

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00401 vom 14. September 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-09-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00401

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00401 du 14 septembre 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00401 del 14 settembre 2007

Erwägungen

E. 1

1.1. Strittig ist, ob die SUVA ihre Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 14. Juli 2002 zu Recht per 1. Februar 2006 eingestellt hat.

1.2. 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).

1.3. 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 leistungsbegleitender 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).

1.4.1.1 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, Ängstlichkeit, 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. Entsprechendes gilt, wenn ein Schädel-Hirntrauma diagnostiziert ist und die im Zusammenhang mit dieser Verletzung auftretenden Symptome mit den Folgen eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule vergleichbar sind. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b, BGE 117 V 382 Erw. 4b).

E. 1.5

1.5.1.1 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).

1.5.2.1 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).

1.5.3.1 Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6a).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 140 Erw. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 Erw. 3b).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;

- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

- 1.5.4 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).

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).

1.5.5 Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Eidgenössische Versicherungsgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädeld-Hirn-Traumas (BGE 117 V 382 f. Erw. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U

341 S. 408 Erw. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2).

1.5.6.1 Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1).

1.5.7.1 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 sowie etwa Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen C. vom 12. Januar 2007, Erw. 6, U 327/06; 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. 2

2.1.1.1 Eine weitere Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Unfall vom 14. Juli 2002 verneinte die SUVA im Wesentlichen unter Hinweis auf das Gutachten des ABI vom 30. August 2005 (Urk. 8/86) mit der Begründung, spätestens ab dem 1. Februar 2006 seien keine wahrscheinlichen Unfallfolgen, insbesondere keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende unfallbedingte psychische Symptomatik, mehr nachweisbar gewesen. Das fragliche Ereignis habe weder betreffend die Wirbelsäule noch in Bezug auf das Gehirn eine nachweisbare organische Schädigung zur Folge gehabt. Das weiterhin geklagte leichte Zervikalsyndrom beziehungsweise die begleitenden Beeinträchtigungen hätten bereits vor dem Unfall vom 14. Juli 2002 bestanden. Eine Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs erübrige sich demnach; ein solcher wäre mangels Erfüllungs der - wegen der im Vordergrund stehenden psychischen Symptomatik nach BGE 115 V 133 zu prüfenden - entsprechenden Kriterien ohnehin zu verneinen (vgl. Urk. 2 S. 8). Hinweisen sei schliesslich darauf, dass sich die Überforderung durch die Mehrfachbelastung negativ auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin auswirke (vgl. Urk. 2 S. 8, S. 9).

2.2.1.1 Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber - unter Hinweis auf den Bericht von Dr. med. A., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 27. September 2005 (Urk. 8/90) und das im Auftrag des ABI erstellte (Teil-) Gutachten von Dr. med. B., Facharzt FMH für Neurologie, vom 21. November 2006 (Urk. 3/2) - im Wesentlichen auf den Standpunkt, auf das Gutachten des ABI könne aufgrund verschiedener Mängel nicht abgestellt werden. Vor dem - als schwer zu qualifizierenden - Unfall vom 14. Juli 2002 sei sie beruflich wie familiär voll leistungsfähig und erfolgreich gewesen. Ein relevanter Vorzustand habe nicht vorgelegen, und selbst wenn man vom Bestehen eines solchen ausginge, sei dieser weder pathologisch gewesen noch habe er die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt. Die SUVA habe den medizinischen

Sachverhalt, insbesondere betreffend die psychische Symptomatik, ungenügend abgeklärt (vgl. Urk. 1 S. 2 ff.).

E. 3.1

3.1.1. Aktenkundig ist, dass die Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfall vom 14. Juli 2002 in ärztlicher Behandlung stand. So wurde sie im Zusammenhang mit Kopf-, Nacken- und Schwindelbeschwerden am 4. März 2002 von den Ärzten des Spitals W. ___, Neurologische Klinik und Poliklinik, untersucht. Diese stellten in ihrem Bericht (Urk. 8/69, Urk. 8/85) folgende Diagnosen:

- Depressive Verstimmung bei verschiedenen Belastungsfaktoren
- Leichtes Zervikalsyndrom
- Status nach Unfall mit seitlich-frontaler Kollision 1986 mit
- Commotio cerebri und HWS-Distorsion

Die Patientin habe berichtet, 1986 einen Verkehrsunfall erlitten zu haben, wobei ein entgegenkommendes Fahrzeug seitlich auf das Auto, in welchem sie sich als Beifahrerin befunden habe, aufgeprallt sei. Sie sei damals etwa während 30 Minuten bewusstlos gewesen und habe sich Blutergüsse sowie Platzwunden an Gesicht, Armen und Oberkörper zugezogen. In der Folge habe sie zwar noch Nackenbeschwerden verspürt, ihr Studium aber fortsetzen und wenig später erfolgreich abschliessen können. Allerdings habe sie unter Konzentrationsstörungen gelitten und grosse Mühe gehabt, Neues zu lernen. Nach den Prüfungen hätten die Kopf-, Nacken- und Schwindelbeschwerden exazerbiert. Sie habe zu jener Zeit vom Unfall getrauert und immer wieder geweint. Nach einem drei- bis vierwöchigen stationären Klinikaufenthalt habe sich eine langsame Besserung eingestellt. Fünf Jahre später sei es ihr wieder recht gut gegangen, wobei sie gelegentlich noch unter Nackenbeschwerden gelitten habe. Seit sechs bis acht Monaten verschlechtere sich ihr Gesundheitszustand aber wieder. So beginne sie schnell zu weinen, Tränen vermehrt, und beim Liegen auf dem Rücken gelegentlich Schwindelbeschwerden, verbunden mit Unwohlsein, auf. Weiterhin leide sie täglich unter belastungsabhängigen occipitalen, nach frontal ausstrahlenden Kopfschmerzen sowie Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die gesamte Wirbelsäule. Sie fühle sich nervös und reizbar; zudem fange sie - auch während Sitzungen - rasch zu weinen an und könne sich dann kaum mehr beruhigen. Sie sei auch vergesslich geworden (vgl. Urk. 8/69 S. 2).

