

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00112 vom 17. Dezember 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-12-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00112

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00112 du 17 décembre 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00112 del 17 dicembre 2008

Erwägungen

E. 1

1.1. Strittig ist, ob die National ihre Leistungen im Zusammenhang mit dem - vor Beginn der Versicherungsdeckung erfolgten (vgl. Urk. 7/6/M1, Urk. 3/2/3) - Unfall vom 16. April 1999 und demjenigen vom 20. Mai 2000 zu Recht per 31. Dezember 2005 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 Beweisgrad der $\frac{1}{4}$ berwiegenden 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 leistungsbezüglicher 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 $\hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A}$ 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 Arbeitsbeziehungswise 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).

1.5 $\hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A}$ 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).

1.6 $\hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A}$ 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).

1.7 $\hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A}$ 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).

$\hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A}$ Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeitsbeziehungswise 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 134 V 116 Erw. 6.1, 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

1.8 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 134 V 116 Erw. 6.1, 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).

E. 2

2.1 Die National begründete die Leistungseinstellung im Wesentlichen damit, dass die Beschwerdeführerin nach der Auffahrkollision vom 20. Mai 2000 das für ein Schleudertrauma oder eine diesem ähnliche Verletzung charakteristische Beschwerdebild nicht innert der rechtsprechungsgemäss erforderlichen Latenzzeit von 72 Stunden aufgewiesen habe, weshalb eine derartige Läsion nicht ausgewiesen sei (vgl. Urk. 2 S. 11 f., Urk. 6 S. 4 f.). Selbst wenn noch natürlich kausale Folgen des genannten Unfalls vorlägen, was trotz der gegenteiligen Ausführungen im Gutachten von Dr. med. Y. ___ vom 14. November 2005 (Urk. 7/6/M40) nicht anzunehmen sei, sei die Leistungseinstellung mangels eines - nach der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 zu beurteilenden - adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen der fraglichen Kollision und den persistierenden Beschwerden - zu Recht erfolgt (vgl. Urk. 2 S. 12 ff., Urk. 6 S. 5 ff.). In Bezug auf das Ereignis vom 16. April 1999 erübrige sich angesichts des bereits per Dezember 1999 erfolgten Fallabschlusses eine Adäquanzprüfung (vgl. Urk. 6 S. 3, S. 6).

2.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, die National sei nicht nur in Bezug auf die Auffahrkollision vom 20. Mai 2000, sondern auch betreffend das Ereignis vom 16. April 1999, in dessen Zusammenhang zum Zeitpunkt des erstgenannten Unfalls noch Beschwerden bestanden hätten, leistungspflichtig (vgl. Urk. 1/1 S. 3, Urk. 1/2 S. 1), habe doch die von der National veranlasste Begutachtung ergeben, dass die beiden erwähnten Unfälle, aus denen ein Schädel-Hirntrauma beziehungsweise eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) resultiert habe, ursächlich für sämtliche noch vorhandenen Gesundheitsstörungen seien (vgl. Urk. 1/1 S. 7). Angesichts der sowohl beim ersten als auch beim zweiten Unfall innert der rechtsprechungsgemäss erforderlichen Latenzzeit aufgetretenen, für die genannten Verletzungen typischen Beschwerden (vgl. Urk. 1/1 S. 5 f.) und der vom begutachtenden Rheumatologen erhobenen klar fassbaren physischen Befunde bestehe ohne Weiteres auch über den 31. Dezember 2005 hinaus Anspruch auf Versicherungsleistungen. Daran änderte auch eine - mangels einer im Vordergrund stehenden psychischen Diagnose gestützt auf BGE 117 V 359 vorzunehmende -b Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den - gesamthaft zu betrachtenden (vgl. Urk. 1/1 S. 7) und als mittelschwer, im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen liegend zu qualifizierenden - beiden Unfällen und der anhaltenden Symptomatik nichts, seien die unfallbezogenen Kriterien doch in gehäuft Weise erfüllt (vgl. Urk. 1/1 S. 8).

E. 3.1

3.1.1 Aus den medizinische Akten geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

Nach dem Unfall vom 16. April 1999 wurde die Beschwerdeführerin mit der Sanität (vgl. Urk. 7/6/M35) ins Spital E. ___ gebracht. Die dortigen Chirurgen stellten im gleichentags verfassten Bericht folgende Diagnosen (vgl. Urk. 7/6/M32):

- Direktes Trauma mit Garagentüre auf Kopf, ohne Commotio cerebri
- Rissquetschwunde Schädeldach links

Die Wunde sei unter Lokalanästhesie versorgt worden; in sieben Tagen könne die Fadenentfernung durch den Hausarzt erfolgen.

Die im Zusammenhang mit den festgestellten Druckdolenzen in der HWS und BWS am 19. April 1999 erfolgte radiologische Abklärung ergab keinen Hinweis für traumatische ossäre Läsionen im Hals- und Brustwirbelsäulenbereich (vgl. Urk. 7/6/M33); die noch am Unfalltag vom Schädel angefertigten Röntgenbilder zeigten keine Fraktur (vgl. Urk. 7/6/M34).

3.1.2 Nachdem sie die - ambulante - Behandlung am 19. April 1999 abgeschlossen hatten, stellten die Ärzte des Spitals E.____, Chirurgie, in ihrem Bericht vom 19. Juli 1999 (Urk. 3/2/8) die Diagnose einer Rissquetschwunde parieto-okzipital und gaben an, die Patientin habe im Verlauf unter Kopfschmerzen sowie einer Druck- und Klopfdolenz im Bereich der unteren Hals- und der oberen Brustwirbelsäule gelitten. Vom 19. bis am 26. April 1999 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ein bleibender Nachteil sei nicht zu erwarten.

3.1.3 Dr. med. Z.____, praktizierender Arzt, den die Beschwerdeführerin nach dem Ereignis vom 16. April 1999 erstmals am 26. April 1999 konsultiert hatte, stellte in seinem Bericht vom 12. Mai 1999 (Urk. 3/2/3) folgende Diagnosen:

- Schädel- und Halswirbelsäulenkontusion am 16. April 1999
- Rissquetschwunde links parietal

Die Untersuchung habe nebst der Rissquetschwunde eine verspannte Hals-Schulter-Muskulatur ergeben. Die Patientin, die notfallmässig im Spital E.____ behandelt worden sei und offenbar keine ossären Läsionen aufweise, klage über seit dem Unfall, bei dem sie von einem schweren, aus den Fugen geratenen Garagator getroffen worden sei, persistierende Kopfschmerzen, Schwindel und Schmerzen im Halsbereich. In der Tätigkeit als Aussendienstmitarbeiterin bestehe seit dem 16. April 1999 und noch für mehrere Wochen eine Arbeitsunfähigkeit.

