

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00234 vom 12. Februar 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-02-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00234

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00234 du 12 février 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00234 del 12 febbraio 2009

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, für Folgen der 2004 und 2006 erlittenen Unfälle bestehe über das Datum der erfolgten Leistungseinstellung (Ende Januar 2007) hinaus keine Leistungspflicht, da bei beiden Unfällen die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und noch bestehenden Beschwerden zu verneinen sei (Urk. 2 S. 8 Ziff. 4e).

Die Gestützt auf ein im Oktober 2006 erstattetes Gutachten des Medizinischen Zentrums D. (D.) nahm die Beschwerdegegnerin eine Restarbeitsfähigkeit von 80 % an (Urk. 19/2 S. 3 Ziff. 2c) und ermittelte unter Vornahme eines Abzugs von 10 % vom verwendeten Tabellenlohn einen Invaliditätsgrad von rund 40 % (Urk. 19/2 S. 4 f. Ziff. 2e). Ebenfalls gestützt auf das Gutachten ging die Beschwerdegegnerin davon aus, die ermittelte Einschränkung sei je zur Hälfte unfallkausal und unfallfremd (Urk. 19/2 S. 5 Ziff. 3a), und innerhalb der unfallkausalen Hälfte entfielen 50 % auf den ersten, 40 % auf den zweiten und 10 % auf den dritten Unfall (Urk. 19/2 S. 6 Ziff. 3b), womit aus dem ersten Unfall von 1994 ein Invaliditätsgrad von 10 % ($40\% \times 0.5 \times 0.5$) resultiere (Urk. 19/2 S. 6 Ziff. 3d).

2.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich auf den Standpunkt, es seien die Folgen aller drei Unfälle zu beurteilen; es sei nicht angelegentlich, die Unfallereignisse in willkürlicher Weise einer getrennten Beurteilung zu unterziehen (Urk. 1 S. 2 f. Ziff. 3). Die bundesgerichtliche Formulierung hinsichtlich der Adäquanzbeurteilung beziehe sich auf psychische Unfallfolgen; gemäss D.-Gutachten sei aus psychiatrischer Sicht eine blande Diagnose gestellt worden, mithin liege eine psychische Fehlentwicklung nicht vor (Urk. 1 S. 3 f. Ziff. 4). Auf das D.-Gutachten könne - aus einzeln genannten Gründen - nicht abgestellt werden (Urk. 1 S. 5 ff. Ziff. 7). Schliesslich seien die Unfallereignisse als mittelschwer einzustufen; da die Beschwerdeführerin aufgrund der Unfallereignisse Funktionseinschränkungen aufweise, bestehe sehr wohl ein organisches Korrelat und es erbringe sich eine Adäquanzprüfung grundsätzlich (Urk. 1 S. 8 Ziff. 8).

Zur Invaliditätsbemessung machte die Beschwerdeführerin geltend, gemäss D.-Gutachten bestehe in der angestammten Tätigkeit als Fachfrau eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %; bereits daraus ergebe sich ein Anspruch auf eine Rente von 50 % (Urk. 19/1 S. 3 Ziff. 3 Mitte). Hinsichtlich der behinderungsangepasst attestierten Arbeitsfähigkeit von 80 % dürfe lohnässig nicht vom Anforderungsniveau 1+2 ausgegangen werden, sondern von Niveau 4 (Urk. 19/1 S. 3 Ziff. 3). Überdies seien im D.-Gutachten zu Unrecht neuropsychologische

Einschränkungen von 20-30 % nicht berücksichtigt worden (Urk. 19/1 S. 3 Ziff. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

E. 3

3.1 Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin stellte - wie bereits im Verfahren Nr. UV.2006.00028 - den Antrag, die Beschwerdegegnerin habe während des laufenden Verfahrens die Taggeldzahlungen wieder aufzunehmen (Urk. 1 S. 2 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diesbezüglich ist auf das Urteil des EVG vom 13. Juni 2006 (Urk. 15/Z69) zu verweisen, von dem die Beschwerdeführerin Kenntnis genommen habe dürfte und dem hier nichts beizufügen ist.

3.2 Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin stellte sodann in Frage, ob die Beschwerdegegnerin berechtigterweise die drei Unfälle gesondert beurteilt habe (Urk. 1 S. 2 f. Ziff. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dazu genügt der Hinweis, dass die Beschwerdegegnerin lediglich im Hinblick auf den erforderlichen Kausalzusammenhang die Adäquanz für jeden Unfall einzeln beurteilt hat, wozu sie gemäss der in Erw. 1.2 genannten und in zahlreichen späteren Urteilen bestätigten Praxis nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet war.

3.3 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich erachtete die Beschwerdeführerin zumindest sinngemäss die Anwendung der Praxis von BGE 117 V 359 beziehungsweise 134 V 109 (wonach unter Umständen beim Fehlen eines organischen Substrats eine spezielle Adäquanzprüfung erfolgt) als nicht angezeigt: Die Beschwerdeführerin weise Funktionseinschränkungen auf, also bestehe sehr wohl ein organisches Korrelat für die Beschwerden (Urk. 1 S. 8 Ziff. 8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diesbezüglich ist sie auf die in Erw. 1.3 genannten Entscheide zu verweisen.

