

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00168 vom 31. August 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00168

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00168 du 31 août 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00168 del 31 agosto 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1971 geborene X. war seit dem 28. September 1998 bei der W. als kaufmännische Angestellte beschäftigt und damit bei der Gerling-Konzern Allgemeine Versicherungs-AG (nachfolgend: Gerling oder Beschwerdegegnerin) im Rahmen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung obligatorisch versichert (vgl. Urk. 10/1/K1).

Mit Unfallmeldung UVG vom 12. September 2000 (Urk. 10/1/K1 = Urk. 10/2/M2000/1) liess die Versicherte der Gerling mitteilen, als sie am 4. September 2000 in einer stehenden Kolonne gestanden habe, sei ein nachfolgendes Fahrzeug auf das von ihr gelenkte aufgefahren, wobei ihr Auto in das Heck des sich vor ihr befindlichen Wagens gedrückt worden sei. Der gleichentags konsultierte erstbehandelnde Arzt diagnostizierte eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) und bescheinigte X. ab dem Unfalltag eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 10/2/M2000/2 S. 3, Urk. 10/2/M2000/3).

Nach einer graduellen Steigerung der ihr ab dem 16. Oktober 2000 wieder attestierten (Teil-)Arbeitsunfähigkeit von 50 % auf 80 % (vgl. Urk. 10/2/M2000/12) erlitt die Versicherte am 17. Juli 2001, als sie an einer vortrittsbelasteten Strasseneinmündung wartete, erneut einen Auffahrunfall (vgl. Unfallmeldung vom 16. August 2001, Urk. 10/2/7/2), wobei sie sich gemäss dem noch am Unfalltag konsultierten Rheumatologen abermals ein - keine weitergehende als die schon bis dahin bescheinigte 20%ige Arbeitsunfähigkeit zeitigendes - HWS-Distorsionstrauma zuzog (vgl. Urk. 10/2/M2001/1). Ab dem 10. Juni 2002 wurde der Versicherten eine noch um 10 % eingeschränkte Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. Urk. 10/2/M2001/10).

Nachdem die Versicherte am 8. und 9. Juni 2004 von der MEDAS interdisziplinär begutachtet worden war (vgl. Urk. 10/2/G1), teilte die Gerling ihr mit Schreiben vom 7. Oktober 2004 (Urk. 10/1/K74) mit, dass sie ab 1. November 2004 Anspruch auf eine - auf einem Invaliditätsgrad von 10 % beruhende - Rente habe. Mit Verfügung vom 9. November 2004 (Urk. 10/1/K76) stellte die Gerling daraufhin die Taggeldleistungen per 31. Dezember 2004 ein, anerkannte hinsichtlich der von den Experten der MEDAS noch für notwendig befundenen Behandlungen noch bis zum Zeitpunkt der im Januar 2008 geplanten Rentenrevision ihre weitere Leistungspflicht und sprach X. für die Folgen des Unfalls vom 4. September 2000 mit Wirkung ab 1. Januar 2005 eine Rente für einen Invaliditätsgrad von 10 % zu. Unter Hinweis darauf, dass die gesundheitliche Entwicklung derzeit noch nicht absehbar sei, stellte die Gerling der Versicherten in Aussicht, deren Anspruch auf eine Integritätsentschädigung im Rahmen des genannten Rentenrevisionsverfahrens anfangs 2008 zu prüfen. Dieser Entscheid

(Urk. 10/1/K76) erwuchs in der Folge unangefochten in Rechtskraft.

1.2. Am 28. Juni 2005 liess die Versicherte der Gerling einen Rückfall zum Unfall vom 4. September 2000 melden, aufgrund dessen ihr die Ärzte ab dem 7. Juni 2005 wieder eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hatten (vgl. Anhang zu Urk. 10/1/K88, Anhang zu Urk. 10/1/K140). Vom 19. Juli bis 16. August 2005 unterzog sie sich einer stationären Behandlung in der Rehaklinik V. (vgl. Urk. 10/2/M2000/43). Nach Kenntnisnahme des Berichts der behandelnden Psychologin vom 3. August 2005 (Urk. 10/2/M2000/42) stellte die Gerling X. mit Schreiben vom 5. August 2005 (Urk. 10/1/K90) zwar in Aussicht, geeignete Massnahmen zur Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit weiterhin zu unterstützen, liess aber bis zum Vorliegen weiterer Untersuchungsergebnisse explizit offen, ob sie die Ursächlichkeit des Unfalls vom 4. September 2000 für die als Rückfall gemeldete Gesundheitsstörung anerkenne (vgl. auch Urk. 10/1/K120). In der Folge veranlasste die Gerling ein Case Management durch eine versicherungsexterne Unternehmung (vgl. Urk. 10/2/9, Urk. 10/1/K91 f.). Per 30. November 2005 wurde das Arbeitsverhältnis zwischen der Versicherten und der W. aufgelöst (vgl. Urk. 10/1/K104).

Am 4. und 17. Mai 2006 von den Ärzten der Psychiatrischen Klinik U. psychiatrisch (vgl. Urk. 10/2/G2) und am 1. November 2006 von Prof. Dr. Y., Universitätsspital T., Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, rheumatologisch (vgl. Urk. 10/2/G3) begutachtet worden war und - nach Beendigung der Zusammenarbeit mit dem Case Manager Ende Mai 2006 (vgl. Urk. 10/2/M2000/65 S. 2) - am 26. Juni 2006 ein Arbeitstraining aufgenommen hatte (vgl. Urk. 10/2/10), teilte ihr die Gerling am 20. November 2006 mit, es habe sich ergeben, dass bereits seit anfangs 2003 ausschliesslich unfallfremde Ursachen das Beschwerdebild bestimmten, weshalb sämtliche Leistungen eingestellt werden müssten und die im Zusammenhang mit dem geltend gemachten Rückfall bereits übernommenen Kosten bei den zuständigen Krankenversicherern zurückgefordert würden (vgl. Urk. 10/1/K177). Gegen die Aufhebung der Rente opponierte X. am 30. November 2006 schriftlich (vgl. Urk. 10/1/K182). In der Folge stellte die Gerling mit Verfügung vom 20. Dezember 2006 (Urk. 10/1/K186 = Urk. 23/2) die Rente mit Wirkung per 1. Dezember 2006 ein. Mit ebenfalls vom 20. Dezember 2006 datierender Verfügung (Urk. 23/1) verneinte die Gerling den natürlichen wie auch den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den beiden versicherten Unfällen und den im Juni 2005 als Rückfall gemeldeten Beschwerden und kündigte an, dass sie gegenüber den Krankenversicherern eine Rückforderung für die im Zusammenhang mit den im Rahmen des Rückfalls schon übernommenen Kosten stellen werde. Der Krankenversicherer von X. hielt an seiner vorsorglich gegen diesen Entscheid erhobenen Einsprache (Urk. 10/1/K190) nicht fest. Die Einsprachen der Versicherten (Urk. 10/1/K189) wies die Gerling - in Bezug auf den Rückfall vom Juni 2005 - am 22. Februar 2007 (vgl. Urk. 2) beziehungsweise - in Bezug auf die Revision der Rentenverfügung - am 27. Februar 2007 (Urk. 11/2) ab.

E. 1.4

1.4.1. Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezüglerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 ATSG).

Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverföigung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverföigung (BGE 112 V 372 Erw. 2b; RKUV 1989 Nr. U 65 S. 71).

1.4.2 Der Revisionsordnung nach Art. 17 ATSG geht der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf eine formell rechtskröftige Verföigung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hatte, zuröckzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (seit 1. Januar 2003: Art. 53 Abs. 2 ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverföigung auch dann aböndern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 ATSG nicht erföllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverföigung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 17 ATSG gestötzte Revisionsverföigung der Verwaltung mit dieser substituierten Begröndung schötzen (BGE 125 V 369 Erw. 2 mit Hinweisen).

Steht die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverföigung fest und ist die Berichtigung von erheblicher Bedeutung, was auf periodische Dauerleistungen regelmössig zutrifft (vgl. BGE 119 V 475 E. 1c S. 480 mit Hinweisen; Urteil 9C_655/2007 vom 4. Januar 2008 E. 2), sind die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs pro futuro zu präfen. Es ist wie bei einer materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG auf der Grundlage eines richtig und vollstöndig festgestellten Sachverhalts der Invaliditötsgrad bei Erlass des streitigen Einspracheentscheides zu ermitteln, woraus sich die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs ergeben (Urteil des Bundesgerichts vom 14. April 2009, 9C_1014/2008, Erw. 3.3 mit weiteren Hinweisen).

1.5 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemöss UVG setzt zunöchst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invaliditöts, Tod) ein natörllicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natörllichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstönde, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist föur die Bejahung des natörllichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störfungen ist; es genögt, dass das schödigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integritöts der versicherten Person beeintröchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störfung entfiele (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schödigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störfung ein natörllicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, woröber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswördigung nach dem im Sozialversicherungsrecht öblichen Beweisgrad der öberwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blossen Möglichkeit eines Zusammenhangs genögt föur die Begröndung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw.

1b, je mit Hinweisen).

1.6 Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

1.7 Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 296 Erw. 2c mit Hinweisen).

Das Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 Erw. 2c in fine).

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

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

1.10 Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 112 Erw. 2.1).

in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbestimmen haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

1.13 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend.

Anders als bei den Kriterien, die das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2009, 8C_368/2009, Erw. 3.3).

1.14. Nach der bis zum Erlass von BGE 134 V 109 am 18. Februar 2008 geltenden Rechtsprechung hatte die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen waren, nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c).

1.15. Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Bundesgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1; ferner BGE 134 V 127 Erw. 10.2 f.).

E. 2

2.1. Die Gerling begründete die Einstellung der im Zusammenhang mit den im Juni 2005 als Rückfall gemeldeten Beschwerden stehenden Leistungen unter Hinweis auf das Gutachten der Psychiatrischen Klinik U. ___ vom 29. Mai 2006 (Urk. 10/2/G2) und insbesondere die Expertise von Prof. Dr. Y. ___ vom 14. November 2006 (Urk. 10/2/G3) im Wesentlichen damit, dass die im Juni 2005 eingetretene akute Exazerbation der Beschwerden - für die sie lediglich provisorisch Leistungen erbracht habe - in keinem natürlichen Kausalzusammenhang zu den am 4. September 2000 und am 17. Juli 2001 erlittenen Auffahrkollisionen stehe und die persistierenden Gesundheitsstörungen - bereits seit dem Jahr 2003 - ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen, namentlich einer somatoformen Schmerzstörung, beruhten. Selbst wenn man im Widerspruch zu den Ergebnissen der rheumatologischen und der psychiatrischen Begutachtung davon ausgehe, dass die seit Juni 2005 anhaltende Symptomatik auf die beiden versicherten Unfälle zurückzuführen sei, erweise sich der von der Beschwerdeführerin geltend gemachte

Anspruch - mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs - als unbegründet (vgl. Urk. 2 S. 3 f., Urk. 9 S. 6 ff., Urk. 19 S. 3 ff.)