Der Befund der Ärzte des Spitals W. ___ ergab einen normalen Neurostatus (vgl. Urk. 8/69 S. 1). Die von der Patientin geklagten multiplen Beschwerden, einschliesslich des zervikozephalen Symptomkomplexes und der zunehmenden Vergesslichkeit, seien am ehesten im Rahmen einer depressiven Verstimmung bei verschiedenen Belastungsfaktoren (Doppelbelastung von Beruf und Familie, nichtbestandene Prüfung) zu sehen. Ein direkter Zusammenhang zum Unfallereignis im Jahr 1986 und der dabei erlittenen Commotio cerebri beziehungsweise HWS-Distorsion bestehe nicht. Allerdings sei von einer verminderten posttraumatischen Belastbarkeit und einer veränderten psychischen Vulnerabilität auszugehen. Das Ergebnis der aktuellen klinischen Untersuchung sei unauffällig ausgefallen (vgl. Urk. 8/69 S. 2). Therapeutisch stehe eine psychiatrische Betreuung und Behandlung mit Erarbeitung von Coping-Strategien im Vordergrund; die Patientin habe sich mit einer entsprechenden

Therapie einverstanden erklärt (vgl. Urk. 8/69 S. 1).

3.1.2.2. Dr. med. C.____, praktizierender Arzt, hielt am 5. Juni 2002 fest, seit dem 19. Juni 2001 seien wiederholt Konsultationen bei ihm erfolgt. Am 10. Januar 2002 habe die Patientin über Kopfschmerzen bei Belastung, Schwindel und Bewusstseinsstörungen geklagt, wobei sie die geklagten Beschwerden auf einen Autounfall im Jahr 1986 zurückgeführt habe. Am 2. Februar 2002 habe die Patientin angegeben, wegen zwischenmenschlicher Probleme ihre Stelle kündigen zu wollen. Er habe ihr zu einer Aussprache mit dem Vorgesetzten und der Einforderung einer schriftlichen Kritik geraten, da sie offensichtlich unter der Situation am Arbeitsplatz gelitten habe und depressiv gewesen sei. Insbesondere habe er ihr eine psychiatrische Behandlung, eventuell eine Analyse, nahegelegt. Nachdem die Patientin ihr Arbeitsverhältnis am 4. Juni 2002 gekündigt habe, habe sie verlangt, dass ihr eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt werde (vgl. Urk. 8/18).

3.2.2.2. Unmittelbar nach dem Unfall vom 14. Juli 2002 wurde die Beschwerdeführerin von den Ärzten des Klinikums V.____ untersucht. Diese hielten fest, an Kopf, HWS, BWS, LWS, Becken sowie den oberen und unteren Extremitäten seien keine Verletzungszeichen feststellbar gewesen. Der Befund betreffend das Abdomen sei ebenfalls unauffällig ausgefallen. Besondere Wahrnehmungen betreffend die Gemütsverfassung hätten keine gemacht werden können (vgl. Bericht vom 28. Juli 2004, Urk. 8/2).

3.3.2.2. Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, Facharzt für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin APPM, Facharzt für Manuelle Medizin SAMM, gab am 28. Oktober 2002 an, die Beschwerdeführerin, welche seit dem 4. September 2002 bei ihm in Behandlung stehe, leide im Zusammenhang mit dem Unfall vom 14. Juli 2002 unter einem HWS-Beschleunigungstrauma mit posttraumatischem zervikozephalen und lumbovertebralem Schmerzsyndrom sowie an einer posttraumatischen Verarbeitungsstörung. Möglicherweise sei es auch zu einer neuropsychologischen Einbusse gekommen. Die Patientin sei durch Arbeit, Schule, Haushalt und Familienbetreuung massiv überbelastet. Es sei noch ungewiss, ob die Arbeitsfähigkeit in naher Zukunft reduziert werden müsse (vgl. Urk. 8/3).

2.2.2.2. In seinem Schreiben vom 13. Dezember 2002 (Urk. 8/10) hielt Dr. D.____ fest, nebst dem im Vordergrund stehenden somatischen (zervikalen) Befund seien zunehmende kognitive Einbussen, welche sich besonders bei längerem Arbeiten am PC äußerten, feststellbar. Die Patientin arbeite zu 80 % als Sozialpädagogin und absolviere zu 20 % eine berufsbegleitende Schulausbildung. Daneben betreue sie einen Haushalt mit zwei Kindern und gelange dadurch immer mehr an ihre Belastungsgrenzen.

3.4.2.2. Am 26. März 2003 und 8. April 2003 wurde die Beschwerdeführerin durch Dr. phil. E.____ und lic. phil. F.____ neuropsychologisch untersucht. Im Bericht vom 30. April 2003 (Urk. 8/17) gaben diese an, die Befunde entsprächen einer leichten bis mittelschweren kognitiven Funktionsstörung im Bereich rechts fronto-parietaler Strukturen sowie einer leichten kognitiven Funktionsstörung im Bereich links parietaler und tieferer Strukturen (Hirnstamm).

2.2.2.2. Im Vordergrund ständen Strukturierungsschwierigkeiten, verminderte Leistungen im rechnerischen Denken, im visuell-räumlichen Vorstellungsvermögen, im Körperperschema und in der Links-Rechts-Unterscheidung

sowie Perseverationstendenzen im visuell-figuralen Bereich. Zudem manifestierten sich reduzierte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistungen mit einer verminderten Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, einer shift-Problematik sowie Schwierigkeiten im Arbeitsgedächtnis. Diese kognitiven Minderleistungen erklärten die schulischen und beruflichen Schwierigkeiten der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 8/17 S. 9).

3.4 Aus neuropsychologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in ihrer Tätigkeit als Sozialpädagogin in Ausbildung zu 40- bis 50 % eingeschränkt. Eine neuropsychologische Therapie sei zwar angezeigt, überfordere sie allerdings angesichts ihrer Tätigkeiten als Studentin, Sozialpädagogin und Mutter möglicherweise (vgl. Urk. 8/17 S. 10).