3.4 Ä Ä Ä Ä Strittig und näher zu präzisieren ist somit der rechtsgemässliche, mithin natürliche und adäquate, Kausalzusammenhang zwischen den noch vorhandenen Beschwerden und den Unfällen von 2004 und von 2006 sowie die Höhe des Invaliditätsgrades.

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Ä Am 2. Januar 1994 zog sich die Beschwerdeführerin bei einem Autounfall gemäss Erstzeugnis vom 8. Januar 1994 (Urk. 17/ZM 1 Ziff. 2a) Kontusionen des Knies, der rechten Hüfte und der Lendenwirbelsäule (LWS) sowie gemäss neurologischer Beurteilung vom 4. Februar 1994 (Urk. 17/ZM4 S. 1 Mitte) solche der HWS zu.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach am 28. Oktober 1994 erfolgter Anmeldung (Urk. 18/37 = Urk. 18/79) sprach die Invalidenversicherung der Beschwerdeführerin als berufliche Massnahme die Ausbildung zur kaufmännischen Angestellten zu (Urk. 18/64), welche sie im Juli 1999 erfolgreich abschloss (Urk. 18/35 = Urk. 18/44), worauf sie eine Vollzeitstelle antreten konnte (vgl. Urk. 18/34 = Urk. 18/43).

4.2 Ä Ä Ä Ä Ab 1. Januar 2001 war die Beschwerdeführerin bei der C. ___ als Sachbearbeiterin im ___ Bereich tätig (Urk. 18/27 Ziff. 1 und 5), dies zunächst zu 100 %, ab 10. September 2002 zu 80 % und ab 14. November 2002 zu 50 % (Urk. 18/27 Ziff. 7).

Dr. med. E. ____, Facharzt FMH für Neurologie, berichtete am 16. September 2002 über die von ihm durchgeführten Untersuchungen (Urk. 18/26 = Urk. 18/33). Als Diagnose nannte er einen seit Juli 2002 anhaltenden Rückfall eines chronischen, posttraumatischen cervicocephalen Schmerzsyndroms bei Status nach Überdehnungstrauma der HWS am 2. Januar 1994 (Urk. 18/26 S. 1 Mitte). Befundmässig hielt Dr. E. ____, eine eingeschränkte HWS-Beweglichkeit fest; neurologische Ausfälle bestanden keine und die durchgeführten Zusatzuntersuchungen seien normal gewesen (Urk. 18/26 S. 3 unten). Der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit dürfte sich vermutlich um 80 % bewegen (Urk. 18/26 S. 4 oben).

Dr. med. F. ____, Facharzt für Innere Medizin FMH, berichtete am 8. Februar 2003 (Urk. 18/21-22) und führte aus, dass er die Beschwerdeführerin von Januar 1997 bis 6. November 2002 behandelt habe (lit. D.1). Als Diagnose nannte er ein chronisches Cervicocephalsyndrom bei Status nach cervikalem Beschleunigungstrauma am 2. Januar 1994 (lit. A). Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit als kaufmännische Angestellte von 20 % seit 28. August 2002 (lit. B).

Dr. med. G. ____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, berichtete am 20. März 2003 über seine Behandlung und Untersuchung im November/Dezember 2002 (Urk. 18/17 lit. D.1). Als Diagnose nannte er einen seit Juli 2002 anhaltenden Rückfall eines chronischen posttraumatischen cervico-cephalen Schmerzsyndroms mit Begleitschwindel und Verdacht auf neuropsychologische Defizite bei Status nach Überdehnungstrauma der HWS am 2. Januar 1994 (Urk. 18/17 lit. A). Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % vom 28. August bis 13. November 2002 und von 50 % vom 14. November 2002 bis 7. Februar 2003 (Urk. 18/17 lit. B). Prognostisch führte er aus, der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit dürfte sich in der angestammten Tätigkeit im Bankfach um 80 % bewegen; nach entsprechender Umschulung in eine angepasste Tätigkeit könnte sie auf 100 % gesteigert werden (Urk. 18/17 lit. D.7).

Am 19. Juni 2003 erstatteten die Ärzte der Rheumaklinik, Universitätsspital H. ____, ein Gutachten (Urk. 17/ZM87).

Als Diagnosen nannten die Gutachter ein chronisches zervikozephalales Syndrom, ein lumbovertebrales Syndrom, eine unklare Läsion in der linken Darmbeinschaukel sowie anamnestisch einen Status nach Bulimie (S. 11, S. 13 Ziff. 4). Das lumbovertebrale Schmerzsyndrom, die morphologischen Veränderungen im Bereich der HWS und des linken Os ilium ständen nicht im Zusammenhang mit dem Unfall und beeinflussten gegenwärtig die Arbeitsfähigkeit nicht (S. 12 Mitte).

Aus rheumatologischer Sicht bestehe während der Zeit der medizinischen Trainingstherapie eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 50 % für maximal sechs Monate; anschliessend sei eine abschliessende Beurteilung möglich (S. 12 oben).

Am 30. April 2004 berichteten die Gutachter über ihre am 26. April 2004 erfolgte erneute Untersuchung (Urk. 17/ZM92). Sie stellten, nebst einer neu erwähnten Anorexia, die gleichen Diagnosen wie im Gutachten vom Juni 2003 (S. 1 Mitte). Die bisher durchgeführten Massnahmen hätten zur Stabilisierung der Situation geführt, jedoch wäre eine medizinische Trainingstherapie nach wie vor indiziert. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 50 % in der von der Beschwerdeführerin

ausgeübten leichten Büroarbeit (S. 2 Mitte).