Hinsichtlich der Rentenaufhebung führte die Gerling im Wesentlichen aus, während im Zeitpunkt der - ausdrücklich unter dem Vorbehalt einer späteren Revision - erfolgten Rentenzusprache noch (die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende) unfallkausale Beschwerden vorgelegen hätten, sei dies der bei Leistungseinstellung Ende 2006 - und schon seit Beginn des Jahres 2003 - nicht mehr der Fall gewesen (vgl. Urk. 11/2 S. 4, Urk. 11/9 S. 9 ff.). Diese Veränderung des Sachverhalts habe eine Rentenrevision durchaus gerechtfertigt (vgl. Urk. 11/9 S. 11, Urk. 19 S. 7 ff.). Die - rückwirkende - Terminierung des Rentenanspruch per 1. Dezember 2006 sei nicht rechtens gewesen; laut Art. 17 Abs. 1 ATSG habe die Renteneinstellung nur für die Zukunft, mithin erst per 1. Januar 2007, erfolgen dürfen (vgl. Urk. 11/9 S. 11).

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, entgegen dem nicht beweiskräftigen Gutachten Prof. Dr. Y. ___s vom 14. November 2006 (Urk. 10/2/G3) sei der Unfall vom 4. September 2000 - wie auch aus dem Gutachten der Psychiatrischen Klinik U. ___ vom 29. Mai 2006 (Urk. 10/2/G2) hervorgehe - zumindest teilweise für die im Juni 2005 eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustands (vgl. Urk. 1 S. 11 f., Urk. 15 S. 2 ff.). Zwischen den seither anhaltenden Beschwerden und der Auffahrkollision bestehe nicht nur ein natürlicher, sondern auch ein - angesichts des Fehlens einer im Vordergrund stehenden psychischen Symptomatik nach der für Schleudertraumata geltenden Rechtsprechung zu präfender - adäquater Kausalzusammenhang (vgl. Urk. 1 S. 12 f., Urk. 15 S. 4).

Was die - jedenfalls nicht rückwirkend per 1. Dezember 2006, sondern frühestens per 1. Januar 2007 zulässig gewesene (vgl. Urk. 11/1 S. 12 f.) - Rentenaufhebung betreffe, sei diese insofern zu Unrecht erfolgt, als kein Revisionstatbestand vorliege, sondern die Gerling lediglich einen an sich unveränderten Sachverhalt neu beurteilt habe. Im Übrigen seien die von den Ärzten der Psychiatrischen Klinik U. ___ beziehungsweise von Prof. Dr. Y. ___ verfassten Gutachten (Urk. 10/2/G2, Urk. 10/2/G3), auf die sich die Beschwerdegegnerin gestützt habe, für die Beurteilung des Rentenanspruchs gar nicht bedeutsam, hätten sich die genannten Experten doch ausschliesslich zur Ursächlichkeit des Unfalls vom 4. September 2000 für die im Juni 2005 als Rückfall gemeldeten Beschwerden geäußert und zur Frage, ob eine rentenrelevante Besserung des (unfallbedingten) Gesundheitszustands eingetreten sei, gar keine Stellung bezogen (vgl. Urk. 11/1 S. 11 ff., Urk. 15 S. 4 f.).

E. 3.1

3.1.1 Aus den medizinischen Akten geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

Nach dem Unfall vom 4. September 2000 konsultierte die Beschwerdeführerin noch am gleichen Tag Dr. med. Z. ___, Facharzt FMH für Rheumatologie. Dieser stellte in seinem Bericht vom 12. Oktober 2000 (Urk. 10/2/M2000/3) die Diagnose eines zervikovertebralen beziehungsweise zervikospondyloiden Syndroms bei Status nach HWS-Distorsion. Die Untersuchung ergab eine Einschränkung der HWS-Beweglichkeit, ausgeprägte Verspannungen der lateralen Hals- und der rechtsseitigen Schultergürtelmuskulatur, eine schmerzhafte Rotation, In- und Reklination sowie eine lokale Dolenz der Muskulatur. Neurologische Ausfälle wurden nicht festgestellt, und radiologisch konnten ossäre Läsionen,

Instabilitäten und degenerative Veränderung ausgeschlossen werden. Gemäss Dr. Z. ___ lagen ausschliesslich Unfallfolgen vor; der Patientin, die einen ängstlich-depressiven Eindruck gemacht habe und seit der Kollision unter zervikalen Schmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Arm leide, seien Medikamente, ein Kragen sowie Physiotherapie verordnet worden. Seit dem 4. September 2000 bestehe - auf unbestimmte Zeit - eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

Ab dem 16. Oktober 2000 attestierte Dr. Z. ___ X. ___ wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. Bericht vom 23. November 2000, Urk. 10/2/M2000/4).

Nachdem er die Beschwerdeführerin am 8. Dezember 2000 konsiliarisch untersucht hatte, stellte Dr. med. A. ___, Facharzt FMH für Neurologie, in seinem Bericht vom 11. Dezember 2000 folgende Diagnosen (vgl. Urk. 10/2/M2000/5):

- Persistierendes lokales Zervikalsyndrom und zerviko-okzipitale Kopfschmerzen bei
- Status nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma der HWS am 4. September 2000
- ohne Hinweise auf zerviko-radikuläre, medulläre Ausfälle oder auf eine Dissektion der Halsgefässe

Die Patientin leide unter einem relativ typischen spätpostschleudertraumatischen Syndrom mit Zervikalgien, zerviko-okzipitalen Kopfschmerzen, erhöhter Ermüdbarkeit, depressiver Verstimmung, vegetativer Labilität und Parästhesien. Aus therapeutischer Sicht seien die weitere psychologische Führung, die zusätzliche Verordnung eines Amitriptylin-Derivats, der Verzicht auf das Tragen der Halskrawatte sowie eine dosierte Kräftigungs- und Aufbaugymnastik für die Nacken-Schulter-Muskulatur indiziert. Angesichts des Fehlens neurologischer Ausfälle erübrige sich eine MRI-Untersuchung der HWS (vgl. Urk. 10/2/M2000/5 S. 2).

In seinem Bericht vom 9. Februar 2001 (Urk. 10/2/M2000/8) stellte Dr. Z. ___ nachstehende Diagnosen:

- Chronisches Zervikalsyndrom bei Status nach HWS-Distorsionstrauma
- Psychische Dekompensation

Die - ausschliesslich unfallbedingten - Beschwerden seien regredient; die Patientin leide vor allem unter Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen. Es würden physiotherapeutische und analgetische Massnahmen durchgeführt; auch betreffend die psychische Symptomatik finde eine medikamentöse Behandlung statt.

Nachdem Dr. Z. ___ der Beschwerdeführerin ab dem 1. Februar 2001 noch eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte, bescheinigte er ihr ab dem 26. Februar 2001 eine solche von 30 % (vgl. Unfallschein, Urk. 10/2/M2000/7; Urk. 10/2/M2000/8).

Das am 11. April 2001 durchgeführte hochauflösende Spiral-CT der oberen und mittleren HWS sowie des zerviko-kranialen Übergangs ergab einen im Wesentlichen unauffälligen Befund. Insbesondere zeigten sich weder Anhaltspunkte für eine traumatisch bedingte Wirbel- oder Bandscheibenläsion noch für eine ligamentäre Verletzung (vgl. Bericht vom 17. April 2001, Urk. 10/2/M2000/9).

3.1.5.1 Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte am 18. April 2001 eine mittelgradige bis schwere depressive Störung, ICD-10 F32.1/2 (vgl. Urk. 10/2/M2000/10 S. 1). Die Patientin fühle sich aufgrund der nach dem Unfall aufgetretenen somatischen Beschwerden in Form okzipitaler Zephalgie und zervikaler Rückenschmerzen mit rechtsbetonter Ausstrahlung ausserstande, zu arbeiten (vgl. Urk. 10/2/M2000/10 S. 1). Es beständen folgende depressive Symptome (vgl. Urk. 10/2/M2000/10 S. 1 f.):

- Bedrückte, depressive Stimmung
- Lustlosigkeit und Interessensverlust
- Mangelnder Antrieb und Eigeninitiative
- Erschöpfung, rasche Ermüdbarkeit
- Gereiztheit, innere Anspannung, impulsive Reaktionen
- Ruminieren
- Konzentrationsstörungen
- Sorgenvolle und pessimistische Zukunftsperspektive
- Vermindertes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl
- Gefühl von Wertlosigkeit
- Mangelnde Fähigkeit, adäquat emotional zu reagieren, innere Leere
- Appetitlosigkeit mit 5 kg Gewichtsabnahme innerhalb zweier Monate
- Schlafstörung symptomatisch mit Stilnox und Dormicum behandelt
- Sozialer Rückzug, Angst vor fremden Personen

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund des Unfalls vom 4. September 2000 sei es bei der Patientin, die schon vorbestehende Beziehungsschwierigkeiten gehabt habe, zu einer deutlichen Verschlechterung des psychischen Zustands mit einer Dekompensation gekommen. Im Rahmen der vom 21. Dezember 2000 bis 20. Februar 2001 durchgeführten Behandlung habe mittels einer medikamentösen Therapie und einer Krisenintervention eine spürbare Stabilisierung erreicht werden können, wobei die Beschwerdeführerin, die bis dahin nur einer Heimarbeit nachzugehen in der Lage gewesen sei, bei steigender Einsatzfähigkeit auch die Tätigkeit an ihrem Arbeitsort wieder aufnehmen können. Die Krisenintervention habe Ende Februar 2001 abgeschlossen werden können; eine allfällige Fortsetzung der psychiatrischen Behandlung stehe in keinem Zusammenhang mehr zum Unfall (vgl. Urk. 10/2/M2000/10 S. 2).

3.1.6.1 Am 30. Juni 2001 diagnostizierte Dr. Z.____ ein chronifiziertes Zervikalsyndrom bei Status nach HWS-Distorsionstrauma mit intermittierenden Blockierungen. Insgesamt seien die Schmerzen regredient. Derzeit würden eine lockernde Massage und eine Manualtherapie durchgeführt. Vor Herbst 2001 sei nicht mit dem Behandlungsabschluss zu rechnen. Seit dem 9. April bis voraussichtlich August 2001 bestehe eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit. Die gesundheitliche Beeinträchtigung sei ausschliesslich unfallbedingt (vgl. Urk. 10/2/M2000/11).

E. 3.2

3.2.1 Nach der Auffahrkollision vom 17. Juli 2001 stellte Dr. Z.____, den die Beschwerdeführerin noch am Unfalltag konsultiert hatte, in seinem Bericht vom 31. August 2001 (Urk. 10/2/M2001/1) folgende Diagnosen:

- HWS-Distorsionstrauma

- Chronisches Zervikalsyndrom nach HWS-Distorsion im September 2000

Die Patientin, die depressiv, leicht schockiert und weinerlich wirke, habe angegeben, nach dem Unfall sei es sofort zu einer Zunahme der vorbestehenden Kopf- und Nackenschmerzen sowie einer Rotationseinschränkung gekommen. Die Untersuchung habe eine stark eingeschränkte HWS-Rotation in beiden Richtungen und einen ausgeprägten zervikalen Muskelhartspann ergeben. Neurologische Auffälligkeiten hätten keine festgestellt werden können. Es seien analgetische und physiotherapeutische Massnahmen veranlasst worden. Es bestehe weiterhin eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Behandlung könne voraussichtlich in acht Wochen abgeschlossen werden (vgl. Urk. 10/2/M2001/1).