Auf dem - nicht datierten - "Zusatzfragbogen bei HWS-Verletzungen" (Urk. 3/2/4) der La Suisse, Unfallversicherungsgesellschaft (nachfolgend: La Suisse), diagnostizierte Dr. Z.____ eine HWS-Kontusion (vgl. Urk. 3/2/4 S. 2) und hielt fest, die Beschwerdeführerin habe durch ein Garagator einen Schlag auf den Kopf erlitten. Anlässlich der ersten Konsultation vom 26. April 1999 hätten Schwindel, frontale und okzipitale Spontankopfschmerzen sowie beidseitige Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die rechte Schulter bestanden. Vor dem Unfall sei die Patientin voll leistungsfähig und bezüglich der Halswirbelsäule beschwerdefrei gewesen (vgl. Urk. 3/2/4 S. 1). Es habe sich in alle Richtungen eine normale Beweglichkeit der HWS gezeigt, wobei es in Endstellung allseitig zu Schmerzen komme. Es erfolgten eine medikamentöse und eine physikalische Therapie (vgl. Urk. 3/2/3 S. 2).

Am 16. Juni 1999 berichtete Dr. Z.____ über einen wechselhaften Verlauf. Die Patientin klage immer wieder über Schmerzen im Bereich von Hals, Nacken, Kopf und rechtem Schulterblatt. Gelegentlich komme es auch zu Schwindel und Ohrensausen. Die Rissquetschwunde sei mittlerweile verheilt. Es beständen keine unfallfremden Faktoren, die sich auf den Gesundheitszustand auswirkten. Nachdem vom 16. April bis 16. Juni 1999 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, sei die Beschwerdeführerin ab dem 17. Juni 1999 wieder zu 50 % arbeitsfähig. Ein bleibender Nachteil sei nicht zu erwarten (vgl. Urk. 3/2/5).

3.1.4.1.1. Das von Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Neurologie, am 29. Juni 1999 durchgeführte CT des Schädels und des zerviko-kranialen Übergangs ergab einen normalen intracerebralen Befund. Ausser einer diskreten Densdezentrierung nach links zeigten sich normale anatomische Verhältnisse der Kopfgelenke sowie eine leichte rotatorische Fehlstellung von C3 und C2 von rechts nach links (vgl. Urk. 3/2/6).

3.1.5.1.1. Am 21. Juli 1999 diagnostizierte Dr. Z.____ eine HWS-Distorsion und -Kontusion und gab an, die Beschwerdeführerin leide unter wechselhaften Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schwindel. Zeitweise seien die Beschwerden sehr stark; die Patientin brauche ständig Analgetica. Seit dem 7. Juni 1999 und bis auf Weiteres bestehe wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Mit einem bleibenden Nachteil sei nicht zu rechnen (vgl. Urk. 3/2/7).

3.1.6.1.1. Am 15. September 1999 stellte Dr. A.____ folgende Diagnosen (vgl. Urk. 3/2/9 S. 1):

- Kopf- und HWS-Kontusion
- HWS-Distorsion
- Neuropsychologische Symptomatik

Der Verlauf sei noch instabil; bei Belastung (beispielsweise bei Erschütterungen oder beim Fahren) komme es zu einer Verstärkung der Nacken- und Kopfschmerzen; zudem leide die Patientin unter Müdigkeit. Es bestehe eine starke Druckdolenz der nuchalen Muskelansätze und des Trapezius beidseits sowie der oberen Dornfortsätze bis C3/4. Zur Zeit erfolge eine medikamentöse Behandlung; betreffend die Physiotherapie habe die Patientin eine Pause eingelegt. In Bezug auf die seit dem 7. Juni 1999 bestehende 50%ige Arbeitsfähigkeit sei eine Steigerung um 25 % möglich; ab dem 20. September 1999 werde ein entsprechender Versuch durchgeführt (vgl. Urk. 3/2/9 S. 1). Die Prognose sei eher gut; die Beschwerdeführerin sei kooperativ und arbeitswillig (vgl. Urk. 3/2/9 S. 2).

3.1.7.1.1. Im "2. Arzzeugnis UVG" vom 26. Februar 2001 (Urk. 7/10/M4 = Urk. 3/2/14) hielt Dr. A.____ fest, am 24. Januar 2000 sei die letzte Konsultation im Zusammenhang mit dem Unfall vom 16. April 1999 erfolgt. Damals hätten - bei uneingeschränkter Arbeitsfähigkeit - noch Restbeschwerden und eine Zervikobrachialgie bestanden.

E. 3.2

3.2.1.1.1. Nach der Auffahrkollision vom 20. Mai 2000 stellte Chiropraktor Dr. B.____ am 18. August 2000 im "Zusatzfragebogen bei HWS-Verletzungen" der National nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 7/6/M2 S. 3):

- HWS-Distorsion
- Zephalgie/Brachialgie

Die Beschwerdeführerin sei - bei grader Kopfstellung - von der Kollision überrascht worden; zu einem Kopfanprall sei es nicht gekommen. Mehrere Tage danach sei ein Schwindel aufgetreten, der anlässlich der Erstkonsultation vom 19. Juli 2000 - allerdings nicht konstant - noch vorhanden gewesen sei. Damals habe die Beschwerdeführerin auch über eine im Laufe der Zeit aufgetretene Schlafstörung berichtet (vgl. Urk. 7/6/M2 S. 1). Nach dem Unfall seien zu den okzipitalen noch frontale

Kopfschmerzen hinzugetreten. Wie bereits zuvor hätten auch beidseitige Nackenschmerzen bestanden. Neu sei es zu Ausstrahlungen in die Schultern und in beide Arme gekommen; linksseitig leide die Beschwerdeführerin zudem seit der fraglichen Kollision unter Sensibilitätsstörungen in der Schulter und im Bereich des Arms und der Hand. Unklar sei, ob die anlässlich der ersten Behandlung am 19. Juli 2000 festgestellte Bewegungseinschränkung der HWS bereits vor dem im Jahr 2000 erlittenen Unfall bestanden habe. Betreffend das Unfallereignis vom Juli 1999 [richtig: April 1999], bei dem sich die Beschwerdeführerin eine schleudertraumaähnliche Verletzung zugezogen habe, sei - nach einer physiotherapeutischen Behandlung - der Fall an sich per Dezember 1999 abgeschlossen worden (vgl. Urk. 7/6/M2 S. 2).