Dr. G. berichtete am 13. Juni 2004 über die laufenden Behandlungen (Urk. 15/ZM1 = Urk. 17/ZM93). Er führte aus, seit 14. November 2002 betrage die Arbeitsfähigkeit 50 % als Büroangestellte im Bankfach. Langfristig könne die Arbeitsfähigkeit in einer der Behinderung angepassten Tätigkeit weiter gesteigert werden, mithin wäre die Beschwerdeführerin in einer Arbeit mit weniger intellektueller Belastung 50-100 % arbeitsfähig (S. 2 Mitte). Es sei mit einer weiteren Besserung zu rechnen, so dass die unfallbedingte Behandlung auf Ende 2004 als abgeschlossen betrachtet werden könne.

Am 18. Juni 2004 erlitt die Beschwerdeführerin einen Auffahrunfall, als sie vor einem Zebrastreifen anhielt (Urk. 15/Z1 Mitte; vgl. Urk. 15/Z18 = Urk. 16/Z95).

Am 22. Oktober 2004 sprach die Arbeitgeberin aufgrund der momentanen wirtschaftlichen Lage des Unternehmens und der länger anhaltenden vollen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin die Kündigung per 31. Januar 2005 aus (Urk. 15/Z13).

Am 18. November 2004 berichtete Dr. G. über den zwischenzeitlichen Verlauf (Urk. 15/ZM4 = Urk. 17/ZM97): Am 18. Juni 2004 sei es erneut zu einem HWS-Distorsionsstrauma (bei Seitenärtskollision, mit abgedrehtem Kopf, Kopfanprall und fraglicher Amnesie) gekommen (Urk. 15/ZM4 S. 2 Mitte). In der Folge habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis 31. Januar 2005 attestiert werden müssen und es sei parallel zu einer depressiven Entwicklung gekommen. Es sei geplant, ab 1. Februar 2005 wieder eine Arbeitsfähigkeit von 50 % als Bankfachfrau zu attestieren (Urk. 15/ZM4 S. 2 unten).

Dr. F. berichtete am 15. April 2005 und nannte als Diagnose ein chronisches Cervicocephalysyndrom bei Status nach zweimaligen HWS-Beschleunigungstrauma. Physiotherapie habe keine nennenswerten Fortschritte gebracht, so dass nun eine weitgehend selbständige medizinische Trainingstherapie beabsichtigt sei. Ferner sei eine neurologische Beurteilung vorgesehen (Urk. 15/ZM5 = Urk. 17/ZM98).

Dr. E. berichtete am 24. April 2005 über seine Untersuchungen (Urk. 15/ZM6 = Urk. 17/ZM99). Als Diagnose nannte er ein posttraumatisches cervico-cephales Schmerzsyndrom bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS am 18. Juni 2004 (Urk. 15/ZM6 S. 1). Er führte aus, als Folge des Unfalls von 1994 habe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestanden (Urk. 15/ZM6 S. 2 Mitte); seit dem zweiten Unfall sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 15/ZM6 S. 3 unten).

Am 30. Januar 2006 erlitt die Beschwerdeführerin gemäß dem gleichentags von Dr. F. ausgefüllten Fragebogen (Urk. 14/ZM1) und seinem Bericht vom 17. Mai 2006 (Urk. 14/ZM3) wiederum ein HWS-Beschleunigungstrauma.

Dr. F. attestierte am 30. Januar 2006 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 18. Juni 2004 und auf unbestimmte Zeit (Urk. 14/ZM1 Ziff. 7). Es sei für ihn nicht absehbar, inwieweit das dritte Ereignis die Gesamtarbeitsfähigkeit beeinflusse. Ein Abschluss der unfallbedingten Behandlung sei in absehbarer Zeit nicht zu erwarten (Urk. 14/ZM3).

4.6. Am 23. Oktober 2006 erstattete Dr. med. I.____, FMH Innere Medizin, Chefarzt Medizinisches Zentrum D.____ (D.____), ein Gutachten (Urk. 14/ZM4 = Urk. 15/ZM7 = Urk. 17/ZM100). Dieses stützte sich auf im September 2006 erfolgte Untersuchungen (vgl. S. 1), die vorhandenen Akten (S. 1-12), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 14-20), die erhobenen Befunde (S. 20 ff.) sowie ein rheumatologisches (S. 23-30), ein neurologisches (S. 30 ff.) und ein psychiatrisches (S. 32-35) Konsilium.

Als aktuelle Beschwerden wurden in der Intensität fluktuierende, ausstrahlende Nackenbeschwerden, Schmerzen im rechten Daumen und Handgelenk sowie Kreuzschmerzen und Schwindelbeschwerden vor allem beim Aufstehen und Gehen angegeben (S. 20 Mitte).

Aus rheumatologischer Sicht wurde ausgeführt, die geklagten Beschwerden von Seiten des Bewegungsapparates könnten bezüglich Art und Lokalisation durch die klinischen Befunde weitgehend erklärt werden, nicht aber deren Auswirkung auf den Alltag (S. 28 Mitte). Die Arbeitsfähigkeit hänge von der konkreten Arbeitsplatzsituation ab; ungünstig seien stereotyp belastende Tätigkeiten des linken Schultergürtels oder reine unergonomische stereotypische Haltungspositionen inklusive Kopfstellung. Für eine durchschnittliche Tätigkeit im KV-Bereich mit zirka 80 % Arbeit am PC und 20 % wechselbelastend könne aus rheuma-orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (100 % halbtags mit einer verlängerten Pause dazwischen) angegeben werden. Für eine mehr behinderungsangepasste Tätigkeit unter Berücksichtigung der erwähnten ergonomischen Aspekte könne eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (2 x 3 Stunden mit längerer Pause dazwischen) angegeben werden (S. 29).