Auf dem "Fragebogen bei HWS-Verletzungen" (Urk. 10/2/M2001/2) gab Dr. Z.____ - ebenfalls am 31. August 2001 - an, nebst der HWS-Distorsion bestehe eine vegetative Dystonie sowie eine reaktive Depression. Es seien eine Physiotherapie sowie eine medikamentöse Behandlung (Celebrex, Kettese, Lexotanil) initiiert worden. Schon vor dem erneuten Unfall hätten - posttraumatisch - HWS-Beschwerden und Kopfschmerzen sowie eine reaktive Depression bestanden. Auch habe bereits eine analgetische Therapie stattgefunden (vgl. Urk. 10/2/M2001/2 S. 3).

3.2.2 In seinem Zwischenbericht vom 27. September 2001 (Urk. 10/2/M2001/4 = Urk. 10/2/M2000/13) stellte Dr. Z.____ nachstehende Diagnosen:

- Zervikovertebrales und zervikospondylogenes Syndrom bei Status nach HWS-Distorsionstrauma

- Status nach HWS-Distorsion im Juli 2001

Der Verlauf sei wechselhaft; intermittierend traten immer wieder Schmerzen und eine Bewegungseinschränkung auf. Insgesamt seien die - ausschliesslich unfallkausalen - Beschwerden noch ausgeprägter vorhanden als vor dem zweiten Unfall. Derzeit würden eine Physio- und eine Manualtherapie durchgeführt. Es bestehe nach wie vor eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit. Es sei ein bleibender Nachteil in Form eines persistierenden chronischen Zervikalsyndroms zu erwarten.

3.2.3 Am 12. Dezember 2001 berichtete Dr. Z.____, bevor sich der zweite Unfall ereignet habe, sei noch keine Beschwerdefreiheit eingetreten gewesen. Durch die erneute Auffahrkollision hätten sich die Schmerzen noch verstärkt und die HWS-Beweglichkeit verschlechtert. Bis im Juli 2002 werde der Vorzustand wohl wieder erreicht sein. Um eine weitere Verbesserung erzielen zu können, sei - auch im Hinblick auf eine positive Beeinflussung der psychischen Symptomatik - eine osteopathische Behandlung indiziert. Dass sich die nach wie vor bestehende 20%ige Arbeitsunfähigkeit durch den zweiten Unfall nicht verschlechtert habe, sei der positiven Einstellung der Patientin zuzuschreiben. Eine weitere Steigerung der Leistungsfähigkeit werde sich in den nächsten Monaten jedoch nicht erzielen lassen; vielmehr sei mit einer dauernden Teilinvalidität zu rechnen (vgl. Urk. 10/2/M2001/6 = Urk. 10/2/M2000/15).

3.2.4.1.1 Am 10. Januar 2002 wurde die Beschwerdeführerin im Spital S.____, Psychiatrische Poliklinik, neuropsychologisch untersucht. In seinem Bericht vom 22. Januar 2002 (Urk. 10/2/M2001/8 = Urk. 10/2/M2000/17) hielt Dr. phil. C.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie und für Psychotherapie FSP, fest, die Patientin klagte noch über rechtsseitige Nackenschmerzen; die Kopfschmerzen und die Verspannungen in den Schultern hätten sich zwischenzeitlich gelegt. Auch die Stimmung habe sich gebessert. Die Physiotherapie sei zwischenzeitlich abgeschlossen worden. Die neuropsychologische Untersuchung habe keine Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und der Konzentration ergeben (vgl. Urk. 10/2/M2001/8 S. 2).

3.2.5.1.1 Das MRI der HWS und der Hirnvolumetrie vom 18. Januar 2001 ergab - abgesehen von einer leichten Streckhaltung - einen unauffälligen Befund. Die hirnvolumetrische Sequenz zeigte keine Pathologie (vgl. Urk. 10/2/M2000/18).

3.2.6.1.1 Am 13. März 2002 berichtete Dr. Z.____ über eine subjektive Besserung der Schmerzen unter Osteopathiebehandlung. Objektiv bestehe nach wie vor eine Instabilität im Segment C2/3 rechts mit einer Rotationseinschränkung. Im Umfang von 20 % sei weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit gegeben (vgl. Urk. 10/2/M2001/9 = Urk. 10/2/M2000/19).

3.2.7.1.1 In seinem Bericht vom 26. Juni 2002 (Urk. 10/2/M2001/10 = Urk. 10/2/M2000/20) gab Dr. Z.____ an, während sich der Gesundheitszustand aufgrund der osteopathischen Behandlung subjektiv verbessert habe, könne objektiv keine funktionelle Verbesserung festgestellt werden. Es sei mit einem Persistieren des Funktionseinschränkung zu rechnen. Seit dem 10. Juni 2002 bestehe noch eine 10%ige Arbeitsunfähigkeit. Es lägen ausschliesslich Unfallfolgen vor.

3.2.8.1.1 Die Ärzte der Klinik R.____, Schmerzzentrum, welche die Beschwerdeführerin vom 19. März bis 11. Juli 2002 im Rahmen einer Nationalfonds-Studie (vgl. Urk. 10/2/M2000/23 S. 1) ambulant behandelt hatten (Medikation, Schmerzverarbeitungstraining), berichteten am 12. August 2002 über eine - sich insbesondere in einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 80 % auf 90 % manifestierende - recht erfreuliche Entwicklung. Im Laufe der nächsten Wochen sei die Wiederaufnahme der Arbeit in vollem Pensum geplant. Die Beschwerden hätten sich auf ein erträgliches Niveau zurückgebildet, und es sei zu einer erheblichen Stabilisierung gekommen. Lediglich bei gewissen Belastungen der Nackenregion zeigten sich noch Rückfälle; die Schmerzen träten mithin höchstens noch intermittierend auf und würden jeweils durch Bewegungen oder Handlungen ausgelöst. Die Konsultationen fänden nur noch sporadisch in etwa monatlichen Abständen statt (vgl. Urk. 10/2/M2001/12 = Urk. 10/2/M2000/22).

3.2.9.1.1 In ihrer zusammenfassenden Schlussbeurteilung der - im Zusammenhang mit der Nationalfonds-Studie erfolgten - Untersuchungen vom 31. Januar und vom 22. August 2002 diagnostizierten die Ärzte des Spitals S.____, Neurologisch-Neurochirurgische Poliklinik der Universität S.____, am 6. September 2002 ein regredientes Zervikalsyndrom bei Status nach zweimaliger HWS-Distorsion am 4. September 2000 und am 17. Juli 2001 (vgl. Urk. 10/2/M2000/23 S. 2). Im Rahmen des Studienprotokolls sei die Patientin für eine medikamentöse Behandlung mit begleitendem kognitivem Schmerzbewältigungstraining randomisiert worden. Von der Studientherapie habe die Beschwerdeführerin insofern profitieren können, als sich eine deutliche Besserung der

Nackenbeschwerden eingestellt habe (vgl. Urk. 10/2/M2000/23 S. 1). Die zudem erfolgten Procain-Infiltrationen hätten jeweils während einer Dauer von zwei bis drei Wochen zu einer Beschwerdelinderung geführt. Neu erfolgten in Abständen von zweieinhalb Wochen Kraniosakral-Therapie-Sitzungen. Am 22. August 2002 habe die Beschwerdeführerin ihr Allgemeinbefinden als recht gut bezeichnet. Die Nackenbeschwerden traten nur noch tageweise auf und würden vor allem durch lange Kopfkliniation und Stress verstärkt. Die Schlafstörungen könnten mit Surmontil erfolgreich behandelt werden. Unter medikamentöser Therapie mit lediglich noch einer halben Tablette Seropram jeden zweiten Tag sei die Patientin auch psychisch wieder recht stabil (vgl. Urk. 10/2/M2000/23 S. 1 f.).

Bei der klinischen Untersuchung hätten sich weder am 31. Januar noch am 22. August 2002 neurologische Defizite feststellen lassen. Bei ansonsten normaler HWS-Beweglichkeit hätten sich zu Beginn der Behandlung mittels Zebris Bewegungsanalyse noch leichtgradige Bewegungsweinschränkungen für die Kopfdrehung nach links und rechts objektivieren lassen; bis zum Ende der Studientherapie hätten sich diese Befunde diskret verbessert. Das HWS-CT vom 11. April 2001 und das HWS-MRI vom 18. Oktober 2001 hätten im Wesentlichen unauffällige Resultate gebracht, wobei kernspintomographisch Verdacht auf eine chronische Mastoiditis rechts bestehe. Auch die Hirnvoltmetrie vom 18. Oktober 2002 habe keinen pathologischen Befund ergeben (vgl. Urk. 10/2/M2000/23 S. 2).

E. 3.2.10

Dr. phil. C.____ hielt gestützt auf die Ergebnisse der am 22. August 2002 durchgeführten neuropsychologischen Kontrolluntersuchung am 16. September 2002 fest, die Beschwerdeführerin, die im Rahmen der Studie eine kombinierte analgetische Behandlung mit begleitendem kognitivem Schmerzbewältigungstraining erhalten habe, weise einen deutlich gebesserten Allgemeinzustand auf (vgl. Urk. 10/2/M2000/24 S. 2); vor rund zwei Monaten habe sie das Arbeitspensum von 80 % auf 90 % steigern können (vgl. Urk. 10/2/M2000/24 S. 1). Derzeit beschreibe die Patientin noch persistierende rechtsbetonte belastungsabhängige Nackenschmerzen. Die Behandlung in der Klinik R.____ werde weitergeführt. Die neuropsychologische Untersuchung habe keine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit oder der Konzentration ergeben (vgl. Urk. 10/2/M2000/24 S. 2).

Nach einer weiteren neuropsychologischen Kontrolluntersuchung diagnostizierte Dr. phil. C.____ am 17. Oktober 2002 einen Status nach zwei HWS-Distorsionen am 4. September 2000 und am 17. Juli 2001 mit persistierenden zervikalen Beschwerden und Sensibilitätsstörungen unklarer Genese in den oberen Extremitäten (vgl. Urk. 10/2/M2000/25 S. 2). Die Beschwerdeführerin habe über eine - nach einer anstrengenden Arbeitswoche am 24. September 2002 eingetretene - Schmerzverstärkung und Sensibilitätsstörungen in der oberen rechten - und später auch in der oberen linken - Extremität geklagt (vgl. Urk. 10/2/M2000/25 S. 1, S. 2). Daneben beständen noch gelegentliche Kopfschmerzen und eine schmerzhafte Stelle am Nacken. Der neuropsychologische Befund sei unauffällig (vgl. Urk. 10/2/M2000/25 S. 2).

E. 3.2.11

Am 15. November 2002 hielt Dr. Z.____ fest, die durch den Unfall vom 17. Juli 2001 verursachten Beschwerden seien mittlerweile wieder abgeklungen und der status quo ante

habe wieder erreicht werden können. Betreffend die zweite Auffahrkollision könne daher per 17. Juni 2002 der Fallabschluss angenommen werden. Die weitere Heilbehandlung stehe demnach im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 4. September 2000. Seit dem 10. Juni 2002 bestehe eine - andauernde - Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 10 %, wobei eine Steigerung der Leistungsfähigkeit aufgrund der subjektiven Beschwerden und insbesondere der objektiven Befunde auch in Zukunft nicht möglich sein werde (vgl. Urk.10/2/M2001/13 = Urk. 10/2/M2000/27).