3.5 SUVA-Arzt Dr. med. G. ____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, gab am 23. Mai 2003 an, die von der Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die anstehende Zwischenprüfung und die damit zusammenhängende Mehrfachbelastung beantragte (vgl. Urk. 8/19 S. 2) Erhöhung des Arbeitsunfähigkeitsgrades von 25 % auf 50 % lasse sich medizinisch nicht rechtfertigen. Bei der Beschwerdeführerin bestehe ein Missverhältnis zwischen Anspruch und Ressourcen; gesamthaft erbringe sie Leistungen im Umfang von 200 % (vgl. Urk. 8/23).

3.6 Am 1. September 2003 hielt Dr. D. ____, fest, die Patientin gelange trotz regelmässiger Muskelrekonditionierungstherapien durch ihre Belastung in Beruf, Schule und Familie immer stärker in einen Überlastungs- und Erschöpfungszustand. Zur Verhinderung einer ganzlichen Arbeitsunfähigkeit sei eine stationäre Rehabilitation dringend angezeigt (vgl. Urk. 8/32).

3.7 Nachdem die Beschwerdeführerin sich vom 3. bis 31. Oktober 2003 stationär in der Klinik X. ____, aufgehalten hatte, stellten die Ärzte folgende Diagnosen (vgl. Urk. 8/36 S. 1):

- Chronisches zervikozephal und thorakovertebrales Schmerzsyndrom bei
HWS-Distorsionstrauma am 14. Juli 2002 (Autounfall)
- Posttraumatische Belastungsstörung

Bei Eintritt habe die Patientin über einen aufgrund von Nackenschmerzen und Albträumen gestörten Schlaf, Parästhesien in beiden Händen, Fusskrämpfe sowie kognitive Störungen wie Vergesslichkeit und Orientierungsstörungen geklagt (vgl. Urk. 8/36 S. 1). Objektiv hätten eine Wirbelsäulenfehlhaltung (Kopfprotraktion) mit leichter Haltungsinsuffizienz und Einschränkung der HWS-Beweglichkeit rechtsbetont, muskulärer Hartspann im Bereich von Nacken und Trapeziusoberrand sowie Myogelosen entlang des medialen Scapularandes rechts festgestellt werden können. Neurologische Defizite hätten sich keine gezeigt. Die Schmerzen hätten während des Aufenthalts soweit vermindert werden können, dass die Patientin zeitweise fast schmerzfrei gewesen sei und in der Folge auch wieder besser habe schlafen können.

Weil die Patientin sich dauern überfordert habe, sei es zu einem Erschöpfungszustand gekommen. Die Reduktion des Arbeitspensums und die Einstellung eines Kindermädchens hätten mittlerweile zu einer Verbesserung der Situation geführt, allerdings sei die Beschwerdeführerin nach wie vor deutlich reduziert

belastbar. Daher bestehe aus klinisch-psychologischer Sicht auch weiterhin eine reduzierte Arbeitsfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit. Der Patientin müsse genug Zeit eingeräumt werden, damit sie sich vom Erschöpfungszustand erholen und die psychischen Folgen des Unfalls verarbeiten könne sowie lerne, ihre Leistungsfähigkeit besser einzuschätzen. Zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung, welche entscheidend zur Aufrechterhaltung der Schmerzproblematik beitrage, sei die Patientin zur ambulanten Psychotherapie überwiesen worden (vgl. Urk. 8/36 S. 2 f.).

3.8. Dr. med. A. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt, nachdem er die Beschwerdeführerin am 26. November 2003 untersucht hatte, in seinem Bericht vom 5. Dezember 2003 (Urk. 8/39) fest, aufgrund der Schilderung des Unfallablaufs und der Symptome des Wiedererlebens sei von einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) auszugehen. Würde diese psychoreaktive Störung nicht behandelt, sei mit einer Verstärkung der chronischen Schmerzen und der allenfalls vorhandenen kognitiven Probleme sowie einer negativen Beeinflussung des Chronifizierungsprozesses zu rechnen (vgl. Urk. 8/39 S. 2).

3.9. Am 8. März 2004 gab Dr. D. ____, an, seit dem Aufenthalt in der Klinik X. ____, habe sich der Gesundheitszustand der Patientin verbessert. Die Arbeitsfähigkeit habe am 1. März 2004 von 50 % auf 60 % gesteigert werden können (vgl. Urk. 8/41).

In seinem Bericht vom 11. August 2004 (Urk. 8/56) hielt Dr. D. ____, fest, die Situation habe sich - insbesondere bezüglich der posttraumatischen Belastungsstörung und der rezidivierenden reaktiven depressiven Störung - zugespitzt. Ein nochmaliger stationärer Aufenthalt in der Klinik X. ____, erscheine sinnvoll.

3.10. Dr. A. ____, gab in seinem Schreiben vom 27. August 2004 an Dr. D. ____, an, die Patientin habe die Therapie bei ihm wieder aufgenommen. Der zwischenzeitliche Unterbruch sei erfolgt, weil sich im Zusammenhang mit der Steigerung des Arbeitsfähigkeitsgrades auf 60 % eine zunehmende Überforderung eingestellt habe, welche eine Exazerbation der schmerzhaften Beschwerden, eine erhöhte kognitiv bedingte Fehleranfälligkeit und eine Verschärfung der psychischen Symptomatik (depressive Dimension) mit sich gebracht habe. Die Patientin versuche trotz stärker werdender Erschöpfung die Arbeitsfähigkeit zu erhalten und verzichte zunehmend auf Therapien. Zur Wiederherstellung des physischen und psychischen Gleichgewichts sei - sofern Dr. D. ____, einverstanden sei - der Arbeitsfähigkeitsgrad allenfalls auf 40 % zu reduzieren. Mittelfristig sei es möglicherweise sinnvoll, dass sich die Patientin eine Arbeitsstelle suche, welche mit weniger Hektik und geringeren Ansprüchen an die Umstellungsfähigkeit und Aufmerksamkeit verbunden sei. In einer derartigen Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin mit Sicherheit wieder eine höhere Leistungsfähigkeit erreichen (vgl. Urk. 8/59 S. 1). Immerhin habe die mittlerweile eingestellte Haushaltshilfe bereits eine spürbare Entlastung bewirkt (vgl. Urk. 8/59 S. 2).

