

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00241 vom 29. Juni 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-06-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2008.00241](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00241)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00241 du 29 juin 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00241 del 29 giugno 2010

## Erwägungen

### E. 2

Die Beschwerdegegnerin sei zur Zahlung einer Integritätsentschädigung (IE) von 25 % an die Beschwerdeführerin zu verpflichten, abzüglich die 5 % IE gemäss Verfügung vom 4.3.08.

### E. 3

Die Beschwerdegegnerin sei zur Zahlung einer Prozessentschädigung an die Beschwerdeführerin zu verpflichten. ■

Zudem liess sie folgende Eventualanträge stellen:

■4. Anstelle von Antrag Ziffer 1 sei die Beschwerdegegnerin zur Zahlung einer Unfall-Rente an die Beschwerdeführerin basierend auf einem Erwerbsunfähigkeits-Grad von 15 % zu verpflichten mit Wirkung ab 1.8.06.

5. Anstelle von Antrag Ziffer 2 sei die Beschwerdegegnerin zur Zahlung einer IE von 12,5 % an die Beschwerdeführerin zu verpflichten. ■

2.3 Die durch Rechtsanwalt Daniel Engel vertretene "Zürich" liess mit Beschwerdeantwort vom 5. Januar 2009 (Urk. 10/15, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 10/21) um Abweisung der Beschwerde ersuchen.

3. Mit Verfügung vom 30. Juni 2009 (Urk. 11) wurde der Prozess Nr. UV.2008.00291 mit dem Prozess Nr. UV.2008.00241 vereinigt sowie das Verfahren Nr. UV.2008.00291 als dadurch erledigt abgeschrieben und unter der Prozess Nr. UV.2008.00241 weitergeführt.

4. Den beiden Beschwerdegegnerinnen wurde Gelegenheit gegeben, zu den bisherigen Eingaben (Beschwerde und Beschwerdeantwort) im jeweils anderen Verfahren Stellung zu nehmen. Die SUVA erstattete ihre Stellungnahme am 26. August 2009 (Urk. 14), die "Zürich" am 12. November 2009 (Urk. 20).

5. Mit Verfügung vom 14. September 2001 sprach die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, X. bei einem Invaliditätsgrad von 100 % ab dem 1. September 1999 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu (Urk. 9/56). Im Rahmen der periodischen amtlichen Rentenrevision wurde der Invaliditätsgrad mit Mitteilung vom 23. August 2005 bestätigt (Urk. 10/21/IV78).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. ■ ■ ■ ■ ■

1.1.1.1 Strittig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente sowie auf eine Höhe als eine 5%ige Integritätsentschädigung hat.

1.2

1.2.1.1 Die SUVA (nachfolgend: Beschwerdegegnerin 1) vertritt den Standpunkt, es stelle sich nicht die Frage, ob sie die Leistungen zu Recht eingestellt, sondern ob sie zu Recht einen Rückfall abgelehnt habe (Urk. 14). Sie verneinte eine Leistungspflicht für den im Januar 2008 gemeldeten Rückfall, da gemäss der Beurteilung von Dr. E. die geklagten gesundheitlichen Beschwerden nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis von 1996 stehen könnten. Durch die Kompressionsfraktur Th5 sei die Beschwerdeführerin zudem in jeder bis mittelschweren Tätigkeit nicht in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, weshalb von vorneherein der Anspruch auf eine Invalidenrente ausgeschlossen sei. Die psychische Problematik stehe nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis. Die Adäquanz sei nach der Psychorechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 und nicht nach der Schleudertraumarechtsprechung zu präzisieren, und es seien sämtliche Adäquanzkriterien zu verneinen. Auf die von der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit der Anwendung von Art. 100 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) aufgeworfenen Fragen trat sie im Einspracheentscheid mangels eines Anfechtungsgegenstandes nicht ein (Urk. 2).