Die Untersuchung habe - nebst der erwähnten Einschränkung der HWS-Beweglichkeit - eine Druckdolenz der Querfortsätze C1/2 und C2/3, der Paravertebralmuskulatur C1/2 und C2/3 sowie - jeweils beidseits - der Muskelansatzpunkte des Trapezius superior, des Scalenii, des Sternocleidomastoideus, des Trapezius medius und des Levator scapulae ergeben. Im Bereich von C6/C7 bestehe zudem eine Hyperästhesie. Der psychische Zustand der Patientin sei unauffällig. Die Röntgenbilder der HWS vom 17. August 2000 hätten degenerative Veränderungen in Form einer mässigen Unkovertebralarthrose C4/C5 und C5/C6 und einer Spondyloarthrose C3/C4 sowie eine Hypolordose gezeigt (vgl. Urk. 7/6/M2 S. 2). Es würden chiropraktische Massnahmen durchgeführt; eine medikamentöse Therapie finde nicht statt. Die Arbeitsfähigkeit sei nicht beeinträchtigt (vgl. Urk. 7/6/M2 S. 3).

In seinem Verlaufsbericht vom 12. Februar 2001 (Urk. 7/6/M3) stellte Chiropraktor Dr. B. folgende Diagnosen:

- Nacken-Schulter-Arm-Syndrom, links betont, bei
- HWS-Distorsion nach Auffahrunfall im Mai 2000

Die durchgeführten chiropraktischen Massnahmen hätten keine Besserung gebracht, weshalb die Behandlung am 21. November 2000 - bei weiterhin voller Arbeitsfähigkeit - abgebrochen worden sei. Es hätten sich keine unfallfremden Faktoren auf den Heilungsverlauf ausgewirkt.

3.2.2 Dr. A., der die Beschwerdeführerin ab dem 6. November 2000 (erneut) behandelte, stellte am 21. Juni 2001 die Diagnose einer HWS-Distorsion mit myofaszialer Symptomatik. Unfallfremde Faktoren beständen insofern, als die Beschwerdeführerin noch eine Zervikozephalie vom am 16. April 1999 erfolgten Unfall aufweise. Nach dem genannten Ereignis habe sie aber wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit erreicht, und auch derzeit sei die Patientin voll arbeitsfähig. Das MRI der HWS vom 7. Dezember 2000 (Urk. 7/6/M8) habe eine Streckhaltung gezeigt; Hinweise auf eine Diskushernie hätten sich nicht ergeben (vgl. Urk. 7/6/M5).

3.2.3 In seinem Überweisungsschreiben vom 13. November 2001 an das Medizinische Zentrum D. gab Dr. A. an, nach dem Unfall vom 16. April 1999 sei es - unter medikamentöser und physikalischer Therapie - zu einer stetigen Besserung gekommen; bei freier HWS-Beweglichkeit und einer ausgeprägten Druckdolenz im linken Oberarm posterior-lateral hätten allerdings Restbeschwerden im Sinne linksseitiger Schulter- und Armschmerzen sowie zerviko-okzipitaler Schmerzen persistiert (vgl. Urk. 7/6/M7 S. 1). Nachdem sie am 20. Mai 2000 eine Auffahrkollision

erlitten habe, habe die Patientin über Nackenschmerzen geklagt. Die Behandlung verlaufe hartnäckig; trotz intensiver medikamentöser Behandlung, die zu Magenbeschwerden geführt habe, und physiotherapeutischer Massnahmen bestehe eine ausgeprägte rezidivierende myofasziale Symptomatik. Seit dem 20. Juni 2001 bestehe nun eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 7/6/M7 S. 2).

Die Funktions-CT-Untersuchung vom 18. September 2001 - so Dr. A. ___ weiter - habe diskrete rotatorische Fehlstellungen von C1 und C3 nach links und eine Spondylarthrosis deformans hypertrophicans C2/3 links und C3/4 rechts ergeben. Betreffend die Kopf Gelenke habe sich eine normale Anatomie gezeigt. In den Funktionsaufnahmen sei eine leichte paradoxe Rotation C2/3 bei Hypomobilität von C2 nach links sowie eine Hypomobilität von C6 und C7 nach rechts ergeben, was als Zeichen einer muskulären Dysbalance zu interpretieren sei. Betreffend C0/1 und C1/2 seien die Rotationen normal. Angesichts der bisherigen Therapieresistenz erscheine eine stationäre Behandlung sinnvoll (vgl. Urk. 7/6/M7 S. 2).

Nachdem sie die Beschwerdeführerin vom 3. bis 20. Dezember 2001 ambulant behandelt hatten, stellten die Ärzte des Medizinischen Zentrums D. ___ in ihrem [offensichtlich fälschlicherweise vom 5. Dezember 2001 datierenden] Bericht nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 7/6/M9 S. 1):

- Chronisches zervikozephalales und zervikobrachiales Syndrom beidseits bei/mit
- Status nach Kopf- und HWS-Trauma am 16. April 1999 und
- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 20. Mai 2000
- Muskulärer Dysbalance (muskuläres Thoracic Outlet Syndrome beidseits)
- Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform (Kopfprotraktion, lumbale Hyperlordose)
- Degenerativen Wirbelsäulenveränderungen
- Fibromyalgiesyndrom (14-18 Tenderpoints positiv)
- Rezidivierende Migräneanfalle seit Status nach HWS-Distorsionstrauma
- Verdacht auf Burning feet

Während sich die Patientin im Laufe der Therapie insgesamt mobiler gefühlt habe, sei die Schmerzsymptomatik unverändert geblieben. Die Beschwerdeführerin habe sich motiviert gezeigt, die erlernten Heimgymnastikübungen und das Fitnesstrainingsprogramm weiterzuführen. Im Zusammenhang mit dem Fibromyalgiesyndrom erfolge neu eine medikamentöse Behandlung (vgl. Urk. 7/6/M9 S. 2).