3.11. Dr. D. ____, attestierte der Beschwerdeführerin in der Folge eine Arbeitsfähigkeit von 40 % und wies darauf hin, dass die zunehmende Überforderung ein echtes Problem darstelle. Die Patientin suche nun eine neue Arbeitsstelle (vgl. Schreiben vom 3. September 2004, Urk. 8/60).

3.12. SUVA-Arzt Dr. G. ____, hielt am 9. September 2004 gestützt auf die medizinischen Akten fest, die Patientin stelle sehr hohe Leistungsanforderungen an sich, was bereits anfangs des Jahres 2002 zu gesundheitlichen Problemen geführt habe. Beim

Unfall vom 14. Juli 2002 habe die Patientin multiple Prellungen erlitten. Eine Commotio cerebri sei nirgends dokumentiert, allenfalls habe sich die Beschwerdeführerin eine "mild traumatic brain injury" zugezogen, wobei die Folgen einer derartigen Verletzung definitionsgemäss spätestens innert Jahresfrist abheilen. Angesichts des Unfallablaufs könne nicht von einer Schleuderverletzung der HWS gesprochen werden. Aufgrund der Dramatik des Unfalls bestehe noch eine Belastungsstörung, wobei unklar sei, inwieweit die Enttäuschung über das Scheitern der beruflichen Pläne Einfluss auf den Gesundheitszustand habe (vgl. Urk. 8/61 S. 5 f.).

3.13 Am 18. Januar 2005 gab Psychiater Dr. A. ___ an, er könne aufgrund der komplexen Problematik nicht beurteilen, ob die Patientin mit der aktuellen Leistungsfähigkeit in der Lage sei, ihr Studium an der Hochschule für Sozialarbeit wieder aufzunehmen. Leistungslimitierend wirkten sich insbesondere das chronische, bei Belastung exazerbierende Schmerzsyndrom und die neuropsychologischen Probleme aus. Er halte eine neuropsychologische Standortbestimmung für angezeigt (vgl. Urk. 8/73).

3.14 Am 7. Juni 2005 wurde die Beschwerdeführerin von den Ärzten des ABI polydisziplinär (internistisch, neurologisch [vgl. Urk. 3/2], neuropsychologisch und psychiatrisch) untersucht. Im Gutachten vom 30. August 2005 (Urk. 8/86) wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (vgl. Urk. 8/86 S. 23):

- Chronisches zervikozephalies Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0) klinisch leichtes Zervikalsyndrom ohne radikuläre und/oder spinale Funktionsstörungen
- verhaltensneurologischer Beschwerdenkomplex mit Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, reduzierter Belastbarkeit, neurasthenischen Symptomen
- Zustand nach Verkehrsunfall am 14. Juli 2002 mit MTBI und HWS-Distorsion
- Zustand nach Verkehrsunfall 1986 mit MTBI und HWS-Distorsion

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 8/86 S. 24):

- Status nach Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22)
- Fortgesetzter Nikotinkonsum (ca. 10 py) (ICD-10 F17.1)

Aus somatischen Gründen sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht eingeschränkt. Aus neurologischer Sicht könne aufgrund der Schmerzinterferenzen beziehungsweise der anamnestisch angegebenen kognitiven Leistungsbeeinträchtigung eine maximal 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit angenommen werden. Mangels einer psychiatrischen Diagnose sei aus psychischen Gründen keine Arbeitsunfähigkeit attestierbar. Die deutliche subjektive Krankheitsüberzeugung der Explorandin könne weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht nachvollzogen werden. In einer körperlich adaptierten oder der

angestammten Tätigkeit bestehe medizinisch-theoretisch ganztags, mit einer Leistungseinbusse von höchstens 20 %, beginnend im März 2004, eine Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 8/86 S. 25). Dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf den Unfall vom 14. Juli 2002 zurückzuführen sei, sei nicht wahrscheinlich. So habe die Explorandin bereits wenige Wochen vor dem Unfall die gleichen objektiven Befunde und subjektiven Beschwerden präsentiert; im Unterschied zur Zeit vor dem Unfall fühle sie sich jedoch aktuell arbeitsunfähig (vgl. Urk. 8/86 S. 25). Anzumerken sei, dass die Beschwerdeführerin sich jahrelang überlastet habe und so in eine dekompensierende Situation geraten sei, wobei sie derzeit zusätzlich noch durch Insuffizienzfühle belastet werde (vgl. Urk. 8/86 S. 26).

Die subjektive Limitierung lasse sich durch keine objektivierbaren Befunde erklären (vgl. Urk. 8/86 S. 26) und sei auf eine Schmerzverarbeitungsstörung zurückzuführen, deren Überwindung mit zumutbarer Willensanstrengung möglich sei. Insofern sei die Beschwerdeführerin an sich medizinisch-theoretisch in der Lage, einer Erwerbstätigkeit in vollem Umfang nachzugehen, was allerdings - im Hinblick auf das subjektive Wohlbefinden der Explorandin - nicht sinnvoll erscheine. Hinzuweisen sei auch darauf, dass die Beschwerdeführerin sich selbst nicht für depressiv halte, nehme sie doch erwiesenermassen - entgegen ihren Angaben - die verordneten Antidepressiva nicht ein (vgl. Urk. 8/86 S. 26). Die Hauptproblematik sei psychosozialer und nicht medizinischer Natur. Ein relevanter Integritätsschaden liege nicht vor (vgl. Urk. 8/86 S. 26 f., S. 30 f.). Weitere medizinische Massnahmen dienten lediglich der Erhaltung des Gesundheitszustandes; allenfalls sei in psychischer Hinsicht noch eine Zustandsbesserung zu erreichen (vgl. Urk. 8/86 S. 27, S. 29). Berufliche Massnahmen seien keine indiziert (vgl. Urk. 8/86 S. 27).

Zwar klagt die Beschwerdeführerin über Gesundheitsstörungen, die dem Beschwerdebild eines HWS-Distorsionstraumas beziehungsweise einer MTBI entsprechen, allerdings ständen die ausgeprägten psychischen Beschwerdefaktoren klar im Vordergrund (vgl. Urk. 8/86 S. 29).