Aus neurologischer Sicht bestanden keine klinisch fassbaren pathologischen Befunde. Geklagte konzentrationelle und mnestiche Defizite sollten im psychiatrischen Teilgutachten berücksichtigt werden (S. 32 oben).

Im psychiatrischen Konsilium wurde ausgeführt, es fänden sich keine Hinweise für kognitive oder mnestiche Defizite; auch anamnestiche würden solche nicht berichtet. Insgesamt lasse sich keine psychopathologische Symptomatik eruieren (S. 35).

Folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt (S. 36 Ziff. 4):

- chronisches cervikospodylogenes und cervikocephales Syndrom mit/bei
- Status nach Schleuderunfall am 2. Januar 1994 sowie Auffahrunfällen am 18. Juni 2004 und 10. Januar 2006
- deutlicher Funktionsstörung am craniocervikalen Übergang
- reaktiven Tendomyosen im linken Schultergürtel mit referred-pain-Symptomatik
- Fehlhaltung der HWS
- radiologisch Kyphosestellung C4 bis C6 ohne wesentlich reaktive degenerative Veränderungen
- Lumbovertebralsyndrom mit/bei

- Fehlhaltung, Beckentorsion und ISG-Blockierung links

- altersnormalem Röntgenbild ohne degenerativ-reaktive Veränderungen

- radiologisch unklarem Befund linkes Ilium (DD: aneurysmatische Knochenzyste, ossifizierendes Fibrom, Enchondrom)

Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein Untergewicht mit/bei Body Mass Index 17 kg/m² und Status nach psychogener Essstörung (Bulimia nervosa) genannt (S. 36 Mitte).

Anamnestisch wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall von 1994 und einem sehr protrahierten Rehabilitationsverlauf die unfallbedingt abgebrochene KV-Lehre erfolgreich nachgeholt und anschliessend vollzeitig gearbeitet habe. Ab November 2002 habe sie jedoch wegen einem Beschwerderezidiv das Pensum auf 50 % reduzieren müssen (S. 36 f.).

Die jetzt noch vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die Unfälle von 1994 und 2004 zumindest als Teilursache zurückzuführen (S. 41 Ziff. 5.1).

Die Veränderungen vor allem des craniocervikalen Übergangs mit der muskulären Dysbalance cervical und im Schultergürtel und der referred-pain-Symptomatik im linken Arm könnten zwar als Ausdruck von Funktionsstörungen als Folge der Autounfälle erklärt werden, seien aber nicht pathognomisch für reine Unfallfolgen. Analoge palpatorisch nachweisbare muskuläre Veränderungen könnten auch durch unfallfremde Faktoren verursacht werden: Eine prozentuale Abschätzung zwischen einer überwiegend wahrscheinlichen Unfallkausalität und den unfallfremden Faktoren sei bei der anlagebedingten Stellung der HWS (Kyphosestellung C4 bis C6), mit verstärkter Belastung im Schultergürtel und der HWS bei stereotyper unergonomischer Arbeitshaltung, der zusätzlichen Fehlhaltung, den degenerativen Veränderungen, der allgemeinen Muskelschwäche bei Tendenz zur Anorexie und Dekonditionierung, der möglichen Fehlverarbeitung aufgrund der psychischen Veranlagung äusserst schwierig und lasse sich nur abschätzen auf 50 % als überwiegend wahrscheinliche Unfallfolgen und 50 % als Summe der erwähnten unfallfremden Faktoren (S. 41 Ziff. 5.2.1).

Es sei anzunehmen, dass spätestens ein Jahr nach dem letzten Unfall vom Januar 2006 nur noch die unfallfremden Ursachen wirkten und dass ab Anfang 2008 der Status quo sine beziehungsweise ante erreicht sein werde (S. 42 Ziff. 5.2.2). Eine Zuordnung der Unfallfolgen auf die einzelnen Unfälle sei medizinischerseits kaum möglich; gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin sei der erste Unfall etwa zu 50 %, der zweite Unfall etwa zu 40 % und der dritte Unfall etwa zu 10 % am jetzigen Beschwerdebild beteiligt (S. 29 unten).

Ab dem Zeitpunkt der Begutachtung sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit und von 80 % in einer behinderungsangepassten - stereotype Belastungen des linken Schultergürtels oder reine unergonomische stereotype Haltungspositionen vermeidenden - Tätigkeit auszugehen (S. 43 Ziff. 7.2).

Am 26. Januar 2007 berichtete Dr. phil. J. über die am 17. und 18. Januar 2007 erfolgte neuropsychologische Untersuchung (Urk. 14/Z44/2 = Urk. 15/Z77/2 =

Urk. 17/ZM107). Sie fÄhrte aus, das gesamte Testleistungsniveau sei insgesamt durchschnittlich und der schulischen und beruflichen Ausbildung - nicht aber dem aufgrund der zuletzt ausgeÄbten TÄtigkeit zu erwartenden Niveau - entsprechend gewesen (S. 12 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Befunde wiesen insgesamt auf eine leichte kognitive FunktionsstÄrung hin (S. 14 Mitte). Die LeistungsÄhigkeit als Bankangestellte sei dadurch zu zirka 20 % eingeschrÄnkt (S. 15 Mitte).