Am 11. März 2002 gab Dr. A. ___ an, es beständen nach wie vor erhebliche Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen, deretwegen die Patientin viele Medikamente einnehme. Nebst der Kollision vom 20. Mai 2000 wirke sich auch der - noch nicht abgeschlossene - Unfall vom 16. April 1999 auf den Heilungsverlauf aus. Gegenwärtig erfolge eine medikamentöse Behandlung; die Konsultationen fiänden in vier- bis sechswöchigen Abständen statt. Seit dem 1. Januar 2002 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Per Ende April 2002 sei der Beschwerdeführerin die Stelle gekündigt worden. Mit einer namhaften Besserung sei wohl nicht mehr zu rechnen; angesichts der laufenden Behandlung könne aber eine zuverlässige Beurteilung erst

etwa Ende 2002 erfolgen (vgl. Urk. 7/6/M10).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 7. Juni 2002 zuhanden der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) stellte Dr. A.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 7/6/M13 S. 1):

- Auffahrkollision mit HWS-Distorsion am 20. Mai 2000
- Contusio capitis et cervicalis, bestehend seit 16. April 1999
- Lumbovertebralsyndrom, bestehend seit März 2002

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hatten nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 7/6/M13 S. 1):

- Diverse Allergien auf Medikamente
- Passagere reaktive Depression

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der angestammten Tätigkeit bestehende, nachdem die - seit dem 28. Juni 1999 bei ihm in Behandlung stehende - Patientin vom 20. Juni bis 31. Dezember 2001 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen sei, seit dem 1. Januar 2002 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 7/6/M13 S. 1). Der Gesundheitszustand sei stationär; weder könne die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen verbessert werden, noch erschienen berufliche Massnahmen als angezeigt. Ergänzende medizinische Abklärungen seien ebenfalls nicht indiziert (vgl. Urk. 7/6/M13 S. 2). Es bestehe insofern eine Beeinträchtigung der psychischen Funktionen, als das Konzentrationsvermögen und die Belastbarkeit schmerzbedingt eingeschränkt seien (vgl. Urk. 7/6/M13 S. 3). In physischer Hinsicht seien - mit Ausnahme der Fortbewegung und des Gleichgewichts - sämtliche Funktionen eingeschränkt (vgl. Urk. 7/6/M13 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 26. August 2002 gab Dr. A.____ an, es beständen nach wie vor Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen, eine eingeschränkte Reklination der HWS sowie starke Druckdolenzen im Bereich des Levators, des Trapezius und der nuchalen Muskelansätze. Zur Zeit erfolge eine medikamentöse und physikalische Behandlung (vgl. Urk. 7/6/M14).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 22. Juli 2003 (Urk. 7/6/M23) wies Dr. A.____ darauf hin, dass ein bleibender Nachteil in Form einer Chronifizierung zu erwarten sei.

3.2.6 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nachdem Dr. A.____ neben chronischen schmerzhaften Beschwerden und kognitiven Schwierigkeiten auch eine zunehmende Erschöpfung sowie psychische Veränderungen festgestellt hatte, veranlasste er eine Abklärung bei Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. Urk. 7/6/M27 S. 1). Dieser untersuchte die Beschwerdeführerin am 9. Oktober 2003 und hielt daraufhin in seiner Beurteilung vom 10. Oktober 2003 fest, die Patientin habe deutliche depressive Zeichen geschildert. Zwar sei sie zur Zeit noch in der Lage, die - als Reaktion auf die limitierenden Unfallfolgen zu interpretierende - Depression zu unterdrücken beziehungsweise zu maskieren. Bei einem vollständigen Durchbruch der Depression sei jedoch mit einer Verschlimmerung des Gesamtzustandes (Schmerzen, kognitive Probleme) zu rechnen (vgl. Urk. 7/6/M27 S. 2). Es seien ambulante psychotherapeutische Massnahmen, zu denen sich die Beschwerdeführerin auch motiviert gezeigt habe, indiziert (vgl. Urk. 7/6/M27 S. 3).

3.2.7. In seinem Zwischenbericht vom 28. Juni 2005 (Urk. 7/6/M39) stellte Dr. A. nachstehende Diagnosen:

- HWS-Distorsion
- Panvertebralsyndrom
- Lumboischialgie links (Reizung L5), aktuell im Vordergrund

Der Verlauf sei wellenförmig; bei stabilem Wetter und warmen Temperaturen gehe es der Patientin jeweils besser. Bei Veränderungen komme es zu zerviko-okzipitalen Kopfschmerzen. Zur Zeit bestehe eine linksseitige Lumboischialgie, deretwegen eine chiropraktische Behandlung erfolge. Falls sich diesbezüglich kein Erfolg einstelle, sei ein CT der Lendenwirbelsäule und des Iliosakralgelenks indiziert. Nach wie vor bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Es sei ein bleibender Nachteil in Form einer Chronifizierung zu erwarten.

3.2.8. Im Auftrag der National wurde die Beschwerdeführerin am 1. September 2004 von Dr. med. Y., Facharzt FMH für Neurologie, untersucht. In seinem unter Einbezug der Ergebnisse der neuropsychologischen (vgl. Urk. 7/6/M28; Urk. 7/6/M40 S. 9 f.), psychiatrischen (vgl. Urk. 7/6/M38), biomechanischen (vgl. Urk. 7/8; Urk. 7/6/M40 S. 10 f.) und rheumatologischen (vgl. Urk. 7/6/M36; vgl. Urk. 7/6/M40 S. 13 f.) Zusatzexpertisen verfassten Gutachten vom 14. November 2005 (Urk. 7/6/M40) stellte Dr. Y. folgende Diagnosen (vgl. Urk. 7/6/M40 S. 15):

- Migräniforme Zephalaea ohne Aura
- Zervikovertebralsyndrom
- Zervikozephalosyndrom
- Leicht bis mittelstark ausgeprägte Hirnfunktionsstörung
- Leichte kognitive Störung, ICD-10 F06.7
- mit Persönlichkeitsstörungen
- bei chronischem Schmerzsyndrom, ICD-10 F62.8
- Status nach Kopfprellung am 16. April 1999 und HWS-Distorsion nach Heckkollision am 20. Mai 2000

Bei den noch bestehenden Beschwerden handle es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliesslich um Folgen der Unfälle vom 15. April 1999 [richtig: 16. April 1999] und vom 20. Mai 2000 (vgl. Urk. 7/6/M40 S. 16, S. 19), wobei kaum beurteilt werden könne, welcher Anteil den beiden Ereignissen an der persistierenden Symptomatik je zuzuschreiben sei. Während der Rheumatologe die Gesundheitsstörungen der Explorandin zu zwei Dritteln auf die Auffahrkollision zurückschreibe, erscheine aus neurologischer - wie auch aus biomechanischer - Sicht eine derartige Zuordnung als unmöglich beziehungsweise es sei von einer je hälftigen Ursächlichkeit der beiden Unfälle für die anhaltenden Beeinträchtigungen auszugehen (vgl. Urk. 7/6/M40 S. 16).

Die rheumatologischen Befunde zeitigten eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit; aus psychiatrischen und neuropsychologischen Gründen bestehe ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang

von 50 %, wobei die neurologischen Ausfälle infolge der zweimal monatlich auftretenden Migränekopfschmerzen keine bleibende Arbeitsunfähigkeit zeitigten (vgl. Urk. 7/6/M40 S. 16). Insgesamt resultiere damit aus den beiden Unfällen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 7/6/M40 S. 15, S. 17). Die Explorandin sei nicht nur im Verkauf (Aussendienst) oder als Büroangestellte beziehungsweise kaufmännische Angestellte in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, sondern auch in jeder anderen Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (vgl. Urk. 7/6/M40 S. 17).

