

Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

E. 1.3

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

1.3.2 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 Eindringlichkeit 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).

1.3.3 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.).

1.4 Anzuführen bleibt, dass das Bundesgericht im jüngst ergangenen Urteil BGE 134 V 109 ff. (vgl. Erw. 1.3.2 vorstehend) die Praxis zur Kausalitätsprüfung bei Unfall mit Schleudertrauma, äquivalenter Verletzung der HWS oder Schädeld-Hirntrauma ohne organisch objektiv ausgewiesene Beschwerden (sogenannte Schleudertrauma-Praxis) in mehrfacher Hinsicht präzisiert hat. Demgemäss ist am Erfordernis einer besonderen Adäquanzprüfung bei Unfällen mit solchen Verletzungen festzuhalten (Erw. 7-9 des erwähnten Urteils). Die bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätze (BGE 115 V 133) liess das Bundesgericht hingegen unverändert bestehen (BGE 134 V 109 ff. Erw. 6.1).

1.5 Mit der neuen Schleudertrauma-Praxis hat sich nichts daran geändert, dass von der Abklärung des Vorliegens des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den Beschwerden abgesehen werden kann, wenn hernach die Adäquanz verneint wird (Urteil des Bundesgerichts in Sachen E. vom 14. April 2008, 8C_42/2007, Erw. 2).

2. Streitig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung aus den Unfallereignissen über den 31. Juli 2007 hinaus hat. In diesem Zusammenhang ist insbesondere die rechtliche Würdigung der interdisziplinären Begutachtung, deren Gesamtwürdigung durch Dr. U. erfolgte, umstritten.

3. In Bezug auf die medizinische Situation im Zusammenhang mit den Unfällen ist den umfangreichen medizinischen Akten Folgendes zu entnehmen.

3.1 Laut Unfallakten der Z. (Urk. 9I/4) ereignete sich am 31. März 2003 eine Auffahrkollision mit drei Personenwagen, wobei eine Lenkerin, die Beschwerdeführerin, leicht verletzt wurde. Auf der Unfallstelle klagte sie über Kopf- und Nackenschmerzen. Anlässlich der Erstbehandlung durch Dr. B. am Unfalltag (Bericht vom 26. Mai 2003, Urk. 9I/2) fand der Arzt eine volle Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS) in allen Ebenen, indessen eine Druckschmerzhaftigkeit der paravertebralen Muskulaturen der HWS vor. Am 2. April 2003 bestanden zunehmende

Belastungen im Bereich der linksseitigen Hals- und Nackenmuskulatur bei Rotation der HWS. Die Beschwerdeführerin klagte über eine deutliche Schmerzintensitätszunahme. Der Röntgenbefund ergab eine diskrete linkskonvexe Skoliose der HWS. Es lagen weder eine Instabilität noch Frakturen vor. Als Diagnose erhob Dr. B. ein Beschleunigungstrauma der HWS nach Auffahrunfall.

3.2 Im Überweisungsschreiben an Prof. Y. vom 2. Juni 2003 führte Dr. B. aus (Urk. 9I/27), dass er die Beschwerdeführerin seit Mai 2000 kenne. Sie sei bereits vor dem Unfallereignis mit einer Neigung zu Schmerzsomatisierung im Wirbelsäulen(WS)-Bereich aufgefallen, was wiederholt Physiotherapie und die Einnahme von Selective serotonin reuptake inhibitors

(SSRI = Serotonin Wiederaufnahmehemmern) erfordert habe. Im Vordergrund ständen enorme Existenzängste, es sei eine schwierige Reintegration voraussehbar.

Anlässlich der konsiliarischen Untersuchung bei Prof. D. (Bericht vom 2. Juli 2003, Urk. 9I/34) weinte die Beschwerdeführerin andauernd. Der Psychiater attestierte ihr eine geringe Belastbarkeit. Er stellte eine ausserordentlich bedenkliche affektive Lage (entsprechend einer depressiven Episode mittelschwer bis schwer) fest, die als chronische Schmerzen, Existenzsorgen sowie als sehr komplexe psychosoziale Situation zu interpretieren seien.

Die Weiterbehandlung erfolgte durch den Hausarzt Dr. B., und es fanden ambulante Kontrollen bei Prof. D. statt. In der W. wurde am 8. Juli 2003 ein CT der HWS (C3-C7) vorgenommen (Urk. 9I/36), das einen anlagebedingt normal weiten ossären Spinalkanal zeigte. Die ossären Strukturen waren nicht pathologisch, die Dornfortsätze und die Bogenwurzeln waren intakt. Ebenso wenig wurden pathologische Veränderungen der Facettengelenke und eine diskogene Raumforderung vorgefunden. Dr. B. überwies die Beschwerdeführerin auch an den Rheumatologen Dr. I., der gemäss Bericht vom 11. Oktober 2003 (Urk. 9I/51) posttraumatische, vorwiegend occipitale Schmerzen beidseits mit ängstlich depressiver Reaktion bei Status nach HWS-Distorsion am 31. März 2003 mit anamnestischem Kopfanprall diagnostizierte.

3.3 Am 6. Januar 2004 erlitt die Beschwerdeführerin einen weiteren Unfall, als sie in ihrem Personenwagen vor dem Rotlicht wartend, von zwei Fahrzeugen angestossen wurde (Unfallakten der Z., Urk. 9II/5). Die Erstkonsultation fand am 7. Januar 2004 bei Dr. K. statt (Arztbericht vom 2. März 2004, Urk. 9II/14), der festhielt, dass in dem Sinne eine Verschlimmerung der Beschwerden stattgefunden habe, als zusätzlich nun auch Beschwerden der Brust- und Lendenwirbelsäule geussert würden. Aus der ärztlichen Dokumentation geht hervor, dass die Beschwerdeführerin einen Kopfanprall an die Kopfstirne angab und über Nackenschmerzen sofort beidseits mittelschwer mit sofortiger Schmerzausstrahlung in den Kopf, Kopfschmerzen später mittel und stark, das sofortige Eintreten von Schwindel und über sofort eingetretene starke Rückenschmerzen klagte, jedoch das Vorliegen von Übelkeit und Erbrechen verneinte. Der Arzt hielt unter den sonstigen Feststellungen die Depression fest und stellte die Diagnose einer Beschleunigungsverletzung sowie Verdacht auf Paravertebral-Hartspann der unteren Brustwirbelsäule (BWS).

Unmittelbar im Anschluss an den zweiten Unfall begab sich die Beschwerdeführerin in den seit längerem geplanten Rehabilitationsaufenthalt, der vom 11. Januar bis zum 6. Februar 2004 dauerte. Die Mediziner erhoben den

psychotherapeutischen Befund, dass "Belastungen einer posttraumatischen Belastungsreaktion" vorhanden seien. Die Beschwerdeführerin habe positiv auf die Therapien angesprochen, das Schmerzverhalten habe aber nicht deutlich reduziert werden können (Bericht der T. ___ vom 9. Februar 2004, Urk. 9I/69).