4.8Ä Ä Ä Ä Am 29. Oktober 2007 wurde von der Gutachtenstelle K.____ (K.____) ein von der BeschwerdefÄhrerin veranlasstes Gutachten erstattet (Urk. 26/1-6), dies bestehend aus einer Aktenzusammenfassung (Urk. 26/1), einem rheumatologischen (Urk. 26/2), einem psychiatrischen (Urk. 26/3) und einem neurologischen (Urk. 26/4) Teilgutachten, einer interdisziplinÄren Beurteilung (Urk. 26/5) und der Beantwortung der gestellten Fragen (Urk. 26/6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der rheumatologische Gutachter fÄhrte aus, betreffend der klinischen Befundung der zervikospondylogenen Symptomatik bestÄnden eigentlich keine grossen Unterschiede von Seiten der verschiedenen Untersucher (Urk. 26/2 S. 13 Mitte). Hinsichtlich der EinschÄtzung der ArbeitsÄhigkeit kÄnne er dem rheumatologischen Vorgutachter in keiner Art und Weise folgen. Die beschwerdebedingt hohe Medikation stehe einer adÄquaten Leistung im KV-Bereich entgegen. Die prozentuale Angabe mÄsse im Rahmen des Gesamtgutachtens erfolgen (Urk. 26/2 S. 14).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus psychiatrischer Sicht wurde eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert (Urk. 26/3 S. 13 unten). Die gleichzeitig bestehende AngststÄrung kÄnne als nicht abgeheilter Folgezustand einer posttraumatischen BelastungsstÄrung betrachtet werden, fÄhre in der gegenwÄrtigen AusprÄgung aber nicht zu einer zusÄtzlichen Diagnose (Urk. 26/3 S. 13 f.). Nach Darlegungen zur KausalitÄtsfrage (S. 14-17) wurde ausgefÄhrt, aus psychiatrischer Sicht sei die BeschwerdefÄhrerin derzeit fÄr jegliche in Frage kommende berufliche TÄtigkeit in ihrer ArbeitsÄhigkeit Ämittelgradig eingeschrÄnktÄ (Urk. 26/3 S. 19 Ziff. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus neurologischer Sicht wurde eine posttraumatische MigrÄne seit dem Unfall von 2004, ein ausgeprÄgtes chronisches zervikozephal und zervikobrachiales sowie mÄssiges lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und keine relevanten neurologischen FunktionsstÄrungen im engeren Sinne (aber deutliche motorische FunktionseinschrÄnkungen aufgrund der starken Schmerzhemmung) diagnostiziert (Urk. 26/4 S. 6 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Beantwortung der gestellten Fragen (durch den beteiligten Neurologen) wurden folgende Diagnosen genannt (Urk. 26/6 S. 1 Ziff. 4):

- mittelgradige depressive Episode
- zervikoverbrales und zervikospondylogenes Syndrom (zervikobrachial und zervikozephal) bei Status nach drei UnfÄllen (1994, 2004, 2006)
- chronisch rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom bei Status nach Unfall 1994
- posttraumatische MigrÄne (seit Unfall von 2004)
- leichte neuropsychologische FunktionsstÄrungen als Folge der Schmerz- und depressiven Symptomatik

Die Beschwerden liessen sich fast restlos durch die erhobenen Befunde erklären; das lumbospondylogene Syndrom sei dabei nur teilweise erklärbar. Die aktuelle depressive Episode sei als direkte Folge der Unfallbeschwerden zu erklären und nicht als sogenannte psychische Fehlentwicklung (Urk. 26/6 S. 3 oben).

Die erhobenen Befunde ständen praktisch mit Sicherheit in natürlichem Kausalzusammenhang mit den drei Unfällen; eine Aufteilung auf die drei Unfälle sei nicht möglich (Urk. 26/6 S. 3 Ziff. 5.1).

Sofern die aktuelle Depression erfolgreich therapiert werden könne, könne im Laufe des nächsten Jahres eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf im besten Fall 50 % erwartet werden (Urk. 26/6 S. 5 Ziff. 6.3).

In der (vom beteiligten Neurologen verfassten) interdisziplinären Beurteilung wurden vorerst einzelne Feststellungen aus den erwähnten Teilgutachten und der neuropsychologischen Beurteilung angeführt (Urk. 26/5 S. 1-3). Zur Arbeitsfähigkeit wurde sodann ausgeführt, bekanntlich bestehe seit Januar 2006 eine volle Arbeitsunfähigkeit. Da die erwähnte depressive Episode doch ein gewisses Erholungspotential habe, lasse sich doch therapeutisch eine relevante Besserung erhoffen, und es werde empfohlen, diesen Punkt in einem Jahr noch einmal zu überprüfen. Aktuell werde die zumutbare Arbeitsfähigkeit auf 20 % geschätzt, dies aber nur bei optimal angepasstem Arbeitsplatz im erlernten (kaufmännischen) Bereich, mithin Anpassung des Arbeitsrhythmus mit regelmässigen Pausen und mit Wechselbelastung (Urk. 26/5 S. 4 unten). Alternative Tätigkeiten würden nicht zu einer höheren Arbeitsfähigkeit führen, denn die erhebliche chronische Schmerzsymptomatik seit bald 14 Jahren wird leider sehr wahrscheinlich zurückbleiben und verunmöglicht jede intensivere und länger dauernde Arbeitsabläufe. Deshalb raten wir auch von einer allfälligen Umschulung ab (Urk. 26/5 S. 4 f.).