E. 4

4.1 Das Gutachten des ABI vom 30. August 2005 (Urk. 8/86), gestützt auf welches die SUVA ihre Leistungen einstellte, nimmt umfassend Stellung zur Frage der weiterhin vorhandenen Gesundheitsstörungen, deren Unfallkausalität und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 8/86 S. 23 ff.), beruht auf allseitigen Untersuchungen (vgl. Urk. 8/86 S. 10 ff., S. 15 f., S. 18 ff.), berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden (vgl. Urk. 8/86 S. 12, S. 16 f., S. 18 f.), erging in Kenntnis der Vorakten (vgl. Urk. 8/86 S. 3 ff.) und enthält begründete Schlussfolgerungen (vgl. Urk. 8/86 S. 24 ff.). Sofern - was von der Beschwerdeführerin bestritten wird (vgl. Urk. 1, Urk. 8/97) - die gutachterliche Darlegung der medizinischen Zusammenhänge beziehungsweise die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, kann auf das Gutachten abgestellt werden (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

E. 4.2

4.2.1 Die Beschwerdeführerin machte geltend, weil Dr. med. H. ___ im Gesamtgutachten des ABI aus neurologischen Gründen lediglich von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % statt der im entsprechenden

fachärztlichen Teilgutachten (Urk. 3/2) bescheinigten 20 bis 30 % ausgegangen sei, sei dieser befangen (vgl. Urk. 1 S. 3). Da der genannte Arzt selbst an der Begutachtung mitgewirkt habe und das Gutachten vom 30. August 2005 (Urk. 8/86) zudem - für sämtliche beteiligten Gutachter - alleine unterzeichnet habe, sei dieses mit einem rechtlichen Mangel behaftet und könne keine Entscheidungsgrundlage bilden (vgl. Urk. 1 S. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Tatsächlich wurde im neurologischen Teilgutachten (Urk. 3/2) festgehalten, dass aus rein neurologischer Sicht in der zuletzt von der Beschwerdeführerin in Ausbildung ausgeübten Tätigkeit als Sozialarbeiterin keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Lediglich unter Einbezug neuropsychologischer Faktoren sei - im Umfang von 20 bis 30 % - von einer Teilarbeitsunfähigkeit auszugehen (vgl. Urk. 3/2 S. 8). Dass aus rein neurologischer Sicht in der angestammten Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe, wurde auch im Gesamtgutachten angegeben (vgl. Urk. 8/86 S. 18). Allerdings wurde dort unter Hinweis auf die diesbezügliche Relevanz der - dem begutachtenden Neurologen noch nicht bekannten - psychiatrischen Untersuchungsergebnisse angegeben, dass neuropsychologische Faktoren eine um 20 % (und nicht 20 bis 30 %) verminderte Leistungsfähigkeit bewirkten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zwar trifft der Vorwurf der Beschwerdeführerin, im Gesamtgutachten werde das neurologische Teilgutachten nicht ganz korrekt wiedergegeben, zu. Allerdings ist davon auszugehen, dass dies deshalb geschah, weil im Rahmen der Gesamtbeurteilung, welche gestützt auf einen multidisziplinären Konsensus sämtlicher beteiligter Gutachter erging (vgl. Urk. 8/86 S. 24), von einer 20%igen neuropsychologisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ausgegangen wurde. Dieser tiefere Wert lässt sich insbesondere mit dem Ergebnis der psychiatrischen Untersuchung, gemäss welcher aus psychischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt (vgl. Urk. 8/86 S. 23), erklären. Bei der Redaktion des Gesamtgutachtens wurde dann offensichtlich - in nicht ganz korrekter Weise - bereits der bei der Gesamtbeurteilung festgesetzte tiefere Grad beziehungsweise - gemäss neurologischer Beurteilung - unterer Rahmenwert der Einschränkung von 20 % angegeben. Von einer Befangenheit seitens des für die Verfassung des Gesamtgutachtens verantwortlichen Dr. H. ___ kann jedenfalls weder wegen dieser Angabe noch aufgrund der allgemeinen Ausführungen der Beschwerdeführerin betreffend unkorrektes Zitieren von Teilgutachten durch den genannten Arzt (vgl. Urk. 1 S. 3) ausgegangen werden. Da keine Hinweise auf strafbare Handlungen im Sinne einer Falschbegutachtung vorhanden sind, besteht - soweit sich das Gutachten in sich selber wie auch unter Berücksichtigung der weiteren medizinischen Akten als schlüssig und beweistauglich erweist - kein Anlass, dieses aus dem Recht zu weisen. Anzumerken ist schliesslich, dass die Stellungnahme des ABI vom 17. November 2005 (vgl. Urk. 8/95 S. 2) nicht nur von Dr. H. ___, sondern auch vom begutachtenden Psychiater unterzeichnet wurde (vgl. Urk. 8/95 S. 3). Angesichts dieser Tatsache und der im Gesamtgutachten zitierten Teilgutachten ist davon auszugehen, dass Ersteres gestützt auf einen multidisziplinären Konsensus und nicht etwa unter durch von Dr. H. ___ in Eigenregie vorgenommener Abänderung der durch sämtliche beteiligte Gutachter gefassten Schlussfolgerungen zustande gekommen ist.

4.2.2 Ä Auch die Rüge der Beschwerdeführerin, das Gutachten setze sich nicht beziehungsweise nur oberflächlich mit den medizinischen Vorakten auseinander (vgl.