Von der weiteren medizinischen Behandlung sei keine wesentliche Besserung mehr zu erwarten (vgl. Urk. 7/6/M40 S. 16). Betreffend die Migräne sei dennoch die Fortsetzung der medikamentösen Therapie indiziert, wobei diese nebst der Anfallsbehandlung neu auch eine Prophylaxe umfassen sollte (vgl. Urk. 7/6/M40 S. 15). Die aus den Unfallrestfolgen resultierende Integritätseinbusse sei - gestützt auf die entsprechenden Tabellen der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) - mit 45 % zu beziffern (vgl. Urk. 7/6/M40 S. 18).

E. 4

4.1 Sowohl im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 16. April 1999 als auch mit demjenigen vom 20. Mai 2000 wurde von den behandelnden und den begutachtenden Ärzten ein Schleudertrauma beziehungsweise eine diesem äquivalente Verletzung diagnostiziert.

So gelangten die Ärzte zum Schluss, dass sich die Beschwerdeführerin beim am 16. April 1999 erlittenen Schlag auf den Kopf durch das aus den Fugen geratene Garagentor - nebst einer Rissquetschwunde am Schädel - eine Schädel- und Halswirbelsäulenkontusion (vgl. Bericht Dr. Z. vom 12. Mai 1999 [Urk. 3/2/3], Bericht Dr. A. vom 15. September 1999 [Urk. 3/2/9 S. 1], Gutachten Dr. Y. vom 14. November 2005 [Urk. 7/6/M40 S. 15]) respektive eine HWS-Distorsion (vgl. Bericht Dr. Z. vom 21. Juli 1999 [Urk. 3/2/7], Bericht Dr. A. vom 15. September 1999 [Urk. 3/2/9 S. 1]) zugezogen hatte.

Betreffend die Auffahrkollision vom 20. Mai 2000 stellten die Ärzte übereinstimmend die Diagnose einer HWS-Distorsion (vgl. Berichte Dr. A. vom 21. Juni 2001 [Urk. 7/6/M5], vom 11. März 2002 [Urk. 7/6/M10], vom 7. Juni 2002 [Urk. 7/6/M13 S. 1], vom 26. August 2002 [Urk. 7/6/M14], vom 22. Juli 2003 [Urk. 7/6/M23] und vom 28. Juni 2005 [Urk. 7/6/M39], Bericht Medizinisches Zentrum D. vom 5. Dezember 2001 [Urk. 7/6/M9 S. 1], Gutachten Dr. Y. vom 14. November 2005 [Urk. 7/6/M40 S. 15]).

Gestützt auf die zitierten medizinischen Akten, insbesondere das Gutachten von Dr. Y. vom 14. November 2005 (Urk. 7/6/M40 S. 16, S. 19), ist sodann - entgegen dem Vorbringen der National (vgl. Urk. 2 S. 11 f., Urk. 6 S. 3) - davon auszugehen, dass die von der Beschwerdeführerin noch über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per Ende Dezember 2005 (vgl. Urk. 7/9/K22, Urk. 2) hinaus geklagten Beschwerden auf die beiden am 16. April 1999 und am 20. Mai 2000 erlittenen Unfälle zurückzuführen waren.

Anlass, an der grundsätzlichen Beweistauglichkeit des polydisziplinären Gutachtens vom 14. November 2005 (Urk. 7/6/M40) zu zweifeln, gibt es keinen. Nicht nur stimmt die fragliche Expertise (Urk. 7/6/M40) im Wesentlichen überein mit den weiteren medizinischen Beurteilungen (vgl. insbesondere Urk. 7/6/M10,

Urk. 7/6/M13, Urk. 7/6/M36), sondern sie äussert sich auch umfassend sowohl zu den noch vorhandenen Gesundheitsstörungen (vgl. Urk. 7/6/M40 S. 7, S. 12 ff.) und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 7/6/M40 S. 15, S. 17) als auch zur Ursächlichkeit der am 16. April 1999 und am 20. Mai 2000 erlittenen Unfällen für die persistierende Symptomatik (vgl. Urk. 7/6/M40 S. 16, S. 18, S. 19). Da sie zudem auf neurologischen (vgl. Urk. 7/6/M40 S. 8), neuropsychologischen (vgl. Urk. 7/6/M28), psychiatrischen (vgl. Urk. 7/6/M38 und rheumatologischen (vgl. Urk. 7/6/M36) Untersuchungen sowie biomechanischen Abklärungen (vgl. Urk. 7/8) beruht, in Kenntnis der Vorakten erging (vgl. Urk. 7/6/M40 S. 1 ff.) und nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen (vgl. Urk. 7/6/M40 S. 12 ff.) enthält, erfüllt sie sämtliche der rechtsprechungsgemäss erforderlichen Voraussetzungen eines beweiskräftigen Gutachtens (vgl. dazu BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c). Die National brachte denn auch keine Gründe vor (vgl. Urk. 2 S., Urk. 6), die gegen die prinzipielle Verwertbarkeit der Beurteilung der - von ihr mit der Begutachtung betrauten - Ärzte sprächen.

4.3 Die im Laufe der Zeit durchgeführten bildgebenden Untersuchungen brachten kein objektivierbares organisches Substrat zutage, das die weiterhin anhaltenden Gesundheitsstörungen zu erklären vermochte (vgl. Röntgenbefund vom 16. April 1999 [Urk. 7/6/M34] und vom 19. April 1999 [Urk. 7/6/M33], CT vom 29. Juni 1999 [Urk. 3/2/6], Röntgenbefund vom 17. August 2000 [vgl. Urk. 7/6/M2 S. 2], MRI vom 7. Dezember 2000 [Urk. 7/6/M8], Funktions-CT vom 18. September 2001 [Urk. 7/6/M7]). Auch die Untersuchung des begutachtenden Rheumatologen vom 16. November 2004 brachte - entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1/1 S. 4) - keine objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen zu Tage, handelte es sich doch bei den erhobenen Befunden (vgl. Urk. 7/6/M36 S. 11 f.) nicht um solche, die sich mit apparativen beziehungsweise bildgebenden Abklärungen bestärken liessen (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 20. August 2008, 8C_33/2008 Erw. 5.1, mit Hinweisen). Ein über den 31. Dezember 2005 hinaus bestehender Anspruch auf Unfallversicherungsleistungen wäre daher nur zu bejahen, wenn zwischen den damals noch bestehenden Beschwerden und den Unfällen vom 16. April 1999 und vom 20. Mai 2000 ein adäquater Kausalzusammenhang bestünde.