3.4. Die Beschwerdeführerin stand sodann seit dem 13. Mai 2003 in Behandlung bei J. ___. In ihrem Bericht vom 3. März 2004 (Urk. 9I/72) führte die Psychoanalytikerin aus, sie führe mit der Beschwerdeführerin einmal pro Woche eine psychoanalytisch orientierte Gesprächspsychotherapie durch. Der Unfall habe neben den somatischen Folgen an einer vorbestehenden psychischen Vulnerabilität aufgrund traumatischer Kindheitserlebnisse geführt. Es sei jedoch davon auszugehen, dass die psychischen Beschwerden ohne den Unfall nicht oder nicht in dieser Heftigkeit eingetreten wären. Zu den körperlichen Schmerzen komme ein depressiver Zustand. Die psychischen und die physischen Schmerzen verstärkten sich wechselseitig. Sie stellte die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F 43.21).

3.5. Im November und Dezember 2003 sowie im Januar 2004 fanden ambulante Behandlungen im P. ___ statt (Bericht vom 24. März 2004, Urk. 9I/84). Die übrigen Behandlungen ab Frühjahr 2004 erfolgten bei Dr. K. ___ (Hausarzt) bei J. ___ (Psychoanalyse) und bei L. ___ (Physiotherapie). Vom 8. Juli bis zum 17. August 2005 hielt sich die Beschwerdeführerin zudem zur Rehabilitation in S. ___ auf. Dem Bericht von Dr. U. ___ ist zu entnehmen (Urk. 9I/163 und Urk. 9II/63), dass die Beschwerdeführerin ein anxiös-depressives Bild eines reaktiven Typs im Rahmen der früher verifizierten Depressivstörungen mit psychosomatischen und psychovegetativen Korrelaten der Anxiosität, Unsicherheit und Misstrauen gezeigt habe. Eine weitere Rehabilitation in S. ___ fand Ende 2005/Anfang 2006 statt (Urk. 9I/179).

3.6. In der Zeit von Herbst 2006 bis Frühjahr 2007 erfolgte die polydisziplinäre Begutachtung, deren Gesamtreaktion der Neurologe Dr. U. ___ übernahm.

3.6.1. Dr. V. ___ stellte aus neuropsychologischer Sicht (Expertise vom 31. August 2006, Urk. 9I/229 = Urk. 9II/81) die Diagnose einer hauptsächlich durch die Depression bedingten Antriebs- sowie depressions- und schmerzbedingten Belastbarkeitsminderung mit leichten kognitiven Leistungseinschränkungen (Leistungsschwankungen) bei Status nach zweimaligem HWS-Distorsionstrauma. Er fand keine hinreichenden Hinweise für das Bestehen von traumatisch hirnstrukturell bedingten neuropsychologischen Funktionsstörungen. Die ihm gestellten Fragen nach Beschwerden organischer Genese, nach dem Vorliegen von typischen Beschwerden nach HWS-Distorsionstrauma, nach einer Mild traumatic brain injury (MTBI), nach der Kausalität, nach unfallfremden Ursachen und der Therapie beantwortete er wie folgt: Eine traumatisch bedingte hirnstrukturelle Veränderung bzw. eine entsprechende Störung könne im vorliegenden Fall nicht als wahrscheinlich postuliert werden. Die Art der neuropsychologischen Befunde spreche mehr für eine durch psychische Faktoren und Schmerzerleben bestimmte kognitive Leistungseinschränkung. Es seien in der Untersuchung zwar leichte Leistungseinschränkungen/-schwankungen betreffend Konzentration und Gedächtnisfunktionen festzustellen gewesen, allerdings neben anderen Auffälligkeiten. Die Befunde seien nicht spezifisch für ein HWS-Distorsionstrauma. Ob gewisse leichtgradige Störungen in Folge des HWS-Distorsionstraumas durch die erhebliche psychische Überbelastung überdeckt seien, lasse sich nicht beurteilen. Ein MTBI sei aus

neuropsychologischer Sicht nicht wahrscheinlich. Die neuropsychologischen Untersuchungsbefunde seien im Sinne von Begleitsymptomen der Depression sowie teilweise den Schmerzfactoren zuzuordnen. Die KausalitÄtsfrage sei primÄr psychiatrischer- und somatischerseits zu beurteilen. Betreffend neuropsychologischer Seite in engerem Sinne lÄssen keine unfallfremden Factoren vor, welche Krankheitswert aufwiesen. Die gemÄss Akten vorbestehende depressive Neigung sowie die psychosozialen Factoren seien unfallfemd, deren Bedeutung und Gewichtung der psychiatrischen Beurteilung obliege. Die neuropsychologische Beurteilung habe gezeigt, dass bei der BeschwerdefÄhrerin auch hinsichtlich Belastbarkeit durchaus Ressourcen vorhanden seien.

3.6.2Ä Ä Aus dem rheumatologischen Gutachten von PD Dr. W.____ vom 10. Oktober 2006 (Urk. 9I/237/1-17) geht hervor, dass ein Panvertebralsyndrom bei Status nach zwei UnfÄllen und sekundÄrer Fibromyalgieentwicklung diagnostiziert wurde. Die Panvertebralsymptomatik mit der verspannten Muskulatur sei eindeutig organischer Genese. Die BeschwerdefÄhrerin weise mit Nacken- und Kopfschmerzen die typischen Beschwerden eines Schleudertraumas auf. Die Beschwerden seien Äberwiegend wahrscheinlich auf die beiden UnfÄlle zurÄckzufÄhren. Im Zusammenhang mit allfÄlligen unfallfremden Ursachen erwÄhnte der Mediziner, dass, wie vom Hausarzt erwÄhnt, die BeschwerdefÄhrerin schon 2001 und 2002 wegen lumbaler und thorakaler Beschwerden behandelt worden sei, nicht aber wegen cervikaler Probleme. Die Frage, ob allfÄllige unfallfremde Ursachen auch die ArbeitsfÄhigkeit beeintrÄchtigt hÄtten, verneinte er. Die BeschwerdefÄhrerin habe wohl funktionelle Beschwerden gehabt, die RÄntgenbilder zeigten jedoch keine relevante Degeneration im Bereich der WirbelsÄule und auch die Form der WirbelsÄule sei nicht pathologisch zu beurteilen. Die somatischen Beschwerden trÄten gegenÄber denÄ psychischen nicht in den Hintergrund, das Schmerzbild stelle fÄr die BeschwerdefÄhrerin einen ganz wesentlichen Grund fÄr die EinschrÄnkung dar. Es sei von keiner namhafte Verbesserung der Beschwerden auszugehen. Die ArbeitsfÄhigkeit sei gesamthaft zu beurteilen. Die BeschwerdefÄhrerin sei jedoch aus rheumatologischer Sicht wohl nicht als Service-Mitarbeiterin arbeitsfÄhig, fÄr leichte kÄrperliche Arbeit ohne regelmÄssiges Tragen in wechselnder Position bestehe hingegen eine ArbeitsfÄhigkeit, deren Ausmass durch einen Arbeitsversuch zu klÄren wÄre.