1.2.2.1 Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) geltend, sie habe beim ersten Unfall vom 28. Dezember 1996 ein Schleudertrauma der HWS sowie eine Commotio cerebri erlitten. Durch übermässigen Schmerzmittelkonsum, welcher in der Folge zu einer Schmerzmittelabhängigkeit geführt habe, habe sie wegen einer drohenden Kündigung ab dem 1. April 1998 eine volle Arbeitsfähigkeit herbeiführen können. Sie monierte, dass die wegen einem Zeckenbiss anfangs 2000 eingetretene schwere Infektion und das wegen der Entfernung des Muskels bestehende hinkende Gangbild weder im Einspracheentscheid noch im Gutachten von Dr. D. erwähnt würden. Ihre Anstellung bei der Y. habe sie wegen zu vielen unfallbedingten Absenzen und unfallbedingt eingeschränkter Leistungsfähigkeit verloren. Sie habe dann per 1. April 1998 die neue Stelle bei der C. gefunden und trotz erheblicher Beschwerden zu 100 % gearbeitet, andernfalls sie die Stelle nicht bekommen hätte. Die Schmerzen habe sie mit einer Erhöhung des Schmerzmittelkonsums bekämpft. Sie sei nach dem 1. April 1998 nicht beschwerdefrei gewesen. Aufgrund der gesamten Umstände habe sich bei ihr eine posttraumatische depressive Reaktion eingestellt. Sie habe Anspruch auf eine Integritätsentschädigung im Umfang von mindestens 25 %, da sie an den typischen Folgen eines Schleudertraumas der HWS leide und eine Kompressionsfraktur Th5 erlitten habe. Der gestellte Eventualantrag leite sich aus der Überlegung ab, dass die Beschwerdegegnerinnen 1 und 2 im gleichen Umfang leistungspflichtig seien.

1.3.1.1

1.3.1 Die ZÄrich (nachfolgend Beschwerdegegnerin 2) vertrat gestützt auf das Gutachten von Dr. D. die Auffassung, zwei Jahre nach dem Ereignis sei der Status quo ante erreicht gewesen und damit der natürliche Kausalzusammenhang weggefallen. Zudem präzisieren und verneinte sie die Adäquanz in Verfügung und Einspracheentscheid nach der sogenannten Psychopraxis gemäss BGE 115 V 133 ff., da das Beschwerdebild

