Dr. G.____ aufgrund einer "starken" Einschränkung eine HWS-Verletzung Grad II, und es ist nicht ersichtlich, welchen zusätzlichen Nutzen eine genauere Beschreibung des Befundes für die Frage der initialen natürlichen

Kausalität und den Umfang der Verletzung ergeben könnte.

In diesem Zusammenhang ist aber zu erwähnen, dass die HWS der Beschwerdeführerin gemäss Dr. B. ___ im Juli 2003, also vier Monate nach dem Unfall, wieder gut beweglich war und sich in diesem Gebiet keine Schwellungen oder Blockaden mehr fanden (Urk. 9/M5). Eine einleuchtende medizinische Erklärung für die danach im Laufe der Zeit von der Beschwerdeführerin geklagten massiv zunehmenden Nackenschmerzen und Einschränkungen der Beweglichkeit der HWS findet sich nicht, auch nicht in den Stellungnahmen von Dr. H. ___. Dr. G. ___ hielt denn auch fest, dass die Beweglichkeit der HWS vorwiegend durch ängstliche Abwehrspannung eingeschränkt war. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Gefühlsstörungen an den oberen Extremitäten liessen sich nicht objektivieren, die Reflexe waren sehr lebhaft auslösbar (Urk. 9/M19 S. 6 und S. 8). Auf diesem Hintergrund stellte sich die Frage, ob zu Recht die Diagnose einer HWS-Verletzung Grad II gestellt worden ist, was jedoch offen gelassen werden kann.

5.2 In der Beschwerdeschrift wird weiter gesagt, die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, die Beschwerdeführerin vor der Begutachtung über die Person des Gutachters ins Bild zu setzen und ihr die Gelegenheit zur Stellungnahme zu den Gutachtensfragen gegeben. Indes findet sich in den Akten ein Schreiben vom 7. Dezember 2004, worin die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mitteilt, Dr. G. ___ mit ihrem Einverständnis mit dem Gutachten beauftragt zu haben, und der Beschwerdeführerin eine Kopie des Fragenkatalogs an den Gutachter zustellt (Urk. 9/K15). Überdies lässt sich dem Inspektorenbericht vom 30. August 2004 entnehmen, dass Herr N. ___ als Inspektor die Beschwerdeführerin darüber informierte, dass ein Gutachten durch Dr. G. ___ vorgesehen sei, und ihr bei dieser Gelegenheit bereits den Fragenkatalog überreichte (Urk. 9/S2 S. 3). Schliesslich fand am 3. Februar 2005 eine Besprechung zwischen Herrn N. ___ und dem zwischenzeitlich von der Beschwerdeführerin beauftragten Rechtsvertreter in dessen Büroräumlichkeiten über das weitere Vorgehen statt (Urk. 9/S 3), so dass der Rechtsvertreter fraglos Gelegenheit zu Stellungnahme zu den Gutachtensfragen gehabt hätte. Demnach erweist sich auch die Rüge der Beschwerdeführerin, sie sei vor der Begutachtung weder über die Person des Gutachters informiert noch sei ihr die Möglichkeit zur Stellungnahme zu den Gutachtensfragen gegeben worden, als unbegründet.

5.3 Das Gutachten vom 6. Juni 2005 von Dr. G. ___ basiert auf der vollständigen Kenntnis der medizinischen Vorakten, eingeschlossen der bildgebenden Materialien, es beruht auf einer umfassenden Untersuchung der von der Beschwerdeführerin geklagten Leiden, ist schlüssig und nachvollziehbar, und ihm liegen - wie nachfolgend zu zeigen sein wird - dieselben medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse zugrunde, die das Eidgenössische Versicherungsgericht zur Beurteilung der Ursächlichkeit für Verletzungen der Wirbelsäule heranzieht. Demnach ist nachfolgend insbesondere auf das Gutachten vom 6. Juni 2005 abzustellen und zudem auf das Einholen eines weiteren Gutachtens zu verzichten.

