

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00143 vom 28. Mai 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-05-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00143

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00143 du 28 mai 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00143 del 28 maggio 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1950 geborene X. war seit dem 1. Januar 1992 als Werbeassistentin bei der W. angestellt (vgl. Urk. 9/1, Urk. 10/1, Urk. 10/37, Urk. 10/57, Urk. 10/63 S. 5) und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch versichert.

Am 1. Januar 2002 stolperte sie im Badzimmer über den Sockel einer Statue, stürzte und verdrehte sich dabei den rechten Fuss (vgl. Urk. 10/1, Urk. 10/2 S. 1). Im Zusammenhang mit einem am linken Fuss festgestellten Morton'schen Neurom intermetatarsal II/III und III/IV unterzog sie sich am 21. Januar 2002 einer partiellen Neurektomie (vgl. Operationsbericht, Urk. 10/4). Die wegen Residualbeschwerden plantar rechts am 25. Juni 2002 durchgeführte Sonographie des rechten Fusses ergab eine aufgetriebene Plantaraponeurose; der Befund wurde als Partialruptur oder plantare Fasziiitis interpretiert (vgl. Urk. 10/2). Im Rahmen eines weiteren operativen Eingriffs am linken Fuss erfolgten am 20. August 2002 eine Revision sowie eine Neurom- und Bursaentfernung intermetatarsal I/II und IV/V (vgl. Urk. 10/6, Urk. 10/7).

Am 17. Februar 2003 teilte die SUVA der Versicherten - unter Hinweis einerseits darauf, dass sich diese gemäss eigenen Angaben im Zusammenhang mit dem rechten Fuss keiner ärztlichen Behandlung mehr unterziehe und andererseits darauf, dass die über den 5. Januar 2003 hinaus bestehende Arbeitsunfähigkeit auf das krankheitsbedingte Leiden am linken Fuss zurückzuführen sei - die Einstellung ihrer Leistungen mit, wobei sie sich bereit erklärte, für allfällige den rechten Fuss betreffende Schuhanpassungen auch weiterhin aufzukommen (vgl. Urk. 10/16). Auf mündliches Opponieren der Versicherten hin (vgl. Urk. 10/17, Urk. 10/20) traf die SUVA weitere medizinische Abklärungen (vgl. Urk. 10/18, Urk. 10/21), liess X. am 12. Mai 2003 kreisärztlich untersuchen (vgl. Urk. 10/22) und erteilte am 10. April 2003 Kostengutsprache für orthopädischen Serienschuhe (vgl. Urk. 10/16).

Zwischenzeitlich war die Versicherte am 22. März 2003 - und damit noch während der Dauer ihrer Anstellung bei der W. - erneut gestürzt, wobei sie sich im Bereich von Kopf, Genick und Rücken verletzt hatte (vgl. Urk. 9/1). In der Folge waren eine Distorsion der Halswirbelsäule sowie eine Schädeldkontusion diagnostiziert worden (vgl. Urk. 9/3).

Vom 16. Juli bis 27. August 2003 wurde X. stationär in der Rehaklinik Y. behandelt (vgl. Urk. 10/44). Nachdem sie die Versicherte am 23. November 2004 (vgl. Urk. 10/96) beziehungsweise am 3. Februar 2005 (vgl. Urk. 10/101) erneut hatte - orthopädisch respektive psychiatrisch - kreisärztlich untersuchen lassen

und eine am 24. März 2005 gestützt auf die Akten verfasste Beurteilung ihres Orthopädischen Chirurgen (Urk. 10/106) eingeholt hatte, teilte die SUVA X.____ am 12. Juli 2005 - unter Hinweis darauf, dass den noch geklagten Beschwerden im rechten Fuss kein organisches Substrat zugrunde liege und die psychische Symptomatik in keinem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 1. Januar 2002 stehe - die diesbezügliche Leistungseinstellung per 31. August 2005 mit (vgl. Urk. 10/109). Auf Opponieren der Versicherten hin (vgl. Urk. 10/112 S. 1) tätigte die SUVA weitere medizinische Abklärungen und verfierte schliesslich am 18. August 2006 per 31. August 2006 die Einstellung der Leistungen betreffend das Ereignis vom 1. Januar 2002 (vgl. Urk. 10/145). Dagegen erhob die Versicherte am 20. September 2006 Einsprache (Urk. 10/149).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bezug auf das persistierende zervikozepale Schmerzsyndrom war die Versicherte am 3. April 2003 neurologisch begutachtet worden (vgl. Urk. 9/111 S. 6). Am 21. respektive 28. November 2005 erfolgte die Implantation zweier subkutaner Elektroden subokzipital links (vgl. Urk. 9/87 S. 8 f., Urk. 9/69); am 1. Dezember 2005 erfolgte eine Neuplatzierung der subkutanen Elektrode subokzipital links (vgl. Operationsbericht, Urk. 9/87 S. 10). Im Rahmen eines weiteren operativen Eingriffs wurden am 10. Januar 2006 ein Elektrodenwechsel subokzipital links sowie die Ventralverlagerung der Kabel vorgenommen (vgl. Urk. 9/87 S. 2, Urk. 9/87 S. 7). Im Juni 2006 wurde die untere Elektrode okzipital links wegen Hautperforation wieder entfernt (vgl. Urk. 9/121 S. 12); am 9. Oktober 2006 wurden die untere Elektrode okzipital links ersetzt und die Batterie wegen drohender Hautperforation von abdominal links nach rechts umplatziert (vgl. Urk. 9/121 S. 13).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach einer erneuten neurologischen Begutachtung am 10. April 2006 (vgl. Urk. 9/91, Urk. 9/111 S. 1-4), stellte die SUVA ihre Leistungen betreffend den Sturz vom 22. März 2003 unter Hinweis auf das Fehlen adäquat kausaler Unfallfolgen mit Verfiertung vom 7. Dezember 2006 (Urk. 9/116) per 31. Dezember 2006 ein. Der Krankenversicherer von X.____ zog seine gegen diesen Entscheid erhobene Einsprache (Urk. 9/118) am 26. Januar 2007 wieder zurück (vgl. Urk. 9/122). Die dagegen (Urk. 9/121) und gegen die Leistungseinstellung betreffend den Unfall vom 1. Januar 2002 (Urk. 10/149) gerichteten Einsprachen der Versicherten wies die SUVA - nach Einholung einer versicherungsmedizinischen Stellungnahme ihres Chirurgen (vgl. Urk. 10/153) - am 23. Februar 2007 ab (vgl. Urk. 2).

1.2 Ä Ä Ä Ä Mit Schreiben vom 22. Februar 2007 (Urk. 9/128) teilte die SUVA der Versicherten mit, dass sie die im Zusammenhang mit der Implantation der subkutanen Elektroden stehenden Kosten nicht übernehmen werde, da es sich beim fraglichen Eingriff um keine wissenschaftlich anerkannte Heilmethode handle. Daran hielt sie auf Opponieren der Versicherten hin (vgl. Urk. 9/132) mit Verfiertung vom 19. März 2007 (Urk. 9/133) fest. Die dagegen von X.____ erhobene Einsprache (Urk. 12/8/138, Urk. 12/8/143) wies sie, nachdem sie am 29. August 2007 eine neurologische Beurteilung ihres versicherungsmedizinischen Dienstes eingeholt hatte (vgl. Urk. 12/8/146), am 7. September 2007 ab (vgl. Urk. 12/2).

1.3 Ä Ä Ä Ä Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, hatte X.____ mit Wirkung ab 1. Juni 2003 wegen langdauernder Krankheit eine auf einem Invaliditätsgrad von 100 % basierende Rente zugesprochen (vgl. Urk. 10/46, Urk. 10/78, Urk. 10/84). Am 26. März 2007 sprach die Pensionskasse der Versicherten dieser - bereits

Was schliesslich die Implantation der subkutanen Elektroden betreffe, ergebe sich aus der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur und der Stellungnahme des behandelnden Neurochirurgen vom 12. November 2007 (Urk. 12/11/1), dass es sich bei der subkutanen Neurostimulationsbehandlung um eine wirksame und sichere Behandlungsmethode bei schweren chronischen Schmerzzuständen handle. Angesichts der Tatsache, dass der Eingriff tatsächlich zu einem sich in einer 50%igen Reduktion der zervikozephalen Schmerzen manifestierenden Erfolg geführt habe, sei die Wirksamkeit der fraglichen Behandlungsmethode ausgewiesen und dementsprechend auch die Leistungspflicht der SUVA dafür gegeben (vgl. Urk. 12/1 S. 5, Urk. 12/10 S. 2).

E. 3

3.1 Aus den medizinischen Akten geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

In ihrem Bericht vom 7. Januar 2002 (Urk. 9/111 S. 5 f.) hielt Dr. med. A. ____, Fachärztin FMH für Neurologie, fest, die Beschwerdeführerin habe angegeben, im November [richtig wohl: 2001], als sie während einer Phase mit starken Rückenschmerzen in analgetischer Behandlung mit Tramal und Vioxx gestanden habe, eines Nachmittags über mehrere Minuten schleppend, möglicherweise auch durcheinander, mit ihrer Nachbarin gesprochen zu haben. Vor und seit diesem Zwischenfall sei es zu keinen auf eine transientisch-epileptische Attacke hinweisenden Ereignissen gekommen; die Schmerzmedikation habe die Patientin zwischenzeitlich abgesetzt.

Gemäss eigenen Angaben leide die Beschwerdeführerin seit Sommer letzten Jahres unter chronischen Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine und den Hinterkopf, wobei ein spondylogenes Schmerzsyndrom diagnostiziert worden sei. Zudem sei es vor zwei Monaten zu einer Verstärkung der seit vielen Jahren bestehenden belastungsabhängigen, einschliessenden Schmerzen und einer Missempfindung an der III. und IV. Zehe des linken Fusses gekommen. Die Beschwerdeführerin habe einförmig über ihre verschiedenen Beschwerden, insbesondere Schmerzen, eine reaktive Depression und eine Schlafstörung, geklagt (vgl. Urk. 9/111 S. 5).

Die einmalige Episode mit einer - für die Beschwerdeführerin schwierig zu beschreibenden - Sprechstörung, eher im Sinne einer Dysarthrie, bei allgemeinem Unwohlsein unter für die Patientin hochdosierter Schmerzmedikation lasse sich retrospektiv nicht eindeutig zuordnen. Differentialdiagnostisch sei an eine medikamentöse Nebenwirkung oder an eine transientisch-epileptische Attacke bei bekannten multiplen vaskulären Risikofaktoren zu denken. Aktuell habe weder die klinische Untersuchung noch die Dopplersonographie der grossen hirnzuführenden Arterien einen abnormen Befund ergeben (vgl. Urk. 9/111 S. 5/2).

3.2 Nachdem sie sich beim Unfall vom 1. Januar 2002 am rechten Fuss verletzt hatte (vgl. Urk. 9/1), wurde die Beschwerdeführerin wegen eines mittels MRI festgestellten Morton'schen Neuroms intermetatarsal II/III und III/IV links vom 20. bis 26. Januar 2002 stationär in der Klinik B. ____, behandelt, wo am 21. Januar 2002 eine partielle Neurektomie intermetatarsal II/III und III/IV durchgeführt wurde (vgl. Operationsbericht, Urk. 10/4). Im Austrittsbericht vom 30. Januar 2002 (Urk. 10/3) hielt Prof. Dr. med. C. ____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, fest, die Wundheilung verlaufe komplikationslos; der Patientin sei empfohlen worden, den linken Vorfuss während drei Wochen im vorfussentlastenden Schuh zu entlasten.

3.3 In seinem Bericht vom 1. Juli 2002 (Urk. 10/2) diagnostizierte Prof. Dr. C. eine Partialruptur beziehungsweise eine Faszitis plantar rechts. Die Patientin sei am 1. Januar 2002 über einen Statuensockel gestolpert und gestürzt; dabei habe sie sich ein schmerzhaftes Hämatom im Bereich des rechten Rückfußes zugezogen. Zwischenzeitlich sei am 21. Januar 2002 eine partielle Neurektomie intermetatarsal II-IV durchgeführt worden. Nachdem die Patientin wiederholt über Beschwerden im linken Rückfuß geklagt habe, sei eine Versorgung mit einem Innostep erfolgt und daraufhin, da die Beschwerdeführerin eine Persistenz der Schmerzen plantar angegeben habe, eine Sonografie beider Füsse veranlasst worden, welche betreffend den rechten Fuss die obgenannte Diagnose ergeben habe.

3.4 Anlässlich eines stationären Aufenthalts der Beschwerdeführerin in der Klinik T. vom 19. bis 26. August 2002 führte Prof. Dr. C., nachdem im Bereich der Intermetatarsalräume I/II und IV/V des linken Fusses Schmerzen aufgetreten waren, am 26. August 2008 im Rahmen eines erneuten operativen Eingriffs eine Revision sowie eine Neurom- und Bursaentfernung intermetatarsal I/II und IV/V links durch. Die Mobilisation sei aufgrund persistierender Schmerzen, ausgeprägter Blähungen und möglicherweise auch des Umstands, dass die Mutter der Patientin während des Spitalaufenthalts in der nämlichen Klinik verstorben sei, protrahiert verlaufen. Geplant sei, dass die Beschwerdeführerin den Vorfuss während dreier Wochen in einem entsprechenden Schuh entlaste und dann wieder belaste (vgl. Austrittsbericht vom 27. August 2002 [Urk. 10/7], Operationsbericht vom 26. August 2002 [Urk. 10/6]).

3.5 Am 21. November 2002 stellte Prof. Dr. C. folgende Diagnosen (vgl. Urk. 10/8 S. 1):

- Generalisiertes Schmerzsyndrom linker Unterschenkel und Fuss nach
- Morton'scher Neuralgie intermetatarsal I/II, IV/V links

Nach dem letzten operativen Eingriff sei es rasch zu einer generalisierten Schmerzhaftigkeit im linken Fuss gekommen. Die Patientin klagt auch über vermehrtes Schwitzen am linken Fuss; zudem habe sich in den letzten Tagen auch eine diffuse periostale Schmerzhaftigkeit am linken Schienbein herausgebildet.