Was die osteopathische Behandlung betreffe, sei unklar, inwieweit diese zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit beigetragen habe. Zur Überprüfung des konkreten Effekts der fraglichen Therapie erscheine deren Unterbrechung als sinnvoll (vgl. Urk. 10/2/M2001/13).

E. 3.2.12

Am 2. Dezember 2002 diagnostizierte Dr. phil. C.____ einen Status nach zwei HWS-Distorsionen am 4. September 2000 und am 17. Juli 2001 mit regredienten zervikalen Beschwerden. Nach einer im November 2002 eingetretenen Verschlechterung seien die Beschwerden gemäss der Patientin wieder auf den Stand vor dem "Rückfall" abgeklungen. Während sie noch unter rechtsbetonten Nackenschmerzen leide, beständen keine Kopf- und Schulterschmerzen mehr. Insgesamt habe die Beschwerdeführerin, die Mydocalm zwischenzeitlich abgesetzt habe, über eine seit Beginn der im Rahmen der Studie erfolgen Behandlung eingetretene deutliche Besserung berichtet (vgl. Urk. 10/2/M2000/28 S. 1). Das Ergebnis der neuropsychologischen Untersuchung sei erneut unauffällig ausgefallen (vgl. Urk. 10/2/M2000/28 S. 2).

E. 3.2.13

Dr. Z.____ stellte am 25. Februar 2003 die Diagnose eines chronischen Zervikalsyndroms bei Status nach HWS-Distorsion. Der Verlauf sei wechselhaft; es persistierten Schmerzen sowie eine Rotationseinschränkung. In unregelmässigen Abständen träten Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen auf. Die gegenwärtige Therapie bestehe in Infiltrationen sowie einer medikamentösen und chiropraktischen Behandlung. Es sei ein chronischer Verlauf und damit ein bleibender Nachteil zu erwarten. Weiterhin sei die Patientin zu 10 % arbeitsunfähig (vgl. Urk. 10/2/M2000/29).

E. 3.2.14

Am 29. April 2003 berichtete Dr. Z.____ über einen stationären Zustand mit - chronischen - leichten zervikalen Schmerzen rechts mit einer Rotationseinschränkung und einer bei Stress oder vermehrter körperlicher Belastung intermittierend auftretenden deutlichen Schmerzzunahme. Es erfolge eine medikamentöse Basisbehandlung; bei Exazerbationen würden Infiltrationen und bei Blockierungen eine chiropraktische Therapie durchgeführt. Die Behandlungsdauer sei unbestimmt. Es sei mit einer dauernden 10%igen Arbeitsunfähigkeit und einem bleibenden Nachteil in Form einer rechtsseitigen Rotationseinschränkung zu rechnen. Es lägen ausschliesslich Unfallfolgen vor (vgl. Urk. 10/2/M2000/32).

E. 3.2.15

Auf entsprechende Anfrage der Gerling hin führt Dr. Z.____ zur Begründung der attestierten 10%igen Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise des wofür eigentlich um einen halben Tag reduzierten Arbeitspensums am 3. Juli 2003 aus, die Patientin habe die 90%ige

Arbeitsfähigkeit trotz subjektiv stark wechselnder und teilweise deutlich vermehrter Nacken- und Kopfschmerzen mit konsekutiver Bewegungseinschränkung stets aufrechterhalten. Objektiv bestehe eine deutliche Funktionsbehinderung in den Segmenten C2/3 und C3/4 rechts mit Rotationsblockierung und Instabilität. Durch den jeweils am Mittwoch erfolgenden Arbeitsunterbruch sei es möglich, das Pensum von 90 % aufrecht zu erhalten. Eine Steigerung auf ein volles Pensum ginge wohl mit intermittierenden Arbeitsunterbrüchen einher. Es sei daher mit einer dauernden 10%igen Arbeitsunfähigkeit zu rechnen (vgl. Urk. 10/2/M2000/33).

E. 3.2.16

Am 12. September 2003 berichtete Dr. Z. über einen gegenüber Juli 2003 unveränderten Gesundheitszustand. Es bestehe eine voraussichtlich dauerhafte Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 10 %, und es sei mit einem bleibendem Nachteil in Form chronifizierter Nackenschmerzen zu rechnen (vgl. Urk. 10/2/M2000/34).

E. 3.2.17

Nachdem sie die Beschwerdeführerin am 8. und 9. Juni 2004 internistisch, rheumatologisch, neurologisch, neuropsychologisch und psychiatrisch untersucht hatten (vgl. Urk. 10/2/G1 S. 1), stellten die Ärzte der MEDAS in ihrem Gutachten vom 21. Juli 2004 nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 10/2/G1 S. 11):

- Chronisches zervikovertebrales bis intermittierend zervikospondylogenes Syndrom (ICD-10 M54.2 respektive M53.1) bei/mit
- Status nach HWS-Distorsion am 4. September 2000
- segmentaler Funktionsstörung der oberen HWS (Rechtsrotation)
- leichter muskulärer Dysbalance
- erfreulichem Coping
- Tendovaginitis des ersten Strecksehnenfachs beidseits
- nicht unfallkausal
- Migräne ohne Aura (ICD-10 G43.0)
- seit 1998 bestehend

Seit dem Unfall vom 4. September 2000 leide die Beschwerdeführerin unter Zervikalgien (vgl. Urk. 10/2/G1 S. 11); im Weiteren klage sie über eine erhöhte Reizbarkeit und Ermüdbarkeit (vgl. Urk. 10/2/G1 S. 13). Die Belastbarkeit, insbesondere der oberen HWS, sei für Positionen, wie sie für die lange dauernde Arbeit am Bildschirm erforderlich seien, vermindert. Nachdem die im Jahr 2000 beziehungsweise 2001 beschriebene depressive Episode vollständig remittiert sei, lasse sich derzeit keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Zwar persistiere seit dem fraglichen Ereignis eine vermehrte ängstliche Körperbeobachtung, die Kriterien einer Angststörung nach ICD-10 seien dabei jedoch nicht erfüllt. Vielmehr seien die Sorgen in ihrem Ausmass der Situation angemessen und damit nicht als psychiatrische Störung zu qualifizieren (vgl. Urk. 10/2/G1 S. 11 f.).

In der angestammten Tätigkeit als Competitive Information Specialist und - generell - für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, die keine

Ärberkopfarbeiten oder repetitiven Bewegungen erforderten und welche die Möglichkeit von Pausen und Wechselbelastung bieten, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 90 %, was einem Arbeitspensum von 7 ½ Stunden pro Tag oder von 4 ½ Tagen pro Woche entspreche. Körperliche Schwerarbeiten seien der Explorandin nicht zumutbar (vgl. Urk. 10/2/G1 S. 12). Eine Funktionseinschränkung bestehe hinsichtlich der ausgeübten oder einer anderen Tätigkeit zwar nicht, indes benötige die Beschwerdeführerin - in Form eines Arbeitsunterbruchs von einem halben Tag pro Woche - vermehrt Erholungsphasen (vgl. Urk. 10/2/G1 S. 14).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In therapeutischer Hinsicht sei allenfalls das Erlernen von Entspannungstechniken nützlich. Im Hinblick auf ein allfälliges erneutes Auftreten depressiver Symptome erscheine eine niederfrequente psychiatrische Kontrolle als angebracht. Zusätzlich zu den bereits ergriffenen Massnahmen empfehle sich sodann eine körperliche Aktivierung zur Rekonditionierung und zum muskulären Aufbau (vgl. Urk. 10/2/G1 S. 12). Damit könne möglicherweise noch eine Verbesserung des Gesundheitszustands, zumindest aber eine Stabilisierung und Rezidivprophylaxe erreicht werden (vgl. Urk. 10/2/G1 S. 14). Der weitere Verlauf beziehungsweise der Eintritt einer Verbesserung hänge davon ab, inwieweit sich - durch manuelle Intervention oder spontan - eine Deblockade der lokalen Bewegungseinschränkung erzielen lasse. Eine entsprechende Prognose lasse sich derzeit nicht stellen (vgl. Urk. 10/2/G1 S. 15).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Während die vermehrte Selbstbeobachtung, die erhöhte Reizbarkeit und das persistierende Zervikalsyndrom mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folgen der Auffahrkollision vom 4. September 2000 seien, seien die Sehenscheidenentzündungen an beiden Händen sowie die vorbestehenden Kopfschmerzen mit migräniformem Charakter unfallfremd. Der Unfall vom 17. Juli 2001 habe zwar zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der Beschwerden geführt, sei mittlerweile aber nicht mehr von Bedeutung (vgl. Urk. 10/2 G1 S. 13, S. 16).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da die weitere Entwicklung noch nicht absehbar sei, lasse sich derzeit auch nicht beurteilen, ob der Unfall zu einer dauernden Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität geführt habe. Eine allfällige spätere Integritätseinbusse bestände wohl in einer Funktionseinschränkung der Wirbelsäule und massigen Beanspruchungsschmerzen (in Ruhe selten oder keine Schmerzen; gegebenenfalls rasche Erholung innert ein bis zwei Tagen) und wäre vermutlich zwischen 0 % und 5 % einzustufen (vgl. Urk. 10/2/G1 S. 15).

E. 3.2.18

In seiner Stellungnahme zum Gutachten der MEDAS vom 21. Juli 2004 (Urk. 10/2/G1) hielt der Vertrauensarzt des für den Unfall vom 4. September 2000 zuständigen Haftpflichtversicherers, Dr. med. D.____, am 23. September 2004 fest, es liessen sich keine unfallbedingten morphologischen Schädigungen objektivieren. Die noch geklagten Beschwerden ständen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hauptsächlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 4. September 2000, wobei sich nicht ausschliessen lasse, dass der aktuelle Gesundheitszustand besser wäre, hätte die - eine vorbestehende vegetative Labilität sowie eine Beziehungsstörung aufweisende - Beschwerdeführerin nicht auch noch die Auffahrkollision vom 17. Juli 2001 erlitten (vgl. Urk. 10/2/M2000/35 S. 1). Die Einschätzung der MEDAS-Ärzte sei im Wesentlichen schlüssig und nachvollziehbar. Aus dem Gutachten gehe hervor, dass der Endzustand

noch nicht erreicht sei und eine gesundheitliche Besserung durch weitere therapeutische Massnahmen oder allenfalls auch spontan noch möglich sei (vgl. Urk. 10/2/M2000/35 S. 2).