4.4 Angesichts der Tatsache, dass die nach dem Unfall vom 20. Mai 2000 durchgeführten Therapien keinen Erfolg zeitigten (vgl. Urk. 7/6/M3, Urk. 7/6/M7 S. 2, Urk. 7/6/M9 S. 2) und die Ärzte auch von der weiteren Behandlung keine wesentliche Besserung mehr erwarteten (vgl. Urk. 7/6/M10, Urk. 7/6/M13 S. 2, Urk. 7/6/M40 S. 16), ist nicht zu beanstanden, dass die Zürich den Fallabschluss - und damit die Adäquanzprüfung - per 31. Dezember 2005 vornahm (vgl. dazu BGE 134 V 109 Erw. 4).

4.5 Auch wenn sich der Unfall vom 16. April 1999 vor Beginn des Versicherungsschutzes der National ereignete (vgl. Urk. 3/2/1), ist er vorliegend von Relevanz (vgl. Urk. 6 S. 6). So geht aus den medizinischen Akten wie auch den Angaben der Beschwerdeführerin klar hervor, dass es - bedingt durch das (bei der National versicherte) Ereignis vom 20. Mai 2000 - zu einer nachhaltigen Verstärkung der noch über den ärztlichen Fallabschluss hinaus persistierenden, damals aber keine ärztliche Behandlung mehr erfordernden und keine Arbeitsunfähigkeit mehr zeitigenden Restbeschwerden kam, die Auffahrkollision mithin zumindest teilursächlich für die

entsprechenden Beeinträchtigungen ist (vgl. dazu Urk. 7/6/M36, 7/6/M40).

4.6. Dazu, die beiden genannten Ereignisse im Rahmen der Adäquanzprüfung - ausnahmsweise - gesamthaft als einen Vorfall zu behandeln (vgl. Urk. 1/1 S. 7 f.), besteht kein Anlass. So liegen die zwei Unfälle über ein Jahr auseinander, und während beim Geschehnis vom 16. April 1999 - zumindest vordergründig - der Kopf durch einen von oben kommenden Schlag betroffen war, zog sich die Beschwerdeführerin am 20. Mai 2000 - bei uneingeschränkter Arbeitsfähigkeit und rund vier Monate nach Abschluss der ärztlichen Behandlung (vgl. Urk. 7/6/M4) - durch einen von hinten erfolgenden Stoss und ohne dass es zu einem Kopfanprall gekommen wäre (vgl. Urk. 7/6/M2 S. 1, Urk. 7/6/M36 S. 3) eine Verletzung im Bereich der Halswirbelsäule zu. Die Beurteilung der Adäquanz ist daher für beide Geschehnisse gesondert vorzunehmen, wobei den residualen gesundheitlichen Folgen des ersten Unfalls im Rahmen der einzelnen im Zusammenhang mit der Auffahrkollision vom 20. Mai 2000 zu prüfenden Kriterien Rechnung zu tragen ist (vgl. dazu etwa Urteil des Bundesgerichts in Sachen E. vom 22. August 2008, 8C_266/2008 Erw. 4.1.2, mit Hinweisen).

4.7. Nicht nur diagnostizierten die Ärzte nach beiden Unfällen ein Schleudertrauma respektive eine diesem äquivalente Verletzung, sondern es ist auch aktenkundig, dass die Beschwerdeführerin - zumindest im Laufe der Zeit und noch zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per Ende Dezember 2005 (vgl. Urk. 7/9/K18, Urk. 2) - das für die fragliche Läsion charakteristische Beschwerdebild (vgl. Erw. 1.4) aufwies, wobei die Auffahrkollision vom 20. Mai 2000 gemäss den Arztberichten und den Angaben der Beschwerdeführerin einerseits neue Symptome hervorrief und andererseits auch eine Verstärkung der seit dem ersten Unfall vom 16. April 1999 persistierenden, jedoch nicht mehr ärztlich behandelten und keine Arbeitsunfähigkeit mehr zeitigenden Restbeschwerden bewirkte. So litt die Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit den beiden Ereignissen unter - teilweise ausstrahlenden - Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen, einer Beweglichkeitseinschränkung der HWS, Schwindel, Übelkeit, Müdigkeit, Schlaf- und Sensibilitätsstörungen, einer Phono- und Photophobie sowie Hirnfunktionsstörungen (vgl. Urk. 3/2/8, Urk. 3/2/4 S. 1, Urk. 3/2/5, Urk. 3/2/7, Urk. 3/2/9 S. 1, Urk. 3/2/14, Urk. 7/6/M2, Urk. 7/6/M10, Urk. 7/6/M36, Urk. 7/M39, Urk. 7/6/M40 S. 7 und S. 15). Die mittlerweile bestehende psychische Störung ist angesichts der entsprechenden ärztlichen Beurteilungen (vgl. insbesondere Bericht Dr. C. ___ vom 10. Oktober 2003, Urk. 7/6/M27 S. 2) im Rahmen einer Fehlentwicklung nach den beiden Unfällen und damit als deren sekundäre Folge zu interpretieren.

4.8. Trotz des diagnostizierten Schleudertraumas beziehungsweise der diesem gleichgestellten Verletzung und des Vorliegens der dafür typischen Beschwerden hat die Adäquanzbeurteilung - auch wenn die psychische Symptomatik weder von Anfang an noch im gesamten Verlauf im Vordergrund stand - vorliegend nicht nach der Rechtsprechung gemäss BGE 117 V 359 beziehungsweise BGE 134 V 109 zu erfolgen. Die Anwendung der - privilegierten, da nicht zwischen somatischen und psychischen Unfallfolgen unterscheidenden - sogenannten "Schleudertrauma-Rechtsprechung" rechtfertigt sich nämlich nur dann, wenn - bei entsprechender Diagnose - nicht nur die dafür charakteristischen Beschwerden - zumindest teilweise - innert der gemäss medizinischen Erkenntnissen üblichen Latenzzeit von maximal 72 Stunden auftreten, sondern auch der Heilungsverlauf im Rahmen des bei einer derartigen Verletzung üblicherweise zu Erwartenden ausfällt (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen G.