Während die rechtsseitig bestehende schmerzhaftige Plantaraponeurose derzeit mit einem geeigneten orthopädischen Serienschuh zufriedenstellend versorgt sei und sich der rechte Fuss zumindest für kürzere Strecken beschwerdearm zeige, bestehe die Schmerzhaftigkeit im linken Fuss und Schienbein fort. Möglicherweise sei der aktuelle Verlauf mit einer Komplikation durch eine Sudeck'sche Dystrophie zu erklären (vgl. Urk. 10/8 S. 1).

Gegenüber der SUVA gab Prof. Dr. C. am 17. Dezember 2002 an, das aktuelle Beschwerdebild sei zu etwa einem Drittel auf die Symptomatik betreffend den rechten Fuss zurückzuführen und zu etwa zwei Dritteln krankheitsbedingt (vgl. Urk. 10/11).

Dr. med. D., Facharzt FMH für Rheumatologie und für Innere Medizin, Manuelle Medizin (SAMM), hielt in seinem Schreiben vom 10. Februar 2003 an Prof. Dr. C. (Urk. 10/21C) fest, das betreffend die als Ursache des Schmerzsyndroms des linken Unterschenkels und Fusses vermutete Sudeckdystrophie durchgeführt

Skelettszintigramm habe keine wesentlichen neuen Erkenntnisse gebracht. Mittels MRI hätten Weichteilveränderungen plantar unter dem MP III-Gelenk festgestellt werden können, die vom untersuchenden Arzt am ehesten als Überlastungsschäden interpretiert worden seien. Insofern sei eine weitere orthopädische Anpassung des Schuhwerks erforderlich (vgl. Urk. 10/21C S. 1).

Allerdings vermöge die Vorfußüberlastung vor allem im Bereich von MTP III rechts das Schmerzsyndrom im ganzen linken Fuss und Unterschenkel nicht zu erklären. Als sich die Beschwerdeführerin im Herbst 2001 erstmals bei ihm - Dr. D.____ - in Behandlung begeben habe, habe sie über eine vom Hausarzt festgestellte Fibromyalgie berichtet. Während er diese Diagnose zwar damals nicht habe bestätigen können, habe er ein myofasiales Schmerzsyndrom im Schulter- und Beckenquartelbereich festgestellt, das sich unter Physiotherapie etwas gebessert habe (vgl. Urk. 10/21C S. 1). Ungünstig auf die gesundheitliche Situation hätten sich überdies die schwere und schliesslich tödlich verlaufende Erkrankung (metastasierendes Blasenkarzinom) der Mutter, die der Patientin sehr nahe gestanden habe, die im Frühjahr angedrohte Kündigung der Arbeitsstelle sowie der Stellenverlust des Ehemanns ausgewirkt (vgl. Urk. 10/21C S. 2).

Zur Behandlung des Schmerzsyndroms würden neu analgetische wie auch schmerzmodulierende Medikamente (Treuphadol plus, Tryptizol 75 und Seropram 20 mg) eingesetzt; das seit Monaten verabreichte Miacalcic sei dagegen abgesetzt worden (vgl. Urk. 10/21C S. 2).

3.7 Prof. Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Chirurgie und Orthopädie, gab am 7. März 2003 an, die Patientin habe über einen im Vergleich zum letzten Konsilium vom 5. November 2002 leicht verbesserten Gesundheitszustand berichtet. Die Schuhversorgung lasse sich noch etwas präzisieren. Nicht zu übersehen seien die psychischen Probleme. Die Patientin, die gemäss eigenen Angaben während maximal 30 Minuten gehen könne, sei von der langen Heilungsdauer zermüht; zudem beständen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Arbeitsstelle (vgl. Urk. 10/31).

3.8 Der nach dem Sturz vom 22. März 2003 notfallmässig herbeigerufene Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, hielt in seinem Bericht vom 18. November 2003 (Urk. 9/9) fest, die Patientin habe, als sie vom Bett aufgestanden sei, eine Synkope erlitten, sei etwa 20 Sekunden bewusstlos gewesen und habe Urin verloren. Daraufhin habe sie über Müdigkeit, Schwindel und Schmerzen in beiden Füssen geklagt. Bei Verdacht auf einen epileptischen Anfall habe er sie ins Spital S.____ eingewiesen.

Nachdem sie die Beschwerdeführerin noch am 22. März 2003 ambulant behandelt hatten, stellten die Ärzte des Spitals S.____, Medizinische Klinik, Notfallstation, im gleichentags verfassten Austrittsbericht (Urk. 10/21A = Urk. 9/10) nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 10/21A S. 1):

- Erstmaliger, generalisierter Grand-mal-Anfall
- postiktale Zustandsbild
- am ehesten im Rahmen von Schlafentzug
- leichte Hypomagnesiämie

- Grenzwertiges Kalzium

Der Ehemann der Beschwerdeführerin habe berichtet, dass diese morgens zu Boden gefallen sei und am ganzen Körper gezittert habe; nachdem sie vorerst nicht ansprechbar gewesen sei, die Augen verdreht und spontan Urin gelassen habe, sei die Patientin gemäss den Angaben ihres Ehegatten nur langsam zu Bewusstsein gekommen, habe noch während einiger Zeit nur einige Antworten gegeben und später über starke Kopfschmerzen geklagt (vgl. Urk. 10/21A S. 1). Die vom Ehemann geschilderte Klinik sei am ehesten im Sinne eines erstmaligen, generalisierten Grand-mal-Anfalls bei vorangigem Schlafentzug zu interpretieren, fanden sich doch keine Hinweise auf eine sekundäre Ursache. Angesichts der schon länger unveränderten Medikation falle auch diese als Auslöser der Symptomatik ausser Betracht. Computertomographisch habe eine akute zerebrale Pathologie ausgeschlossen werden können. Die Überwachung auf der Notfallstation sei unauffällig verlaufen, und die Patientin habe in gebessertem Zustand nach Hause entlassen werden können (vgl. Urk. 10/21A S. 2).

3.9 In seinem Bericht vom 27. März 2003 (Urk. 10/21 = Urk. 9/11) stellte Prof. Dr. C. folgende Diagnosen (vgl. Urk. 10/21 S. 1):

- Morton'sche Neurome intermetatarsal I-V links (MRI dokumentiert), reseziert am 21. Januar und am 20. August 2002

- Schmerzzustand rechter Fuss nach Distorsion/Kontusionsverletzung am 1. Januar 2002

- Intermittierend Verdacht auf Sudeck'sche Dystrophie linker Fuss

Bezüglich des rechten Fusses sei es in den letzten Wochen zu einer Zunahme der plantaren Schmerzen mit Hauptlokalisierung in der Längswölbung links (krankheitsbedingt) gekommen. Die Patientin klage über eine diffuse Schmerzhaftigkeit mit Dysästhesien im Vorfuss; die rechts- und linksseitigen Schmerzen seien derzeit etwa vergleichbar.

Vor drei Tagen sei die Beschwerdeführerin gestürzt und in der Folge kurzzeitig - mit der Verdachtsdiagnose eines erstmaligen generalisierten Grand-mal-Anfalls - im Spital S. hospitalisiert worden. Dieser Sturz sei im Zusammenhang mit einer beinahe schlaflosen Nacht infolge von Krämpfen im linken Fuss und Unterschenkel zu interpretieren (vgl. Urk. 10/21 S. 1).

Die Verschlechterung hinsichtlich des rechten Fusses sei bei der am 17. Dezember 2002 getroffenen Zuordnung der Fussbeschwerden auf unfall- beziehungsweise krankheitsbedingte Ursachen (vgl. Urk. 10/11) noch nicht berücksichtigt worden. Angesichts der Komplexität der medizinischen Situation sei eine Beurteilung der Frage, inwieweit die Gesundheitsstörung unfall- respektive krankheitsbedingt sei, durch den Kreisarzt angezeigt (vgl. Urk. 10/21 S. 2).

3.10 Die Neurologin Dr. med. A. hielt gestützt auf die Resultate der am 3. April 2003 erfolgten Untersuchung in ihrem gleichentags verfassten Bericht (Urk. 9/111 S. 6 f.) fest, die aktuell erhobenen EEG-Befunde wiesen nicht auf eine aktive Epilepsie als Ursache des einmaligen Bewusstseinsverlusts vom 22. März 2003 hin. Dessen Genese lasse sich retrospektiv nicht mehr zuverlässig eruieren. Aus neurologischer Sicht seien derzeit - mit Ausnahme der Auferlegung einer dreimonatigen Fahrkarenz - keine weiteren Abklärungen oder Massnahmen indiziert (vgl. Urk. 9/111 S. 7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Betreffend die therapieresistenten invalidisierenden Schmerzen am linken Bein bei Status nach Morton-Neuromexzision fänden sich keine neuen klinischen Aspekte und insbesondere keine Hinweise für eine zusätzlich radikuläre oder periphernervöse Ausfallsymptomatik (vgl. Urk. 9/111 S. 7).

3.11 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nachdem er die Beschwerdeführerin am 12. Mai 2003 untersucht hatte, hielt SUVA-Kreisarzt Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, in seinem tags darauf verfassten Bericht (Urk. 10/22 = Urk. 9/12) fest, der Unfall vom 1. Januar 2002 habe zu einer Partialruptur oder einer plantaren Fasziiitis rechts geführt; die Morton-Neurome im linken Fuss seien dagegen unfallfremd (vgl. Urk. 10/22 S. 3, S. 4). Da weder am linken noch - soweit trotz des Scotchcasts erkennbar - am rechten, voll belasteten Fuss eine massive Pathologie, welche die geklagten Beschwerden zu erklären vermöchte, festgestellt werden können, erscheine ein psychosomatisches Konsilium als indiziert (vgl. Urk. 10/22 S. 3 f.). Weil sich in Bezug auf die Füsse keine klare Diagnose stellen lasse und entsprechend auch keine Therapie verordnet werden könne, erscheine es als sinnvoll, die Stockentlastung als fakultativ zu erklären und den weiteren Verlauf zu beobachten. Die massive Gehbehinderung ergebe sich nur aufgrund der Kombination der Affektionen; bei voll belastbarer Gegenseite bestünde rechts- beziehungsweise linksseitig höchstens eine mässige Gehbehinderung. Unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands insgesamt bestehe derzeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Betreffend die Fussbeschwerden erscheine die von Prof. Dr. C.____ vorgeschlagene Kostenübernahme zu einem Drittel durch den Unfallversicherer als angemessen (vgl. Urk. 10/22 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Betreffend das Ereignis vom 22. März 2003 seien die beim Sturz zugezogenen Prellungen im Nacken- und Schulterbereich unfallversichert, das dem fraglichen Unfall zugrunde liegende Leiden, wohl ein epileptischer Gelegenheitsanfall, falle dagegen in den Leistungsbereich des Krankenversicherers (vgl. Urk. 10/22 S. 4).

3.12 Ä Ä Dr. D.____ gab am 26. Mai 2003 an, es sei weder eine genaue Diagnose noch ein klarer Behandlungsansatz vorhanden. Bereits vor der Resektion der Morton'schen Neurome links hätten ein chronisches Zervikalsyndrom und ein lumbospondylogenes Syndrom rechts bestanden, wobei diese Beeinträchtigungen anfänglich physiotherapeutisch erfolgreich hätten behandelt werden können. Erst seit der Neurektomie mit fraglichem Sudeck und insbesondere einer Distorsion mit einer Partialruptur der plantaren Fasziiitis rechts bestehe ein Schmerzsyndrom der Unterschenkel und der Füsse beidseits. Auch habe sich seit dem Kollaps vom 22. März 2003 mit Kontusion von Nacken und Schulter die Schmerzproblematik in diesem Bereich noch weiter verstärkt. Ein chronisches Schmerzsyndrom sei bereits etabliert, wobei vor Monaten eine medikamentöse Behandlung begonnen worden sei. Die Problematik erweise sich als derart komplex, dass ein stationärer Aufenthalt in der Rehaklinik Y.____ als sehr sinnvoll erscheine, wobei die Kosten mindestens zur Hälfte dem Krankenversicherer zu verrechnen seien (vgl. Urk. 10/32 = Urk. 9/14).

3.13 Ä Ä Die Sonographie der Fusssohlen beidseits vom 3. Juni 2003 ergab eine erhebliche, wahrscheinlich entzündlich aufgetriebene Fasziiitis plantaris vor allem im mittleren und dort medial betonten Bereich rechts, wobei gar von einer partiellen Faserruptur auszugehen sei. Es bestehe ein hochgradiger Verdacht auf teilweise entzündliche Verklebungen mit den umgebenden Fettschichtanteilen, vor allem auch im proximalen Bereich rechts (vgl. Urk. 10/112 S. 5).

3.14. Prof. Dr. C. ___ hielt am 12. Juni 2003 fest, aktuell sei die Schmerzproblematik im rechten Fuss deutlich ausgeprägter als im linken. Die Ultraschall-Untersuchung habe eine aufgetriebene Fasziiitis plantaris im Schmerzbereich, möglicherweise mit partiellen Faserrupturen, ergeben. Eine stationäre - somatische wie auch psychosomatische - Behandlung in der Rehaklinik Y. ___ sei dringend indiziert (vgl. Urk. 10/28).

3.15. In seiner Notiz betreffend das am 15. Juli 2003 mit Dr. D. ___ geführte Telefongespräch gab SUVA-Kreisarzt Dr. G. ___ an, dass er mit Letzterem einig sei, dass es sich um eine ausserordentlich vielschichtige Problematik handle und versucht werden müsse, zu einem Abschluss zu kommen, wobei bezüglich der Prognose wenig Optimismus bestehe (vgl. Urk. 10/39).

3.16. Das MRI des rechten Rückfusses vom 20. August 2003 ergab eine plantare Fasziiitis des zentralen Bandels (Differentialdiagnose: Partialruptur) sowie leichte peritendinöse Entzündungs Veränderungen um die distalen Abschnitte der Achillessehne und der Tibialis-anterior-Sehne (vgl. Bericht Universitätsklinik H. ___ vom 20. August 2003, vgl. Urk. 10/41 = Urk. 10/149 S. 10).