E. 3.3

3.3.1 Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. F.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, stellten am 21. Juni 2005 folgende Diagnosen (vgl. Anhang zu Urk. 10/2/M2000/37 S. 2):

- Chronisches zervikovertebrales Syndrom (ICD-10 M54.2)
- Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (ICD-10 F54)

Nachdem die Patientin sich vor fünf Jahren bei einem Autounfall ein Schleudertrauma zugezogen habe, hätten sich die neuropsychologischen Symptome in den ersten Monaten wieder zurückgebildet; erhalten geblieben seien dagegen stark einschränkende Nackenschmerzen, die eine Reduktion des Arbeitspensums um 10 % erforderlich gemacht hätten. Die Beschwerdeführerin reagiere auf die in unterschiedlicher Intensität auftretenden Schmerzen zunehmend ängstlich und alarmiert, ziehe sich sozial zurück und vermeide Freizeitunternehmungen aus Angst vor einer weiteren Schmerzprovokation. Nach Absprache mit dem behandelnden Rheumatologen Dr. Z.____ sei man zum Schluss gelangt, dass die Patienten - im Rahmen einer stationären Behandlung in der Rehaklinik V.____ - dringend lernen müsse, mit ihren Schmerzen anders umzugehen, damit es nicht noch zu weiteren beruflichen und sozialen Einschränkungen komme (vgl. Anhang zu Urk. 10/2/M2000/37 S. 1).

3.3.2 Dr. Z.____ gab am 14. Juli 2005 an, die Beschwerdeführerin habe bereits im März 2005 über vermehrte Schmerzen und muskuläre Verspannungen im Bereich des Nackens und des Schultergürtels geklagt habe. Mittels osteopathischer Behandlung, Neuraltherapie und Analgetika beziehungsweise Myotonolytika habe dies knapp kompensiert werden können. Anfangs Juni 2005 sei es allerdings durch den Einfluss der Klimaanlage zu einer akuten Exazerbation mit ausgeprägter Blockierung der HWS und - mit extremen Kopfschmerzen einhergehenden - Ausstrahlungen in den Hinterkopf gekommen. Dieses heftige Rezidiv habe eine zusätzliche psychische Belastung mit sich gebracht, in deren Zusammenhang die Patientin ihre Arbeitsstelle habe kündigen wollen. Aufgrund der akuten Verschlechterung sei es zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit gekommen. Am 18. Juli 2005 werde die Beschwerdeführerin zur vierwöchigen stationären Behandlung in die Rehaklinik V.____ eintreten. Für die dortige Therapie zu keiner Beschwerdebesserung, sei eine neuro-orthopädische Beurteilung zur Abklärung der chronischen posttraumatischen Dysfunktion C2/3 rechts vorgesehen (vgl. Urk. 10/2/M2000/38).

3.3.3 Am 3. August 2005 stellte die - seit dem 11. Juni 2004 behandelnde - Psychologin lic. phil. F.____ folgende Diagnosen (vgl. Urk. 10/2/M2000/42 S. 1):

- Leichte bis mittelgradige reaktive depressive Episode (ICD-10 F32.0-1) verbunden mit
- Panikattacken (ICD-10 F41.0) bei
- chronischem zervikovertebralem Syndrom (ICD-10 M54.2) und
- Tendovaginitis stenosans rechts und links

Die Beschwerdeführerin habe sich, nachdem sie psychisch zunehmend unter den Unfallfolgen (körperliche Schmerzen und Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz, sozialer Rückzug) zu leiden begonnen habe, vor rund einem Jahr bei ihrer - lic. phil F. ___ - in Behandlung begeben (vgl. Urk. 10/2/M2000/42 S. 1). Nach dem Unfall sei die Patientin regelmässig über ihre Schmerzgrenze hinausgegangen, was wohl zu immer stärkeren körperlichen Verspannungen und schliesslich zu einer Schmerzeskalation geführt habe. Emotional habe sie verzweifelt und depressiv auf die erneute Schmerzzunahme reagiert, sich gleichzeitig aber auch vorgeworfen, etwas falsch gemacht zu haben. Sie habe starke Erwartungsängste, die die Gespanntheit noch gesteigert hätten, entwickelt (vgl. Urk. 10/2/M2000/42 S. 2). Nun sei schliesslich ein seit dem Unfall sehr labiles System endgültig zusammengebrochen; insofern sei die Unfallkausalität der Symptomatik zu bejahen. Derzeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Nach dem Ende des stationären Aufenthalts in der Rehaklinik V. ___, dessen Ziel es sei, einen weniger panischen und damit entspannteren Umgang mit den Schmerzen zu finden, sei die Weiterführung der Psychotherapie indiziert. Zwingend sei zudem eine berufliche Abklärung seitens der Invalidenversicherung, wobei es gelte, einen neuen Arbeitsplatz für die Beschwerdeführerin zu finden (vgl. Urk. 10/2/M2000/42 S. 3).

3.3.4. Nachdem sie die Beschwerdeführerin vom 19. Juli bis 16. August 2005 stationär behandelt hatten, stellten die Ärzte der Rehaklinik V. ___ im Austrittsbericht vom 18. August 2005 (Urk. 10/2/M2000/43) nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 10/2/M2000/43 S. 1):

- Chronifiziertes zervikospindylogenes Schmerzsyndrom mit/bei
- Status nach Verkehrsunfall am 4. September 2000
- myofaszialer Schmerzausbreitung im Bereich Schultergürtel und Nacken rechtsbetont mit vegetativer Begleitsymptomatik mit nuchalen Zephalgien sowie minimalen neuropsychologischen Defiziten
- Chronisch rezidivierende Tendovaginitiden beider Handgelenke
- Status nach Septumoperation
- Migräne

Die Patientin habe am spezifischen vierwöchigen, ganzheitlich orientierten, interdisziplinären Behandlungsprogramm für Patienten mit chronischen Schmerzen (ZISP) teilgenommen (vgl. Urk. 10/2/M2000/43 S. 1). Im Rahmen des Klinikaufenthalts habe die Beschwerdeführerin einen besseren Umgang mit ihren chronischen Schmerzen gelernt. Aufgrund der erlernten Entspannungstechniken sei die psychische Stabilität etwas besser geworden. Es habe sich gezeigt, dass schon bei geringer psychischer Belastung zunehmend Angstattacken auftraten. Zudem seien manipulative Tendenzen festgestellt worden. Ob diese im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung zu interpretieren seien, müsse eine psychiatrische Begutachtung ergeben (vgl. Urk. 10/2/M2000/43 S. 2).

Aufgrund der gezeigten Belastbarkeit wäre der Beschwerdeführerin eine leichte sitzende Tätigkeit im Umfang von 50 % an sich zumutbar. Da die eigenen Untersuchungsergebnisse von den von den MEDAS-Gutachtern im Juni 2004 erhobenen Befunden abwichen, sei, bis zum Vorliegen einer noch durchzuführenden psychiatrischen

Expertise, aus psychiatrischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (vgl. Urk. 10/2/M2000/43 S. 2).

3.3.5 In seiner gestützt auf die Akten verfassten erneuten Stellungnahme vom 10. November 2005 (Urk. 10/2/M2000/46) hielt Dr. D. ___ fest, auch retrospektiv erscheine das MEDAS-Gutachten vom 21. Juli 2004 als schlüssig. Während nach den beiden Unfällen ab dem 10. Juni 2002 wieder eine 90%ige Arbeitsfähigkeit bestanden habe, sei es von Ende Februar bis Ende Mai 2004 sowie vom 1. Juli bis Ende August 2004 wegen - unfallfremder - beidseitiger Sehnenscheidenentzündungen an den Händen zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit gekommen. In der Folge sei die Beschwerdeführerin vom 1. September 2004 bis 5. Juni 2005 wieder zu 90 % arbeitsfähig gewesen. Seither bestehe wegen einer Zunahme der Kopfschmerzen einerseits und aufgrund massiver tendomyotischer Verspannungen andererseits - mit Ausnahme zweier Tage - eine andauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Aufenthalt in der Rehaklinik V. ___ habe keine wesentliche Verbesserung des Zustandes gebracht (vgl. Urk. 10/2/M2000/46 S. 1).

Die im Jahr 2005 eingetretene Verschlimmerung könne aus rein morphologischer Sicht nicht mehr mit den Unfallereignissen der Jahre 2000 und 2001 in Verbindung gebracht werden. Von wesentlicher Bedeutung seien diesbezüglich offensichtlich vielmehr unfallfremde Faktoren in Form einer psychischen Überlagerung und ungünstiger Verhältnisse am Arbeitsplatz sowie der bereits seit 1998 bestehenden migräiformen Kopfschmerzsymptomatik (vgl. Urk. 10/2/M2000/46 S. 1).

Ob das Ereignis vom 4. September 2000 eine leichte ligamentäre Läsion im HWS-Bereich verursacht habe, die eine fortdauernde unfallkausale leichte Zervikalgie plausibel machen könnte, lasse sich angesichts der fehlenden Informationen betreffend den Schweregrad des fraglichen Unfalls nur schwer beurteilen (vgl. Urk. 10/2/M2000/46 S. 1). Der status quo ante sei sicher nicht erreicht; wenn aus gutachterlicher Sicht die zuvor genannten unfallfremden Faktoren als hauptsächlich für den gegenwärtigen Zustand beurteilt würden, könne allenfalls ein status quo sine postuliert werden. Eine nochmalige Begutachtung aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht sei nach vorgängiger Aktenvorlage an den den Haftpflichtversicherer beratenden Psychiater indiziert (vgl. Urk. 10/2/M2000/46 S. 2).

3.3.6 Auf Anfrage der Gerling vom 7. November 2005 hin hielten Dr. E. ___ und lic. phil. F. ___ am 29. Juli 2005 [richtig wohl: November 2005] fest, die Beschwerdeführerin sei in körperlich relativ unverändertem, emotional jedoch sehr aufgewühltem Zustand aus der Rehaklinik V. ___ zurückgekehrt. In den Jahren nach dem Unfall habe die Patientin mit allen ihr zur Verfügung stehenden Kräften versucht, sich zusammenzureissen und sich die Gefühle nicht anmerken zu lassen; dies habe eine Schmerzverstärkung, Spannungserhöhung und emotionale Versteinerung zur Folge gehabt. Schliesslich habe die Beschwerdeführerin ihre Gefühle gar selber nicht mehr wahrgenommen, sondern nur noch Spannungsunterschiede und damit Unterschiede in der Schmerzintensität gespürt (vgl. Urk. 10/2/M2000/41 S. 1).

In der Rehaklinik V. ___ sei es der Patientin im geschätzten Rahmen des Behandlungsprogramms und bei intensivem zwischenmenschlichem Kontakt - aber (nach derart langer Isolation) auch bei hohem Druck - gelungen, einen emotionalen Durchbruch zu machen. Dabei sei eine Flut verdrängter Gefühle auf sie eingestürzt

(vgl. Urk. 10/2/M2000/41 S. 1 f.). Das Ziel der seit dem Austritt durchgeführten Therapie habe darin bestanden, diese Gefühle zu verstehen, zu benennen und einzuordnen. Dieser emotionale Prozess sei vergleichbar mit demjenigen, der erforderlich sei, um nach einer Lähmung wieder gehen zu lernen (vgl. Urk. 10/2/M2000/41 S. 2).

Die Beschwerdeführerin habe bereits grosse Fortschritte gemacht und zeige sich weiterhin motiviert, wach und engagiert. Mittlerweile blieben ihre Schmerzen in verschiedenen belastenden Situationen, die früher zu einer Eskalation geführt hätten, stabil, was sie auch ermutige, die geplanten Schritte betreffend berufliche Neuorientierung zu tätigen. Es bestehe daher Grund für Optimismus; bei einem vorsichtigen Vorgehen, genügend Zeit und professioneller Unterstützung werde die Patientin wohl wieder in der Lage sein, im Beruf Fuss fassen zu können (vgl. Urk. 10/2/M2000/41 S. 2).