E. 6

6.1 Gemäss übereinstimmenden ärztlichen Berichten leidet die Beschwerdeführerin an mehreren Diskushernien im Bereich der LWS und der HWS, jedoch liegen weder ossäre Läsionen noch Instabilitäten vor. Die Mehretagenhernien im Bereich der LWS wurden durch Dr. E. ___ am 1. Oktober 2003 mittels Röntgenbild

festgestellt, nachdem bei der Beschwerdeführerin erst im Verlaufe des Sommers oder im September Lumbalbeschwerden aufgetreten waren (Urk. 9/M7). Denn im Zwischenbericht vom 14. Juli 2003 von Dr. B. ___ finden sich noch keine Angaben betreffend Lumbalbeschwerden (Urk. 9/M5), und im Bericht vom 25. Februar 2004 hält die behandelnde Ärztin im Zusammenhang mit den Mehretagenhernien der LWS mit Nervenwurzelkompression fest, dass ab September 2003 Lähmungen und Schmerzen sowie ab November 2003 Parästhesien in der linken Wade und am linken Fuss aufgetreten seien (Urk. 9/M8). Laut Gutachten von Dr. G. ___ vom 6. Juni 2005 stellt das Unfallereignis vom 22. März 2003 weder die Ursache noch den Auslöser der Diskushernien der Beschwerdeführerin dar. Auch Dr. H. ___ legt in der Stellungnahme vom 7. September 2005 dar, die LWS-Symptomatik sei krankheitsbedingt und werde vom Ereignis vom 22. März 2003 nicht tangiert (Urk. 9/M20). Demgegenüber geht Dr. J. ___ möglicherweise - immerhin enthalten seine Ausführungen auffallend widersprüchliche Angaben betreffend die Kausalität (siehe Urk. 9/M16 S. 2 unten) - von einer bleibenden Verschlimmerung des Vorzustandes der LWS durch das Ereignis aus, ohne dies einleuchtend zu begründen. Ebenso legt Dr. med. O. ___, FMH für Neurologie und Computer-Tomographie, im Bericht vom 7. November 2006 zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin dar, "die ganze Situation" habe sich durch den Unfall vom 22. März 2003 destabilisiert (Urk. 3/3). Dabei stützt sich Dr. O. ___ bei dieser Aussage offensichtlich ausschliesslich auf die Aussagen der Beschwerdeführerin, nachdem er eigenen Angaben zufolge mangels entsprechender Röntgenbilder nicht in der Lage war, die von ihm erhobenen Befunde und die Ergebnisse der von ihm angefertigten Computertomographien mit solchen vor dem Unfall vom 22. März 2003 zu vergleichen. Seine Kommentare zur Unfallkausalität (Urk. 3/3 S. 4 f.) fielen denn auch entsprechend vage und allgemein aus. Die ärztlichen Beurteilungen der Dres. G. ___ und H. ___ stimmen mit der unter Erw. 2.4 angeführten ständigen Rechtsprechung des EVG überein, wonach gemäss der herrschenden medizinischen Lehrmeinung Diskushernien, das heisst Bandscheibenvorfälle - neben andern Bedingungen - nur dann als durch ein Unfallereignis verursacht oder ausgelöst gelten können, wenn die entsprechenden Beschwerden innert weniger Tage nach dem Ereignis manifest werden. Demnach besteht im vorliegenden Fall kein natürlicher Zusammenhang zwischen dem versicherten Ereignis vom 22. März 2003 und den ab Spätsommer oder Herbst 2003 von der Beschwerdeführerin geklagten lumbalen Beschwerden.

6.2.2 Dr. D. ___ fand anlässlich der Röntgenuntersuchung vom 31. März 2003 bei der Beschwerdeführerin eine vorbestehende ventrale Spondylose der mittleren und unteren HWS ventral sowie einen blockierten Wirbelkörper C6 (Urk. 9/M2). Diese Blockade war im Juli 2003 nicht mehr nachweisbar (Urk. 9/M5).

Ein am 19. Juli 2004 und damit mehr als 15 Monate später in der Klinik P. ___ durchgeführtes Computertomogramm (CT) der HWS zeigte einen anlagebedingten normalweiten Spinalkanal, eine diskrete Osteochondrose C6/7 mit kleinsten dorsalen Spondylophyten, eine Diskusprotrusion C5/6 paramedian rechts, jedoch keine nachweisbare Einengung der Neuroforamina (Urk. 9/M11). Und ein am 27. August 2004 ebenfalls in der Klinik P. ___ angefertigtes MRI der HWS ergab eine leichte linkskonvexe Skoliose cervicothorakal und Streckhaltung der HWS, mehrsegmentale Chondrosen und leichte Spondylosen der HWS, eine paramedian rechtsseitige Diskushernie C4/C5 mit leichter Impression des Myelons, eine paramedian rechtsseitige Diskushernie C5/C6 mit etwas

deutlicher Impression des Myelons, jedoch keinen Hinweis für eine cervicale Myelopathie, sowie eine leichte dorsomediane Diskusprotrusion C6/C7 (Urk. 9/M13).