vom 3. September 2007, U 380/06 Erw. 4.1, 4.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Von einem typischen Heilungsverlauf kann bei der Beschwerdeführerin allerdings nur beim Unfall vom 16. April 1999 und betreffend diesen lediglich für die Zeit bis Ende 1999 gesprochen werden. Damals stellte sich bezüglich der anfangs erheblichen, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zeitigenden Beschwerden unter entsprechender rund neunmonatiger Therapie allmählich eine Besserung ein, die eine stetige Steigerung der Leistungsfähigkeit bis zum Wiedererreichen der vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit rund siebeneinhalb Monate nach dem fraglichen Ereignis ermöglichte (vgl. Urk. 3/2/8, Urk. 3/2/3 S. 2, Urk. 3/2/7, Urk. 3/2/9, Urk. 3/2/14, Urk. 7/6/M2 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die gesundheitliche Entwicklung nach der Auffahrkollision vom 20. Mai 2000 nahm dagegen einen - sowohl im Hinblick auf die damals zugezogene HWS-Distorsion als auch auf die Traumatisierung des im Zusammenhang mit dem ersten Unfall vom 16. April 1999 bestehenden Vorzustands - geradezu aussergewöhnlichen Verlauf. So waren die durch den Unfall ausgelösten Beschwerden von derart geringer Intensität, dass die Beschwerdeführerin während rund zweier Monate eine Arztkonsultation nicht für erforderlich hielt. Dass der Verzicht auf eine ärztliche Behandlung während dieser langen Zeit mit der Angst vor einem Stellenverlust begründet gewesen wäre (vgl. Urk. 1 S. 6), vermag insofern nicht zu überzeugen, als das Ziel einer entsprechenden Therapie ja gerade gewesen wäre, die Beschwerden möglichst schnell zu lindern und so die Leistungsfähigkeit aufrecht zu erhalten beziehungsweise gegebenenfalls zu steigern, wie dies bereits nach dem Unfall vom 16. April 1999 geschehen war (vgl. insbesondere Urk. 7/6/M7 S. 1, Urk. 7/6/M13 S. 1). Nicht anzunehmen ist, dass aus der Aufnahme einer medizinischen Behandlung derart erhebliche Absenzen an der Arbeitsstelle resultiert hätten, dass diese gefährdet gewesen wäre. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Beschwerdeführerin nicht mit der Schwierigkeit, einen für ihr Leiden geeigneten Arzt zu finden, konfrontiert war, hatte sie doch die Behandlung bei Dr. A.____, den sie schliesslich am 6. November 2000 auch wieder aufsuchte, nur knapp drei Monate vor der fraglichen Kollision abgeschlossen (vgl. Urk. 7/10/M4, Urk. 7/10 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dass die Auffahrkollision anfangs nur zu eher geringen Beschwerden beziehungsweise zu keiner erheblichen Verstärkung der noch aus dem Ereignis vom 16. April 1999 resultierenden Restbeschwerden führte, erscheint gerade auch deshalb als ungewöhnlich, weil es bei einem Schleudertrauma üblicherweise innert maximal 72 Stunden seit dem auslösenden Geschehnis - zumindest im Nacken- und Kopfbereich - zu massiven Beeinträchtigungen kommt, zu denen sich daraufhin - innert relativ absehbarer Zeit - allenfalls noch weitere Beschwerden hinzugesellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen G. vom 3. September 2007, U 380/06 Erw. 4.1), weshalb eine allfällige (Teil-)Arbeitsunfähigkeit in der Regel schon bald nach dem Unfall eintritt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Falle der Beschwerdeführerin dauerte es mit rund zwei Monaten nicht nur sehr lange, bis die Schmerzen ein Ausmass erreichten, das einen Arztbesuch nahe legte, sondern es kam auch ausgesprochen spät und erst, als sich die Beschwerdeführerin Behandlungen unterzog, von denen erfahrungsgemäss ein Beschwerderückgang und damit einer Steigerung der Leistungsfähigkeit zu erwarten wäre, zu einer Arbeitsunfähigkeit. So war die Beschwerdeführerin selbst nach der ersten im Zusammenhang mit dem Unfall vom 20. Mai 2000 stehenden Arztkonsultation

am 19. Juli 2000 (vgl. Urk. 7/6/M2 S. 1) noch während fast eines Jahres in der Lage, ihrer Arbeit mit einem Pensum von 100 % nachzugehen; eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit wurde ihr - in Form einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit - erst ab dem 20. Juni 2001 und damit dreizehn Monate nach der fraglichen Auffahrkollision und rund elf Monate nach Behandlungsbeginn attestiert (vgl. Urk. 7/6/M7 S. 2). Statt dass sich - wie es dem sich normalerweise ergebenden Verlauf entspräche - daraufhin unter Therapie eine Besserung eingestellt hätte, kam es - gerade nach der zweieinhalbwöchigen intensiven Behandlung im Medizinischen Zentrum D.____ vom 3. bis 20. Dezember 2001 (vgl. Urk. 7/6/M9) - im Gegenteil offenbar zu einer derart erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustands, dass nun seit Januar 2002 - mithin einem Zeitpunkt über ein Jahr nach dem Unfall vom 20. Mai 2000 - eine vollständige Arbeitsunfähigkeit persistiert (vgl. Urk. 7/6/M10).

Die gesundheitliche Entwicklung weicht derart erheblich vom üblichen Heilungsverlauf bei einem Schleudertrauma mit den dafür typischen Beschwerden ab, dass die dafür entwickelte Rechtsprechung (vgl. BGE 117 V 359 respektive BGE 134 V 109) als nicht auf den vorliegenden Fall zugeschnitten erscheint. Die Frage, ob zwischen den beiden Unfällen vom 16. April 1999 und vom 20. Mai 2000 und der über den 31. Dezember 2005 hinaus anhaltenden Symptomatik beziehungsweise der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, ist daher gestützt auf die Rechtsprechung nach BGE 115 V 133 zu beurteilen.

Beim Ereignis vom 16. April 1999 schlug der Beschwerdeführerin unerwartet ein Garagentor, das aus den Fugen geraten war, auf den Kopf (vgl. Urk. 7/6/M2 S. 3, Urk. 7/6/M36 S. 2). Die dabei wirkenden Kräfte waren zwar erheblich genug, um eine Platzwunde zu verursachen, aber nicht derart massiv, dass sie zu einer Bewusstlosigkeit geführt hätten. Angesichts dieser Gegebenheiten und des Umstandes, dass beim fraglichen Unfall sofort jemand zur Stelle war, der das Garagentor auffing (vgl. Urk. 3/2/2), ist der fragliche Unfall - entsprechend der Rechtsprechung des Bundesgerichts beziehungsweise des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts in vergleichbaren Fällen (vgl. etwa Urteile in Sachen A. vom 13. Februar 2006, U 462/04 Erw. 2.3, in Sachen B. vom 29. Juni 2007, U 568/06 Erw. 3.1, und in Sachen B. vom 5. September 2006, U 234/06 Erw. 4) - höchstens als mittelschwer im engeren Sinne zu qualifizieren.