3.3.7 Dr. Z. ___ diagnostizierte am 22. November 2005 ein chronisches zervikozephal und zervikospondylogenes Syndrom bei Status nach HWS-Distorsion mit persistierender Dysfunktion C2/3. Seit dem Unfall vom 4. September 2000 sei es zu einem stationären Schmerzverlauf mit intermittierender Exazerbation der Schmerzen einerseits und der Bewegungseinschränkung andererseits gekommen. Im Juni 2005 sei stressbedingt eine völlige Dekompensation mit muskulären Verspannungen und Blockierungen eingetreten, wobei die gesamte Situation noch durch eine reaktive Depression verstärkt worden sei. Gegenwärtig erfolge eine medikamentöse Behandlung (analgetisch, myotonolytisch, antidepressiv) und eine Manualtherapie; anderweitige therapeutische Massnahmen schienen aktuell nicht indiziert zu sein. Die Konsultationen fielen in einmonatigen Abständen statt. Es lägen ausschliesslich Unfallfolgen vor. Seit dem 29. Juni 2005 sei die Patientin wieder zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund des bisherigen Verlaufs sei mit einem bleibenden chronischen Schmerzsyndrom zu rechnen (vgl. Urk. 10/2/M2000/48).

3.3.8 Der beratende Arzt des Haftpflichtversicherers, Dr. med. G. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte auf entsprechende Anfrage hin am 30. November 2005 die Ursächlichkeit des Unfalls vom 4. September 2000 für die seit Juni 2005 persistierenden Beschwerden - unter Hinweis auf die nach der fraglichen Auffahrkollision eingetretene erhebliche Besserung - in Frage. Nicht nur habe die Beschwerdeführerin nach dem genannten Unfallereignis wieder eine 90%ige Arbeitsfähigkeit erlangt, sondern es sei auch die psychische Symptomatik gemäss der Beurteilung des damals behandelnden Psychiaters Dr. B. ___ vom 18. April 2001 wieder soweit abgeheilt gewesen, dass - unfallbedingt - kein Behandlungsbedarf mehr bestanden habe. Erst nach dem zweiten Unfall sei es zu einer deutlichen Verschlimmerung gekommen. Die nun eingetretene erneute Verschlechterung sei lediglich möglicherweise auf die am 4. September 2000 erfolgte erste Kollision zurückzuführen (vgl. Urk. 10/2/M2000/47 S. 3 = Urk. 10/2/M2000/50 S. 1).

Als Ursache für die persistierenden Beeinträchtigungen fielen auch der zweite Unfall beziehungsweise die myofaszialen Beschwerden der eher labilen Beschwerdeführerin, die im Jahr 2004 geschieden worden sei, und die vorbestehende Migräne ohne Aura in Betracht (vgl. Urk. 10/2/M2000/47 S. 4).

3.3.9 Die Ärzte der Klinik R. ___, Wirbelsäulenzentrum, diagnostizierten gestützt auf die Ergebnisse der ambulanten Untersuchung vom 15. Mai 2006 in ihrem

gleichentags verfassten Bericht (Urk. 10/2/M2000/55 = Urk. 3/3) chronische HWS-Schmerzen bei Zustand nach zweimaligem HWS-Trauma nach Autounfall (vgl. Urk. 10/2/M2000/55 S. 1). Es bestehe ein schwerer chronischer Schmerzzustand. Aufgrund der Blockierungen im Bereich C2/3 beziehungsweise der verdächtigen Gelenkflächen sei eine CT-Untersuchung von C1-C4 indiziert. Zur Beurteilung der Bandscheiben respektive des ligamentellen Zustandes und eventuell auch der Gelenkflächen sei überdies die Durchführung eines MRI angezeigt (vgl. Urk. 10/2/M2000/55 S. 2).

E. 3.3.10

Nachdem sie die Beschwerdeführerin am 4. und 17. Mai 2006 untersucht hatten, diagnostizierten die Ärzte der Psychiatrischen Klinik U. ___ in ihrem Gutachten vom 29. Mai 2006 (Urk. 10/2/G2) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; vgl. Urk. 10/2/G2 S. 13), wobei sich das entsprechende Störungsbild positiv psychiatrisch feststellen lasse (vgl. Urk. 10/2/G2 S. 17). Der Unfall vom 4. September 2000 und die dadurch ausgelösten somatischen Beschwerden seien nur während einer begrenzten Zeit (wohl während etwa eines halben Jahres) von Relevanz gewesen; danach habe eine persöhnlichkeitsbedingte Fehlverarbeitung von Beschwerden für die Chronifizierung der Symptomatik gesorgt. Hinzuweisen sei in diesem Zusammenhang auf die erhebliche Diskrepanz zwischen der subjektiven Beschwerdeschilderung und der äusserlich im Arbeitsbereich erkennbaren Beeinträchtigung (vgl. Urk. 10/2/G2 S. 16).

Die Dekompensation im Sommer 2005 sei eindeutig nicht mehr auf das Unfallereignis vom 4. September 2000 beziehungsweise auf dessen emotionale Verarbeitung zurückzuführen. Vielmehr sei die massive Symptomzunahme als Folge eines Zusammenbruchs der bis dahin noch wirksamen Abwehrmechanismen zu interpretieren. Die Explorandin sei damals nicht mehr in der Lage gewesen, die Fassade der leistungsfähigen Mitarbeiterin aufrecht zu erhalten, was zu einer deutlichen Regression geführt habe. Ziel der aktuellen Therapie sei es daher nun, eine differenzierte Selbstwahrnehmung und eine kompetentere Problembewältigung zu finden (vgl. Urk. 10/2/G2 S. 16).

Die Auffahrkollision vom 4. September 2000 habe zwar - während der Unfall vom 17. Juli 2001 ohne nachhaltige Auswirkungen geblieben sei [vgl. Urk. 10/2/G2 S. 15]) - eine verhängnisvolle Entwicklung angestossen. Wenn man indes den gesamthaften Verlauf in den sechs Jahren seit dem Unfall betrachte, hätte eine derartige Entwicklung durchaus auch ohne die fragliche Kollision stattfinden können. Insofern sei der Unfall aus psychiatrischer Sicht wohl als Anlass für die, nicht aber als tatsächliche Ursache der nun persistierenden Symptomatik, die auch als "Burn-out" beschrieben werden könne, zu interpretieren; ursächlich für die Dekompensation im Sommer 2005 sei die fragliche Auffahrkollision sicher nicht gewesen (vgl. Urk. 10/2/G2 S. 16 f.).

Unfallbedingt sei die Arbeitsfähigkeit aus psychischer Sicht nicht eingeschränkt. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei die Explorandin derzeit zwar - aus unfallfremden Gründen - noch zu 100 % arbeitsunfähig; die Bemühungen um eine berufliche Wiedereingliederung seien allerdings unbedingt fortzusetzen (vgl. Urk. 10/2/G2 S. 17).

Der Zustand sei grundsätzlich verbesserungsfähig, es müsse aber mit einem langdauernden Verlauf gerechnet werden. Im Vordergrund stehe dabei die Psychotherapie; eine medikamentöse Stabilisierung erscheine zwar als sinnvoll, eine

Heilung durch Medikamente sei jedoch nicht zu erwarten. Was - von der Beschwerdeführerin in Betracht gezogene (vgl. Urk. 10/2/G2 S. 13) - operative Eingriffe anbelange, sei davon aus psychiatrischer Sicht ganz dringend abzuraten, zÄ¶ge doch eine allfÄ¶llige Operation wohl eine deutliche Verschlechterung der Symptome nach sich (vgl. Urk. 10/2/G2 S. 18).

E. 3.3.11

Die am 12. Juni 2006 mittels MRI und CT durchgefÄ¶hrt Untersuchung der HWS ergab - abgesehen von einer minimalen flachen Diskusprotrusion C5/C6 ohne Nervenwurzelkompression - keine pathologischen VerÄ¶nderungen (vgl. Urk. 10/2/M2000/57).

E. 3.3.12

Dr. Z.____ berichtete am 22. Juni 2006 Ä¶ber einen unverÄ¶nderten Gesundheitszustand der Patientin. Diese leide weiterhin unter chronischen Nackenschmerzen mit - teilweise durch Bewegungen und/oder Stresssituationen ausgelÄ¶stet - intermittierenden akuten Exazerbationen. Die geklagten Beschwerden erschienen angesichts der erheblichen FunktionsstÄ¶rung im Segment C2/3 als glaubhaft. Ein operativer Eingriff werde derzeit geprÄ¶ft. Aus therapeutischer Sicht wÄ¶rden derzeit lediglich eine manuelle Behandlung der Blockierungen, eine medikamentÄ¶se Schmerztherapie mit antidepressiver UnterstÄ¶tzung sowie allenfalls physiotherapeutische Massnahmen durchgefÄ¶hrt. Gelingen es, der Patientin eine Zukunftsperspektive betreffend Arbeitsstelle zu vermitteln, werde sich dies sicherlich positiv auf die Gesamtsituation auswirken (vgl. Urk. 10/2/M2000/58).

E. 3.3.13

Nach Kenntnisnahme des MRI und des CT der HWS vom 12. Juni 2006 (Urk. 10/2/M2000/57) hielten die Ä¶rzte der Klinik R.____, WirbelsÄ¶ulenzentrum, am 4. Juli 2006 fest, mit Ausnahme einer leichten Bandscheibendegeneration C5/6 liessen sich keine pathologischen VerÄ¶nderungen feststellen. Die Patientin, die Ä¶ber eine stetige Besserung berichte, aber weiterhin das Problem mit der Arbeit habe, leide unter den fÄ¶r ein Schleudertrauma typischen Restbeschwerden. Es sei unabdingbar, dass der BeschwerdefÄ¶hrerin eine Zukunftsperspektive gegeben werde, wobei aufgrund der langsamen Erholung auch unbedingt eine sehr langsame Reintegration stattfinden mÄ¶sse. Eine chirurgische Therapie sei nicht indiziert (vgl. Urk. 10/2/M2000/60 = Urk. 3/4).