Hinsichtlich der Diskushernien ist zu beachten, dass die Röntgenaufnahmen vom 31. März 2003 zwar degenerative Bandscheibenschäden im Bereich der mittleren und unteren HWS ergaben, hingegen eine Bandscheibenwölbung (Diskusprotrusion) erst im August 2004 festgestellt wurde. Weiter berichtete Dr. B. ___ am 14. Juli 2003 nicht nur von einer guten Beweglichkeit der HWS, sondern hielt auch fest, es beständen keine sensiblen Ausfälle der HWS (Urk. 9/M5). Im Gutachten vom 6. Juni 2005 äussert sich Dr. G. ___ nach Darstellung der zugrunde gelegten wissenschaftlichen Erkenntnisse dahin, angesichts der eher leichten Traumatisierung durch das Unfallereignis sowie des langen Zeitraums zwischen dem Ereignis und dem Auftauchen der Diskushernien der HWS könne das Unfallereignis vom 22. März 2003 weder als Ursache noch als Auslöser der letzteren gelten. Demgegenüber vertritt namentlich Dr. H. ___ die Ansicht, dass auch eine geringfügige Traumatisierung eine richtungsgebende Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustands der Wirbelsäule bewirken könne. Dies treffe im Falle der Beschwerdeführerin zu. Da die in Erw. 2.4 angeführte Rechtsprechung auf dieselben medizinischen Erkenntnisse abstellt, auf die sich Dr. G. ___ stützt, ist vorliegend ein natürlicher Kausalzusammenhang - und sei es auch nur in der Form eines Auslösers - zwischen dem bereits seiner Natur nach ungeeigneten Unfallereignis vom 22. März 2003 und der Diskusprotrusion sowie den Diskushernien an der HWS der Beschwerdeführerin zu verneinen.

Bei der Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens ist die Unfallkausalität nur ausnahmsweise und insbesondere nur dann zu bejahen, wenn der Unfall auch geeignet gewesen wäre, eine gesunde Bandscheibe zu verletzen (siehe statt vieler: Urteil EVG vom 6. September 2006 in Sachen Z., U 3/06, Erw. 1.2 mit Hinweisen). Die cervicalen Diskushernien der Beschwerdeführerin waren aber unbestrittenermassen schon vor dem Unfall vom 22. März 2003 vorhanden (siehe auch Stellungnahme von Dr. H. ___ vom 7. September 2005, Urk. 9/M20 S. 3), die Diskusprotrusion C6/C7 wurde gar erst Ende August 2004 festgestellt (Urk. 9/M13).

6.3.1 Zusammenfassend ist festzustellen, dass der in Frage stehende Unfall vom 22. März 2003 (Auffahrunfall nach Anfahrt vom Lichtsignal, ohne Beizug der Polizei; siehe Urk. 9/K34/7) nicht von derartiger Schwere war, dass eine (allfällige) Verschlimmerung der vorbestehenden Bandscheibenschäden weitgehend durch dieses Ereignis verursacht worden ist. Gesunde Bandscheiben wären bei einem solchen Unfall mit Sicherheit nicht verletzt worden.

6.3.1.1 Hinsichtlich der HWS-Beschwerden ist zudem zu beachten, dass Dr. B. ___ bereits im Bericht vom 14. Juli 2003 festhielt, die HWS der Beschwerdeführerin sei nun gut beweglich, es beständen keine Blockaden oder Schwellungen der HWS mehr, aber auch keine sensiblen Ausfälle. Dennoch habe sich bei der Beschwerdeführerin subjektiv keine Verbesserung eingestellt. Dr. B. ___ äusserte einen Verdacht auf Symptomausweitung. Es sei eine Chronifizierung der Beschwerden zu befürchten, und eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch einen Vertrauensarzt sei sinnvoll (Urk. 9/M5). Im Schreiben vom 4. August 2004 zu Händen der Beschwerdegegnerin hält die behandelnde Ärztin fest, die Beschwerdeführerin leide immer noch an den Folgen der HWS-Beschwerden. Zusätzlich hätten sich nun laut Angaben der Beschwerdeführerin psychische Beschwerden wie Depression,

Wortfindungsstörungen, Vergesslichkeit usw. in erschreckendem Ausmass eingestellt. Im Übrigen schilderte die Hausärztin vor allem die Erfolglosigkeit der physikalischen Behandlungen der LWS-Beschwerden. Sie schloss mit der Aussage oder Aufforderung, es sollte durch eine Fachperson abgeklärt werden, wieweit die Beschwerdeführerin einzig aufgrund des HWS-Anpralls arbeitsunfähig sei (Urk. 9/M9.1).