Urk. 1 S. 3), erweist sich als unzutreffend. So hatten sämtliche begutachtenden Ärzte Kenntnis der relevanten medizinischen Akten und äusserten sich auch dazu (vgl. 8/86 S. 3 ff., S. 13 ff., S. 18, S. 26 f.). Dass die spezifische Problematik der Beschwerdeführerin in der Beurteilung des begutachtenden Psychiaters unberücksichtigt geblieben sei (vgl. Urk. 1 S. 3), indem die in Dr. A. ___s Bericht erwähnten und im Zusammenhang mit einer posttraumatischen Belastungsstörung stehenden Schlafstörungen 'in keiner Weise' berücksichtigt worden seien, ist aktenwidrig. So verwies der Psychiater des ABI in seinem Teilgutachten betreffend Aktenkenntnis auf die entsprechende Auflistung unter Ziffer 2 des Gutachtens (vgl. Urk. 8/86 S. 18, S. 3), unter welcher auch der fragliche Bericht von Dr. A. ___ aufgeführt ist. Zudem wusste der Gutachter durchaus von den Schlafstörungen der Beschwerdeführerin. Nicht nur berichtete diese ihm anlässlich der eingehenden Befragung vom 7. Juni 2005 selbst von Angstsymptomen, unter denen sie zu Beginn der Psychotherapie fast jede Nacht gelitten habe, welche mittlerweile allerdings nur noch sehr selten, etwa einmal pro Monat, auftraten (vgl. Urk. 8/86 S. 19), sondern der untersuchende Psychiater erwähnte die fraglichen Aussagen der Beschwerdeführerin auch explizit in seinen Ausführungen betreffend Anpassungsstörung beziehungsweise posttraumatische Belastungsstörung (vgl. Urk. 8/86 S. 22).

4.2.3.3. Die von Dr. A. ___s Einschätzung abweichende Beurteilung des begutachtenden Psychiaters ist sodann nicht oberflächlich (vgl. Urk. 1 S. 3), sondern fundiert und durchaus einleuchtend begründet. So verneinte der ABI-Gutachter das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung unter Hinweis darauf, dass es an einer Situation aussergewöhnlicher Bedrohung beziehungsweise katastrophalen Ausmasses als Auslöser einer entsprechenden Störung fehle, die noch geklagten Beschwerden bereits vor dem fraglichen Unfall vorhanden gewesen seien, die im Zusammenhang mit dem fraglichen Ereignis aufgetretene Anpassungsstörung inzwischen wieder abgeklungen sei und die Explorandin im Rahmen einer über Jahre hinweg bestehenden Überbelastungssituation unter einer leichten depressiven Verstimmung gelitten habe, welche mittlerweile weitgehend verschwunden sei. In diesem Kontext wies der begutachtende Psychiater auch auf die aufgrund entsprechender Laboruntersuchungen nachgewiesene Nichteinnahme der verordneten Antidepressiva hin (vgl. Urk. 8/86 S. 22).

4.2.4. Dass auf ein Gutachten nur abgestellt werden könne, wenn der Gutachter zuvor bei behandelnden Ärzten beziehungsweise Therapeuten Auskunft betreffend die zu explorierende Person eingeholt habe (vgl. Urk. 1 S. 4, Urk. 8/90 S. 1), ist in dieser Form weder nachvollziehbar noch entspricht es der Rechtsprechung. Es ist denn auch nicht ersichtlich und wurde auch von der Beschwerdeführerin nicht dargetan (vgl. Urk. 1 S. 4), inwiefern mündliche Auskunft des behandelnden Psychiaters zusätzlich zu dessen schriftlichen Berichten (vgl. Urk. 8/39, Urk. 8/59, Urk. 8/73, Urk. 8/86), welche den ABI-Ärzten - spätestens im Zeitpunkt ihrer Stellungnahme vom 17. November 2005 (Urk. 8/95) - bekannt waren, etwas am Ergebnis der Exploration geändert hätten.

4.2.5. Was das Vorbringen der Beschwerdeführerin, die Gutachter seien zu Unrecht davon ausgegangen, dass sie sich erst sieben Wochen nach dem Unfall in hausärztliche Behandlung begeben habe (vgl. Urk. 1 S. 4), betrifft, geht aus den - den ABI-Gutachtern an sich bekannten - Akten hervor, dass Z. ___ sowohl anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung durch Dr. phil. E. ___ und lic. phil. F. ___ am 26. März 2003 beziehungsweise 8. April 2003 (vgl. Urk. 8/17 S. 2) als auch anlässlich des Gesprächs mit einem Mitarbeiter der SUVA am 21. Mai 2003 (vgl. Urk. 8/19 S. 2) angab, etwa zehn