3.6.3Ä Ä Nach Darlegung der Biografie der BeschwerdefÄhrerin mit der Auswanderung von Jugoslawien in die Schweiz, dem beruflichen Hocharbeiten, der Ehe mit einem zehn Jahre Älteren Mann, der unter Spielsucht gelitten und die Ersparnisse verspielt habe, mit der Geburt des Sohnes und der Scheidung fÄhrte Dr. Y.____ in der psychiatrischen Expertise vom 7. November 2006 (Urk. 9I/242) aus psychopathologischer Sicht nach testpsychologischen Untersuchungen eine mÄssige DepressivitÄt der BeschwerdefÄhrerin an. Ihr BedÄrfnis nach UnterstÄtzung, Zuwendung und SolidaritÄt sowie die dafÄr eingesetzten personellen Strategien des Einsatzes von AttraktivitÄt und Charme seien Ausdruck eines histrionischen und ihr Streben nach Autonomie und Anerkennung durch Leistung Ausdruck eines narzisstischen PersÄnlichkeitsstils. Dabei handle es sich um Ressourcen, sie stellten aber auch die VulnerabilitÄt gegenÄber KrÄnkungen, Misserfolgen und ZurÄckweisungen dar und erhÄhten das Risiko des Auftretens psychischer StÄrungen in entsprechenden Lebenssituationen. Nach der Trennung sei die BeschwerdefÄhrerin in ihrer Belastbarkeit

an Grenzen gestossen. Im Jahr 2000 hätten erstmals nervöse Herz-Kreislaufbeschwerden etc. bestanden und Antidepressiva seien zum Einsatz gelangt. Mit ihrem Anliegen, selbständig für sich und den Sohn sorgen zu können, sei sie aber weitgehend auf sich selber gestellt gewesen. Die Doppelbelastung als alleinerziehende Mutter und Berufstätige habe gesundheitliche Beeinträchtigungen mit sich gebracht. Im Jahr 2001 sei ein erneuter Besuch beim Hausarzt nötig gewesen, im Jahr 2002 sei die Kündigung erfolgt. Die vom Hausarzt geschilderten neurologischen gastrointestinalen und muskuloskelettalen Beschwerden könnten als Ausdruck einer Somatisierungstendenz aufgefasst werden, welche einen Risikofaktor für die spätere Chronifizierung der posttraumatischen Beschwerden darstelle. Darauf passe am besten die Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10 F43.22). Aufgrund der Akten sei wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin unmittelbar vor dem Unfall vom März 2003 gewisse körperliche Beschwerden gehabt habe, die jedoch nicht Symptome einer manifesten psychischen Störung gewesen seien. Nach allgemeiner Erfahrung könne man annehmen, dass die Beschwerdeführerin auch weiterhin in Zusammenhang mit psychosozialen Belastungsfaktoren gesundheitliche Beeinträchtigungen entwickelt hätte, wenn auch nicht in dem Ausmass, wie es dann infolge der Unfälle geschehen sei. Im Zusammenhang mit dem ersten Unfall sei eine Beschleunigungsverletzung der HWS des Schweregrades II nach den Kriterien der Quebec Task Force aufgetreten. Die Beschwerden hätten sich nicht zurückgebildet, weshalb von einer chronischen Beschleunigungsverletzung auszugehen sei. Hinzu gekommen seien weitere Beschwerden wie die mittelschwere bis schwere depressive Episode. Die Folgen des zweiten Unfalls seien als Beschleunigungsverletzung der HWS des Grades II zu bezeichnen. Als Diagnose seien eine Schmerzstörung als anhaltend somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine depressive Störung, ein Medikamentenmissbrauch i.S. von ICD-10 F55.2, wobei sich die Diagnose eines analgetika-induzierten Kopfschmerzes nur verdachtsweise stellen lasse, zu erheben. Der Grund für die Schmerzstörung sei gewesen, dass die Beschwerdeführerin der Doppelbelastung nicht stand gehalten habe. Ihre histrionische Persönlichkeit habe sich nach dem Unfall als Hindernis gezeigt. Der langwierige Verlauf sei deprimierend gewesen. Ihre Fähigkeit, belastende Lebensereignisse zu verarbeiten, sei beim zweiten Unfall durch die vorbestehende Depressivität eingeschränkt gewesen. Insgesamt hätten die narzisstischen und histrionischen Persönlichkeitszüge zur Entstehung bzw. Aufrechterhaltung der Beschwerden beigetragen. Daneben habe die sekundär entstandene depressive Störung die Chronifizierung des Schmerzsyndroms gefördert. Die depressive Störung habe spätestens ab Mai 2003 bestanden, sie sei von Juli 2003 bis Januar 2004 mindestens mittelgradig ausgeprägt gewesen. Nach dem Rehabilitationsaufenthalt in S. ___ habe ab Ende 2005 eine Besserung stattgefunden. Zum Zeitpunkt der Begutachtung halte die depressive Episode noch an und sei nach ICD-10 als leicht bis mittelgradig zu klassifizieren (ICD-10 F32.1). Differentialdiagnostisch liege eine posttraumatische Belastungsstörung nicht bzw. nicht mehr vor. Es sei zudem fraglich, ob die Unfälle geeignet gewesen wären, eine posttraumatische Belastungsstörung hervorzurufen. Die lebensgeschichtliche Entwicklung und die Selbstcharakterisierung der Beschwerdeführerin würden zwar nahe legen, einen histrionisch-narzisstischen Persönlichkeitsstil anzunehmen. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung könne aber nicht gestellt werden. Die psychologischen Mechanismen, die im Vorfeld der Unfälle zu psychischen und physischen Beschwerden geführt hätten, liessen sich wegen der Dissimulationstendenz und wegen des Fehlens fremdanamnestischer Angaben

zu ihrer Persönlichkeit nicht erstellen. Es sei nicht belegbar, dass schon vor den Unfällen maladaptive Persönlichkeitszüge zu subjektivem Leiden oder zu einer Beeinträchtigung der Rollenerfüllung geführt hätten. Inzwischen seien eine Chronifizierung und eine Fixierung des Schmerzerlebens und -verhaltens eingetreten, welche höchstens noch teilweise reversibel seien. Die Beschwerdeführerin sei schon vor den Unfällen überfordert gewesen.

zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. Y. aus, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt in der angestammten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Aus psychischer Sicht sei dafür neben dem chronischen Schmerzsyndrom die depressive Stimmung verantwortlich.