Â Â Â Â Â Â Â Â Aus all diesen Gründen ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass zwischen dem Unfall und den HWS-Diskushernien sowie der Diskusprotrusion kein Kausalzusammenhang besteht. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin sowie der Dres. H. ___ und O. ___ kann aus der Tatsache, dass sich die Diskushernien erst nach dem Unfallereignis manifestiert haben, nicht einfach - in Anwendung der Formel "post hoc, ergo propter hoc", wonach ein Gesundheitsschaden schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, weil er nach diesem aufgetreten ist (vergleiche BGE 119 V 341 f., Erw. 2b/bb) - auf einen Zusammenhang geschlossen werden.

6.3.2 Â Â Hinsichtlich der angegebenen psychischen Beschwerden ist festzuhalten, dass laut dem Gutachten vom 6. März 2006 des Psychiaters Dr. I. ___ bei der Beschwerdeführerin eine leichte hintergründig bestehende depressive Störung (ICD 10: F32.0) als Reaktion auf die chronischen Schmerzen und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, jedoch keine weiteren psychopathologischen Befunde vorliegen. Dieser Sachverhalt wird von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht bestritten.

6.4 Â Â Â Â Somit bleibt zu prüfen, ob der Beschwerdeführerin aus dem HWS-Distorsionstrauma noch Leistungen ab 1. April 2004 zustehen.

6.4.1 Â Â Gemäss dem von Dr. B. ___ am 19. Mai 2003 ausgefüllten Fragebogen der National für "Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma" zeigten sich bei der Beschwerdeführerin innerhalb weniger Stunden nach dem Ereignis vom 22. März 2003 Kopfschmerzen, Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die Schultern, Schwindel und Übelkeit (Urk. 9/M3). Indessen liess Dr. B. ___ auf dem Fragebogen die Rubrik "Untersuchungsdatum und -zeit" offen. Im Arztzeugnis vom 25. Juni 2003 gab Dr. B. ___ als Datum der Erstbehandlung den 8. April 2003 an und hielt unter der Rubrik "Angaben des Patienten" Folgendes fest: "Sturz während Sport auf Kopf - Status nach HWS-Trauma vor 10 Jahren" (Urk. 9/M4). Im Bericht vom 4. März 2005 zu Händen der IV-Stelle (Beilage zu Urk. 9/K34) hält Dr. B. ___ im Rahmen der Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einerseits im Zusammenhang mit multisegmentalen, degenerativen HWS- und LWS-Veränderungen eine Zervikobrachialgie beidseits mit sensibler Reizsymptomatik C6 rechts und andererseits im Zusammenhang mit rezidivierenden Kopfschmerzen mit Schwindel einen Status nach HWS-Distorsion vor ungefähr 15 Jahren fest, wobei sie im Rahmen der persönlichen Anamnese dann von einem HWS-Unfall im April 2003 berichtet. Nachdem die Terminologie hinsichtlich Beschleunigungsverletzungen der HWS uneinheitlich ist und die Bezeichnung "Zervikobrachial- und Zervikozephal-Syndrom" letztlich dasselbe Beschwerdebild wie der Terminus "HWS-Distorsionstrauma" beschreibt (Urteil des EVG vom 6. Oktober 2006 in Sachen K., U 423/05, Erw. 2.4 mit Hinweis), kann jedoch grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass Dr. B. ___ in ihren Hauptdiagnosen - auch wenn sie ihn nicht explizit erwähnt - den Unfall vom 22. März 2003 einbezogen hat. Im Schreiben des Röntgenologen Dr. D. ___ vom 31. März 2003 an Dr. B. ___ findet sich nach dem Titel "HWS Status und Funktionsaufnahmen" der Vermerk "Klinische Angaben:

Zustand nach Schleudertrauma vor einer Woche". Â Nachdem Dr. B.____ die BeschwerdefÃ¼hrerin an Dr. D.____ Ã¼berwiesen und dieser, wie erwÃ¤hnt, am 31. MÃ¤rz 2003 eine erste RÃ¶ntgenaufnahme der HWS erstellt hatte (Urk. 9/M2), ist doch mehr als fraglich, ob die Erstbehandlung bei Dr. B.____ wirklich erst am 8. April 2003 stattgefunden hat. Dies umso mehr, als Dr. B.____ in ihrem ersten Arztzeugnis vom 8. Juni 2004 an die Vaudoise Versicherungen - dem Haftpflichtversicherer des Ehegatten der BeschwerdefÃ¼hrerin - angab, die Ã¤rztliche Behandlung habe am 26. MÃ¤rz 2003 begonnen (Beilage zu Urk. 9/K34/7). Anhand dieser mehrdeutigen Angaben sowohl in Bezug auf Unfallhergang und Beginn der Ã¤rztlichen Behandlung lÃ¤sst sich nicht mehr genau feststellen, ob die typischen Merkmale eines HWS-Distorsionstraumas - sofern ein solches Ã¼berhaupt stattgefunden hat - innerhalb der rechtsprechungsgemÃ¤ss erforderlichen Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden nach dem Unfallereignis Ã¤rztlich festgestellt wurden, damit ein natÃ¼rlicher Kausalzusammenhang zwischen den angegebenen Beschwerden und dem Unfallereignis bejaht werden kann (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 1. Februar 2004, U 76/06, Erw. 3.2.2). Letztlich kann diese Frage jedoch offen gelassen werden, wie sich nachfolgend zeigen wird.

Â Â Â Â Â Â Â Â Angesichts des bereits im Juli 2003 von der behandelnden Ã¤rztin festgestellten Fehlens objektiver Anhaltspunkte fÃ¼r die geklagten HWS-Beschwerden in Verbindung mit dem Verdacht auf Symptomausweitung einerseits und vor allem der offenkundigen Therapieresistenz, welche die BeschwerdefÃ¼hrerin gegenÃ¼ber den auf die HWS-Beschwerden gerichteten intensiven physiotherapeutischen und chiropraktischen Behandlungen andererseits zeigte, kann ab April 2004 nicht mehr davon ausgegangen werden, dass von einer weiteren Heilbehandlung eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes der BeschwerdefÃ¼hrerin erwartet werden konnte. Folglich ist zu prÃ¼fen, ob ein adÃ¤quater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 22. MÃ¤rz 2003 und den nach dem 30. MÃ¤rz 2004 weiterhin geltend gemachten Beschwerden gegeben ist.

6.4.2.Â Â Der Unfall vom 22. MÃ¤rz 2003 spielte sich derart ab, dass das Ehepaar C.____ in seinem Mercedes an einem Rotlicht hielt, bei Wechsel auf GrÃ¼n Ã¼ber die Kreuzung fuhr und danach wegen einer stehenden Kolonne wieder abbremsen musste, wobei der nachfolgende VW Scirocco auf den Mercedes auffuhr. Die Parteien zogen die Polizei nicht bei, sondern regelten die Sache selber. In der Folge mussten beim Fahrzeug des SchÃ¤digers die Stossstange vorne und bei jenem des GeschÃ¤digten Teile der hinteren Stossstange ersetzt werden (Urk. 9/K34/7). Der Gatte der BeschwerdefÃ¼hrerin als Lenker des Mercedes erlitt keine Verletzungen, die BeschwerdefÃ¼hrerin als Beifahrerin musste nicht an Ort oder noch gleichentags medizinisch behandelt werden, sondern konnte zusammen mit ihrem Gatten in ihrem Wagen nach Hause fahren (siehe Urk. 9/M19). Demnach kann das Ereignis vom 22. MÃ¤rz 2003 nicht mehr denn als leichter Unfall im Sinne der Rechtsprechung bezeichnet werden. HierfÃ¼r spricht auch, dass die BeschwerdefÃ¼hrerin, die bereits im Jahr 1985 einen Auffahrunfall mit HWS-Distorsionstrauma erlitten hatte und unmittelbar nach dem Unfallereignis vom 22. MÃ¤rz 2003 aktenkundig bei klarem Bewusstsein war, in Kenntnis um diese VerletzungsmÃ¶glichkeiten sicher die Polizei beigezogen hÃ¤tte. Bei Vorliegen eines leichten Unfalls ist die AdÃ¤quanz ohne PrÃ¼fung weiterer Kriterien zu verneinen. Aber selbst wenn man einen mittleren Unfall im Grenzbereich zu den leichten UnfÃ¤llen annehmen wollte, so fÃ¼hrte dies hinsichtlich der AdÃ¤quanz zu keinem andern Resultat.