und suchten dort das Spital W.____ auf, wo der Gatte der Beschwerdeführerin stationär aufgenommen wurde (vgl. Urk. 8/17 S. 2). Dass die Beschwerdeführerin sich beim Unfall eine Beule zugezogen, geblutet beziehungsweise sich selbst Glassplitter entfernt und sich in Panik beziehungsweise in einem Schockzustand befunden hätte (vgl. Urk. 8/17 S. 2, Urk. 8/86 S. 11, Urk. 8/97 S. 4), geht aus keinem Arztbericht hervor. Im Gegenteil hielten die Ärzte des Klinikums V.____ fest, dass keinerlei Verletzungszeichen feststellbar gewesen seien, und wiesen explizit daraufhin, dass sie keine besonderen Wahrnehmungen betreffend Gemütsverfassung der Patientin hätten machen können (vgl. Urk. 8/2). Eine blutende Wunde gab die Beschwerdeführerin denn auch in der Unfallmeldung vom 23. September 2002 (Urk. 8/1) nicht an. Auch dass ihr - inzwischen wieder vollständig genesener Ehemann - beim Unfall "skalpiert" worden sei (vgl. Urk. 8/19 S. 3, Urk. 8/90 S. 2, Urk. 8/97 S. 4), erwähnte die Beschwerdeführerin erstmals am 21. Mai 2003 (Urk. 8/19 S. 3) und damit fast ein Jahr nach dem fraglichen Ereignis. Gegenüber Dr. D.____ (vgl. Bericht vom 1. September 2003, Urk. 8/32) und den Ärzten der Klinik X.____ (vgl. Urk. 8/36 S. 4) gab Z.____ sodann an, sie habe nach einem schweren Unfall aus dem brennenden Fahrzeug gerettet werden müssen, was nachweislich nicht zutrifft (vgl. Polizeirapport vom 14. Juli 2002, Urk. 8/2) und auch im Widerspruch zu ihren ursprünglichen Angaben steht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Wenn dem fraglichen Unfall eine gewisse Eindringlichkeit auch keineswegs abgesprochen werden soll, so stellte er weder eine aussergewöhnliche Bedrohung dar noch war er von katastrophalem Ausmass. Da die - zum Unfallzeitpunkt düssende - Beschwerdeführerin kaum mitbekam, was überhaupt passierte, bis das Auto bereits auf dem Dach liegend zum Stillstand kam, den Wagen aus eigener Kraft hinter ihrem Mann her verlassen konnte und sich selbst keine erheblichen Verletzungen zuzog beziehungsweise bei ihrem Ehemann schnell feststellen konnte, dass dieser - wenn auch stark blutend - ebenfalls relativ glimpflich davon gekommen war (so sprach er unmittelbar nach dem Unfall mit ihr, konnte das Auto selbständig verlassen, war gleichentags noch einvernahmefähig [vgl. Urk. 8/7 S. 2], konnte ambulant medizinisch versorgt werden und war am nächsten Tag in der Lage, die Räderkreise per Zug anzutreten), fehlt es an einem Ereignis, welches eine posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10 F43.1 hätte auslösen können. Festzuhalten ist, dass die Schilderungen des Unfallhergangs im Laufe der Zeit immer dramatischer wurden und teilweise - wie bereits dargelegt - schlicht aktenwidrige Elemente enthielten. Sowohl den Ärzten der Klinik X.____ als auch Dr. D.____ - und wohl auch Dr. A.____ - gegenüber schilderte die Beschwerdeführerin den Unfall schwerer, als er sich tatsächlich ereignet hatte (Rettung aus dem brennenden Auto). Insofern erstaunt es auch nicht, dass diese Ärzte die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung stellten. Der Widerspruch zwischen der psychiatrischen Beurteilung der ABI-Gutachter und derjenigen der behandelnden Ärzte - zumindest der Ärzte der Klinik X.____ und von Dr. D.____ - relativiert sich angesichts dieser Tatsache stark. Nach dem Gesagten ist mit den ABI-Gutachtern davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit dem fraglichen Unfall unter keiner posttraumatischen Belastungsstörung leidet beziehungsweise litt.

4.2.9 Ä Die Kritik der Beschwerdeführerin betreffend von den Gutachtern auf März 2004 festgesetzten Beginn der - teilweisen - Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 1 S. 6, Urk. 8/86 S. 25) ist insofern berechtigt, als es sich beim genannten Datum um ein offensichtliches Versehen handelt. So verwiesen die Ärzte des ABI in ihren

entsprechenden Ausführungen zur Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus neurologischer Sicht auf die medizinischen Akten und damit insbesondere auf das Gutachten von Dr. phil. E.____ und lic. phil. F.____, welches auf Untersuchungen im März und April 2003 beruht (vgl. Urk. 8/17). Entsprechend ist davon auszugehen, dass die Gutachter des ABI von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ab März 2003 und nicht 2004 ausgingen, was auch angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführerin - von Dr. D.____ - erstmals ab 17. Februar 2003 eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde (vgl. Urk. 8/19 S. 2, Urk. 8/23, Urk. 8/24), durchaus nachvollziehbar ist.

E. 4.2.10

Wenn auch - wie dargelegt - keine Gründe ersichtlich sind, die gegen die grundsätzliche Beweistauglichkeit des ABI-Gutachtens (Urk. 8/86) sprechen, so vermag der Schluss der Gutachter, die neuropsychologischen Beschwerden, welche die Arbeitsfähigkeit zu 20 % einschränkten, seien unfallfremd (vgl. Urk. 8/86), tatsächlich nicht ganz zu überzeugen (vgl. Urk. 1). Zwar entsprechen die aktuellen kognitiven Schwierigkeiten denjenigen, welche bereits vor dem hier zu beurteilenden Ereignis vorhanden waren. Allerdings war die Beschwerdeführerin bis zum fraglichen Unfall voll arbeitsfähig. Zudem korrelieren die fraglichen neuropsychologischen Beschwerden durchaus mit den für eine HWS-Distorsion beziehungsweise eine milde traumatische Hirnverletzung, wie sie sich die Beschwerdeführerin am 14. Juli 2002 gemäss übereinstimmender Einschätzung der behandelnden beziehungsweise begutachtenden Ärzten zugezogen hat (vgl. Urk. 8/3, Urk. 8/36, Urk. 8/86), typischen Beschwerden. Unter Berücksichtigung sämtlicher medizinischer Akten erscheint es daher als durchaus wahrscheinlich, dass die neuropsychologische Gesundheitsstörung zumindest teilweise auf den Unfall vom 14. Juli 2002 zurückzuführen ist. In welchem Umfang beziehungsweise ab welchem Zeitpunkt die fragliche Gesundheitsstörung eine Arbeitsunfähigkeit bewirkte, kann vorliegend allerdings offen bleiben, da es - wie nachfolgend darzulegen ist - am erforderlichen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen Beschwerden und Unfallereignis fehlt.

E. 5

5.1 Es ist unbestritten (vgl. Urk. 1) und geht aus den medizinischen Akten klar hervor, dass die Beschwerdeführerin unter einer psychischen Symptomatik leidet, welche - auch wenn die in den diversen Arztberichten immer wieder erwähnte und schon vor dem Unfall bestehende Überbelastungssituation vgl. Urk. 8/69, Urk. 8/3, Urk. 8/10, Urk. 8/17, Urk. 8/23, Urk. 8/32, Urk. 8/36, Urk. 8/59, Urk. 8/60, Urk. 8/86) sicherlich zu einem nicht unwesentlichen Teil für die fraglichen Beschwerden mitverantwortlich ist - zumindest teilweise auf das Ereignis vom 14. Juli 2002 zurückzuführen ist. Allerdings ist, wie dargelegt, nicht vom Vorliegen einer - unfallbedingten - selbständigen psychischen Störung im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung auszugehen. Vielmehr ist die psychische Beeinträchtigung im Rahmen des Beschwerdebildes nach HWS-Distorsion beziehungsweise nach milder traumatischer Hirnverletzung zu sehen.