In Bezug auf die Frage nach dem Kausalzusammenhang liess der Gutachter verlauten, dass die Beschwerdeführerin im Vorfeld der Unfälle eine Prädisposition zur Somatisierung zu erkennen gegeben habe. Es habe jedoch unmittelbar vor dem ersten Unfall kein definiertes Krankheitsbild vorgelegen, aus dem sich ableiten lassen, wie sich der Gesundheitszustand ohne die Unfälle entwickelt hätte. Betrachte man die Symptomebene, so seien die Beschwerden vor den Unfällen im Vergleich zu denen danach schwächer ausgeprägt und - abgesehen von den Rückenschmerzen - nicht kontinuierlich vorhanden gewesen. Die psychischen Störungen seien ausgelöst worden durch die anhaltenden unfallbedingten Beschwerden, sie seien nicht als unfallfremde Faktoren zu werten. Es sei wahrscheinlich, dass die Unfallereignisse eine *conditio sine qua non* für die Entwicklung des heutigen Beschwerdebildes darstellten. Zugleich hätten die vorbestehenden histrionischen und narzisstischen Persönlichkeitszüge wahrscheinlich einen wesentlichen Einfluss auf das Ausmass und die Dauer der Beschwerden. Ob die Persönlichkeitszüge schon vor den Unfallereignissen zu einer Beeinträchtigung der Rollenerfüllung und zu subjektivem Leiden geführt hätten, habe sich nicht eruieren lassen, weshalb die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht gestellt werden könne. Eine Quantifizierung des Anteils, den diese im Sinne einer Vulnerabilität einflussenden unfallfremden Faktoren ohne eigenen Krankheitswert am Beschwerdebild hätten, sei prinzipiell nicht möglich.

3.6.4 Der Neurologe Dr. U. führte in seiner Expertise vom 3. April 2007, der neben den Akten und der Untersuchung vom 26. März 2007 auch zusätzliche Untersuchungen wie ein Elektroenzephalogramm (EEG) sowie ein MR des Gehirns zugrunde lagen, aus (Urk. 9I/266), der erste Unfall sei der Wichtigere gewesen. Es habe eine Heckkollision stattgefunden, in deren Folge es zu Zeichen einer Distorsionsverletzung der HWS mit den entsprechenden körperlichen Beschwerden gekommen sei. Bereits wenige Wochen und Monate danach hätten indessen rheumatologischerseits keine massiven Bewegungsbeeinträchtigungen im Bereich der HWS mehr bestanden, freilich aber reichlich myofasziale Schmerzen. Der zweite Unfall sei wesentlich glimpflicher verlaufen als der erste. Das Erleiden des ersten Unfalls habe von den Charakteristiken her die damaligen Beschwerden erklären lassen. Es habe sich ein Beschwerdebild entwickelt, welches von Seiten der Weichteile durchaus einer HWS-Distorsion zuzuordnen sei, welches aber psychiatrischerseits von einer schweren Depression gekennzeichnet gewesen sei. Der Verlauf sei harzig gewesen. Die körperlichen Symptome hätten sich aber offenbar allmählich gebessert. Das Erleben des zweiten Unfalls acht Monate nach dem ersten habe die Beschwerdeführerin in ihrer Rekonvaleszenz deutlich zurückgeworfen. Aber lange Zeit scheine sich eine Besserung abzuzeichnen, sodass nun, nach multidisziplinärer

gutachterlicher Abklärung, an einen Fallabschluss zu denken sei. Die drei Zusatzgutachten hätten alle einen gemeinsamen Nenner. Dieser bestehe in der Depression der Beschwerdeführerin. Aus Sicht des Neuropsychologen seien kognitive Störungen vorhanden. Sie hätten aber nicht das Muster einer Störung nach HWS-Beschleunigungsverletzung, sondern sie entsprächen einer Depression. Hinweise für anatomisch bedingte Funktionsstörungen gebe es nicht. Aus rheumatologischer Sicht werde ebenfalls auf die Depression Bezug genommen. Dort habe sie aber einen psychosomatischen Aspekt und führe zu einem muskulären Schmerzsyndrom, konkret zu einer Panvertebralgie, zusätzlich mit Anzeichen eines Fibromyalgie-Syndroms. Der Psychiater schliesslich gehe analytisch auf die Grundlagen dieser Depression ein. Er postuliere eine narzisstisch-histrionische Persönlichkeitsvariante, aufgrund derer die Beschwerdeführerin vermehrt verletzlich sei und auch schon in der Vergangenheit auf belastende lebensgeschichtliche Faktoren mit körperlichen Beschwerden reagiert habe. Die anhaltenden Schmerzen nun, begleitet von Sorgen um ihr Kind, mit welchem sie (entfernt von ihrer Familie in S. ...) sozusagen in einer Symbiose lebe, führten zu einer somatoformen Schmerzstörung, welche aber nicht als eigenständig zu betrachten sei, sondern welche doch im Wesentlichen unfallkausale Ursachen habe. Die Depression sei episodisch zumindest mittelschwer, zeitweise auch schwer gewesen. Die Anpassungsstörungen würden die depressiven Züge noch unterstützen. Bei seiner Untersuchung habe Dr. U. ... eine eindeutig schmerzhaft, aber sonst freie Kopfbeweglichkeit mit linksseitigen Irritationen auf Höhe C4 und C7 gefunden. Es beständen verschiedene Triggerpunkte, auch im mittleren Thorakalbereich. Von entsprechenden Punkten im Musculus trapezius komme es zu ausstrahlenden Parästhesien bis zu den kleinen Fingern beidseits, was seines Erachtens die entsprechenden Beschwerden genügend erkläre. Eine neurologische Läsion im Bereich der Nervenwurzel oder weitere Engpasssyndrome der Extremitäten sollten darum nicht postuliert werden. Der zentrale Neurostatus zeige sich, wie meistens bei solchen Unfallsfällen, normal. Psychisch habe sich die Beschwerdeführerin ihm gegenüber offen, zugewandt und kooperativ gezeigt. Aber auch bei ihm sei es zu schnellen Stimmungswechseln gekommen, die vom jeweiligen Thema angestossen worden seien. Bei der Schilderung der Umfälle seien der Beschwerdeführerin die Tränen gekommen, sie scheine die Anamnese auch bei ihm etwas ausgebaut zu haben (angebliche Bewusstlosigkeit nach dem ersten Unfall). Auf der anderen Seite, speziell wenn vom Sohn oder von der Familie gesprochen werde, könne sie sogar lachen. Im Ganzen gesehen sei der Patientenkontakt bei ihm durchaus angenehm gewesen, dies offenbar im Gegensatz zur Situation bei der neuropsychologischen Untersuchung. Als Überraschungsbefund habe der Mediziner im EEG einen intermittierenden Fokus links temporal mit gelegentlicher Ausbreitung nach rechts und nach vorne gefunden. Nachdem magnetresonanztomographisch eine wesentliche Pathologie (speziell posttraumatisch) am Gehirn ausgeschlossen werden können, könne man insgesamt den EEG-Befund als mögliche Normvariante ansehen und ad acta legen. Die neurologische Untersuchung sei, wie oft in solchen Fällen, unergiebig. Die rheumatologische Untersuchung habe Hinweise auf psychogene (depressiv) angesteuerte schmerzhaft muskuläre Syndrome ergeben. Die Neuropsychologie habe dem Psychiater die Grundlage dafür geliefert, organische Momente auszuschliessen und dafür die für ihn offensichtliche und auch in den Vorakten beschriebene Depression einlässlich zu ergreifen. Das Fazit der Begutachtung bestehe darin, dass die Beschwerdeführerin im Abstand von acht Monaten vor vier Jahren zwei Heck-Kollisionen erlitten habe, nach