3.17. Die Ärzte der Rehaklinik Y. ___ stellten, nachdem sie die Beschwerdeführerin vom 16. Juli bis 27. August 2003 stationär behandelt hatten, im Austrittsbericht vom 4. September 2003 (Urk. 10/44 = Urk. 9/18) folgende Diagnosen (vgl. Urk. 10/44 S. 1):

- Unfall vom 1. Januar 2002: Misstritt mit Distorsion Fussgelenk rechts
- Partialruptur/Fasziiitis plantaris rechts
- HWS-Distorsion mit Schulterkontusion links, Kopfkontusion frontal im Rahmen eines möglichen Krampfanfalls am 22. März 2003
- Morton'sches Neurom intermetatarsal II/III und III/IV links
- 21. Januar 2002: partielle Neurektomie intermetatarsal II/III und III/IV links
- 20. August 2002: Revision Neurom und Bursaentfernung intermetatarsal I/II und IV/V links

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aktuell bestanden nachstehende Probleme (vgl. Urk. 10/44 S. 1):

- Zervikobrachiales Schmerzsyndrom links
- Brennend-stechende Schmerzen Planta pedis beidseits bei Status nach Fussdistorsion rechts und zweimaliger Neurektomie bei Morton-Neurom Fuss links, aktuell plantare Fasziiitis rechts
- Mittelschwere depressive Symptomatik
- Verdacht auf neuropsychologische Funktionsstörung
- Spannungskopfschmerzen

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der Beschwerden im Bereich der HWS bestehe eine Einschränkung betreffend Arbeiten in HWS-Extension und auf Kopfhöhe mit erhobenen Armen sowie bezüglich längerer monotoner Haltungsbelastungen. Ohne Unterbruch könne die Patientin maximal 30 Minuten lang sitzen, dann sei ein kurzer Positionswechsel erforderlich. Auch in Bezug auf Arbeiten in vorgeneigter Körperposition liege die zeitliche Limite bei 30 Minuten. Ungeeignet erwiesen sich sodann Arbeiten mit häufigen HWS-Rotationen, Tätigkeiten, die das Heben von Lasten

Über 5 kg (repetitiv) beziehungsweise über 10 kg (vereinzelt) erforderten. In Kombination mit den neuropsychologischen Defiziten und unter Berücksichtigung der zusätzlichen psychiatrischen Befunde bestehe derzeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Beschwerden am rechten Fuss liessen an sich eine wechselbelastende Arbeit ganztags zu (vgl. Urk. 10/44 S. 1).

3.18 Am 4. November 2003 diagnostizierte Dr. D. ein chronisches zervikozephalales und zervikovertebrales Schmerzsyndrom nach HWS-Distorsion und Kopfkontusion. Es persistierten Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen mit unverändertem klinischem Bild. Gegenwärtig erfolge eine Behandlung mit analgetischer und schmerzmodulierender Medikation. Die Konsultationen fanden alle zwei bis drei Wochen statt. Es sei wohl ein bleibender Nachteil zu erwarten (vgl. Urk. 9/20).

3.19 In seinem Überweisungsschreiben an Dr. med. I., Facharzt FMH für Anästhesiologie (vgl. Urk. 10/92), vom 12. Januar 2004 (Urk. 10/69 = Urk. 9/18) bezeichnete Dr. D. ein zervikozephalales und zervikovertebrales Schmerzsyndrom nach HWS-Distorsion und Kopfkontusion im März 2003 sowie brennende und stechende Schmerzen in beiden Füssen nach Fussdistorsion rechts mit Partialruptur der Fascia plantaris und einem Status nach Neurektomie bei Morton'schem Neurom II/III und III/IV links als bei der Patientin bestehende Hauptprobleme (vgl. Urk. 10/69).

3.20 Dr. I. hielt in seinem Bericht vom 26. August 2004 (Urk. 10/92 = Urk. 9/47) fest, die klinische Symptomatik habe sich - zumindest inspektorisch beziehungsweise palpatorisch - als nicht sehr eindrücklich erwiesen, weshalb zwischen dem 19. Januar und dem 29. März 2004 eine relativ sanfte Therapie mit Laser und Iontophorese im Bereich des Fussgelenkes rechts, wo angesichts der Schwellung und der teilweisen Überwärmung eine sympathische Komponente vorhanden sein konnte, durchgeführt worden sei. Anlässlich der letzten Konsultation Ende März 2004 habe die Patientin angegeben, dass die Symptomatik in den Füssen wieder zugenommen habe. Die Schwellungen seien aber eindeutig zurückgegangen. Die persistierenden Schmerzen im Zervikalbereich seien allenfalls als Facettensyndrom zu interpretieren (vgl. Urk. 10/92 S. 2).

3.21 In seiner Beurteilung vom 6. September 2004 (Urk. 10/54 = Urk. 9/45 = Urk. 9/50) stellte Dr. D. nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 10/54 S. 1):

- Chronisches zervikozephalales und zervikovertebrales Syndrom nach HWS-Distorsion und Kopfkontusion im März 2003

- Restbeschwerden nach Fuss-Distorsion mit Partialruptur der Faszia plantaris rechts

Nach mehreren Infiltrationen an der HWS, vermutlich in die Facettengelenke, bestanden derzeit massive Nacken- und Kopfschmerzen. Überdies klagte die Beschwerdeführerin über Ruhe- und Belastungsschmerzen des rechten Fusses mit einem sich bis in den mittleren Unterschenkel erstreckenden Brennen (vgl. Urk. 10/54 S. 1). Das weitere therapeutische Vorgehen sei unklar; eine kreisärztliche Beurteilung scheine indiziert zu sein (vgl. Urk. 10/54 S. 2).

3.22 Prof. Dr. C. berichtete am 18. Oktober 2004, die Schmerztherapie im Bereich der HWS und der beiden Füsse habe keine wesentliche Besserung gebracht. Zurzeit erfolge eine medikamentöse Behandlung bei Dr. D. Die Schuhe der Beschwerdeführerin, die durch Einlagen gut angepasst seien, zeigten nur geringe

Gebrauchsspuren. Nachdem sich im Sommer während eines Aufenthalts im Tessin eine deutliche Besserung aller Beschwerden eingestellt habe, seien unmittelbar nach der Rückkehr wieder sämtliche bekannten Schmerzprobleme aufgetreten. Aktuell werde eine lokale Steroidinfiltration im Bereich der HWS durchgeführt. Betreffend die Füsse sei eine Behandlung in einem schmerzspezialisierten Zentrum am Anlaufen; eine entsprechende Weiterbetreuung erscheine auch in Bezug auf die übrigen Schmerzprobleme als sinnvoll (vgl. Urk. 10/95 = Urk. 9/46 = Urk. 9/51).

3.23 Nachdem Dr. G. die Beschwerdeführerin am 23. November 2004 erneut kreisärztlich untersucht hatte, hielt er in seinem gleichentags verfassten Bericht (Urk. 10/96 = Urk. 9/52) fest, die Patientin leide in erster Linie unter Schmerzen in der linken Seite des Kopfes und im Nacken, die sie in ihren Aktivitäten wesentlich einschränkten. Die HWS-Beweglichkeit sei gut, wobei die Beschwerdeführerin spontan eine bessere Mobilität gezeigt habe als im Rahmen der entsprechenden Untersuchung. Das Zervikalsyndrom sei Folge des Sturzes vom 22. März 2003 (vgl. Urk. 10/96 S. 4).

Die Schmerzen in den Füessen ständen derzeit im Hintergrund. Die klinische Untersuchung habe Narben und einen Schmerzpunkt in der Wölbung des rechten Fusses gezeigt. Allerdings habe sich die Gehfähigkeit auch barfuss als gut erwiesen. Die Beschwerdeführerin habe den Einbeinstand halten können und weise eine kräftige Sohlenbeschwellung auf; wesentliche Einschränkungen der Gelenke an den unteren Extremitäten beständen keine. Ein organisches Substrat, das eine massive Einschränkung der Gehfähigkeit erkläre, sei nicht vorhanden (vgl. Urk. 10/96 S. 4).

In psychischer Hinsicht bestehe eine komplexe Situation. Die bis zum Stellenverlust Ende 2001 beruflich wie privat sehr aktive Patientin sei bis anhin nicht in der Lage gewesen, die Kündigung hinreichend zu verarbeiten. Ungünstig ausgewirkt hätten sich zudem die zahlreichen chirurgischen Behandlungen am linken Fuss, die Traumatisierung des rechten Fusses am 1. Januar 2002, der epileptische Anfall am 22. März 2003 und der Tod der Mutter. Während des fraglichen Zeitraums im Leben der Beschwerdeführerin zu wesentlichen Veränderungen gekommen, die zu einer starken Verunsicherung geführt hätten. So lebe nun der über achtzigjährige Vater der Patientin in deren Haushalt und stelle, da der Ehegatte häufig auf Geschäftsreise sei, die wichtigste Bezugsperson dar. Schliesslich sei der über 25jährige Sohn aus der elterlichen Wohnung ausgezogen (vgl. Urk. 10/96 S. 4 f.). Angesichts dieser Umstände müsse, bevor die Leistungsfähigkeit der derzeit als zu 100 % arbeitsunfähig geltenden Beschwerdeführerin abschliessend beurteilt werden könne, vorab eine psychiatrische Einschätzung erfolgen (vgl. Urk. 10/96 S. 5).

Auf entsprechende telefonische Anfrage der Beschwerdeführerin vom 12. Januar 2005 hin erklärte Dr. G. sein Einverständnis mit der - Ersterer in der Schmerzsprechstunde dringend nahegelegten - Durchführung einer Psychotherapie (vgl. Urk. 10/99 = Urk. 9/53).

3.24 Die Ärzte der J., bei denen sich die Beschwerdeführerin ab dem 13. April 2004 im Zusammenhang mit der linksseitigen Zervikozephalgie und Zervikobrachialgie sowie starken Schmerzen im Bereich der linken Schulter einer Schmerztherapie unterzog, berichteten am 25. Januar 2005 (vgl. Urk. 10/100 = Urk. 9/54) über folgende durchgeführte Behandlungen:

- Facettengelenksinfiltration C2/3 - C4/5 links am 13. April 2004

- Gepulste Radiofrequenztherapie C2 links am 6. Mai 2004
- Perkutane Facettendenerivation C2-C5 links am 29. Juni 2004
- Facettengelenksinfiltration C2/3 und periradikuläre Therapie C3 links am 23. August 2004
- HWS- und Schultergürtelmobilisation in Narkose am 5. November sowie 10. und 17. Dezember 2004
- Facettengelenksinfiltration C6 bis Th1 links am 20. Januar 2005

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nachdem sich nach der ersten Behandlung vorübergehend eine Schmerzfreiheit eingestellt habe, hätten die Nackenbeschwerden allmählich wieder zugenommen. Eine Besserung der Schmerzsymptomatik habe nicht erzielt werden können (vgl. Urk. 10/100 S. 1). Auf den Vorschlag, sich einer Psychotherapie zu unterziehen, habe die Patientin sehr positiv reagiert (vgl. Urk. 10/100 S. 2).

3.25 Ä Ä Am 3. Februar 2005 wurde die Beschwerdeführerin im Beisein ihres Ehemanns von SUVA-Kreisarzt Dr. med. K. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht (vgl. Urk. 10/101 S. 2). Dieser gelangte in seiner gleichentags verfassten Beurteilung (Urk. 10/101 = Urk. 9/55) zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin unter einer mittelschweren depressiven Episode leide. Die Störung sei vor dem Hintergrund, dass sich die Beschwerdeführerin einerseits ihrer bisherigen Quelle des Selbstvertrauens (beruflicher Erfolg dank überaus grosser persönlicher Leistungsbereitschaft, persönliche Attraktivität dank jugendlicher, aktiver und ungewöhnlicher Wesensart) beraubt fühle, und sich andererseits betreffend die Schmerzsymptomatik insofern in einem Teufelskreis befinde, als die empfohlene Bewegung die Fussbeschwerden und Ruhe die Nackenschmerzen verstärke, zu sehen. Ungünstig wirkten sich überdies die aufgrund des Ausbleibens eines Behandlungserfolgs empfundene Hilf- und Hoffnungslosigkeit aus (vgl. Urk. 10/101 S. 3). Ob auch noch lebensgeschichtliche Belastungen pathogenetisch zur Entwicklung der depressiven Symptomatik beigetragen hätten, lasse sich derzeit nicht schlüssig beurteilen und müsste im Fall, dass eine Schmerzlinderung keine deutliche Besserung der psychischen Beeinträchtigung nach sich zöge, noch evaluiert werden (vgl. Urk. 10/101 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Schmerzsymptomatik sei wohl teilweise auch im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung zu interpretieren, zumal in den medizinischen Akten immer wieder betont werde, dass im Laufe der Schmerzentwicklung immer wieder erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren bestanden hätten und die somatischen Befunde - insbesondere im Bereich des Nackens - die geklagten Beschwerden nicht schlüssig zu erklären vermöchten. Dieser Aspekt sei insbesondere relevant, wenn aus der somatischen und der psychiatrischen Behandlung kein wesentlicher Erfolg resultiere (vgl. Urk. 10/101 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Inwieweit die beiden Unfälle ursächlich seien für die psychische Symptomatik beziehungsweise welchen Anteil die Pathologie am linken Fuss an der psychischen Fehlentwicklung habe, könne angesichts des nahen zeitlichen Zusammenliegens der zwei Vorfälle und des Eintritts der Belastungssituation betreffend den linken Fuss nicht beurteilt werden (vgl. Urk. 10/101 S. 4).

Die psychischen Beschwerden seien insofern von Krankheitswert, als sie in Kombination mit der Schmerzproblematik derzeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zeitigten. Im Zusammenhang mit der beeinträchtigten Hirnleistungsfähigkeit sei für einen Wiedereinstieg in eine Arbeitstätigkeit eine therapeutische Unterstützung unabdingbar. Etwa drei Monate nach Beginn der fachärztlichen Behandlung sei ein erster Verlaufsbericht einzuholen (vgl. Urk. 10/101 S. 4).