5.2 Aus den zitierten Arztberichten ist zu schliessen, dass die Adäquanzprüfung der SUVA (vgl. Urk. 2 S. 8 f.) nicht verfrüht erfolgte. So sind, nachdem der stationäre Aufenthalt in der Klinik X.____ im Oktober 2003 zu einer vorübergehenden Linderung der Beschwerden geführt hatte (vgl. Urk. 8/36, Urk. 8/41, Urk. 8/56), bis zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung, dem 1. Februar 2006 (vgl. Urk.

2003 attestierte Teilarbeitsunfähigkeit ist - zumindest vorwiegend - im Zusammenhang mit der damals bereits festgestellten psychischen Fehlentwicklung, der von den Ärzten immer wieder erwähnten Überlastungssituation und allenfalls auch den vorbestehenden Beschwerden zu sehen. Daher ist auch das letztgenannte unfallbezogene Merkmal nicht erfüllt.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass vorliegend lediglich eines der von der Rechtsprechung geforderten Kriterien - und dies nicht einmal in ausgeprägter Weise - erfüllt ist. Die Adäquanz ist daher zu verneinen. Dies hätte im Ergebnis selbst dann, wenn man das fragliche Ereignis als mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen qualifizierte. Demnach ist die Leistungseinstellung der SUVA per 1. Februar 2006 nicht zu beanstanden.

E. 6

6.1 Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 47, 100 V 62, 98 V 117).

Bedürftig im Sinne von Art. 152 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege (OG) ist eine Person, wenn sie ohne Beeinträchtigung des für sie und ihre Familie nötigen Lebensunterhaltes nicht in der Lage ist, die Prozesskosten zu bestreiten (BGE 128 I 232 Erw. 2.5.1, 127 I 205 Erw. 3b, 125 IV 164 Erw. 4a).

Ob die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist, beurteilt sich nach den konkreten objektiven und subjektiven Umständen. Praktisch ist im Einzelfall zu fragen, ob eine nicht bedürftige Partei unter sonst gleichen Umständen vernünftigerweise eine Rechtsanwältin oder einen Rechtsanwalt beiziehen würde, weil sie selber zu wenig rechtskundig ist und das Interesse am Prozessausgang den Aufwand rechtfertigt (BGE 103 V 47, 98 V 118; vgl. auch BGE 130 I 182 Erw. 2.2, 128 I 232 Erw. 2.5.2 mit Hinweisen).

6.2 Mit Eingabe vom 5. März 2007 (Urk. 10) reichte die Beschwerdeführerin das Formular 'Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung' (Urk. 11) und verschiedene Belege dazu (Urk. 12/1-13) ein. Daraus geht hervor, dass sie aufgrund der von ihrem getrennt von ihr im Ausland lebenden Ehemann geleisteten monatlichen Zahlungen von Fr. 2'000.-- beziehungsweise zusätzlicher unregelmässiger Beiträge im Umfang von maximal Fr. 1'500.-- pro Monat (vgl. Urk. 10, Urk. 11 S. 7, Urk. 12/1, Urk. 12/2 S. 3, Urk. 12/13) Einkünfte von Fr. 2'000.-- bis Fr. 3'500.-- erzielt. Diesen stehen monatliche Auslagen von Fr. 5'219.85 (Grundbetrag einer nicht in dauernder Haushaltsgemeinschaft lebenden Person Fr. 1'100.--, Grundbetrag Tochter I. Fr. 350.--, Grundbetrag Tochter J. Fr. 500.--, Mietzins Fr. 1'774.-- [vgl. Urk. 12/3, Urk. 11 S. 4], Strom Fr. 96.-- [vgl. Urk. 12/5, Urk. 11 S. 4], Telefon/Internet Fr. 180.-- [vgl. Urk. 12/6, Urk. 11 S. 4], Radio/TV Fr. 37.55 [vgl. Urk. 12/7], Prämie Hausrat- und Privathaftpflichtversicherung Fr. 35.90 [vgl. Urk. 12/8] Kranken- und Unfallversicherungsprämien Beschwerdeführerin und beide Töchter Fr. 546.40 [vgl. Urk. 12/4], Kosten Kieferorthopädie Töchter Fr. 600.-- [vgl. Urk. 12/9, Urk. 11 S. 6]) gegenüber. Da die Beschwerdeführerin kein Vermögen aufweist (vgl. Urk. 11 S. 2, Urk. 12/2, Urk. 12/10, Urk. 12/11, Urk. 12/12), ist damit - selbst ohne Berücksichtigung der Steuern, deren Betrag nicht beziffert wurde

(vgl. Urk. 11 S. 6) - das Erfordernis der Bedürftigkeit erfüllt.

Da die Beschwerdeführerin selbst rechtsunkundig ist und ein erhebliches Interesse am Ausgang dieses Prozesses hat, rechtfertigte sich der Beizug eines Rechtsvertreters. Da schliesslich dieser Prozess auch nicht aussichtslos war, ist der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtsverteidigung in der Person von Rechtsanwalt Michael Ausfeld zu bewilligen.

Mit Honorarnote vom 27. August 2007 (Urk. 18) machte der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin einen Aufwand von 430 Minuten und Barauslagen von Fr. 54.50 geltend. Der verrechnete Zeitaufwand erscheint als angemessen. Unter Berücksichtigung eines praxisgemässen Stundenansatzes von Fr. 200.-- sowie Barauslagen von Fr. 54.50 (je zuzüglich Mehrwertsteuer) ist der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit einem Betrag von Fr. 1'600.90 aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Verfahren ist gemäss Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) kostenlos; der Antrag auf Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Urk. 1 S. 2) erweist sich daher als gegenstandslos.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 28. Dezember 2006 wird der Beschwerdeführerin Rechtsanwalt Michael Ausfeld, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt.

Die Beschwerdeführerin und ihr Vertreter werden auf Art. 92 ZPO aufmerksam gemacht.

und erkennt sodann:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Michael Ausfeld, Zürich, wird mit Fr. 1'600.90 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Michael Ausfeld
- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf
- Bundesamt für Gesundheit
- CSS Versicherung AG

sowie an:

- Gerichtskasse.

5. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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