bereits kurz nach dem Unfall durch die psychische Problematik geprägt gewesen sei, verneinte einen adäquaten Kausalzusammenhang und machte im Weiteren geltend, die Adäquanz sei auch bei Prüfung nach der Schleudertraumarechtsprechung zu verneinen (Urk. 10/2). In der Beschwerdeantwort vertrat sie im Wesentlichen die Auffassung, der in der Beschwerde geltend gemachte Sturz auf die Bettkante und der Zeckenbiss seien nicht ordnungsgemäss gemeldet worden, wobei ohnehin nicht erwiesen sei, dass die Streptokokkeninfektion durch einen Zeckenbiss, d.h. durch ein Unfallereignis, verursacht worden sei. Auch wenn die Ereignisse vorschriftsgemäss gemeldet worden wären, seien deren Folgen aufgrund ihrer untergeordneten Bedeutung nicht zu berücksichtigen, da der Sturz auf die Bettkante keine nachweisbaren Schäden zur Folge gehabt habe und der Zeckenbiss nicht ausgewiesen sei (Urk. 2 Ziff. 10 ff.). Der medizinische Endzustand sei gemäss Gutachten Dr. D. \_\_\_ zwei Jahre nach dem Unfall erreicht gewesen, und die geklagten Beschwerden seien im Umfang von 30 % auf das erste Unfallereignis zurückzuführen (Urk. 10/15 Ziff. 41). Die Bestimmung von Art. 100 Abs. 2 UVV komme nicht zur Anwendung, da die Heilbehandlung des ersten Unfalles im Zeitpunkt des zweiten bereits abgeschlossen gewesen sei (Urk. 10/15 Ziff. 42). Sie habe nur für den zweiten Unfall vom 25. September 1998 Leistungen zu erbringen (Urk. 10/15 Ziff. 43f.). Dem Gutachten von Dr. D. \_\_\_ komme voller Beweiswert zu; es könne bei der Beurteilung der vorliegenden Streitsache auf dieses abgestellt werden (Urk. 10/15 Ziff. 45 ff.). Jedenfalls habe das zweite Unfallereignis gestützt auf das Gutachten lediglich zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Zustandes geführt und seien zwei Jahre danach der Status quo ante sowie der Endzustand erreicht gewesen (Urk. 10/15 Ziff. 56). Eine Integritätsentschädigung sei aus dem zweiten Unfallereignis nicht geschuldet (Urk. 10/15 Ziff. 61). Im Weiteren liess die Beschwerdegegnerin 2 ausführen, nach dem Unfall seien zunächst nur Schulter- und Nackenschmerzen aufgetreten; die weiteren behaupteten Beschwerden seien erst geraume Zeit nach dem Unfall geltend gemacht worden. Die chronischen Schmerzen im Brust- und Nackenwirbelbereich, die Medikamentenabhängigkeit und teilweise die Schlafstörung seien nachweislich auf das erste Unfallereignis zurückzuführen. Die somatoforme Schmerzstörung sei einerseits nicht Teil des typischen bunten Beschwerdebildes nach Schleudertrauma, andererseits sei ein Kausalzusammenhang nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt (Urk. 10/15 Ziff. 75). Das typische bunte Beschwerdebild mit einer charakteristischen Häufung von Beschwerden sei nicht gegeben und die psychische Problematik habe bereits unmittelbar nach dem zweiten Unfall eindeutige Dominanz aufgewiesen. Die nach dem 26. September 2000 noch geklagten Beschwerden seien einzig auf den ersten Unfall bzw. die (unfallfremde) psychische Problematik zurückzuführen (Urk. 10/15 Ziff. 77). Der Bericht von Dr. Senn vom 9. September 2008 sei unbeachtlich, da sowohl gemäss dem Gutachten von Dr. D. \_\_\_ als auch sämtlichen weiteren Arztberichten die psychische Problematik deutlich im Vordergrund stehe (Urk. 10/15 Ziff. 79f.). Der Unfall könne allerhöchstens als mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingestuft werden, und es seien - selbst bei einer Prüfung nach der Schleudertraumapraxis - sämtliche Adäquanzkriterien zu verneinen (Urk. 10/15 Ziff. 83 ff.). Eine Integritätsentschädigung für den zweiten Unfall sei nicht zu entrichten (Urk. 20).

1.3.2 Die Beschwerdeführerin liess gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin 2 einwenden, der zweite Unfall sei für den bestehenden Gesundheitsschaden mitursächlich. Das Gutachten von Dr. D. \_\_\_ sei nur beschränkt

beweistauglich. Sie machte geltend, sie habe beim zweiten Unfallereignis eine besonders ungünstige Kopfstellung innegehabt. Ausserdem habe sie zwei weitere Unfälle erlitten, für welche die Beschwerdegegnerin 2 leistungspflichtig sei. Am 27./28. Mai 1999 sei sie zuhause rücklings auf eine Bettkante gestürzt, wobei die Kopfgelenke betroffen gewesen seien. Anfangs 2000 habe sie wegen einem Zeckenbiss eine Weichteilinfektion erlitten, sei deswegen zwei Monate hospitalisiert gewesen und es habe ein Muskel am rechten Bein entfernt werden müssen. Seither hinke sie. Gemäss dem Gutachten von Dr. D. \_\_\_ sei sie unfallbedingt zu 30 % in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und betrage der Integritätsschaden 25 %. Aufgrund von Art. 100 Abs. 2 UVV sei die Beschwerdegegnerin 2 auch für die Folgen des ersten Unfalles leistungspflichtig. Gemäss der neuropsychologischen Teilgutachterin wären noch weitere neuropsychologische Abklärungen nötig gewesen. Zudem werde nicht auf den Zeckenbiss und die daraus folgenden Beeinträchtigungen hingewiesen (Urk. 10/1).