welchen sich Symptome einer HWS-Distorsion entwickelt hätten und die heute, schliesslich nach vier Jahren, nicht vollständig, aber doch befriedigend wieder abgeklungen seien. Es bestehe aber ein Schmerzsyndrom, welches sich somatoform von den anatomischen Strukturen abzulesen beginne, zum Weiteren zu symptomatischen myofaszialen Beschwerden Anlass gebe, die nicht mehr direkt auf Unfallverletzungen zurückgingen, sondern nur mittelbar mit solchen verbunden seien und schliesslich zu depressiv gefärbten kognitiven Funktionsstörungen führten. Ganz allgemein sei der Verlauf durch diese psychogene Komponente kompliziert. Inwieweit die psychogenen Komponenten nun die körperlichen Komponenten überwiegen würden, lasse sich aus Sicht von Dr. U. ___ nicht sagen und gehe aus den Zusatzgutachten nicht zweifelsfrei hervor. Man werde sich wahrscheinlich darauf einigen müssen, dass die psychiatrischen Belange einige Prozentpunkte unter 50 % liegen würden. Im Ganzen gesehen bestehe also ein typisches (juristisches und nicht medizinisch gefasstes) Beschwerdebild nach Distorsionsverletzung der HWS mit ausgeprägter, aber nicht überwiegender psychiatrischer (depressiver) Symptomatik. Die Arbeitsfähigkeit sei zur Zeit noch nicht gegeben. Dr. U. ___ gehe aber mit dem Psychiater absolut einig, dass es nun gelte, die Beschwerdeführerin von den passiven Massnahmen wegzubringen und eher aktiven Massnahmen zuzuführen. Eine solche Strategie stosse natürlich auf Widerstand seitens der Beschwerdeführerin selber, aber auch seitens der involvierten "Helfer". Gleichwohl sollte es möglich sein, eine solche Strategie zu verfolgen, indem nämlich die vertrautesten befassten Personen (der Hausarzt Dr. K. ___ oder die Psychotherapeutin J. ___) zusammen mit der Beschwerdeführerin diesen Weg einschlägen. Allerdings wäre es auch möglich, die Beschwerdeführerin einer strukturierten neuropsychologisch orientierten Psychotherapie zuzuführen, wo hauptsächlich die einzuschlagenden Copingstrategien eingeübt würden. Zur Kausalität müsse er sich nicht weiter äussern. Einerseits sei diese durch die Rechtsprechung bereits vorgegeben. Zum anderen sei es für ihn wie auch für seine Mituntersucher nicht denkbar, dass sich die Beschwerdeführerin ohne die beiden Unfälle in einem ähnlich oder gleichen Zustand befinden würde wie jetzt. Allerdings sei es nicht möglich, den Anteil der beiden Unfälle exakt zu berechnen. Der erste Unfall sei technisch gesehen sicher der schwerere. Der zweite Unfall habe dafür eine bereits versehrte Person getroffen. Fairerweise werde man den Anteil beider Unfälle je 50 % zuordnen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf die ihm gestellten Fragen antwortete Dr. U. ___ wie folgt: Als Diagnose sei ein neurologisch chronisches massiggradiges cervicospondylogenes Syndrom mit pseudoradikulären Reizungen C8 und cervicocranialen Kopfschmerzen zu stellen. Elektroencephalographisch liege ein unklarer und weiterer abklärungsbedürftiger "irritativer" intermittierender Fokus links temporal bei unauffälliger Kernspintomographie des Schädels vor. Rheumatologisch bestehe eine Panvertebralgie mit Tendenz zu Fibromyalgie. Psychiatrisch sei von einer Anpassungsstörungen mit mittelschweren, intermittierend auch schweren depressiven Episoden, jetzt in Aufhellung begriffen, auszugehen. Unfallfremd liege eine narzisstisch-histrionische Persönlichkeitsvariante mit vermehrter Verletzlichkeit und Tendenz zu Somatisierung vor. Als Beschwerden organischer Genese seien die im rheumatologischen Gutachten beschriebenen myofaszialen Schmerzen, ferner die Kopfschmerzen festzuhalten. Typische Beschwerden nach HWS-Distorsionstrauma oder äquivalenten Verletzungen lägen vor, wobei der Mediziner auf die genannten Beschwerden sowie weitere im psychiatrischen Gutachten genannte Beschwerdeanteile

ergeben (Urk. 8 Ziff. 4.4).

4.2. Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu und sind allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 134 V 114 E. 4.1 mit zahlreichen Hinweisen). Der Gesetzgeber verdeutlicht mit dem Begriff "namhaft", dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 115 E. 4.3).

4.3. Dr. V. hielt in seinem Gutachten fest, eine neuropsychologische Therapie sei nicht zu empfehlen und würde kaum eine wesentliche Verbesserung bewirken können. Seit April (leider nicht schon früher) werde Ergotherapie durchgeführt, welche aus neuropsychologischer Sicht zu unterstützen sei. Bei dieser Patientin werde es eine gewisse Anlaufzeit in der Therapie brauchen, eine höhere Therapieintensität wäre unter Umständen besser (allenfalls zuungunsten anderer Therapien), aber nach 4-6 Monaten sollte beurteilt werden können, ob die Patientin auf die Therapie anspreche und auch beginne, die Therapieinhalte im Alltag effektiv umzusetzen. Demnach unterstützte Dr. V. zwar den Versuch einer Ergotherapie, äusserte sich aber zu deren Erfolgsaussichten äusserst vage und zurückhaltend, weshalb hier nicht davon die Rede sein kann, dass noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann.

4.4. PD Dr. W. stellte in seinem rheumatologischen Gutachten fest, die bisher durchgeführten Behandlungen hätten zu keiner namhaften Besserung geführt, er vermisse allerdings aufgrund der Aufzeichnung ein konsequentes medizinisches Therapieprogramm, das auch bei Schmerzen durchgeführt werden sollte. Er erwarte dabei allerdings keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (Urk. 9I/237/7).