3.26 Die Ärzte der J.____ gaben am 18. Februar 2005 Dr. G.____ gegenüber an, die Behandlung der Beschwerdeführerin gestalte sich äusserst schwierig und werde kaum mehr einen Erfolg bringen. Angesichts der Tatsache, dass bis dahin kein MRI der HWS durchgeführt worden sei, sei zur abschliessenden Abklärung noch eine entsprechende Untersuchung indiziert. Betreffend die psychiatrische Behandlung habe die Patientin den Wunsch geäussert, sich bei Dr. K.____ in Therapie zu begeben (vgl. Urk. 10/105 = Urk. 9/57).

3.27 Gestützt auf das MRI der HWS vom 15. März 2005 wurde ein unauffälliges Halsmark und eine leichte bis höchstens mässige rechtsbetonte Degeneration C4 bis C7 festgestellt. Hinweise für eine zervikoradikuläre Kompression ergaben sich keine (vgl. Urk. 10/112 S. 3).

3.28 Ohne die Beschwerdeführerin erneut untersucht zu haben, hielt Dr. G.____ in seiner Stellungnahme vom 24. März 2005 (Urk. 10/106 = Urk. 9/58) fest, aus medizinischer Sicht sei eine gesonderte Beurteilung von rein unfallbedingten Beschwerden und gesundheitlichen Beeinträchtigungen krankhafter Genese unzulässig. Im Vordergrund stehe bei der Beschwerdeführerin die mittelschwere depressive Episode, die das Schmerzerleben beeinflusse und das ganze Verhalten determiniere (vgl. Urk. 10/106 S. 1).

Betreffend die unfallbedingte Verletzung des rechten Fusses könne gestützt auf den Befund der kreisärztlichen Untersuchungen vom 23. November 2004 (kräftige Sohlenbeschwellung, Druckdolenz in der Mitte der Fusswölbung bei guter Funktion der Sprung- und Fussgelenke) weder von einer wesentlichen Einschränkung der Gehfähigkeit noch von einer Integritätsseinbusse ausgegangen werden (vgl. Urk. 10/106 S. 1).

Als Folge des Kollapses vom 22. März 2003 bestehe ein Zervikalsyndrom mit Ausstrahlung in die linke Schulter und in den linken Arm, wobei die Beeinträchtigung der Schulterfunktion marginal und vernachlässigbar sei. Auch die HWS-Funktion sei nur mässig eingeschränkt. Die radiologische Untersuchung vom 19. August 2003 habe - altersentsprechende - degenerative Veränderungen mit Betonung der Etage C4/5 ergeben, was die geklagten massiven Beschwerden keineswegs zu erklären vermöge (vgl. Urk. 10/106 S. 1). Die Erfolglosigkeit der Facettengelenksinfiltrationen bestimme, dass die Ursache der angegebenen Schmerzen nicht im skelettären Anteil des Halses zu suchen sei. Insofern handle es sich höchstens um eine myotendinotische Problematik, die, bestünde die übergeordnete psychische Störung nicht, an sich behandelbar wäre. Das muskuloskelettale Befinden werde auch durch die psychische und damit einhergehende muskuläre Anspannung beeinflusst. Eine "mechanisch begründbare" Invalidität oder Integritätsseinbusse resultiere aus den Befunden im Bereich der HWS nicht (vgl. Urk. 10/106 S. 2).

3.29. Das im Zusammenhang mit einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) beziehungsweise einer zerebralen Durchblutungsstörung erfolgte MRI des Gehirns vom 15. Juli 2005 zeigte vereinzelte kleine chronische vaskuläre Läsionen supratentoriell bifrontal, die differentialdiagnostisch als Mikroangiopathie interpretiert und in einen möglichen Zusammenhang mit allenfalls bestehenden vaskulären Risikofaktoren, beispielsweise einer Hypertonie, gebracht wurden. Eine akute oder subakute Ischämie konnte nicht festgestellt werden (vgl. Urk. 10/112 S. 4).

3.30. Die wegen weiterhin geklagter Schmerzen im Bereich der rupturierten Plantaraponeurose rechts von Prof. Dr. C. ___ initiierte (vgl. Urk. 10/114) Sonographie des rechten Fusses vom 21. September 2005 ergab eine - bis auf einen schmerzhaften, der ehemaligen Partialrupturstelle entsprechenden knotig-aufgetriebenen Bereich - insgesamt etwas ausgedünnte Plantarfaszie rechts (vgl. Urk. 10/115 S. 4 = Urk. 10/149 S. 6 = Urk. 9/70). In seinem Bericht vom 24. Oktober 2005 (Urk. 10/115 S. 7 = Urk. 10/114 = Urk. 9/68) hielt Prof. Dr. C. ___ fest, angesichts des gegenüber dem ein Jahr zuvor erhobenen Untersuchungsergebnis unveränderten morphologischen Befundes bestehe - vorab gehende beziehungsweise stehende Tätigkeiten - eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, die im Rahmen einer Gesamtevaluation zu quantifizieren sei.

3.31. Die Ärzte des Spitals V. ___, Klinik für Neurochirurgie, diagnostizierten am 21. Oktober 2005 ein invalidisierendes, zerviko-okzipitales Schmerzsyndrom links bei Status nach HWS-Distorsionstrauma am 22. März 2003 (vgl. Urk. 10/115 S. 5 = Urk. 9/69 S. 1) und hielten fest, eine Ursache für die Schmerzen der Patientin lasse sich mittels CT nicht erkennen. Die Beschwerdeführerin sei bereit, jegliche Behandlung durchzuführen zu lassen, die zu einer Beschwerdelinderung führen könnte. Angesichts des Heilverlaufs erscheine ein Therapieversuch mit einer subkutanen Elektrode okzipital als durchaus gerechtfertigt (vgl. Urk. 10/115 S. 6 = Urk. 9/69 S. 2 = Urk. 9/87 S. 3).

3.32. Dr. D. ___ stellte am 14. November 2005 folgende Diagnosen (vgl. Urk. 10/115 S. 10 = Urk. 9/66 S. 1):

- Chronisches therapierefraktes zervikozephal, zervikovertebrales und zervikospondylogenes Syndrom links bei Status nach HWS-Distorsion am 22. März 2003
- Restbeschwerden nach traumatischer Partialruptur der Plantaraponeurose rechts am 1. Januar 2002
- Depressive Episode

Die Patientin leide weiterhin unter invalidisierenden Kopf-, Nacken- und Armschmerzen, deretwegen am 22. November 2005 im Spital V. ___ eine probatorische subkutane okzipitale Implantation einer Stimulationselektrode erfolgen werde. Zwar könnten keine die persistierenden Beschwerden erklärende posttraumatischen Läsionen nachgewiesen werden, es lägen aber eindeutige klinische Befunde (ausgeprägte linksseitige muskuläre Dysbalance, Tendomyosen subokzipital und im Schultergürtelbereich, stark druckschmerzhafte Intervertebralgelenke links, insbesondere auf Höhe C2/3) vor, wobei einseitig vorliegende vertebrale Syndrome sich erfahrungsgemäss nicht im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung oder einer Schmerzverarbeitungsstörung interpretieren liessen (vgl. Urk. 10/115 S. 10). Die zusätzliche Entwicklung einer schweren depressiven Episode sei ausschliesslich auf die invalidisierenden Kopf- und Nackenschmerzen zurückzuführen (vgl. Urk. 10/115 S.

11).

Im Zusammenhang mit der am 1. Januar 2002 erlittenen Distorsion des rechten Fusses bestanden weiterhin belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der Plantaraponeurose. Den geschilderten Kopf-, Nacken- und rechtsseitigen Fussbeschwerden lägen eindeutige klinische beziehungsweise organische Befunde zugrunde, aus denen eine Erwerbsunfähigkeit resultiere (vgl. Urk. 10/115 S. 11).

Die Ärzte der J.____ stellten in ihrem abschliessenden Bericht über den Therapieverlauf am 2. November 2005 nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 10/115 S. 8 = Urk. 9/67 S. 1):

- Invalidisierende Zervikozephalgie und Zervikobrachialgie links bei Status nach HWS-Distorsionstrauma am 22. März 2003
- Therapieresistente Schmerzen im rechten Fuss nach Distorsion/Kontusionstrauma am 1. Januar 2005 [richtig: 1. Januar 2002]
- Morton'sches Neurom intermetatarsal II/III und III/IV links
- Status nach zweimaliger Operation

Auch wenn radiologisch kein organisches Korrelat für die geklagten Schmerzen im Zervikalbereich nachgewiesen werden können, seien diese absolut glaubhaft. Eine primär psychogene Komponente oder eine Schmerzverarbeitungsstörung könnten ausgeschlossen werden, habe die Patientin in der Hoffnung auf Schmerzlinderung doch wiederholt teilweise sehr schmerzhaft minimal-invasive Eingriffe auf sich genommen, was sie bei lediglich vorgetauschten Beschwerden kaum getan hätte. Es sei zu hoffen, dass die Beschwerdeführerin von der okzipitalen Elektrostimulation profitieren werde (vgl. Urk. 10/115 S. 9 = Urk. 9/67 S. 2).

In seiner gestützt auf die Akten verfassten Stellungnahme vom 25. November 2005 (Urk. 10/117 = Urk. 9/74) hielt Kreisarzt Dr. G.____ - unter Hinweis auf die seit seiner letztmaligen Untersuchung im November 2004 unveränderten Befunde (vgl. Urk. 10/96) - fest, die These, dass die mittels Ultraschall nochmals dargestellte Plantaraponeurose des rechten Fusses ursächlich sei für die geklagten Beschwerden, sei gewagt (vgl. Urk. 10/117 S. 1).

Was das Zervikalsyndrom anbelange, mute die geplante probatorische Stimulatorimplantation als medizinischer Aktivismus an. Die Patientin stehe in einem sehr schwierigen Umfeld und leide unter einer mittelgradigen depressiven Episode, deren Auswirkung auf das Schmerzerleben unklar sei. Der Lebensentwurf der Beschwerdeführerin lasse sich aus diversen Gründen nicht mehr weiterentwickeln, wobei deren Situation nun "medizinisiert" werde. Bei derartigen Konstellationen willigten Patienten häufig in recht abenteuerliche Behandlungen ein; in diesem Sinne sei auch das Verhalten der Beschwerdeführerin zu interpretieren (vgl. Urk. 10/117 S. 1). Betreffend die Aussichten des - offenbar bereits erfolgten - Therapieversuchs mit einer subkutanen Elektrode okzipital sei er sehr pessimistisch; trete der zu erwartende Misserfolg ein, seien sämtliche denkbaren und auch experimentellen Behandlungsmethoden zum Einsatz gelangt (vgl. Urk. 10/117 S. 2).

Nachdem sie die Beschwerdeführerin vom 18. November bis 3. Dezember 2005 stationär behandelt hatten, diagnostizierten die Ärzte des Spitals V.____,

Neurochirurgische Klinik, im Austrittsbericht vom 5. Dezember 2005 (Urk. 10/123 S. 2 = Urk. 9/87 S. 7) ein chronisches und invalidisierendes zervikozepales Schmerzsyndrom nach HWS-Distorsionsstrauma nach Sturz. Folgende therapeutische Massnahmen seien durchgeführt worden:

- Implantation zweier subkutaner Elektroden okzipital links am 21. November 2005
- Internalisierung des Stimulationssystems mit Implantation einer wiederaufladbaren Batterie unterhalb des linken Rippenbogens am 28. November 2005
- Repositionierung der dislozierten Elektroden am 1. Dezember 2005

Die Beschwerdeführerin sei am 3. Dezember 2005 bei korrekter Elektrodenlage in gutem Allgemein- und Ernährungszustand, fieberfrei, bei reizlosen Wundverhältnissen, ohne neurologische Defizite und bei im Vergleich zum präoperativen Zustand unveränderter HWS-Beweglichkeit nach Hause entlassen worden. Bis zur klinischen Nachkontrolle am 20. Dezember 2005 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 10/123 S. 2).

Am 3. Januar 2006 berichteten die Neurochirurgen des Spitals V.____ bei guter Funktion der einen Elektrode sei die zweite - wohl wegen eines Abknickens im Bereich der Implantationsstelle - leider ausgefallen. Letztere müsse daher ausgewechselt werden. Es sei damit zu rechnen, dass sich der im Rahmen der Teststimulation erreichte gute Effekt erneut werden erzielen lassen. Für die Schmerzentstehung über dem Schulterblatt sei allenfalls auch die marginale Länge der Kabel (längere Kabel seien nicht erhältlich) von Bedeutung, weshalb die Kabel über der Brust anlässlich der operativen Korrektur tunneliert werden sollten (vgl. Urk. 9/87 S. 6).

Im Rahmen eines stationären Klinikaufenthalts im Spital V.____ vom 10. bis 14. Januar 2006 wurden am 10. Januar 2006 der Elektrodenwechsel subokzipital links und die Ventralverlagerung der Kabel vorgenommen. In ihrem Bericht vom 9. Februar 2006 (Urk. 9/87 S. 7) hielten die dortigen Neurochirurgen fest, der Eingriff sei erfolgt, nachdem sich die untere Elektrode nicht habe stimulieren lassen und zudem eine durch die Konnektionsstellen über dem linken Schulterblatt verursachte lokale Druckdolenz bestanden habe.