Denn diesfalls müssten entweder mehrere der rechtsprechungsgemäss geltenden Kriterien in gehäufteter Weise oder zumindest ein Kriterium in ganz ausgeprägter Weise vorliegen. Beides ist vorliegend nicht der Fall. Das Unfallereignis vom 22. März 2003 war keineswegs dramatisch oder eindrücklich. Verletzungen von besonderer Art und Schwere sind nicht ersichtlich, vermag doch allein die Diagnose eines HWS-Distorsionstraumas solche nicht zu begründen. Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen verschlimmert hätte, ist nicht ersichtlich. Betreffend das Kriterium der besonders langen Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist einzig die unfallbedingte, nicht aber die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit in Anschlag zu bringen. In diesem Zusammenhang ist denn auch zu beachten, dass Dr. B. in ihrem Bericht vom 19. Mai 2003 an die Beschwerdeführerin noch von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 24. März bis 30. April 2003 und von 80 % ab 1. bis 31. Mai 2003 ausgegangen war, eine weitergehende Arbeitsunfähigkeit wegen des HWS-Distorsionstraumas attestierte Dr. B. nicht (Urk. 9/M3). Bereits in ihrem Bericht vom 14. Juli 2003 hatte Dr. B. jedoch darauf aufmerksam gemacht, dass objektive Befunde und das subjektive Empfinden der Beschwerdeführerin nicht korrelierten, weshalb sie befürchtete, dass es zu einer Chronifizierung kommen könnte, würde die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht schnellstens ausgebaut (Urk. 9/M5). Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin, welche gemäss ihren eigenen Aussagen im Fitnessstudio ihres Ehegatten vor dem Unfall vom 22. März 2003 ein Arbeitspensum von 40 % inne hatte (siehe auch Auszug aus dem Individuellen Konto der Ausgleichskasse, Urk. 9/K14), auch nach diesem Unfall pro Woche 10 bis 15 Stunden ihrer Tätigkeit nachging (Urk. 9/S1, Inspektorenbericht vom 4. Juli 2003 über die Besprechung mit der Beschwerdeführerin und ihrem Ehegatten vom 16. Juni 2003; siehe auch Gutachten von Dr. I. vom 6. März 2006, Urk. 9/M25 S. 6), was ebenfalls nicht gemessen am Pensum vor dem Unfall - auf eine massiv eingeschränkte Arbeitsunfähigkeit hindeutet. Eine ungewöhnlich lange Dauer der allein wegen des HWS-Distorsionstraumas notwendigen ärztlichen Behandlung läge selbst bei Berücksichtigung der Krankheitsfolgen nicht vor. Einzig ein schwieriger Heilungsverlauf scheint vorliegend gegeben. Jedoch kann dazu den medizinischen Akten entnommen werden, dass relativ kurze Zeit nach dem Unfall vom 22. März 2003, das heisst im Juli 2003, bereits ein Verdacht auf Symptomausweitung formuliert worden ist (Urk. 9/M5), im Herbst 2003 dann massive unfallfremde Schmerzen der Lendenwirbelsäule im Vordergrund standen (Urk. 9/M7, Urk. 9/M9.1 und Urk. 9/M18) und im August 2004 von Dr. B. erstmals von Depression, Konzentrationsschwäche, Wortfindungsstörungen und Vergesslichkeit berichtet wurde (Urk. 9/M9.1). Letztere Symptome gehören wohl grundsätzlich zum Beschwerdebild eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumatischen Verletzung. Doch bei dem von der Beschwerdeführerin erlittenen Unfall, der höchstens im Grenzbereich zu den leichten Unfällen anzusiedeln und bei welchem sie aktenkundig nicht schwer verletzt worden ist, leuchtet nicht ein, dass diese Symptome nach einer derart langen Latenzzeit noch mit Unfall vom 22. März 2003 zusammenhängen sollen. Das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs ist in Berücksichtigung dieser Tatsachen deshalb zumindest nicht in besonders ausgeprägter Weise erfüllt. Liegen aber die von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien weder in gehäufteter Weise noch ein einzelnes in besonders ausgeprägter Masse vor, so ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 22. März 2003 und den nach dem 31. März 2004 geltend gemachten Beschwerden zu verneinen. Dies führt zur materiellen Abweisung der

Beschwerde.