Am 10. Dezember 2008 unterbreitete das Gericht dem Gutachter Dr. I. eine Zusatzfrage (Urk. 46), welche dieser am 23. Dezember 2008 wie folgt beantwortete (Urk. 49):

Zum Zeitpunkt der Begutachtung (September 2006) habe eine deutliche Funktionsstörung am craniocervikalen Übergang mit muskulärer Dysbalance cervical und im Schultergürtel und einer referred pain-Symptomatik im linken Arm objektiviert werden können, die als Mischbild zwischen unfallkausalen Faktoren und unfallfremden Faktoren (anlagebedingte Störung der HWS, Fehlhaltung, degenerative Veränderungen, allgemeine Muskelschwäche bei Dekonditionierung). Es sei angenommen worden, dass das Beschwerdebild zu 50 % unfallbedingt und zu 50 % Folge der erwähnten Faktoren sei, dass es also durch die Unfallereignisse zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines pathologischen Vorzustandes gekommen sei und dass ab einem gewissen Zeitpunkt der Status quo sine erreicht werden sollte, in welchem nur noch unfallfremde Faktoren den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin beeinträchtigen würden (S. 1).

Ähnlicherweise werde angenommen, dass dieser Status quo sine im Normalfall spätestens ein Jahr nach dem Unfallereignis eintrete. Allerdings sei im vorliegenden Fall anzunehmen, dass wenn der Anteil der Unfallfolgen im Oktober 2006 noch rund 50 % der Beschwerden ausmachten, es kaum anzunehmen gewesen wäre, dass bereits im Februar 2007 dieser Anteil schon auf 0 % zurückgegangen wäre. Viel

5.2 Die beiden Gutachten divergieren auch hinsichtlich der Einschätzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit.

Im D.____-Gutachten wurde für die Zeit ab Oktober 2006 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit und eine solche von 80 % in einer behinderungsangepassten (stereotype Belastungen des linken Schultergürtels oder reine unergonomische stereotype Haltungspositionen vermeidenden) Tätigkeit angenommen.

In rheumatologischen K.____-Teilgutachten wurde ausgeführt, die hohe Medikation stehe einer adäquaten Leistung im KV-Bereich entgegen. Aus psychiatrischer Sicht wurde die Arbeitsfähigkeit als mittelgradig eingeschränkt bezeichnet. Neurologisch wurden, ohne Angaben zur Arbeitsfähigkeit, deutliche motorische Funktionseinschränkungen aufgrund der starken Schmerzhemmung genannt. Basierend auf diesen Angaben wurde in der interdisziplinären Beurteilung ausgeführt, die zumutbare Arbeitsfähigkeit werde aktuell auf 20 % geschätzt, und zwar nicht für die angestammte Tätigkeit, sondern nur bei optimal angepasstem Arbeitsplatz. Sofern die aktuelle Depression erfolgreich therapiert werden könne, könne eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf im besten Fall 50 % erwartet werden. Zusammenfassend wurde von alternativen Tätigkeiten oder einer Umschulung abgeraten, weil die erhebliche chronische Schmerzsymptomatik seit bald 14 Jahren sehr wahrscheinlich zurückbleiben werde und jede intensivere und länger dauernde Arbeitsläufe verunmöglichliche.

Es fällt auf, dass in den Teilgutachten keine oder lediglich diffuse, nicht quantifizierte Angaben zur Arbeitsfähigkeit gemacht wurden, in der zusammenfassenden Beurteilung hingegen eine nahezu vollständige Arbeitsunfähigkeit auch in angepassten Tätigkeiten postuliert wurde. Damit besteht einerseits eine bemerkenswerte Kluft zwischen den diesbezüglich unverbindlich gehaltenen Teilgutachten und der zusammenfassend postulierten enormen Arbeitsunfähigkeit. Dieser fehlt es andererseits an jeder nachvollziehbaren Begründung: Die Teilgutachten eignen sich nicht, da sie diesbezüglich keine verwertbaren Angaben enthalten, und in der Gesamtbetrachtung ist keine substantielle Begründung auszumachen, ausgenommen der dort als chronisch bezeichnete Verlauf.

Dies weist auf eine offensichtlich stark verkürzte, zu pauschale Betrachtungsweise im K.____-Gutachten hin, wurde die Beschwerdeführerin doch nach dem Unfall von 1994 erfolgreich umgeschult und war anschliessend einige Zeit voll erwerbstätig. Erst ab Herbst 2002 wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert, wobei verschiedentlich festgehalten wurde, prognostisch dürfe die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit rund 80 % betragen. Höhere Grade an Arbeitsunfähigkeit wurden erst nach den Unfällen von 2004 und 2006, also zwei bis drei Jahre vor dem K.____-Gutachten, attestiert. Dies als eine erhebliche chronische Schmerzproblematik seit bald 14 Jahren (!) zu bezeichnen, erscheint als, wenn nicht nachgerade aktenwidrig, so jedenfalls als ausgesprochen dramatisierend und jeglicher objektivierenden gutachterlichen Distanz entbehrend.