Auf entsprechende Anfrage der SUVA (Urk. 10/133, Urk. 10/134) hin hielt Prof. Dr. C.____ am 17. Februar 2006 fest, unter Berücksichtigung ausschliesslich der organisch nachweisbaren Beeinträchtigungen bezüglich des rechten Fusses sei der Beschwerdeführerin das Heben von Lasten weiterhin zumutbar. Schmerzbedingt beständen dagegen Einschränkungen betreffend das Gehen über 10 Minuten beziehungsweise einen Kilometer und auf unebenem Gelände, das Treppensteigen (maximal zwei Stockwerke), das Leitersteigen (unmöglich), das Sitzen (maximal 5 Stunden pro Tag, mit Unterbrüchen), das Stehen (nur während Phasen von einer halben bis maximal einer ganzen Stunde). Die genannten Beschwerden würden selbstredend noch verstärkt durch die HWS-Symptomatik. Bedingt durch die teilweise intensiven Schmerzen, die daraus resultierende Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit und die Notwendigkeit, zahlreiche Medikamente einzunehmen, sei es - verständlicherweise - auch zu einer psychischen Reaktion gekommen (vgl. Urk. 10/136 S. 1). Die rechtsseitige Fussverletzung bedinge eine Integritätsminderung von 15 % (vgl. Urk. 10/136 S. 2).

3.38. Am 20. Februar 2006 berichteten die Ärzte des Spitals V., Klinik für Neurochirurgie, die Wundheilung schreite gut voran. Die Polarisation der beiden Elektroden am Hinterkopf, die suffizient stimuliert wurden, sei nochmals geändert worden, womit ungefähr die anlässlich der Teststimulation erreichte Abdeckung habe reproduziert werden können. In den nächsten Wochen werde sich nun zeigen, wie stark die Stimulation die Schmerzen der Patientin zu lindern vermöge. Die starken, links retroaurikulären Schmerzen seien seit der Einlage der Elektroden völlig verschwunden. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, weiterhin unter frontalebenteten Kopfschmerzen und Schmerzen in der Schulterpartie zu leiden, wo wegen der ungenügenden Stimulation bisweilen ein Brennen auftrete (vgl. Urk. 9/87 S. 2).

3.39. Nach Kenntnisnahme der Beurteilung Prof. Dr. C. vom 17. Februar 2006 (Urk. 10/136) hielt Dr. G. am 13. März 2006 fest, die Einschätzung des erstgenannten Arztes sei insofern nicht nachvollziehbar, als die darin erwähnten organisch nachweisbaren Einschränkungen - mit Ausnahme einer Schwellungszunahme des Fusses - nicht beschrieben worden seien (vgl. Urk. 10/138).

3.40. Nachdem die Beschwerdeführerin am 10. April 2006 von Prof. Dr. med. L., Facharzt FMH für Neurologie, untersucht worden war, hielt dieser in seinem Gutachten vom 10. Mai 2006 (Urk. 9/91) fest, betreffend die im rechten Fuss geklagten Beschwerden lasse sich keine überzeugende organische Erklärung eruieren (vgl. Urk. 9/91 S. 11) und insofern auch keine Diagnose stellen (vgl. Urk. 9/91 S. 13). Die hartnäckigen Kopfschmerzen seien vor dem Hintergrund eines Status nach Schädeltrauma nach Sturz bei epileptischem Anfall am 22. März 2003 zu sehen (vgl. Urk. 9/91 S. 13, S. 14). Die neurologische Untersuchung habe einen - abgesehen von einer durch die Morton-Operation verursachten Sensibilitätsstörung an der Seite der Zehen des linken Fusses und einer Druckempfindlichkeit im Bereich von Hals- und Nackenregion sowie der Fusssohle - normalen Befund ergeben (vgl. Urk. 9/91 S. 13). Die im Zusammenhang mit dem Schädeltrauma stehenden Kopfschmerzen seien insofern als unfallfremd anzusehen, als am 22. März 2003 kein primäres Unfallereignis stattgefunden habe. Epileptische Anfälle traten nicht selten zu sturzbedingtem Schädeltraumata, in deren Folge dann Kopfschmerzen auftraten (vgl. Urk. 9/91 S. 14).

Angesichts des erheblichen Leidensdrucks der Explorandin und der schon seit Jahren andauernden Therapie lasse sich die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung nicht negieren. Diese gehe jedoch nicht zu Lasten des Unfallversicherers. In ihrem derzeitigen Zustand sei die Beschwerdeführerin weder als Werbeassistentin noch in einer anderen Tätigkeit arbeitsfähig. Aus den Kopfschmerzen resultiere eine Integritätseinbusse von rund 20 %; betreffend die Fussbeschwerden sei eine orthopädische Beurteilung der Beeinträchtigung der körperlichen Integrität erforderlich. Die geistige Integrität sei nicht dauerhaft beeinträchtigt (vgl. Urk. 9/91 S. 15).

3.41. Nach Kenntnisnahme des Gutachtens von Prof. Dr. L. vom 10. Mai 2006 (Urk. 9/91) hielten die Ärzte des Spitals V., Klinik für Neurochirurgie, am 26. Mai 2006 fest, es könne zwar nicht ausgeschlossen werden, dass die Beschwerdeführerin am 22. März 2003 infolge eines epileptischen Grand-Mal-Anfalls gestürzt sei und sich dabei ein Schädel-Hirn-Trauma zugezogen habe. Dies sei aber eher nicht anzunehmen. Viel wahrscheinlicher erscheine es, dass die Patientin sich ein leichtes Schädel-Hirn-Trauma im Sinne einer Commotio cerebri mit konsekutiver Amnesie

zugezogen habe, als sie nach einem nächtlichen Krampf im linken Bein habe aufstehen wollen und dabei zu Sturz gekommen sei (vgl. Urk. 9/99 S. 2 = Urk. 9/102 S. 2).

Die Stimulation habe eine deutliche Linderung der Schmerzen im Bereich des zervikozephalen Übergangs gebracht; die Erreichung einer vollständigen Schmerzfreiheit sei nie ein realistisches Ziel des fraglichen Eingriffs gewesen. Im Bereich der Batterieimplantationsstelle bestehe - wohl aufgrund einer mechanischen Irritation - noch ein ausgeprägter Schmerzpunkt, der sich durch Berührung triggern lasse. Diesbezüglich sei eine operative Korrektur geplant, die im Erfolgsfall eine erhebliche Reduktion der Opiatmedikation ermöglichen könne. Vorgängig werde - bei Verdacht auf ein Inguinalhernien-Rezidiv - noch eine spezialärztliche Beurteilung eingeholt (vgl. Urk. 9/99 S. 3).

3.42 Prof. Dr. C. ___ stellte in seinem Bericht vom 25. August 2006 (Urk. 10/148) - fussbezogen - nachstehende Diagnose (vgl. Urk. 10/148 S. 1):

- Restbeschwerden am linken Fuss nach partieller Neurektomie intermetatarsal II-IV links am 21. Januar 2002 und partieller Neurektomie intermetatarsal I, II und IV/V links am 20. August 2002

Die Patientin habe über verschiedene Folgeeingriffe im Zusammenhang mit der im November 2005 erfolgten Implantation subkutaner Elektroden okzipital links berichtet. So sei es zwischenzeitlich etwa zu Infektionen okzipital und tiefzervikal links gekommen. Durch die nötig gewordene Entfernung der Elektroden hätten sich die Schmerzen im Hinterkopf wieder deutlich verstärkt, was eine massive Erhöhung der Analgetika-Dosis erforderlich gemacht habe. Die Schmerzen in den Füssen würden zwar nicht durch die Elektroden, wohl aber durch die begleitende Analgetika-Einnahme mitbeeinflusst.

Am linken Fuss wirke sich insbesondere das Taubheitsgefühl im Bereich der kleinen Zehe störend aus. Nach einer Gehdauer von 45 Minuten komme es zu stärkeren Schmerzen, auch träten linksseitig immer wieder Wadenkrämpfe auf. Eine sitzende Tätigkeit wäre der Beschwerdeführerin diesbezüglich zumutbar. Im rechten Fuss träten bereits nach einer Stehdauer von 15 bis 20 Minuten starke Schmerzen, die mit einem brennenden Gefühl in der Tiefe der Fusslängswandung einhergingen, auf. Die Planta pedis sei im mittleren Abschnitt stark druckempfindlich (vgl. Urk. 10/148 S. 1).

Hinsichtlich der seitens der SUVA zwischenzeitlich verfestigten Leistungseinstellung sei festzuhalten, dass die Kontrollsonographie vom 21. September 2005 immer noch einen knotig aufgetriebenen Bereich in der rupturierten und ausgedehnten Plantarfaszie ergeben habe, welcher der klinischen Schmerzlokalisierung im Bereich der ehemaligen Rupturstelle entspreche. Wenn er es auch nicht nachweisen könne, so sei gut vorstellbar, dass im Bereich der schmerzhaften Stelle ein Nervenast eingewachsen sei, der die brennenden Sensationen und das Persistieren der Schmerzen im - aufgrund der auch linksseitig bestehenden Beschwerden immer wieder überbelasteten - rechten Fuss erklärte. Zur Beurteilung der Situation sei wohl der Beizug eines neutralen Experten erforderlich (vgl. Urk. 10/148 S. 2).

3.43 Nachdem die SUVA Prof. Dr. L. ___ darauf hingewiesen hatte, dass sie grundsätzlich auch für die Folgen krankheitsbedingter Stürze leistungspflichtig

sei, und ergänzende Fragen zum Gutachten vom 10. Mai 2006 (Urk. 9/91) gestellt hatte (vgl. Urk. 9/107), hielt dieser am 31. August 2006 fest, dass die von der Ärztin des Spital V., Neurochirurgische Klinik, gestellte Diagnose eines HWS-Distorsionstraumas angesichts des Umstands, dass ein direktes Schädeltrauma stattgefunden habe, nicht zutreffen könne (vgl. Urk. 9/111 S. 1).

Die persistierenden Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Sturz vom 22. März 2003 zurückzuführen (vgl. Urk. 9/111 S. 2, S. 3). Weitere, insbesondere psychiatrische Begutachtungen, erschienen insofern nicht als indiziert, als davon keine erheblichen neuen Erkenntnisse zu erwarten seien. In psychischer Hinsicht habe die Beschwerdeführerin über ein schlechteres Gedächtnis und reduzierte Initiative geklagt. Die Untersuchung habe vereinzelte Gedächtnislücken sowie eine gewisse Verlangsamung ergeben. Angesichts der chronischen Schmerzen und der recht hoch dosierten Medikation mit dem Opium-Derivat MST seien derartige Veränderungen nicht erstaunlich. Eine neuropsychologische oder psychiatrische Exploration erbringe sich insofern, als sie wohl keine anderen Resultate und insofern auch keinen Nachweis für eine organische Hirnschädigung erbringe (vgl. Urk. 9/111 S. 2). Aufgrund der klaren anamnestischen Angaben sei nicht anzunehmen, dass den seit dem Schädeltrauma bestehenden Kopfschmerzen eine unfallfremde Ursache zugrunde liege. Die Unfallkausalität der rechtsseitigen Fusschmerzen könne aus neurologischer Sicht nicht beurteilt werden (vgl. Urk. 9/111 S. 3).

In Anbetracht der langen Dauer der Beschwerden und der dadurch bedingten sozialen Situation der Beschwerdeführerin sei nicht damit zu rechnen, dass andere als die bisher durchgeführten Behandlungsmassnahmen noch einen Erfolg brächten (vgl. Urk. 9/111 S. 4).

3.44 Dr. D. gab am 25. September 2006 an, es sei im Juni 2006 zum Durchbruch der implantierten Elektrode eines Stimulators durch die Haut und - damit verbunden - einem lokalem Infekt gekommen. In der Folge sei umgehend eine antibiotische Behandlung mit Zinat eingeleitet und die betreffende Elektrode entfernt worden. Im August 2006 habe sich daraufhin ein ähnlicher Vorfall ereignet, der ebenfalls eine antibiotische Behandlung nach sich gezogen habe (Urk. 9/114).

3.45 Vom 4. bis 14. Oktober 2006 liess sich die Beschwerdeführerin stationär im Spital U., Chirurgische Klinik, behandeln. Im Austrittsbericht vom 13. Oktober 2006 (Urk. 9/121 S. 12-14) stellten die Ärzte nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 9/121 S. 12):

- Bauchwandhernie mit/bei:

- Bauchwandsonographie vom 10. März 2004: Bauchwandschwäche im linken Unterbauch, ohne Nachweis einer kleineren Hernie. Generelle Ausdehnung mit entsprechender Vorwölbung bei erhöhten Druckverhältnissen. Subkutane Lipomatose mit groben Fettwülsten.

- Status nach Netzplastik nach Stoppa und Adhäsionslyse am 30. August 2005 bei Femoralhernie links und intraperitonealen Adhäsionen

- CT unter Valsalva (November 2005) zeigt aktenanamnestisch keinen Hinweis für eine Bauchwandhernie

- Status nach multiplen Abdominaleingriffen (Bauchdeckenplastik, Salpingektomie, Chromopertubation, Appendektomie, abdominale totale Hysterektomie, Ovarektomie beidseits, mehrfachen AdhÄrsiolysen)
- Chronisches und invalidisierendes zervikozepales Schmerzsyndrom nach HWS-Distorsionstrauma nach Sturz mit/bei:
- Status nach Implantation zweier subkutaner Elektroden okzipital links im November 2005
- Status nach Entfernung der unteren Elektrode okzipital links bei Hautperforation im Juni 2006
- aktuell drohende Hautperforation im Bereich des Batterielagers abdominal links
- unter MST
- 100 % IV-Berentung

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Rahmen eines operativen Eingriffs seien folgende Massnahmen durchgefÄ¼hrt worden (vgl. Urk. 9/121 S. 13):

- Bauchwandhernien-Repair mit Netzplastik am 5. Oktober 2006
- Ersetzen der unteren Elektrode okzipital links, Umplatzierung Batterie von abdominal links nach rechts bei drohender Hautperforation am 9. Oktober 2006

3.46Ä Ä In seiner gestÄ¼tzt auf die Akten verfassten Beurteilung vom 14. Dezember 2006 (Urk. 12/8/153) hielt Dr. med. M.____, Facharzt FMH fÄ¼r Chirurgie, Versicherungsmedizin SUVA, fest, die mehrfach bildgebend verifizierte Faszitis plantaris am rechten Fuss sei auf den Unfall vom 1. Januar 2002 zurÄ¼ckzufÄ¼hren. Von weiteren Behandlungen sei diesbezÄ¼glich, wie der ungewÄ¼hnliche bisherige Verlauf klar gezeigt habe, keine wesentliche Besserung mehr zu erwarten. FÄ¼r Erhaltungsmassnahmen in Form von Schuheinlagen kÄ¼nne die SUVA allerdings weiterhin aufkommen (vgl. Urk. 12/8/153 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beurteilung Prof. Dr. C.____s vom 17. Februar 2006 (Urk. 10/136) vermÄ¼ge nicht zu Ä¼berzeugen, basiere diese doch einerseits zu stark auf den subjektiven Angaben der BeschwerdefÄ¼hrerin und berÄ¼cksichtige andererseits die massive psychogene Ä¼berlagerung nur ungenÄ¼gend. Insbesondere lasse sich die von Prof. Dr. C.____ bescheinigte IntegritÄ¼tseinbusse von 15 % angesichts des lediglich bestehenden druckdolenten Punktes an der Sohle bei ansonsten klinisch und radiologisch intaktem Fuss und in Anbetracht des Fehlens einer Arthrose nicht rechtfertigen. Die Symptomatik am rechten Fuss sei nicht erheblich genug, um einen entschÄ¼digungspflichtigen IntegritÄ¼tsschaden zu begrÄ¼nden. Was die ArbeitsfÄ¼higkeit der BeschwerdefÄ¼hrerin betreffe, sei dieser aus somatischer Sicht eine leichte wechselbelastende TÄ¼tigkeit auf ebenem Boden ganztags und mit normaler Leistung durchaus zumutbar (vgl. Urk. 12/8/153 S. 2).