E. 3.3.14

Die behandelnde Psychologin lic. phil. F.____ gab am 23. Oktober 2006 an, nachdem es wÄ¶hrend des Aufenthalts in der Rehaklinik V.____ zu einer ersten Stabilisierung gekommen sei, habe die Patientin Ende letzten Jahres mit Hilfe eines Case Managers und Berufsberaters erste Schritte zu einer beruflichen Reintegration genommen. Der erste Arbeitsversuch als Mitarbeiterin an der RÄ¶ception eines Hotels habe gezeigt, dass sich der berufliche Wiedereinstieg als schwierig erweise. Zwar habe die BeschwerdefÄ¶hrerin ihre Aufgaben zufriedenstellend erfÄ¶hrt, dabei allerdings einen kÄ¶rperlichen RÄ¶ckfall erlitten und sich nicht getraut zu sagen, dass sie ab dem ersten Arbeitstag mit starken, sich laufend steigenden Schmerzen konfrontiert gewesen sei. Es sei ihr klar geworden, dass ihr eine derartige TÄ¶tigkeit nicht mÄ¶glich sei. Auch die zu Hause unternommenen Versuche, am PC zu arbeiten, hÄ¶tten immer wieder zu kÄ¶rperlichen Schmerzen

gefördert, was wiederum die Verzweiflung der Patientin gesteigert habe. Insofern sei es immer wieder Inhalt der Therapie gewesen, die Trauer und die Verlustgefühle zu verarbeiten (vgl. Urk. 10/2/M2000/65 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nachdem die Beschwerdeführerin die Zusammenarbeit mit dem Case Manager im Mai 2006 abgebrochen habe, habe sie Ende Juni 2006 ein Arbeitstrainingsprogramm begonnen. Wenn sie auch eine allgemein verminderte Leistungsfähigkeit habe feststellen müssen und es bei zu starker Forcierung zu Rückschlägen gekommen sei, so habe die Patientin insgesamt doch gute Erfahrungen gemacht. In den nächsten Monaten werde im Rahmen der Therapie eine Auseinandersetzung mit den nach wie vor hohen Selbstansprüchen und der durch die körperliche Einschränkung aufgezwungenen Leistungsreduktion stattfinden. Wenn die Beschwerdeführerin den geschätzten Rahmen ihres derzeitigen Arbeitsplatzes für einen Arbeitsversuch in der Privatwirtschaft verlassen werde, müsse sich zeigen, ob sie auch dort in der Lage sei, die Arbeitstechniken ihren körperlichen Voraussetzungen anzupassen (vgl. Urk. 10/2/M2000/65 S. 2).

E. 3.3.15

Am 1. November 2006 wurde die Beschwerdeführerin von Prof. Dr. Y.____ rheumatologisch untersucht. In seiner Expertise vom 14. November 2006 (Urk. 10/2/G3) stellte der genannte Arzt folgende Diagnosen (vgl. Urk. 10/2/G3 S. 32, S. 37):

- Chronische Nacken- und Schulterschmerzen bei anhaltendem somatoformem Schmerzsyndrom
- Leichtes zervikovertebrales Syndrom (mögliche intermittierende Blockierung C2/3 rechts)
- Status nach Distorsion der Halswirbelsäule anlässlich von Autounfällen am 4. September 2000 und am 17. Juli 2001

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Untersuchung habe lediglich eine diskrete Einschränkung der HWS-Rotation nach rechts bei fehlendem muskulärem Hartspann parazervikal ergeben. Die angegebenen chronischen Beschwerden liessen sich damit in keiner Weise erklären (vgl. Urk. 10/2/G3 S. 33). Bedingt durch die Auffahrkollision vom 4. September 2000 bestehe ein zervikovertebrales Syndrom bei Status nach Distorsion der HWS. Der zweite Unfall vom 17. Juli 2001 habe zu einer vorübergehenden Verstärkung der Symptomatik, die bis zum Sommer 2002 wieder abgeklungen sei, geführt. Die Exazerbation im Juni 2005 könne mit den dokumentierten rheumatologischen Befunden nicht erklärt werden und stehe in keinem ursächlichen Zusammenhang zu den beiden erlittenen Unfällen. Die bildgebenden Untersuchungen (MRI, CT und Röntgen) hätten praktisch unauffällige Verhältnisse im Bereich der HWS gezeigt (vgl. Urk. 10/2/G3 S. 34).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus rheumatologischer Sicht bestehe für die angestammte Tätigkeit und generell leichtere Arbeiten mit ergonomischer Anpassung und der Möglichkeit zum Positionswechsel ohne regelmässiges Heben von ein Gewicht von 10 kg übersteigenden Lasten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 10/2/G3 S. 40, S. 42, S. 43 f., S. 33). Unter Berücksichtigung der von den Ärzten der Psychiatrischen Klinik U.____ diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung erscheine es als sinnvoll, die Arbeitsfähigkeit - ausgehend von einem Pensum von 50 % - langsam zu

Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass es sich bei der von Dr. Z.____ festgestellten Funktionseinschränkung im Segment C2/3 beziehungsweise C3/4 (vgl. etwa Berichte vom 13. März 2002 [Urk. 10/2/M2000/19], vom 26. Juni 2002 [Urk. 10/2/M2000/20] und vom 3. Juli 2003 [Urk. 10/2/M2000/33]) um keinen objektivierbaren Befund im Sinne der Rechtsprechung handelt (vgl. dazu etwa Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2008, 8C_33/2008 Erw. 5.1, mit zahlreichen Hinweisen). Auch liessen sich gestützt auf entsprechende Untersuchungen keine neurologischen Defizite feststellen (vgl. Urk. 10/2/M2000/5 S. 2, Urk. 10/2/M2000/23 S. 2). Die Gerling hätte daher richtigerweise bei der Beurteilung des Rentenanspruchs eine - sich angesichts der zugezogenen HWS-Distorsion und der zumindest teilweise vorhandenen für die fragliche Verletzung typischen Beschwerden (vgl. Erw. 1.8) sowie mangels einer zum fraglichen Zeitpunkt im Vordergrund stehenden psychischen Störung auf die damals anwendbare Rechtsprechung gemäss BGE 117 V 359 stützende - spezielle Adäquanzprüfung vornehmen müssen (vgl. dazu Erw. 1.9, 1.10, 1.14).

4.2.3.4 Beim Unfall vom 4. September 2000 wurde das von der Beschwerdeführerin gelenkte, in einer Kolonne stehende durch ein nachfolgendes auffahrendes Auto in das Heck des vor ihr stehenden Fahrzeuges gedrückt, welches in der Folge seinerseits mit dem Heck des vor ihm stehenden Autos kollidierte (vgl. Urk. 10/1/K1, Urk. 10/1/K162, Urk. 10/2/6/2 S. 1, S. 6, S. 7). Der Ford Fiesta der Beschwerdeführerin erfuhr dadurch beim ersten Anstoss eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) von 7,4 bis 11,0 km/h und beim zweiten Anstoss eine solche von 3,5 bis 6,5 km/h (vgl. Unfallanalytisches Kurzgutachten vom 3. Juli 2006, Urk. 10/1/K162 S. 3). Aufgrund des Geschehensablaufs und der dabei auf das Fahrzeug der Beschwerdeführerin einwirkenden Kräfte ist das Ereignis vom 4. September 2000 - wie vergleichbare Fälle - als mittelschwer, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegend zu qualifizieren (vgl. dazu etwa Urteile des Bundesgerichts vom 16. Februar 2009, 8C_327/2008 Erw. 4, und vom 28. Juli 2008, 8C_28/2008 Erw. 4.3). Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs wäre demnach nur dann zu bejahen, wenn eines der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter oder mehrere dieser Kriterien in gehäuft Weise erfüllt wären.

Die fragliche Doppelkollision war weder von besonderer Eindringlichkeit, noch ereignete sie sich unter besonders dramatischen Begleitumständen. Auch gibt es keine Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte. Da sich die Beschwerdeführerin, die bei grader Kopfhaltung von der Kollision überrascht worden war (vgl. Urk. 10/2/M2000/2 S. 1), nebst der HWS-Distorsion keine weiteren Verletzungen zuzog und ein erlittenes Schleudertrauma für sich allein das unfallbezogene Merkmal der schweren beziehungsweise besonders gearteten Verletzung rechtsprechungsgemäss nicht zu begründen vermag (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 18. Dezember 2008, 8C_523/2008 Erw. 4.4, mit Hinweisen), ist auch dieses Kriterium nicht erfüllt. Sodann kam es weder zu einem schwierigen Heilungsverlauf noch zu erheblichen Komplikationen, trat doch schon bald nach dem Unfall eine stetige und wesentliche Besserung ein, und wenn die erneute Auffahrkollision vom 17. Juli 2001 auch zu einer vorübergehenden Verstärkung der Symptomatik führte, so war diese doch von eher geringer - die Arbeitsfähigkeit nicht tangierender - Tragweite.

Im Zeitpunkt der Rentenzusprache stand die Beschwerdeführerin seit gut drei Jahren in ärztlicher Behandlung. In Anbetracht dessen, dass nach einem HWS-Schleudertrauma eine Behandlungsbedürftigkeit von zwei bis drei Jahren durchaus üblich ist (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 14. September 2007, U 456/06 Erw. 6.2, mit Hinweisen), und sich die Behandlung im Wesentlichen auf ärztliche Verlaufskontrollen mit gelegentlicher Manualtherapie (vgl. Urk. 10/2/M2000/13), die Verordnung eines Halskragens (vgl. Urk. 10/2/M2000/5 S. 2, medikamentöse Massnahmen (vgl. Urk. 10/2/M2000/4, Urk. 10/2/M2000/8, Urk. 10/2/M2001/1, Urk. 10/2/M2001/2 S. 3, Urk. 10/2/G1 S. 8), eine rund zweimonatige Psychotherapie (vgl. Urk. 10/2/M2000710), eine noch im Jahr 2001 wieder abgeschlossene Physiotherapie (vgl. Urk. 10/2/M2001/8 S. 2), eine osteopathische Behandlung, deren Wirksamkeit Dr. Z. in Zweifel zog (vgl. Urk. 10/2/M2000/19, Urk. 10/2/M2001/13), und eine vorübergehend - in zweieinhalbwöchigen Abständen - durchgeführte kraniosakrale Therapie (vgl. Urk. 10/2/M2000/23) beschränkte, Dr. Z. am 29. April 2003 berichtete, es werde lediglich noch eine medikamentöse Basisbehandlung durchgeführt, welche bei Exazerbationen und Blockierungen durch Infiltrationen beziehungsweise chiropraktische Massnahmen ergänzt werde (vgl. Urk. 10/2/M2000/32), und die Gutachter der MEDAS bereits am 24. Juli 2004 - nebst der Fortführung der medikamentösen Behandlung (vgl. Urk. 10/2/G1 S. 8) - lediglich noch das Erlernen von Entspannungstechniken, eine - vorbeugende - psychiatrische Kontrolle und eine körperliche Aktivierung zur Rekonditionierung und zum muskulären Aufbau empfahlen, kann das Kriterium der Behandlungsdauer nicht oder zumindest nur als in gering ausgeprägter Form erfüllt betrachtet werden.

Zu verneinen ist sodann in Anbetracht der bereits ab 16. Oktober 2000 - mithin nur sechs Wochen nach dem Unfall - wieder attestierten 50%igen Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 10/2/M2000/4), die per 1. Februar 2001 auf 60 % (vgl. Urk. 10/2/M2000/7), per 26. Februar 2001 auf 70 % (vgl. Urk. 10/2/M2000/8) und kurz darauf, am 9. April 2001, auf 80 % gesteigert werden konnte (vgl. Urk. 10/2/M2000/11) und ab dem 10. Juni 2002 - und noch im Zeitpunkt des Rentenentscheids der Gerling - gar lediglich noch um 10 % eingeschränkt war (vgl. Urk. 10/2/M2000/27, Urk. 10/2/G1 S. 14), das Merkmal des Grads und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Höchstens als in wenig ausgeprägter Form erfüllt kann schliesslich das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen betrachtet werden. So trat schon sehr bald nach dem Unfall vom 4. September 2000 eine - eine stetige Steigerung der Leistungsfähigkeit mit sich bringende - erhebliche Besserung ein, wobei die Beschwerdeführerin im Juni 2004, als sie von den Ärzten der MEDAS begutachtet wurde, noch unter erhöhter Reizbarkeit, Ermüdbarkeit und Nackenschmerzen litt (vgl. Urk. 10/2/G1 S. 13).