Stellt man nun in Rechnung, dass die derart einseitig akzentuierte Anamnese der einzige Ansatz einer materiellen Begründung für die postulierte praktisch vollständige und dauernde Arbeitsunfähigkeit ist, so muss diese als eine in keiner Weise nachvollziehbare, unbegründete Schlussfolgerung beurteilt werden. Es

handelt sich um eine ausgesprochen arbiträr anmutende These und nicht um eine überzeugende gutachterliche Feststellung. Sie ist letztlich nur verständlich, wenn man berücksichtigt, dass die Auftragserteilung durch die Beschwerdeführerin zu einer Konstellation geführt haben dürfte, die derjenigen im Behandlungskontext vergleichbar ist, dass also die Gutachter die (vermeintlichen) Interessen der auftraggebenden Beschwerdeführerin stärker gewichtet als andere Elemente. Inwieweit es tatsächlich in deren Interesse liegt, bei der im Begutachtungszeitpunkt 35-jährigen Beschwerdeführerin eine derart vernichtende Einschätzung ihres erwerblichen Potentials abzugeben, ist hier nicht zu beurteilen.

Jedenfalls führen die aufgezeigten Mängel zum Schluss, dass auf das K.____-Gutachten nicht abgestellt werden kann.

Betreffend Arbeitsfähigkeit ist somit auf die Angaben im D.____-Gutachten abzustellen.

Demnach bestand ab dem Zeitpunkt der Begutachtung (Oktober 2006) in der angestammten Tätigkeit (als Sachbearbeiterin im Wertschriftenbereich einer Bank; vgl. Urk. 18/27 Ziff. 5) eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine solche von 80 % (Urk. 14/ZM4 S. 43 Ziff. 7.2).

Als behinderungsangepasst sind Tätigkeiten einzustufen, bei welchen sich stereotype Belastungen des linken Schultergürtels oder reine unergonomische stereotype Haltungspositionen vermeiden lassen (Urk. 14/ZM4 S. 42 Ziff. 7.1).

E. 6

Die im Entscheidungszeitpunkt noch bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind gemäss der nachvollziehbaren Beurteilung im D.____-Gutachten (vorstehend Erw. 5.1) zu rund 50 % auf unfallfremde Ursachen und zu weiteren 50 % auf die erlittenen Unfälle, nämlich zu 25 % auf den Unfall von 1994, zu 20 % auf den Unfall von 2006 und zu 5 % auf den Unfall von 2006 zurückzuführen.

Betreffend den Unfall von 1994 ist das Bestehen eines rechtsgenügenden Kausalzusammenhangs unstrittig. Dazu erörtern sich Weiterungen.

Beim Unfall von 2004 handelte es sich um einen Auffahrunfall. Die Beschwerdeführerin hatte ihr Auto vor einem Zebrastreifen angehalten, worauf dieses vom hinter ihm fahrenden Auto gerammt wurde (Urk. 15/Z1). Sie zog sich dabei gemäss späteren Arztberichten eine Distorsion der HWS zu (Urk. 15/ZM4 S. 2 Mitte, Urk. 15/ZM5). Gemäss Unfallanalyse betrug die Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) zwischen 5.1 und 9.6 km/h (Urk. 15/ZA 10 S. 6 Ziff. 8).

Beim Unfall von 2006 handelte es sich ebenfalls um einen Auffahrunfall, bei dem die Beschwerdeführerin wiederum ein HWS-Beschleunigungstrauma erlitt (Urk. 14/ZM1). Gemäss Unfallanalyse betrug die Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) zwischen 5.5 und 10.9 km/h (Urk. 14/ZA3 S. 6 Ziff. 8).

Ob zwischen den Unfällen von 2004 und 2006 und den zu beurteilenden Gesundheitsschäden nebst einem natürlichen auch ein adäquater

Kausalzusammenhang besteht, ist angesichts der erlittenen HWS-Distorsionsverletzung in Anwendung von BGE 134 V 309 zu entscheiden.

Demzufolge ist vorab der Schweregrad des Unfallereignisses zu bestimmen. Bei Unfällen im mittleren Bereich sind sodann die folgenden Kriterien massgebend (BGE 134 V 127 Erw. 10.2):

- (a) besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- (b) die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- (c) fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- (d) erhebliche Beschwerden;
- (e) ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- (f) schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- (g) erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann.

6.4 Auffahrkollisionen vor einem Fussgängerstreifen oder einem Lichtsignal werden regelmässig als mittelschweres, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis eingestuft (RKUV 2003 Nr. U 489 357 Erw. 4.2, S. 360, mit zahlreichen Hinweisen).

Somit ist der Unfall von 2004, dessen Hergang bekannt ist, als mittelschweres Ereignis an der Grenze zu einem leichten einzustufen.

Der Unfall vom 2006 ist nicht näher dokumentiert. Immerhin ergab die Unfallanalyse die praktisch gleichen Werte wie für den Unfall von 2004, und in der von der Beschwerdeführerin selber vorgenommenen Abstufung erschien der Unfall von 2006 als geringfügiger als derjenige von 2004. Somit ist auch der Unfall von 2006 als mittelschwer an der Grenze zu einem leichten einzustufen.