Beim Geschehnis vom 16. April 1999 lagen weder besonders dramatische Begleitumstände vor, noch war es von besonderer Eindringlichkeit. Sodann genügt die Diagnose einer HWS-Distorsion (oder einer anderen, adäquanzrechtlich gleich zu behandelnden Verletzung) für sich allein nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, die das Beschwerdebild beeinflussen können. Aufgrund der Akten sind diese Voraussetzungen vorliegend - selbst wenn es (nebst der Rissquetschwunde am Kopf) sowohl zu einer milden traumatischen Hirnverletzung (MTBI) als auch einer HWS-Distorsion gekommen sein sollte - nicht erfüllt (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 16. Mai 2008, 8C_57/2008 Erw. 9.2).

Auch von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung kann vorliegend nicht gesprochen werden, fand doch ursprünglich bereits im Dezember 2000 (vgl. Urk. 7/6/M2 S. 2 f., Urk. 3/2/15 S. 1) beziehungsweise am 24. Januar 2001 (Urk. 7/10/M4) die letzte Arztkonsultation statt. Die nach der Auffahrkollision vom

20. Mai 2000 ab dem 19. Juli 2000 (vgl. Urk. 7/6/M2 S. 1) durchgeführten ärztlichen Behandlungen und - wenig intensiven und sich (nach einer kurzen Chirotherapie, vgl. Urk. 7/6/M2, Urk. 7/6/M3) auf physikalische und insbesondere medikamentöse Massnahmen beschränkende (vgl. Urk. 7/6/M10, Urk. 7/6/M14, Urk. 7/6/M23, Urk. 7/6/M25, Urk. 7/6/M27 S. 2) - Therapien standen im Zusammenhang mit Beschwerden, denen kein (hinreichend) objektivierbares organisches Substrat zugrunde lag, und sind daher nicht zu berücksichtigen. Aus dem nämlichen Grund sind das Kriterium der - körperlichen - Dauerschmerzen, dasjenige des schwierigen Heilungsverlauf und der erheblichen Komplikationen sowie dasjenige des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt. Da schliesslich auch keine Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, bestehen, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 16. April 1999 und den über den 31. Dezember 2005 hinaus persistierenden Beschwerden zu verneinen. In Anbetracht dieses Ergebnisses und insbesondere auch angesichts der zum fraglichen Vorfall vorhandenen Akten (vgl. Urk. 3/2/1-16, Urk. 3/3, Urk. 7/10, Urk. 7/6/M32-35) und der diversen im Zusammenhang mit der Auffahrkollision vom 20. Mai 2000 ergangenen aktenkundigen Berichte von Dr. A. ____, der die Beschwerdeführerin bereits bezüglich der unmittelbaren Folgen des ersten Unfalls behandelte und diese jeweils auch in seinen aktuellen Beurteilungen mitberücksichtigte, erbringt sich der Bezug allfällig in den Akten der La Suisse enthaltener weiterer medizinischer Berichte (vgl. Urk. 1/1 S. 3, Urk. 1/2).

4.9. Die Auffahrkollision vom 20. Mai 2000, bei der ein nachfolgendes Fahrzeug ins Heck des von der Beschwerdeführerin gelenkten Autos prallte, wodurch dieses eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung von 9,0 bis 12,5 km/h erfuhr (vgl. unfallanalytisches Gutachten vom 21. Juli 2005, Urk. 7/8; Urk. 7/6/M40 S. 7), ist - unbestrittenermassen (vgl. Urk. 1/1 S. 8) - als mittelschweres, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis zu qualifizieren. Besonders dramatische Begleitumstände lagen keine vor, und der Vorfall war auch nicht von besonderer Eindringlichkeit.

Was das Kriterium der besonderen Schwere oder Art der Verletzung anbelangt, entspricht es einer allgemeinen Erfahrung, dass pathologische Zustände nach HWS-Verletzungen bei erneuter Traumatisierung ausserordentlich stark exazerbieren können. Eine HWS-Distorsion, die eine bereits durch einen früheren Unfall erheblich vorgeschädigte HWS trifft, ist demnach speziell geeignet, die für ein Schleudertrauma typischen Symptome hervorzurufen, und deshalb als Verletzung besonderer Art zu qualifizieren. Zwar hatte sich die Beschwerdeführerin bereits beim Unfall vom 16. April 1999 eine Verletzung im Bereich (auch) der HWS zugezogen, als sie die Auffahrkollision vom 20. Mai 2000 erlitt. Allerdings hatte sie zwischenzeitlich - wenn auch gewisse Beschwerden noch persistierten - wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht und stand nicht mehr in ärztlicher Behandlung. Gemäss telefonischer Angabe des - schon im Zusammenhang mit dem ersten Unfallereignis - behandelnden Neurologen Dr. A. ____ gegenüber dem begutachtenden Psychiater vom 1. Dezember 2004 blieb denn der erste Unfall auch ohne schwere Folgen (vgl. Urk. 7/6/M38 S. 7). Von einer erheblichen Vorschädigung - und damit auch einer Verletzung besonderer Art - ist daher nicht auszugehen (vgl. dazu etwa Urteile des Bundesgerichts in Sachen W. vom 4. Oktober 2007, 8C_194/2007 Erw. 4.2.2, und in Sachen A. vom 25. Januar 2008, U 56/07 Erw. 6.2.3).

Angesichts der Tatsache, dass sich die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 20. Mai 2000 nebst der HWS-Distorsion keine weiteren Verletzungen zugezogen hat und mangels organischer Ursachen, welche die geklagten Beschwerden zu erklären vermöchten, sind die Kriterien der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung, der körperlichen Dauerschmerzen sowie, des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ebenso zu verneinen wie das unfallbezogene Merkmal des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen. Da eine die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung schliesslich ebenfalls ausser Betracht fällt, kommt auch der Auffahrkollision vom 20. Mai 2000 keine massgebende Bedeutung für die noch nach Ende Dezember 2005 anhaltenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu.

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass die von der Beschwerdeführerin noch über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 31. Dezember 2005 hinaus geklagte Symptomatik weder in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 16. April 1999 noch zu demjenigen vom 20. Mai 2000 steht. Der Einspracheentscheid der National vom 6. Februar 2007 (Urk. 2) ist daher im Ergebnis nicht zu beanstanden.

Das Gericht erkennt:

- Die Beschwerde wird abgewiesen.
- Das Verfahren ist kostenlos.
- Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Max Sidler
- Schweizerische National-Versicherungs-Gesellschaft
- Helsana Versicherungen AG
- Bundesamt für Gesundheit

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters 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.