3.47Ä Ä Dr. D.____ berichtete am 3. Januar 2007, seit dem Sturz vom 22. MÄ¼rz 2003 mit SchÄ¼delkontusion (Riss-Quetschwunde am NasenrÄ¼cken) und HWS-Distorsionstrauma persistierten therapierefraktÄ¼re linksseitige Kopf- und Nackenschmerzen im Sinne eines invalidisierenden zervikozepalen und zervikovertebralen Syndroms. Nachdem physikalische und osteopathische Massnahmen wirkungslos geblieben seien, im Juli/August 2003 im Rahmen einer sechswÄ¼chigen stationÄ¼ren Behandlung ebenso wenig ein Erfolg

habe erzielt werden können wie mittels der in der Folge wiederholt durchgeführten Facettengelenksinfiltrationen und der chiropraktischen Manipulation in Kurznarkose, sei die - damals unter hochdosierter Opiat-Medikation stehende - Patientin im Oktober 2006 den Ärzten des Spitals V.____, Klinik für Neurochirurgie, überwiesen worden, wo am 29. November 2005 zwei subkutane Elektroden okzipital links implantiert worden seien (vgl. Urk. 9/121 S. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Trotz der genannten Massnahmen leide die Patientin weiterhin unter invalidisierenden, vom Hinterkopf bis nach temporal ausstrahlenden Nackenschmerzen links. Überdies liege eine unbestimmte Visusstörung in Form eines Flackerns vor, das es der Beschwerdeführerin verunmöglichliche, zu lesen. Während sie vor dem fraglichen Unfall temperamentvoll und initiativ gewesen sei, weise die Patientin nun eine deutliche Verlangsamung und eine depressive Wesensveränderung auf und leide überdies unter Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Unklar sei, ob die im Weiteren bestehende Äbelkeit und die rasche Ermüdbarkeit krankheitsbedingt seien oder im Zusammenhang mit der weiterhin notwendigen Opiatmedikation ständen (vgl. Urk. 9/121 S. 6).

3.48 Ä Ä In ihrer Stellungnahme vom 14. Januar 2007 (Urk. 9/121 S. 7 f.) zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin gaben die Ärzte des Spitals V.____, Klinik für Neurochirurgie, an, beim Sturz vom 22. März 2003, dessen Ursache sich nicht habe eruieren lassen, habe die Patientin ein HWS-Distorsionstrauma erlitten. In der Folge habe sie chronische und schliesslich invalidisierende Schmerzen im Bereich des zervikozephalen Übergangs entwickelt (vgl. Urk. 9/121 S. 8). Nachdem es trotz mannigfaltiger medikamentöser und infiltrativer Therapieansätze nicht gelungen sei, die Beschwerden auf ein erträgliches Mass zu reduzieren, sei am 21. November 2005 - bei Schmerzen der Stärke 9/10 auf der VAS-Skala - operativ eine Testelektrode zur Stimulation der Nervi occipitales links eingelegt worden. Da dadurch eine 50%ige Schmerzreduktion habe erzielt werden können, sei das System eine Woche später internalisiert worden (vgl. Urk. 9/121 S. 8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im weiteren Verlauf sei es zu diversen Komplikationen technischer und infektiöser Art und - dadurch bedingt - zu mehreren Reoperationen gekommen. Dennoch sei der Erfolg der Stimulation bis anhin erhalten geblieben. So taxiere die Beschwerdeführerin die Schmerzen derzeit unter gleichbleibender analgetischer Therapie auf einen Wert von 4,9/10 auf der VAS-Skala (vgl. Urk. 9/121 S. 8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Diagnose eines Distorsionstraumas der HWS ergebe sich einerseits aus dem Unfallhergang und andererseits aus dem Heilverlauf. Die Beschwerden seien eindeutig unfallkausal. Wenn die Patientin gemäss ihrem Hausarzt Dr. D.____ auch bereits vor dem fraglichen Sturz unter Nackenschmerzen gelitten habe, so hätten diese im Hintergrund gestanden. Das Trauma habe eine schwerwiegende Beeinträchtigung zur Folge gehabt. So sei die Patientin arbeitsunfähig und im Sommer 2002 arbeitslos geworden. Die Opiatmedikation habe zu vermehrter Vergesslichkeit (Kurzzeitgedächtnisstörungen) und vermehrter Müdigkeit mit Konzentrationsstörungen geführt, sodass sie heute nicht mehr in der Lage sei, ein Buch zu lesen (vgl. Urk. 9/121 S. 8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der Chronizität des Verlaufs müsse mit einer Persistenz der Beschwerden gerechnet werden, womit eine berufliche Reintegration auch langfristig

als unrealistisch erscheine. Inwieweit sich die Opiatmedikation wieder senken lasse, werde sich zeigen; von einer derartigen Reduktion sei allerdings bestenfalls eine Verminderung der Nebenwirkungen, nicht aber eine Steigerung der Belastbarkeit zu erwarten (vgl. Urk. 9/121 S. 8).

3.49 In ihrem Schreiben vom 22. Mai 2007 an die Beschwerdeführerin (Anhang 2 zu Urk. 12/8/143) hielten die Ärzte des Spitals V. fest, dass Erstere am 22. März 2003 einen epileptischen Anfall erlitten habe, erscheine eher unwahrscheinlich (vgl. Anhang 2 zu Urk. 12/8/143 S. 1); ursprünglich für den Sturz sei wohl vielmehr ein Stolpern bei vorbestehendem Schmerzsyndrom im linken Fuss gewesen. Angesichts des dabei zugezogenen Distorsionstraumas der HWS, der Kontusion der linken Schulter sowie der Rissquetschwunde über dem Nasenrücken sei von einem erheblichen Aufprall auszugehen. Das zervikozepale Schmerzsyndrom bestehe erst seit dem Unfall. Da die in der Folge durchgeführten konservativen Massnahmen zu keinem befriedigenden Resultat geführt hätten, habe man sich zu einem invasiven Vorgehen entschlossen (vgl. Anhang 2 zu Urk. 12/8/143 S. 2).

Die Patientin sei vor der Elektrodenimplantation darauf hingewiesen worden, dass im Erfolgsfall lediglich eine etwa 50%ige Reduktion und nicht etwa ein Verschwinden der Schmerzen zu erwarten sei und sich die Belastbarkeit (hinsichtlich einer beruflichen Integration) erfahrungsgemäss selten steigern lasse. Die in der Folge durchgeführte subkutane Teststimulation okzipital gelange bei Schmerzproblemen unterschiedlicher Genese zur Anwendung. Nachdem die Therapie bei der Beschwerdeführerin die angestrebte Linderung gezeitigt habe, sei es im Verlauf zu diversen Komplikationen gekommen, die Reoperationen erforderlich gemacht hätten. Das Behandlungsergebnisse habe dabei aber Bestand gehabt. Die Reduktion der Schmerzen auf ein erträgliches Niveau bedeute in erster Linie eine - nicht ohne Weiteres mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit einhergehende - Verbesserung der Lebensqualität (vgl. Anhang 2 zu Urk. 12/8/143 S. 2).

Problematisch erscheine es, dass versucht werde, bei einer Patientin mit vorbestehendem Schmerzsyndrom die Entstehung einer weiteren Schmerzproblematik - gar nach einem Trauma - auf eine psychische Überlastungssituation abzuschieben. Erfahrungsgemäss werde jeder Mensch mit chronischen und starken Schmerzen im Laufe der Zeit depressiv. Entscheidend sei in derartigen Situationen oftmals, dass man den Betroffenen noch eine Perspektive - allenfalls chirurgischer Natur - geben könne (vgl. Anhang 2 zu Urk. 12/8/143 S. 3).

3.50 In seiner gestützt auf die Akten verfassten neurologischen Beurteilung vom 29. August 2007 (Urk. 12/8/146) hielt SUVA-Versicherungsmediziner Dr. Z. im Wesentlichen fest, die zeitnahen Dokumente betreffend den Unfall vom 22. März 2003 liessen nicht auf eine dabei zugezogene HWS-Distorsion schliessen. Aktenkundig sei allerdings, dass die Beschwerdeführerin - bei degenerativen HWS-Veränderungen - bereits vor dem fraglichen Ereignis unter chronischen Beschwerden im Bereich der HWS gelitten habe. Nach dem Sturz habe sie erstmals zwei Tage später über - als vorbekannt zu interpretierende - Kopf- und Nackenbeschwerden geklagt (vgl. Urk. 12/8/146 S. 4 f.).

Von einer vorbestehenden Epilepsie sei nicht auszugehen. Die zum Unfall zeitnahen anamnestischen Angaben und Arztberichte wiesen vielmehr auf eine am 22. März 2003 erlittene konklusive Synkope (kreislaufbedingte Ohnmacht) hin, in deren

Rahmen die Beschwerdeführerin gestürzt sei, wobei sie sich die Nase angeschlagen und dadurch eine Rissquetschwunde zugezogen habe. Die Bewusstlosigkeit sei demnach nicht die Folge des Kopfanpralls, sondern dessen Ursache gewesen. Das Kopftrauma der Beschwerdeführerin sei als Schädelprellung beziehungsweise leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI) der klinischen Kategorie 0 zu qualifizieren, bei der in aller Regel bei unauffälligen Befunden der bildgebenden Untersuchungen des Kopfes keine dauerhaften subjektiven Beschwerden auftreten (vgl. Urk. 12/8/146 S. 5). Die Patientin habe gemäss eigenen Angaben bereits im 16. Lebensjahr und zwei Jahre vor dem Unfall vom 22. März 2003 unter behandlungsbedürftigen Kopfschmerzen und seit längerer Zeit unter bis in den Kopf ausstrahlenden Rückenschmerzen gelitten. Demnach habe der fragliche Sturz zu keinem akuten und folglich auch zu keinem chronischen posttraumatischen Kopfschmerz geführt (vgl. Urk. 12/8/146 S. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus neurologischer Sicht ergebe sich nach dem Gesagten - entgegen dem Gutachten Prof. Dr. L. ___s (Urk. 9/91, Urk. 9/111) - kein Hinweis auf eine relevante und/oder dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen Integrität im Bereich des peripheren oder zentralen Nervensystems als Folge des Unfalls vom 22. März 2003. Diese Einschätzung sei vereinbar mit derjenigen des Kreisarztes Dr. G. ____, der anlässlich der Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 24. März 2005 keine mechanisch begründbare Invalidität oder Integritätseinbusse habe feststellen können (vgl. Urk. 12/8/146 S. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Was die okzipitale Neurostimulation anbelange, stelle diese - gerade im Fall der Beschwerdeführerin - eine experimentelle und keine in der medizinischen Wissenschaft anerkannte Therapie dar. Allerdings handle es sich bei der Behandlung von chronischen Nackenschmerzen, wie sie vorliegend bezweckt worden sei, um keine in der entsprechenden Fachliteratur vorgeschlagene Indikation der zur Diskussion stehenden Massnahme (vgl. Urk. 12/8/146 S. 6). Kontraindiziert gewesen sei die fragliche Behandlungsmethode insbesondere auch deshalb, weil nebst dem organisch nicht erklärbaren Schmerzsyndrom eine erhebliche psychische Symptomatik bestehe. Gegen die Durchführung der okzipitalen Neurostimulation spreche gemäss der medizinischen Fachliteratur schliesslich auch ein noch nicht abgeschlossener "medico-legaler Prozess", wie es bei der Beschwerdeführerin der Fall sei. Anzumerken sei schliesslich, dass aus der nach der Elektrodenimplantation und der Behandlung der damit in Zusammenhang stehenden Komplikationen die angegebene Reduktion der subjektiven Beschwerden nicht nachträglich als Argument für die tatsächlich fehlende Indikation zu dieser Massnahme herangezogen werden könne, entspreche es doch der versicherungsmedizinischen Erfahrung, dass subjektive Beschwerden solange angegeben würden, bis eine finanzielle Entschädigung erreicht worden sei (vgl. Urk. 12/8/146 S. 7).

E. 4.1

4.1.1 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der medizinischen Akten steht fest, dass sich die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 1. Januar 2002 am rechten Fuss eine Faszitis plantaris beziehungsweise eine Partialruptur zuzog (vgl. Urk. 10/2, Urk. 10/22, Urk. 10/32, Urk. 10/41, Urk. 10/44 S. 1, Urk. 12/8/153 S. 1). Betreffend die Auswirkung der genannten Verletzung auf die Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der Leistungseinstellung der SUVA per 31. August 2006 (vgl. Urk. 10/145, Urk. 2) und die Frage, ob die Beschwerdeführerin aufgrund des fraglichen Geschehnisses dauernd in ihrer physischen Integrität

geschädigt worden sei, divergieren die ärztlichen Beurteilungen.