6.5 Bei beiden Unfällen sind die Kriterien (a), (e) und (f) in derart offensichtlicher Weise nicht erfüllt, dass sich dazu Weiterungen erübrigen.

Eine HWS-Distorsion, welche eine bereits durch einen früheren versicherten Unfall erheblich vorgeschädigte HWS trifft, ist als Verletzung besonderer Art zu qualifizieren (SVR 2007 UV Nr. 1 S. 1 E. 3.4.2). Im Weiteren können eine besondere Körperhaltung der versicherten Person beim Auffahrunfall und die damit verbundenen Komplikationen zur Bejahung dieses Kriteriums führen (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.2.3, 1998 Nr. U 297 S. 243 E. 3c). Vor diesem Hintergrund ist das Kriterium (b) bei beiden Unfällen als erfüllt zu betrachten, da die Beschwerdeführerin bereits aufgrund des Unfalls von 1994 beziehungsweise dem sich darauf beziehenden Rückfall zu 50 % arbeitsunfähig war.

Eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung ist beide Unfälle betreffend nicht aktenkundig, Kriterium (c) mithin nicht erfüllt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zwar wurde der Beschwerdeführerin im Anschluss an beide Unfälle eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Da diese jedoch zu 50 % dem Unfall von 1994 zuzurechnen ist, weswegen ein Kriterium (b) als erfüllt gelten konnte, verbleibt lediglich eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %, womit das Kriterium (g) zu verneinen ist.

6.6 Ä Ä Ä Ä Die Prüfung der massgebenden Kriterien ergibt sowohl für den Unfall von 2004 wie den Unfall von 2006, dass lediglich ein Kriterium, und dies nicht in besonders auffälliger Weise, erfüllt ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Somit hat die Beschwerdegegnerin die Adäquanz bezüglich der Unfälle von 2004 und 2006 zur Recht verneint.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Von den im strittigen Zeitpunkt bestehenden gesundheitlichen Einbussen bleiben somit diejenigen unbeachtlich, welche unfallfremd sind (50 %) oder auf die Unfälle von 2004 (10 %) und 2006 (5 %) zurückgehen. Damit entfallen rund 25 % der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Folgen des Unfalls von 1994, für welche die Beschwerdegegnerin im zu beurteilenden Zeitpunkt noch leistungspflichtig war.

E. 7

7.1 Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin ist bei der Festsetzung der Invalidenrente folgendermassen vorgegangen (Urk. 16/Z253):

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie ist vom effektiv und total von September 2001 bis August 2002 erzielten Einkommen zusätzlich Teuerung bis Ende 2006 ausgegangen. Zur Bestimmung des hypothetischen Invalideneinkommens hat sie auf 80 % dieses Betrags abgestellt. Sodann hat sie eine Arbeitsunfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit von 20 % angenommen, wovon 50 % auf den Unfall von 1994 entfielen; die so resultierenden 10 % hat sie als Einschränkung bezeichnet. Aus dem zugesprochenen Rentenbetriebs von Fr. 617.-- pro Monat lässt sich zurückschliessen, dass die Beschwerdegegnerin einen Invaliditätsgrad von 10 % angenommen hat.

7.2 Ä Ä Ä Ä Eine Invaliditätsbemessung im Sinne von Art. 16 ATSG ist dies nicht. Diese ergäbe, wie im ebenfalls die Beschwerdeführerin betreffenden Verfahren Nr. IV.2007.01533 dargelegt, unter Ausklammerung der Kausalitätsfragen einen Invaliditätsgrad von 35 % (Urk. 56 S. 18 Erw. 6.8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Geht man von diesem Invaliditätsgrad aus, so entsprechen die auf den Unfall von 1994 entfallenden 25 % einem Invaliditätsgrad von 8.75 %.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die - geringfügige - Abweichung zum von der Beschwerdegegnerin angenommenen Invaliditätsgrad wirkt sich zugunsten der Beschwerdeführerin aus. Sie ist auch deshalb hinzunehmen, weil der Wert von 8.75 % nur scheinbar genau ist: Der angenommene Anteil von 25 % an der Gesamtinvalidität ist ein sehr ungeführer; er stammt von der gutachterlichen Aufteilung in Unfallfolgen (50 %) und unfallfremde Leiden (50 %), und der Zuordnung der Unfallfolgen auf die drei erlittenen Unfälle im Verhältnis 5 / 4 / 1, die ebenfalls eine grobe Schätzung darstellt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die mit Wirkung ab 1. Januar 2007 zugesprochene Rente ist mithin im Ergebnis nicht zu beanstanden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Wie es sich mit dem Rentenanspruch ab Anfang 2008 verhält, wenn gemäss gutachterlicher Feststellung keine Unfallfolgen mehr den

Gesundheitszustand beeinträchtigen (vorstehend Erw. 4.9), ist vorliegend nicht zu beurteilen.

7.3 Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die angefochtenen Verfügungen vom 23. Januar 2007 (Leistungseinstellung per Ende Januar 2007 bezüglich der Unfälle von 2004 und 2006) und vom 12. April 2007 (Rentenzusprache ab 1. Januar 2007 bezüglich dem Unfall von 1994) nicht zu beanstanden sind.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerden.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerden werden abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Michael Ausfeld

- Rechtsanwalt Stephan Käbler, unter Beilage einer Kopie von Urk. 56

- 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.