4.5. Dr. Y. schrieb in seinem psychiatrischen Gutachten, eine psychiatrische Behandlung könne zu einer Besserung der Schmerzbewältigung, der Depressivität, des Selbstwertgefühls und der Lebensqualität der Explorandin sowie zu einem verminderten Schmerzmittelgebrauch führen. Eventuell könne die Leistungsfähigkeit im Haushalt erhöht werden, eine substanzielle Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei jedoch unwahrscheinlich. Nach über dreijährigem Beschwerdeverlauf sei anzunehmen, dass aufgrund neurobiologischer Prozesse der Schmerzverarbeitung eine Fixierung des Schmerzerlebens und -verhaltens eingetreten sei, weshalb langfristig mit einem fluktuierenden Verlauf der Schmerzstellung zu rechnen sei. Hinsichtlich der depressiven Stimmung könne unter Umständen durch interdisziplinäre Behandlungsmassnahmen eine Besserung innerhalb eines Zeitraumes von 6 Monaten erzielt werden (Urk. 9I/242/49 ff.). Somit äusserte sich auch Dr. Y. sehr zurückhaltend zu den Erfolgsaussichten weiterer therapeutischer Massnahmen und rechnete bezüglich Arbeitsfähigkeit sogar ausdrücklich nicht mit einer substanziellen Verbesserung.

4.6. Dr. U. legte in seinem neurologischen Gutachten dar, die neurologische Untersuchung sei unergiebig gewesen (Urk. 9I/266 S. 25). Soweit er in der Folge angab, dass eine weitere medizinische Behandlung notwendig sei, um eine namhafte

Besserung des Gesundheitszustandes zu erreichen, bezog er sich daher nicht auf sein angestammtes Gebiet, sondern schloss sich den Empfehlungen Dr. Y. ___s an (S. 28). Entsprechend schlug er vor, die Frage, ob eine Beeinträchtigung der körperlichen oder der geistigen Integrität vorliege, in einem Jahr PD Dr. W. ___ bzw. Dr. Y. ___ noch einmal vorzulegen. Daraus ist zu schliessen, dass Dr. U. ___, was sein eigenes neurologisches Fachgebiet anbelangt, von weiteren Behandlungsmassnahmen, soweit solche aufgrund der unergiebigsten Untersuchung überhaupt angezeigt wären, jedenfalls keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartete, sondern im Rahmen der Gesamtdredaktion die Aussagen der anderen Gutachter interpretierte. Dr. U. ___ selber hat ausdrücklich festgehalten, dass er versucht habe, die drei Zusatzgutachten zusammenzufassen, weshalb es sich dabei bereits um eine Interpretation handle. Sollte es darum gehen, Einzelheiten aus diesen Gutachten zur Wahrheitsfindung heranzuziehen, müsste auf das jeweilige Originalgutachten zurückgegriffen werden (Urk. 9I/266 S. 24). Demzufolge ist bezüglich der Frage, ob von einer weiteren Heilbehandlung noch eine namhafte Besserung erwartet werden könne, in erster Linie auf diejenigen Einzelgutachten abzustellen, in dessen Fachgebiet die noch vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen fallen. Mithin sind die Angaben des Rheumatologen PD Dr. W. ___ und des Psychiaters Dr. Y. ___ massgebend.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Gutachter zwar weitere Therapien vorschlugen, von diesen allerdings entweder keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwarteten oder aber die Wahrscheinlichkeit einer namhaften Verbesserung als gering veranschlagten. Daher hat die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht abgeschlossen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Nach Lage der medizinischen Akten ist davon auszugehen - hier ist insbesondere auf die Arztberichte der Dres. B. ___ und K. ___ als erstbehandelnde Ärzte zu verweisen - dass die Beschwerdeführerin anlässlich der Auffahrunfälle vom 31. März 2003 und vom 6. Januar 2004 HWS-Distorsionsstraumata erlitten hat, was auch die Gutachter in Bezug auf die Diagnose übereinstimmend festhalten. Dr. Y. ___ klassifizierte sie gar anhand der Quebec Task Force. Mit Ausnahme von Dr. V. ___ bejahen denn auch die Experten das Vorhandensein der für ein entsprechendes Trauma typischen Beschwerden, sodass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Vorliegen des innerhalb einer dreitägigen Latenzzeit nach dem Unfall schleudertraumatypischen, bunten Beschwerdebildes (Kopf- Nacken- und Rückenschmerzen) zu schliessen ist (vgl. SVR 2007 UV Nr. 23 S. 75, U 215/05, Erw. 5 mit Hinweisen; RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29, U 264/97, Erw. 5; Urteil des Bundesgerichts in Sachen Z. vom 17. September 2008, 8C_9/2008 Erw. 5). Die abweichende Meinung von Dr. V. ___ beruht wohl in erster Linie darauf, dass die neurologische Untersuchung unergiebig war, wie es von Dr. U. ___ in der Gesamtbeurteilung als typisch für solche Fälle erwähnt wird.

5.2 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ausgewiesen ist in somatischer Hinsicht weiter, dass es im Zusammenhang mit beiden Unfällen nicht zu einem MTBI gekommen ist, wie den diesbezüglich übereinstimmenden neurologischen und neuropsychologischen Teilexpertisen der Dres. V. ___ und U. ___ zu entnehmen ist. Im Weiteren wurden mit Ausnahme der Untersuchung bei Dr. U. ___, mehr als vier Jahre nach dem ersten und

Über drei Jahre nach dem zweiten Unfall, bildgebend keine Hinweise für schwere strukturelle Schädigungen, v.a. keine Hinweise auf Schädigungen von Nervenstrukturen, von Nervenwurzeln oder des Rückenmarks gefunden und auch das Vorliegen von ossären Läsionen verneint, wie den Berichten der Erstkonsultation nach dem ersten Unfall bei Dr. B.____, dem CT in der O.____ und dem Bericht des MRI des Gehirns vom 29. März 2007 in der Klinik R.____ zu entnehmen ist (Urk. 9I/266). Dr. V.____ fand zwar anlässlich seiner Untersuchung eine endständig schmerzhaft, aber sonst freie Kopfbeweglichkeit mit linksseitigen Irritationen auf Höhe C4 und C7 vor, ebenso wie verschiedene Triggerpunkte. Die Parästhesien bis zu den kleinen Fingern beidseits erklärte er damit; er verneinte indessen überzeugend das Vorliegen einer neurologischen Läsion im Bereich der Nervenwurzeln oder weitere Engpasssyndrome der Extremitäten und legte den entsprechenden EEG-Befund ad acta. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass physisch imponierende Beschwerden per se nicht für den Nachweis einer unfallbedingten organischen Ursache genügen (Urteil des Bundesgerichts in Sachen E. vom 14. April 2008, 8C_42/2007, Erw. 2; vgl. auch SVR 2008 UV Nr. 2 S. 3, U 328/06, Erw. 5.2 mit Hinweisen). Kopf- und Nackenschmerzen, Druckdolenzen, Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur sowie eine Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule können für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat von Beschwerden qualifiziert werden (Urteil des Bundesgerichts vom 27. November 2007 in Sachen M., U 554/06).