4.1.2.1. Dr. G. konnte bereits anlässlich der Untersuchung vom 12. Mai 2003 keine erheblichen pathologischen Befunde am rechten, gemäss seiner Erkenntnis voll belasteten Fuss mehr erheben, welche die geklagten Beschwerden zu erklären vermocht hätten, und hielt - wie in der Folge am 12. Juni 2003 auch Prof. Dr. C. (vgl. Urk. 10/28) - ein psychosomatisches Konsilium für indiziert (vgl. Urk. 10/22 S. 3 f.). Auch die Ärzte der Rehaklinik Y. berichteten am 4. September 2003 über sich klinisch unauffällig präsensierende Füsse sowie eine - beidseitig - ausgeprägte Fussbeschwellung (vgl. Urk. 10/44 S. 2). Während sie zwar unter Einbezug sämtlicher - somatischer wie psychischer - Beeinträchtigung eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierten, gingen sie - ausschliesslich unter Berücksichtigung der Beschwerden am rechten Fuss - von der Zumutbarkeit einer wechselbelastenden Tätigkeit ohne zeitliche Einschränkung aus (vgl. Urk. 10/44 S. 1). Die erneute Untersuchung durch Dr. G. am 23. November 2004 ergab daraufhin nebst einer kräftigen Sohlenbeschwellung - selbst barfuss - eine gute Gehfähigkeit ohne wesentliche Einschränkungen der Gelenksfunktionen im Bereich der unteren Extremitäten. Für die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte massive Beeinträchtigung der Gehfähigkeit liess sich gemäss dem genannten Arzt, der eine psychiatrische Einschätzung als indiziert erachtete (vgl. Urk. 10/96 S. 5) und der Beschwerdeführerin auf deren kurz darauf erfolgte entsprechende Anfrage hin auch sein Einverständnis mit der Durchführung einer Psychotherapie erklären (vgl. Telefonnotiz vom 12. Januar 2005, Urk. 10/99), wiederum kein organisches Substrat eruieren (vgl. Urk. 10/96 S. 4). Die in der Folge am 3. Februar 2005 durchgeführte psychiatrische Untersuchung durch Dr. K. ergab denn auch - nebst einer mittelschweren depressiven Episode - einen Verdacht darauf, dass psychische beziehungsweise erhebliche psychosoziale Faktoren teilsächlich seien für die bestehende Schmerzsymptomatik (vgl. Urk. 10/101 S. 4).

4.1.3.1. Dass die Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit dem Unfall vom 1. Januar 2002 aus somatischer Sicht - jedenfalls in einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit auf ebenem Boden (vgl. Urk. 10/153 S. 2) und damit auch in ihrer angestammten Tätigkeit als Werbeassistentin - zu 100 % arbeitsfähig sei, bestätigten in der Folge unter Hinweis auf das Fehlen einer organischen Erklärung für die geltend gemachten Beschwerden sowohl Dr. L. in seinem neurologischen Gutachten vom 10. Mai 2006 (vgl. Urk. 9/91 S. 11, S. 13) als auch der Chirurg Dr. M. in seiner Beurteilung vom 14. Dezember 2006 (vgl. Urk. 10/153 S. 2).

4.1.4.1. Nicht nachvollziehbar ist, dass der behandelnde orthopädische Chirurg Prof. Dr. C. abweichend von den Beurteilungen der genannten Ärzte im Zusammenhang mit dem rechten Fuss noch von erheblichen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit (maximale Gehdauer beziehungsweise -strecke von 10 Minuten respektive einem Kilometer, Einschränkungen betreffend das Gehen auf unebenem Gelände, maximales Treppensteigen über zwei Stockwerke, Unmöglichkeit des Leitersteigens, maximales und nur mit Unterbrüchen mögliches Sitzen von fünf Stunden täglich, maximale Stehdauer von einer halben bis einer Stunde ohne Unterbruch, vgl. Urk. 10/136 S. 2) sowie einer Integritätseinbusse im Umfang von 15 % ausging (vgl. Urk. 10/136 S. 2). Während Dr. G., Dr. M. und Prof. Dr. L. einleuchtend darlegten, dass aus organischer Sicht keine Befunde erhoben werden konnten, die es der Beschwerdeführerin verunmöglichten, eine leichte wechselbelastende Tätigkeit in vollem Pensum

auszuüben, sprach Prof. Dr. C.____ zwar von organisch nachweisbaren Beeinträchtigungen, beschrieb diese - wie Dr. G.____ am 13. März 2006 zu Recht bemängelte (vgl. Urk. 10/138) - aber nicht näher und gab schliesslich als Grund für die attestierten Limitierungen lediglich Schmerzen an (vgl. Urk. 10/136 S. 1), wobei er sich - nachdem er am 12. Juni 2003 eine psychosomatische Behandlung als indiziert erachtet hatte (vgl. Urk. 10/28) und auch am 17. Februar 2006 über eine psychische Reaktion berichtete (vgl. Urk. 10/136 S. 1) - nicht zu allfälligen psychischen Ursachen der geklagten Schmerzen äusserte.

Dass die Beschwerdeführerin wegen der Beschwerden am rechten Fuss noch in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei, ist auch aufgrund der Beurteilung Dr. D.____s vom 14. November 2005 (Urk. 10/115 S. 10 f.) nicht anzunehmen, hielt dieser doch - ohne die konkreten Untersuchungsergebnisse zu nennen und ohne zwischen den Auswirkungen der einzelnen Beeinträchtigungen auf die Leistungsfähigkeit zu differenzieren - lediglich fest, den geklagten Kopf-, Nacken- und rechtsseitigen Fussbeschwerden lägen klinische respektive organische Befunde zugrunde, aus denen eine - nicht näher umschriebene - Erwerbsunfähigkeit resultiere (vgl. Urk. 10/115 S. 11).

Es ist daher gestützt auf die überzeugend begründeten Beurteilungen von Dr. G.____, Prof. Dr. L.____ und Dr. M.____ davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ausschliesslich unter Berücksichtigung der somatischen Folgen des Unfalls vom 1. Januar 2002 spätestens am 1. September 2006 in der angestammten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig war und am rechten Fuss keine einen Anspruch auf Integritätsentschädigung begründende Beeinträchtigung aufweist.

E. 4.2

4.2.1 Betreffend das Ereignis vom 22. März 2003 ist gestützt auf die Angaben des notfallmässig herbeigerufenen Dr. F.____ und der ebenfalls noch am Unfalltag behandelnden Ärzte des Spitals S.____ sowie die Ergebnisse der am 3. April 2003 erfolgten Untersuchung durch die Neurologin Dr. A.____ (vgl. Urk. 9/111 S. 6) davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin stürzte, nachdem sie das Bewusstsein verloren hatte und der Bewusstseinsverlust nicht etwa Folge des Sturzes war, wie dies die Ärzte des Spitals V.____ annahmen (vgl. Bericht vom 26. Mai 2006, Urk. 9/99 S. 2). Dass sich die Beschwerdeführerin dabei eine - erstmals über fünf Monate nach dem fraglichen Geschehnis von den Ärzten der Rehaklinik Y.____ diagnostizierte (vgl. Austrittsbericht vom 4. September 2003, Urk. 10/44 S. 1) - HWS-Distorsion oder eine - mehr als drei Jahre nach dem Unfall von den Ärzten des Spitals V.____ vermutete (vgl. Bericht vom 26. Mai 2006, Urk. 9/99 S. 2) - Commotio cerebri zugezogen habe, erscheint wenig wahrscheinlich.

4.2.2 Anzunehmen ist vielmehr, dass es - wie Dr. D.____ kurz nach dem Unfall vom 22. März 2003 am 26. Mai 2003 bestätigte - infolge des Sturzes zu einer (weiteren; vgl. Urk. 10/32) Verstärkung des vorbestehenden und bereits chronifizierten Zervikalsyndroms mit Ausstrahlung in den Kopf kam, wobei die Beschwerdeführerin gemäss ihrem Hausarzt deswegen schon vor dem 22. März 2003 in - nur anfangs eine Besserung zeitigender - physiotherapeutischer und - hochdosierter (vgl. Urk. 9/111 S. 5) - medikamentöser Behandlung gestanden hatte (vgl. Bericht Dr. D.____ vom 26. Mai 2003,

Urk. 10/32). Dass Dr. D.____, der am 10. Februar 2003 noch über ein seit Herbst 2001 von ihm behandeltes myofaszielles Schmerzsyndrom im Schulter- und Beckengürtelbereich und eine zuvor diagnostizierte Fibromyalgie berichtet hatte (vgl. Urk. 10/21C S. 1), am 3. Januar 2007 von einem (erst) seit dem 22. März 2003 persistierenden zervikozephalen und zervikovertebralen Syndrom sprach (vgl. Urk. 9/121 S. 6), steht daher im Widerspruch zu seinen früheren - glaubhaften - Ausführungen (vgl. Urk. 10/32, Urk. 10/21C S. 1) und auch zu den ursprünglichen anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin selbst (vgl. Bericht Dr. A.____ vom 7. Januar 2002, Urk. 9/111 S. 5). Insofern kann auch auf die Beurteilungen der Ärzte des Spitals V.____ vom 14. Januar 2007 (Urk. 9/121 S. 7 f.) und vom 22. Mai 2007 (Anhang zu Urk. 12/8/143) nicht abgestellt werden, gingen diese doch - wie dargelegt zu Unrecht - davon aus, dass die zervikozephalen Beschwerden erst seit dem Sturz vom 22. März 2003 bestanden.

4.2.3.3 Was die nach dem Unfall vom 22. März 2003 angegebenen Beeinträchtigungen betrifft, klagte die Beschwerdeführerin, die degenerative Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule (C4 bis C7) aufweist (vgl. Urk. 10/112 S. 3), über Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen (vgl. Urk. 9/20), mithin im Wesentlichen über dieselben Gesundheitsstörungen, die bereits vor dem fraglichen Unfall bestanden hatten. Das Vorliegen des für eine dem Schleudertrauma ähnliche Verletzung typischen Beschwerdebilds mit einer Häufung von Beschwerden (vgl. dazu Erw. 1.4) erscheint damit zumindest fraglich. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass die Beschwerdeführerin - auch gemäss eigenen Angaben - bereits vor dem Geschehnis vom 22. März 2003 unter einer psychischen Symptomatik und einer Schlafstörung gelitten hatte (vgl. Bericht Dr. A.____ vom 7. Januar 2002 [Urk. 9/111 S. 5], Bericht Prof. Dr. E.____ vom 7. März 2003 [Urk. 10/31]), die Verlangsamung, die Gedächtnis- beziehungsweise Konzentrations- sowie Visusstörungen in Zusammenhang mit der Medikation respektive den Schmerzen gebracht wurden (vgl. Urk. 9/111 S. 2, Urk. 9/121 S. 6) und dass Dr. G.____ am 23. November 2004 die HWS-Beweglichkeit als gut bezeichnete (vgl. Urk. 10/96 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Betreffend die von den Neurochirurgen des Spitals V.____ diagnostizierte Commotio cerebri bleibt anzumerken, dass die genannten - fälschlicherweise eine erst nach dem Sturz eingetretene Bewusstlosigkeit annehmenden - Ärzte dabei von einem leichten Schädels-Hirn-Trauma ausgingen (vgl. Bericht vom 26. Mai 2006). Zudem hätte eine derartige Verletzung - hätte sich die Beschwerdeführerin tatsächlich eine solche zugezogen - die während längerer Zeit persistierenden Gesundheitsstörungen nicht zu erklären vermocht (vgl. Beurteilung Dr. Z.____ vom 29. August 2007, Urk. 12/8/146 S. 5).

4.2.4.4 Für die seit dem Unfall vom 22. März 2003 persistierenden Beschwerden konnten keine hinreichend nachweisbaren organischen Ursachen eruiert werden (vgl. MRI vom 15. März 2005 [vgl. Urk. 10/112 S. 3] und vom 15. Juli 2005 [vgl. Urk. 10/112 S. 4], Bericht Dr. G.____ vom 24. März 2005 [vgl. Urk. 10/106 S. 2], Bericht Spital V.____ vom 21. Oktober 2005 [vgl. Urk. 10/115 S. 6.], Bericht Dr. D.____ vom 14. November 2005 [Urk. 10/115 S. 10], Bericht J.____ vom 2. November 2005 [vgl. Urk. 10/115 S. 9], Berichte Prof. Dr. L.____ vom 10. Mai 2006 [vgl. Urk. 9/91 S. 13] und vom 31. August 2006 [vgl. Urk. 9/111 S. 2]). Zur Beurteilung der nach Abschluss der Heilbehandlung im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG in Betracht fallenden Heilbehandlung weiteren Leistungspflicht der SUVA ist daher eine spezielle Adäquanzprüfung erforderlich (vgl. Erw. 1.5 ff.).