Da nach dem Gesagten im Zeitpunkt des Rentenentscheids der Gerling Ende 2004 höchstens zwei der zu berücksichtigenden Kriterien - in nicht besonders auffälliger Weise - erfüllt waren, stand die über den 1. Januar 2005 hinaus geklagte Symptomatik und die deretwegen bescheinigte 10%ige Arbeitsunfähigkeit in keinem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 4. September 2000 (und - wie bereits dargelegt - auch nicht zum Ereignis vom 17. Juli 2001) mehr. Demnach erweist sich die Rentenverfägung vom 9. November 2004 als zweifellos unrichtig. Ob indes die am 20. Dezember 2006 in erster Linie gestützt auf Art. 17 ATSG verhängte Aufhebung dieser Rente bestätigt werden kann, hängt des Weiteren davon ab, ob seit dem 9. November

2004 - namentlich aufgrund des im Juni 2005 gemeldeten Rückfalls zum Unfall vom 4. September 2000 - allenfalls ein Rentenanspruch pro futuro entstanden ist (vgl. Erw. 1.4.2 Abs. 2).

E. 5

5.1 Die oben unter anderen zitierten Berichte über die nach der Rückfallmeldung durchgeführten Untersuchungen ergaben eine erhebliche psychische Störung, jedoch keine wesentlichen somatischen Befunde. Die Psychiater der Psychiatrischen Klinik U. ___ gelangten denn am 29. Mai 2006 auch zum Schluss, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nicht mit physischen Beeinträchtigungen, sondern mit einer somatoformen Schmerzstörung zu erklären seien (vgl. Urk. 10/2/G2). Wenn lic. phil. F. ___ - in Abweichung von der Expertise der Psychiatrischen Klinik U. ___ (Urk. 10/2/G2) - von einer leichten bis mittelgradigen, mit Panikattacken verbundenen reaktiven depressiven Episode ausging (vgl. Urk. 10/2/M2000/42), so stimmt ihre Beurteilung mit jener der Ärzte der Psychiatrischen Klinik U. ___ jedenfalls insofern überein, als die behandelnde Psychologin ebenfalls - zumindest implizite - von einer zu einem weit überwiegenden Teil psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ausging. Auch der Aufenthalt in der Rehaklinik V. ___ im Juli/August 2005 ist - zumindest in erster Linie - vor dem Hintergrund der psychischen Dekompensation und nicht des Zervikalsyndroms zu sehen. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der stationären Behandlung an einem interdisziplinären Schmerzprogramm und nicht etwa am von der genannten Klinik speziell für Verunfallte mit einem HWS-Distorsionstrauma angebotenen Behandlungskonzept teilnahm (vgl. Urk. 10/2/M2000/43 S. 1). Das Ziel des Rehabilitationsaufenthalts bestand denn gemäss lic. phil. F. ___ auch darin, einen besseren Umgang mit den Schmerzen zu erlernen (vgl. Bericht vom 21. Juni 2005, Anhang zu Urk. 10/2/M2000/37 S. 1). Zu beachten ist zudem, dass die Ärzte der Rehaklinik V. ___ im Austrittsbericht vom 18. August 2005 (Urk. 10/2/M2000/43) - weniger gestützt auf die erhobenen Befunde als auf die von der Beschwerdeführerin gezeigte Belastbarkeit - zwar nebst psychischen auch aus physischen Gründen eine - insgesamt mit 100 % bezifferte - Arbeitsunfähigkeit attestierten, allerdings Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung äusserten und betreffend die somatisch bedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit noch eine psychiatrische Abklärung für erforderlich hielten (vgl. Urk. 10/2/M2000/43 S. 2, S. 3). Insofern ist auch wenig erstaunlich, dass lic. phil. F. ___ in der Folge festhielt, die stationäre Behandlung in der Rehaklinik V. ___ sei zwar ohne wesentliche Auswirkung auf die körperliche Symptomatik geblieben, habe die Beschwerdeführerin aber emotional stark aufgewühlt (vgl. Bericht vom November 2005, Urk. 10/2/M2000/41 S. 1).

Die Beschwerdeexazerbation im Juni 2005 auf psychische Ursachen zurückzuführen sei, erkannte in der Folge auch Prof. Dr. Y. ___, der im Rahmen seiner rheumatologischen Untersuchung vom 1. November 2006 lediglich geringfügige Befunde in Form einer diskreten Einschränkung der HWS-Rotation nach rechts bei fehlendem Muskelhartspann parazervikal erhob und sich die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beeinträchtigungen weder damit noch mit den Ergebnissen der bildgebenden Untersuchungen (MRI, CT und Röntgen) zu erklären vermochte (vgl. Gutachten vom 14. November 2006, Urk. 10/2/G3 S. 33, S. 34). Ursächlich für die geklagte Symptomatik hielt Prof. Dr. Y. ___ daher nicht das von ihm

als leicht taxierte Zervikalsyndrom, sondern vielmehr - im Einklang mit den Ärzten der Psychiatrischen Klinik U.____ (vgl. Urk. 10/2/G2) - ein anhaltendes somatoformes Schmerzsyndrom (vgl. Urk. 10/2/G3 S. 32, S. 33, S. 37, S. 41).

Dass die Ärzte der Klinik R.____ von einem schweren chronischen Schmerzzustand ausgingen (vgl. Bericht vom 15. Mai 2006, Urk. 10/2/M2000/55 S. 1), spricht entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 10) nicht gegen das Vorliegen einer das Beschwerdebild dominierenden psychischen Störung. So konnten die genannten Ärzte einerseits keine objektivierbaren organischen Befunde erheben, welche die angegebenen Schmerzen erklären, andererseits erging ihre Einschätzung in Unkenntnis der Ergebnisse der psychiatrischen Abklärungen. Die von ihnen initiierten bildgebenden Untersuchungen der HWS ergaben denn in der Folge am 12. Juni 2006 auch keine pathologischen Veränderungen (vgl. Urk. 10/2/M2000/57). Dass die Beschwerdeführerin unter Schmerzen leide, stellte im Übrigen gar kein Arzt in Abrede, allerdings wurde deren (Haupt-)Ursache in einer psychischen und nicht in einer physischen Gesundheitsstörung gesehen. Auf eine im Wesentlichen psychisch bedingte Symptomatik deuten schliesslich selbst die Beurteilungen des Hausarztes Dr. Z.____ hin, bezeichnete dieser doch, nachdem er die im Juni 2005 eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustands am 14. Juli 2005 noch auf die Klimaanlage am Arbeitsplatz zurückzuführen hatte (vgl. Urk. 10/2/M2000/38), die völlige Dekompensation am 22. November 2005 als stressbedingt (vgl. Urk. 10/2/M2000/48) und machte es den Eintritt einer Besserung am 22. Juni 2006 nicht zuletzt von der Vermittlung einer beruflichen Perspektive abhängig (vgl. Urk. 10/2/M2000/58).

Nicht anzunehmen ist, dass die Experten der Psychiatrischen Klinik U.____ die psychische Symptomatik zu Unrecht als somatoforme Schmerzstörung taxiert hatten. Einerseits führten die genannten Gutachter, die Kenntnis der medizinischen Akten hatten, überzeugende Gründe für die gestellte Diagnose an (vgl. Gutachten vom 29. Mai 2006, Urk. 10/2/G2 S. 13 ff.), andererseits wird diese noch gestützt durch die weiteren Arztberichte, aus denen klar hervorgeht, dass zwischen den Schmerzschilderungen der Beschwerdeführerin und den erhobenen - wenig erheblichen - Befunden eine grosse Diskrepanz besteht und aus therapeutischer Sicht nicht das Erlernen eines besseren Umgangs mit den Schmerzen im Vordergrund steht (vgl. etwa Anhang zu Urk. 10/2/M2000/37 S. 1, Urk. 10/2/M2000/42 S. 3, Urk. 10/2/M2000/43 S. 2, Urk. 10/2/M2000/41). Betreffend die von der behandelnden Psychologin lic. phil. F.____ festgestellte leichte bis mittelgradige reaktive depressive Episode (vgl. Urk. 10/2/M2000/42 S. 1) ist anzumerken, dass diese Diagnosestellung schon aus zeitlichen Gründen nicht zu überzeugen vermag, handelt es sich bei der attestierten Störung doch definitionsgemäss um ein lediglich vorübergehendes Leiden, das im Mittel etwa sechs Monate, selten länger als ein Jahr dauert und bei längerem Anhalten anderweitig zu subsumieren ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Januar 2007, I 510/06 Erw. 6.3, mit Hinweis auf Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 5. Aufl., Bern 2005, S. 142 ff.).

5.2 Wenn für die Entwicklung der psychischen Störung auch verschiedene Faktoren von Bedeutung gewesen sein dürften, so ist aufgrund der vorhandenen Akten und entgegen den entsprechenden Schlussfolgerungen der Ärzte der Psychiatrischen Klinik U.____ (vgl. Gutachten vom 29. Mai 2006, Urk. 10/2/G2 S. 16) und Prof. Dr. Y.____s (vgl. Gutachten vom 14. November 2006, Urk. 10/2/G3 S. 39, S. 41) anzunehmen, dass die

5.5. Da die relevanten Merkmale weder in gehäuft noch in auffälliger Weise vorliegen, fehlt es auch zwischen den im Juni 2005 als Rückfall gemeldeten Beschwerden und den beiden versicherten Unfällen an einem adäquaten Kausalzusammenhang. Dass die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 22. Februar 2007 ihre diesbezügliche Leistungspflicht verneint hat, ist daher nicht zu beanstanden. Somit fällt der geltend gemachte Rückfall auch nicht zu einem Rentenanspruch und kann die mit Einspracheentscheid vom 27. Februar 2007 bestatigte Rentenaufhebung grundsätzlich mittels substituierter Begründung geschätzt werden. Bei korrekter Anwendung des ursprünglich herangezogenen Art. 17 ATSG hat die Einstellung der Rente allerdings nicht per 1. Dezember 2006, sondern, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht einräumt (Urk. 11/9 S. 2), erst ex nunc, mithin per 1. Januar 2007 zu erfolgen.

6. In Anbetracht des Umstands, dass die Beschwerden sich lediglich insofern als begründet erweisen, als auch für den Monat Dezember 2006 noch Anspruch auf eine auf einem Invaliditätsgrad von 10 % beruhende Rente besteht, ist der Beschwerdeführerin - aufgrund der Geringfügigkeit ihres Obsiegens in diesem Verfahren - keine Prozessentschädigung zuzusprechen.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerden wird der Einspracheentscheid der Gerling-Konzern Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft, Kfln, Zweigniederlassung Zürich, vom 27. Februar 2007 insoweit aufgehoben, als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin auch noch für den Monat Dezember 2006 Anspruch auf eine Rente hat. Im Übrigen werden die Beschwerden abgewiesen.

2. Der Beschwerdeführerin wird keine Prozessentschädigung zugesprochen.

3. Das Verfahren ist kostenlos.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Ursula Reger-Wytenbach

- Rechtsanwalt Christoph Frey

- Concordia

- Bundesamt für Gesundheit

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