5.3. Bei der Beurteilung fällt indessen auf, dass von Beginn weg auch psychische Komponenten vorlagen, bei denen nicht einfach zu beurteilen ist, ob sie den erlittenen HWS-Distorsionstraumata zuzurechnen sind.

5.3.1. Vorab ist darauf hinzuweisen, dass somatoforme Schmerzstörungen nicht zum typischen Beschwerdebild von Schleudertraumen und schleudertraumatischen Verletzungen der Halswirbelsäule gehören (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 10. April 2006 in Sachen F., U 177/05, Erw. 4.2 mit zahlreichen Hinweisen).

5.3.2. Mit Blick auf die psychische Situation der Beschwerdeführerin geht aus den Akten sodann hervor, dass Dr. B.____ im Überweisungsschreiben an Prof. D.____ auf eine Neigung zu Schmerzsomatisierung im WS-Bereich vor dem Unfall hinwies, welche Physiotherapie und die Einnahme von SSRI erfordert hätten. Im ärztlichen Zwischenbericht vom 4. Juni 2003 (Urk. 9I/17) hielt der Arzt bei seiner Einschätzung nach einem miserablen Verlauf mit Beschwerdepersistenz trotz objektiv guter Deblockierung im HWS-Bereich das Vorliegen unfallfremder Faktoren wie eine Neigung zu Depressionen, bekannt seit Mai 2000 mit einer Behandlung auch mit Antidepressiva und Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR), fest. Im Überweisungsschreiben an Dr. K.____ vom 3. November 2003 (Urk. 9I/55) führte Dr. B.____ dann aus, dass die ausgeprägten Ängste der vor dem Unfallereignis arbeitslosen und alleinerziehenden Mutter ein Hauptmerkmal ihrer Persönlichkeit und die Verunsicherung die logische Folge davon seien. Er habe die Beschwerdeführerin seit Mai 2000, mithin vor dem Unfallereignis, betreut, nämlich in der schwierigen Situation der Trennung und immer wieder wegen rezidivierendem Lumbovertebralsyndrom im Serviceberuf. Über lange Monate seien neben vielen Gesprächen auch SSRI nötig gewesen. Im Arztbericht vom 30. September 2004 (Urk. 9I/110 = Urk. 9II/29) erläuterte Dr. B.____ detailliert die Behandlungen der Beschwerdeführerin seit Mai 2000. Im Jahr 2000 sei sie wegen vegetativ-nervösen

Herzproblemen, Inappetenz, tiefem Blutdruck, Schlaflosigkeit und Angst zu ihm gekommen. Auf einen ersten Versuch einer antidepressiven Therapie habe sie innert zwei bis drei Wochen gut angesprochen. Sie haben sodann den Scheidungstermin Mitte August 2000 gut überstanden. Die Spielsucht des Ehemannes habe eine grosse finanzielle Belastung dargestellt. 2001 habe er die Beschwerdeführerin wegen Schwindel und Eisenmangel behandelt. Die antidepressive Therapie sei wieder aufgenommen worden. Es hätten Gespräche über die schwierige Lebenssituation privat und am Arbeitsplatz als allein erziehe Mutter stattgefunden. Im Oktober 2001 sei der Arbeitsplatzwechsel erfolgt. Danach habe er die Beschwerdeführerin wegen paravertebralen Rückenschmerzen mit Physiotherapie über viele Sitzungen hinweg betreut. Im Jahr 2002 habe die Beschwerdeführerin Dr. B. wegen funktionellen Bauchbeschwerden und Meteorismus behandelt. Sie habe Ende März 2002 die Kündigung erhalten. Es habe weiterhin ein Bedarf nach Physiotherapie bestanden, und es seien wieder diffuse Rückenschmerzen oder ein akutes, zu Chronizität neigendes Lumbago bei schlechtem Muskelaufbau paravertebral und schlechter Körperhaltung aufgetreten.

5.3.3.3. Auch Dr. I. erwähnte im Bericht vom 11. Oktober 2003 (Urk. 9I/51) eine weinende Beschwerdeführerin. Sie lebe getrennt zusammen mit dem fünfjährigen Sohn. Als Befund erhob er vorwiegend myofaszial bedingte occipitale Kopfschmerzen bei Status nach HWS-Distorsion, wobei er auf eine vorgängig schon bekannte schwierige psychosoziale Situation hinwies. Die Chronifizierung dürfte sehr wohl in der schwierigen psychosozialen Situation mit enormen Existenzängsten begründet bleiben.

5.3.4.4. J. wies in ihren Berichten vom 3. März 2004 (Urk. 9I/72) und vom 1. Oktober 2004 (Urk. 9I/109 = Urk. 9II/28) darauf hin, dass der Unfall neben den somatischen Folgen an einer vorbestehenden psychischen Vulnerabilität aufgrund traumatischer Kindheitserlebnisse gerührt habe. Es sei jedoch davon auszugehen, dass die psychischen Beschwerden ohne den Unfall nicht oder nicht in dieser Heftigkeit eingetreten wären. Zu den körperlichen Schmerzen komme ein depressiver Zustand. Die psychischen und die physischen Schmerzen verstärkten sich wechselseitig.

5.3.5.5. Sodann geht aus den Akten hervor, dass die Behandlung der psychischen Probleme schon nach dem ersten Unfall (Bericht von Prof. D. vom 2. Juli 2003, Urk. 9I/34), spätestens jedoch nach dem zweiten Unfall (Bericht des P. vom 24. März 2004, Urk. 9I/84) ins Zentrum rückte. Es ist zudem festzustellen, dass sich offenbar nach dem ersten Rehabilitationsaufenthalt in S. im Sommer 2005, in dessen Verlauf auch der Besuch der Familie erfolgte, eine Besserung der Beschwerden ergab, hielt der Mediziner der Rehabilitationseinrichtung doch am 16. September 2005 (Urk. 9I/166 = Urk. 9II/61) einen Teilerfolg fest, der von allen bemerkt worden sei. Auch Dr. K. (Arztbericht vom 16. Dezember 2005, Urk. 9I/179) und J. (Bericht vom 10. Februar 2006, Urk. 9I/180) sprachen sich im Anschluss an den Rehabilitationsaufenthalt in S. für eine Erhöhung der Leistungsfähigkeit und stellten verminderte somatische und psychische Beschwerden fest. Im Weiteren fällt auf, dass die Beschwerden der Beschwerdeführerin eng mit den Problemen bzw. Erfolgen des Sohnes verknüpft waren. Während sie sich sorgte, als er im Januar 2005 vom schulpsychologischen Dienst abgeklärt werden sollte (Urk. 9II/33), trat beispielsweise eine Besserung des Gesundheitszustandes ein, nachdem dem Sohn der Schuleintritt gelangt war (Bericht von J. vom 10. Februar 2006, Urk. 9I/180).