(sÄmtlicher Beschwerden, einschliesslich der unbestrittenermassen unfallfremden linksseitigen Fusschmerzen) auf den positiven Effekt eines Aufenthalts im Tessin zurÄckgefÄhrt wurde und nicht etwa das Resultat der medizinischen Behandlung war (vgl. Bericht Prof. Dr. C.____ vom 18. Oktober 2004, Urk. 10/95).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dass die psychische Symptomatik (ausschliesslich) als im Laufe der Zeit eingetretene Reaktion auf die durch den Sturz vom 22. MÄrz 2003 ausgelÄsten und daraufhin persistierenden Kopf- und Nackenschmerzen (vgl. Bericht Dr. D.____ vom 14. November 2005 [Urk. 10/115]) zu interpretieren sei, ist insofern auszuschliessen, als aktenkundig ist, dass die BeschwerdefÄhrerin nicht nur bereits vor dem Unfall vom 22. MÄrz 2003, sondern gar vor demjenigen vom 1. Januar 2002 unter erheblichen psychischen Beschwerden gelitten hatte (vgl. Bericht Dr. A.____ vom 7. Januar 2002, Urk. 9/111 S. 5), betreffend welche aufgrund der medizinischen Beurteilungen im Verlauf eher von einer Verschlechterung als von einer Verbesserung auszugehen ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dass das Bestehen einer psychischen StÄrung nicht ausgewiesen sei (vgl. Urk. 1 S. 9), ist klar aktenwidrig und steht im Äbrigen auch im Widerspruch zur Tatsache, dass die BeschwerdefÄhrerin sich - schliesslich aus eigener Initiative (vgl. Urk. 10/99, Urk. 10/105) - der ihr verschiedentlich nahe gelegten Psychotherapie (vgl. Bericht Prof. Dr. C.____ vom 12. Juni 2003 [Urk. 10/28], Bericht J.____ vom 25. Januar 2005 [Urk. 10/100 S. 1], Bericht Dr. K.____ vom 3. Februar 2005 [Urk. 10/101 S. 4]) unterzog. Anzumerken ist, dass eine psychogene Komponente der sich somatisch manifestierenden Beschwerden beziehungsweise eine SchmerzverarbeitungsstÄrung - entgegen den Ärzten der J.____ (vgl. Urk. 10/115 S. 9) - nicht gleichzusetzen ist mit einer Simulation und dass sich psychische Ursachen fÄr die geklagten kÄrperlichen Beschwerden aufgrund des Umstands, dass sich die BeschwerdefÄhrerin teilweise sehr schmerzhaften therapeutischen Massnahmen unterzog, nicht a priori ausschliessen lassen. Äberdies wird das Vorliegen einer psychischen Symptomatik auch durch den Umstand, dass die ausschliesslich mit der Elektrodenimplantation befassten Neurochirurgen des Spitals V.____Ä keine Beschwerden psychischer Natur erwÄhnten (vgl. Urk. 10/115 S. 5 f., Urk. 12/8/123 S. 2, Urk. 9/87 S. 6 f., Urk. 9/87 S. 2, Urk. 9/91, Urk. 9/121 S. 7 f.), nicht widerlegt. Angesichts der zahlreichen aktenkundigen Hinweise auf eine erhebliche psychische Äberlagerung der Beschwerden und des Umstands, dass rechtsprechungsgemÄss eine AdÄquanzprÄfung nach der in BGE 115 V 133 begrÄndeten Praxis grundsÄtzlich selbst bei Fehlen einer psychiatrischen Diagnose zulÄssig ist (vgl. dazu Urteil des damaligen EidgenÄssischen Versicherungsgerichts in Sachen T. vom 22. MÄrz 2006, U 285/05 Erw. 3.2.1 in fine, mit Hinweisen), erÄbrigt sich vorliegend eine psychiatrische Begutachtung (vgl. Urk. 1 S. 9).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach Lage der Akten ist davon auszugehen, dass die BeschwerdefÄhrerin bereits vor dem Unfall vom 22. MÄrz 2003 unter einer erheblichen psychischen GesundheitsstÄrung litt, die sich wohl infolge des Sturzes noch verschlimmerte (vgl. etwa Urk. 9/16 S. 4) und in der Folge bis zum Fallabschluss per 31. Dezember 2006 beziehungsweise dem Erlass des Einspracheentscheids vom 23. Februar 2007 (Urk. 2) in ausgeprÄgter Form persistierte. Damit ist davon auszugehen, dass ihre Beschwerden ein eigenstÄndiges psychisches Leiden darstellen (vgl. Urteile des Bundesgerichts in Sachen B. vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008 Erw. 7.2, und in Sachen R. vom 28. Juli 2008, 8C_28/2008 Erw. 4.2). Demnach hat die AdÄquanzprÄfung, selbst bei Annahme einer dem Schleudertrauma Ähnlichen Verletzung, nach der fÄr

psychische Unfallfolgen zur Anwendung gelangenden Rechtsprechung (BGE 115 V 133) zu erfolgen (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts in Sachen D. vom 22. August 2007, U 466/06 Erw. 4.4.2 und in Sachen M. vom 3. Juli 2007, U 419/06 Erw. 4.2, mit Hinweisen).

Die für die Adäquanzprüfung massgebenden Kriterien lassen sich grundsätzlich nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses beurteilen. Da die in Zusammenhang mit dem Sturz vom 22. März 2003 gebrachten somatischen Beeinträchtigungen, soweit dieser angesichts der vorbestehenden, im Wesentlichen identischen Beschwerden im Nacken- und Kopfbereich (vgl. Urk. 9/111 S. 5) überhaupt (teil-)ursächlich dafür war, schon bald weitgehend abgeklungen waren und im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Dezember 2006 (vgl. Urk. 9/116, Urk. 2) schon seit längerer Zeit jedenfalls keine organischen Unfallfolgen mehr zu behandeln waren, erfolgte der Fallabschluss und die damit verbundene Beurteilung der Adäquanz nicht verfrüht (vgl. Urteile des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen T. vom 22. März 2006, U 285/05 Erw. 3.2.3, mit Hinweisen, und in Sachen S. vom 7. Juni 2006, U 414/05 Erw. 4.6). Dies gilt umso mehr, als die über den 31. Dezember 2006 hinaus erfolgten Behandlungsmassnahmen jedenfalls zu einem weit überwiegenden Teil im Zusammenhang mit aufgrund unfallfremder Faktoren (vorbestehende Beschwerden im Nackenbereich, krankheitsbedingte Fussbeschwerden, vorbestehende und teilweise durch unangünstige psychosoziale Gegebenheiten [vgl. Urk. 9/12 S. 3, Urk. 9/16 S. 1, Urk. 9/52 S. 4 f., Urk. 10/21C S. 2, Urk. 10/31] verursachte psychische Beeinträchtigungen) bestehenden Gesundheitsstörungen zu sehen sind (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts in Sachen C. vom 18. August 2008, 8C_332/2008 Erw. 3.2.2). Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass der von den die entsprechende Therapie durchführenden Ärzten (vgl. Urk. 9/87 S. 6, Urk. 9/121 S. 8, Anhang 2 zu Urk. 12/8/143 S. 2) und der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 12/1 S. 3, S. 5, Urk. 9/121 S. 8) berichtete Erfolg der Elektrodenimplantation nicht als bedeutende Besserung der somatischen Beschwerden zu werten ist. Einerseits waren die damit behandelten ausstrahlenden Nacken- und Schulterbeschwerden, soweit nicht ohnehin unfallfremder Natur, jedenfalls zu einem weit überwiegenden Teil mit psychischen und nicht mit physischen Ursachen zu erklären, und andererseits führte die Massnahme zu keinerlei Steigerung der Leistungsfähigkeit, wobei die Ärzte von vornherein nicht mit der Wiedererlangung einer (Teil-)Arbeitsfähigkeit gerechnet hatten (vgl. Anhang 2 zu Urk. 12/8/143 S. 2). Wenn die Beschwerdeführerin auch eine 50%ige Schmerzreduktion angab (vgl. Urk. 12/1 S. 3, S. 5), so kann angesichts der im Wesentlichen unverändert persistierenden Beschwerden (vgl. etwa Bericht Dr. D. vom 3. Januar 2007, Urk. 9/121 S. 6) und mangels jeglicher Steigerung der Belastbarkeit von einer namhaften positiven Auswirkung des durchgeführten Eingriffs nicht die Rede sein.

E. 4.4

4.4.1 Beim Ereignis vom 1. Januar 2002, bei dem die Beschwerdeführerin im Badezimmer über den Sockel einer Statue stolperte, stürzte und sich dabei am rechten Fuss verletzte (vgl. Urk. 10/1, Urk. 10/2, Urk. 10/3 S. 1), handelt es sich um einen Bagatellunfall. Da der Vorfall - gerade angesichts der im Vergleich zu den beidseitig, insbesondere aber linksseitig vorbestehenden krankhaften Fussbeschwerden (vgl. etwa Bericht Prof. Dr. C. vom 17. Dezember 2002 [Urk. 10/11], Bericht Dr. G. vom 13. Mai 2003 [Urk. 10/22 S. 4]) wenig erheblichen unfallbedingten somatischen Befunde - keine unmittelbaren Folgen von einer gewissen Schwere verursacht hat, fällt eine

ausnahmsweise Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem fraglichen Vorfall und den weiterhin geklagten, mit den organischen Befunden nicht erklärbaren Beschwerden nach den in BGE 115 V 133 statuierten Kriterien (vgl. dazu Erw. 1.9) ausser Betracht. Die diesbezügliche Leistungseinstellung der SUVA per 31. August 2006 ist demnach nicht zu beanstanden.

4.4.2.2 Das Geschehnis vom 22. März 2003, bei dem die Beschwerdeführerin ohnmächtig wurde, stürzte und dabei mit dem Gesicht gegen die Wand schlug (vgl. Urk. 9/1, Urk. 9/9, Urk. 9/10, Urk. 9/52 S. 1, Urk. 10/55 S. 1, Urk. 10/69 S. 1, Urk. 9/121 S. 6) ist im Rahmen der bei der Adäquanzprüfung vorzunehmenden Einteilung höchstens als mittelschwerer, im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen liegender Unfall einzustufen (vgl. Urteile des Bundesgerichts in Sachen M. vom 22. Februar 2008, 8C_649/2007 Erw. 5.1.2 und in Sachen I. vom 29. Januar 2008, 8C_6/2007 Erw. 5.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Besonders dramatische Begleitumstände lagen beim fraglichen Vorfall keine vor, und der Sturz, der bei Bewusstlosigkeit der Beschwerdeführerin erfolgte, war auch nicht von besonderer Eindringlichkeit. Eine (allenfalls) erlittene schleudertraumatische Verletzung fällt bei der Adäquanzbeurteilung einer psychischen Fehlentwicklung im Rahmen des Kriteriums der Schwere oder besonderen Art der Verletzung ausser Betracht (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts in Sachen B. vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008 Erw. 10.2, mit Hinweisen). Auch eine allenfalls durch den Unfall ausgelöste Verschlimmerung der degenerativen Befunde im Bereich der Halswirbelsäule führte nicht zur Bejahung dieses Kriteriums, liessen sich die nach dem Sturz vom 22. März 2003 geklagten, bereits vor dem Unfall erheblichen und behandlungsbedürftigen Schmerzen (vgl. Urk. 9/111 S. 5, 10/21C S. 1, Urk. 10/32) doch mit den Ergebnissen der bildgebenden Untersuchungen kaum erklären (vgl. Urk. 10/112 S. 3, Urk. 10/106 S. 1 und S. 2, Urk. 10/115 S. 6, Urk. 10/115 S. 9).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Angesichts der Tatsache, dass sich die Beschwerdeführerin beim Ereignis vom 22. März 2003 nebst der - in den medizinischen Berichten kaum erwähnten und offenbar schon bald wieder folgenlos verheilten - Verletzung im Gesicht (vgl. Urk. 9/121 S. 6, Urk. 12/8/146 S. 5), einer allfälligen HWS-Distorsion beziehungsweise einer möglichen Verschlimmerung der degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule keine weiteren Läsionen zugezogen hat, und mangels hinreichend objektivierbarer (unfallbedingter) 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. Dem Sturz vom 22. März 2003 kommt demnach keine massgebende Bedeutung für die noch über das Jahr 2006 hinaus anhaltenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu.

4.5.2 Was die Verweigerung der Kostenübernahme betreffend die Elektrodenimplantation anbelangt (vgl. Urk. 12/2), erfolgte der im November 2005 durchgeführte Eingriff (vgl. Urk. 9/121 S. 7 f.) noch vor der - wie dargelegt zu Recht erfolgten - Einstellung der im Zusammenhang mit dem Unfall vom 22. März 2003 von der SUVA erbrachten Leistungen per 31. Dezember 2006. Während die Behandlung der somatischen Unfallfolgen schon von Anfang an im Wesentlichen wirkungslos geblieben war und jedenfalls im Zeitpunkt des fraglichen operativen Eingriffs schon lange keinen

Erfolg mehr gezeitigt hatte und gemäss den medizinischen Akten auch nicht mehr erwarten liess (vgl. etwa Bericht Dr. D. ___ vom 4. November 2003 [Urk. 9/20]), dienten die weiteren medizinischen Massnahmen im Wesentlichen noch der Therapie der chronifizierten Schmerzproblematik (vgl. etwa Urk. 10/32, Urk. 9/20, Urk. 10/54 S. 1, Urk. 10/115 S. 10, Urk. 9/121 S. 8). Insofern wäre der Fallabschluss und die damit verbundene Adäquanzprüfung ohne Weiteres auch schon geraume Zeit vor der Elektrodenimplantation Ende 2005 zulässig gewesen (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts in Sachen R. vom 6. September 2007, U 575/06 Erw. 3.2). Die Leistungspflicht der SUVA betreffend die zur Diskussion stehende therapeutische Massnahmen kann daher schon aufgrund des - aufgezeigten (vgl. Erw. 4.4) - Fehlens eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Sturz vom 22. März 2003 und der behandelten Gesundheitsstörung verneint werden. Zu prüfen, ob es sich beim fraglichen Eingriff tatsächlich um eine zweckmässige und wissenschaftlich anerkannte Methode zur Behandlung der von der Beschwerdeführerin geklagten Symptomatik handelte (vgl. Urk. 12/1, Urk. 12/10, Urk. 12/2, Urk. 12/15), erübrigt sich daher vorliegend.

4.6 Zusammenfassend ergibt sich, dass die SUVA ihre Leistungen betreffend den Unfall vom 1. Januar 2002 und denjenigen vom 22. März 2003 zu Recht unter Ablehnung der Übernahme der im Zusammenhang mit der Implantation der subkutanen Elektroden stehenden Kosten - wenn nicht bereits mangels eines natürlichen, so jedenfalls infolge Fehlens eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den genannten Geschehnissen und den anhaltenden Beschwerden - per 31. August beziehungsweise 31. Dezember 2006 eingestellt hat.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerden werden abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Daniel Wenger, unter Beilage des Doppels von Urk. 16

- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf

- Helsana Versicherungen AG, 8081 Zürich

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung 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.