7.1.1.1.1.1.1

7.1.1.1.1.1 Die Beschwerdeführerin beantragt weiter, die Beschwerdegegnerin sei zur Erstattung der vollumfänglichen Kosten in der Höhe von Fr. 2'600.--, die Dr. Jung der Beschwerdeführerin für die Kommentierung des Arztgutachtens von Dr. G. in Rechnung stellte, zu verpflichten. Sie begründet dies damit, dass sie nach Vorliegen des Gutachtens von Dr. G. mit Herrn N. als dem Inspektor der Beschwerdegegnerin vereinbart habe, dass man das Gutachten von Dr. G. einem Arzt nach Wahl der Beschwerdeführerin zur Kommentierung übergeben und nachher darüber befinden werde, ob ein zusätzliches Gutachten nötig sei.

7.2.1.1.1.1 Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid lediglich einen Kostenanteil von Fr. 970.80 für das Gutachten von Dr. H. ohne Präjudiz übernommen und dies damit begründet, dass einerseits aus den Akten nicht hervorgehe, dass der Gutachtensauftrag an Dr. H. tatsächlich nach Absprache mit der Beschwerdegegnerin erfolgt sei und andererseits Dr. H. für die beiden Stellungnahmen vom 18. Oktober und 2. Dezember 2005 insgesamt einen Arbeitsaufwand von 6,5 Stunden angegeben und die Arbeitsstunde zu Fr. 400.-- in Rechnung gestellt habe, während der von der Beschwerdegegnerin zugrunde gelegte Tarmed-Tarif (791.39 + 263.79 Taxpunkte + Fr. 0.92) eine Entschädigung von Fr. 870.80 ergebe.

7.3.1.1.1.1 Den Akten lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdegegnerin bei Inspektor N. nachgefragt hat, ob eine Vereinbarung betreffend die Übernahme der Kosten der Stellungnahme zum Gutachten von Dr. G. getroffen worden sei. Der Inspektor konnte sich nicht mehr erinnern, dass die Tragung der Kosten durch die Beschwerdegegnerin (zum Voraus) vereinbart worden sei, jedoch sei er auch sicher, dass er die Übernahme nicht explizit abgelehnt habe (Urk. 9/K33).

7.4.1.1.1.1 Sofern zwischen den Parteien tatsächlich die Kostentragung für die erste Stellungnahme von Dr. H. vereinbart worden sein sollte, so stellt sich die Frage, ob die Beschwerdeführerin davon ausgehen durfte, dass die Kosten nach denselben Regeln wie bei einem Privatgutachten im Falle des Obsiegens der Beschwerde führenden Partei und mithin aufgrund von Art. 394 Abs. 3 OR gestützt auf den Schwierigkeitsgrad und den Aufwand übernommen werden oder ob die Kostenerstattung der UVG-Tarmed-Tarif Anwendung findet (vgl. Alexandra Rumo-Jungo, Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Auflage, Zürich 2003, S. 252). Geht man vom ersteren aus, so sind für die Stellungnahme vom 18. Oktober 2005 gemäss der Rechnung 31. Oktober 2005 von Dr. H. 2,5 Stunden Arbeitsaufwand zu vergüten, wobei der Arzt Fr. 400.-- pro Stunde verrechnet (Beilage 2 zu Urk. 9/K32). Die zweite Stellungnahme vom 2. Dezember 2005 (Beilage 3 zu Urk. 9/K32) war nicht nur unnötig, sondern es sind keine Anhaltspunkte in den Akten ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin einer zweiten Stellungnahme zugestimmt hätte. Demnach hätte die Beschwerdegegnerin allenfalls höchstens den Betrag von Fr. 1000.-- gemäss Rechnungsstellung vom 31. Oktober 2005 anstelle der blossen Fr. 970.80 zu übernehmen. Berücksichtigt man indes, dass auch bei der Festlegung der Vergütung gemäss Auftragsrecht nach Art. 394 OR ein gewisser Ermessenspielraum verbleibt, so kann im Ergebnis nicht beanstandet werden, wenn die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin Kosten in der Höhe von Fr. 970.80 vergütet hat.

8. Demnach erweist sich die Beschwerde als in jeder Hinsicht unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Dr. Roger Bollag

- Schweizerische National-Versicherungs-Gesellschaft

- Bundesamt für Gesundheit

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

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

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

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