dritten Fahrzeuges. Diese Frontalkollision führte gegebenenfalls zu einer Geschwindigkeitsänderung, die eine Verlangsamung ergab und unterhalb eines Bereiches von 20-30 km/h lag. Beim zweiten Unfallereignis, wiederum eine Kollision mit drei Fahrzeugen, wobei die Beschwerdeführerin zuvorderst vor der Ampel stand, entstanden laut Unfallakten der Z.____ am Fahrzeug der Beschwerdeführerin lediglich Farbspuren, der Schaden betrug Fr. 100.-- (Urk. 9II/5). Die Arbeitsgruppe für Unfallmechanik kam in ihrer Kurzbeurteilung vom 9. Dezember 2004 zum Schluss (Urk. 9II/31), dass das Fahrzeug der Beschwerdeführerin durch die Heckkollision in weitgehend frontaler Richtung beschleunigt wurde. Sie habe sich praktisch parallel zur Fahrzeugschlingensachse nach hinten bewegt, wobei die durch diese Kollision bedingte Geschwindigkeitsänderung unterhalb eines Bereiches von 10-15 km/h gelegen haben dürfte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Faktoren, die eine andere Klassifikation der Unfallfolge zur Folge hätten, sind nicht ersichtlich. Die Adäquanz des Kausalzusammenhanges wäre somit nur dann zu bejahen, wenn eines der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter oder mehrere dieser Kriterien in gehäuft Weise erfüllt wären (vgl. Erw. 1.3.2).

6.3 Ä Ä Ä Die Unfallereignisse ereigneten sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen, noch waren sie - objektiv betrachtet (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207 Erw. 3b/cc, U 287/97) - von besonderer Eindringlichkeit. Immerhin konnte die Beschwerdeführerin nach den Unfallereignissen ihr Fahrzeug selber verlassen und der zugezogenen Polizei Angaben machen (Urk. 9I/4 und Urk. 9II/5).

6.4 Ä Ä Ä Was das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen anbelangt, präzisierte das Bundesgericht in BGE 134 V 109 Erw. 10.2.2), dass die Diagnose eines Schleudertraumas der HWS dieses für sich allein nicht zu begründen vermag. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Verletzungsbild typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Es kann sich dabei beispielsweise um eine beim Unfall eingenommene spezielle Körperhaltung und die dadurch bewirkten Komplikationen handeln (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 Erw. 5.2.3 mit Hinweisen). Derartige Umstände sind hier nicht auszumachen. Die für ein HWS-Distorsionstrauma charakteristischen Beschwerden liegen zudem nur teilweise und nicht in akzentuierter Form vor. Es sind in diesem Zusammenhang auch keine erheblichen Verletzungen ausgewiesen, welche sich die Versicherte neben der HWS-Distorsion zuzog, sondern die psychischen Probleme standen unmittelbar nach den Unfällen im Zentrum.

6.5 Ä Ä Ä Nicht gegeben sind, entgegen den Vorbringen in der Beschwerde (Urk. 1), auch die Kriterien der ärztlichen Fehlbehandlung sowie des schwierigen Heilungsverlaufs oder erhebliche Komplikationen. Es müssten hierfür besondere Gründe gegeben sein, die die Heilung beeinträchtigt haben (vgl. SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 Erw. 8.5, U 479/05). Solche Gründe sind aus den Akten nicht ersichtlich. Dass Beschwerden trotz medizinischer Behandlung anhalten, genügt nicht (Urteil in Sachen S. vom 1. September 2008, 8C_691/2007, Erw. 2.3.3).

6.6 Ä Ä Ä Für das Kriterium der ärztlichen Behandlung entscheidend ist gemäss BGE 134 V 109 Erw. 10.2.3, ob nach dem Unfall eine fortgesetzt spezifische, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung bis zum Fallabschluss notwendig war. Dies ist entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1) klar zu verneinen. Den medizinischen Unterlagen ist zu entnehmen, dass sich spätestens im Zusammenhang

mit dem ersten Rehabilitationsaufenthalt in S.____ im Sommer 2005 eine Verbesserung abzeichnete. Gleichermassen sprachen sich die Ergotherapeutin T.____ im November 2007 (Beginn der Behandlung im April 2006, Urk. 3/11) und die Physiotherapeutin L.____ in ihrem Bericht vom 17. November 2007 (Urk. 3/12) über seit dem Beginn der Behandlung vor zwei Jahren bestehende grosse Fortschritte aus. Weder die Physiotherapie noch die hausärztlichen Kontrollen, noch diejenigen bei Spezialärzten noch die ambulante Psychotherapie bei J.____ noch die Ergotherapie stellen zudem spezifische und die Beschwerdeführerin speziell belastende ärztliche Behandlungen im Sinne dieses Kriteriums dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen K. A vom 22. August 2008, 8C_609/2007, Erw. 4.2.2).

6.7

6.7.1 A Das Kriterium der Arbeitsunfähigkeit wurde in der mit BGE 134 V 109 modifizierten Rechtsprechung neueren Erkenntnissen angepasst. Es ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS (und hinsichtlich Adäquanzbeurteilung gleich zu behandelnden Verletzungen) ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus als eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Darin liegt der Anreiz für die versicherte Person, alles daran zu setzen, wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig zu werden. Gelingt es ihr trotz solcher Anstrengungen nicht, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung rasch möglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei ist auch der persönliche Einsatz im Rahmen von medizinischen Therapiemassnahmen zu berücksichtigen. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7).

6.7.2 A Im Zeitpunkt des Unfalls war die Beschwerdeführerin arbeitslos. Trotz der der Beschwerdeführerin vom Gutachter Dr. V.____ attestierten Ressourcen hinsichtlich Belastbarkeit (Urk. 9I/229 = Urk. 9II/81) und dokumentierten Verbesserungen der gesundheitlichen Situation (vgl. Erw. 5.3.5) unternahm sie keinerlei Anstrengungen, sich um die Reintegration in den Arbeitsprozess zu bemühen. Demnach ist auch dieses Kriterium nicht erfüllt.

6.8 A A A Ohne dass der Aspekt der erheblichen Beschwerden (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.4) näher zu präzisieren ist, ist zusammenfassend weder eines der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt, noch sind die für die Beurteilung geltenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise gegeben. Die Adäquanz ist mithin zu verneinen, womit die von der Beschwerdegegnerin in Zusammenhang mit den Unfällen vom 31. März 2003 und vom 6. Januar 2004 vorgenommene Leistungseinstellung per 31. Juli 2007 rechtens ist.

7. A A A A A Die Beschwerde ist mithin abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Mirjam Stanek Brändle

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit

4. 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.