2. Die anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen sowie die nach Lehre und Rechtsprechung massgeblichen Kriterien für die Beurteilung der vorliegenden Streitsache wurden in den angefochtenen Einspracheentscheiden zutreffend und umfassend dargelegt (Urk. 2 Ziff. 2, Ziff. 4.b, Ziff. 5. a, Ziff. 6 und Urk. 10/1 Ziff. 1.). Darauf kann verwiesen werden.

Ergänzend ist zu den Ausführungen der Beschwerdegegnerin 1 betreffend Rückfälle und Spätfolgen (Urk. 2 Ziff. 2.b) zu bemerken, dass der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalles und nicht unter demjenigen eines Rückfalles zu prüfen ist, wenn die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden gelitten hat bzw. wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen. Brückensymptome können naturgemäss auch relativ harmloser Natur sein und dürfen in der Regel nicht nur dann anerkannt werden, wenn sie auch durchgängig ärztlich behandelt wurden (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2008 in Sachen S., 8C\_185/2008, Erw. 4.3 und 5.2 mit Hinweisen).

3. Einleitend drängen sich zur Frage des Streitgegenstandes folgende Bemerkungen auf:

3.1 Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung bzw. eines Einspracheentscheids - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung bzw. der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung bzw. kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a S. 414).

### E. 3.2

Die Beschwerdeführerin machte geltend, die Beschwerdegegnerin 2 sei - neben den Unfällen vom 18. Dezember 1996 und vom 25. September 1998 - auch für zwei weitere Ereignisse vom 27./28. Mai 1999 (Sturz auf die Bettkante) und von anfangs 2000 (Zeckenbiss mit konsekutiver Weichteilinfektion und Entfernung eines Muskels, Urk. 1 S. 3, Urk. 10/1 S. 3f.) leistungspflichtig.

3.3. Mit Verfügung vom 19. Dezember 2007 (Urk. 10/21/Z107) und dem angefochtenen Einspracheentscheid 18. August 2008 (Urk. 10/2) regelte die Beschwerdegegnerin 2 die Folgen des Unfallereignisses vom 25. September 1998, nicht aber diejenigen der weiteren zwei geltend gemachten Ereignisse. Diese sowie eine aufgrund derselben allfällig bestehende Leistungspflicht sind daher nicht Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens. Eine - rechtsprechungsgemäss mögliche (vgl. BGE 130 V 503, 122 V 36 Erw. 2a mit Hinweisen) - Ausdehnung des Verfahrens rechtfertigt sich nicht. Demnach ist insoweit, als die Beschwerdeführerin (sinngemäss) eine Anerkennung der Leistungspflicht für diese zwei weiteren Ereignisse beantragt, auf die Beschwerde nicht einzutreten.

#### E. 4

4.1. Nach dem ersten Unfallereignis vom 28. Dezember 1996 ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen Folgendes aktenkundig:

4.1.1. Im Spital Z.\_\_\_\_, wo die Beschwerdeführerin ab Unfalltag bis zum 5. Januar 1997 hospitalisiert war, wurden eine Commotio cerebri, eine stabile BWK 5 Kompressionsfraktur sowie Kontusionen des Beckens rechts, des Oberarms rechts sowie der Hand rechts diagnostiziert. Bei Eintritt hatte die Beschwerdeführerin eine kurze retrograde Amnesie, war jedoch voll orientiert und hatte Schmerzen in der Brustwirbelsäule (BWS), im Bereich des Beckens und der rechten Hand. Radiologisch wurden - abgesehen von der Kompressionsfraktur BWK 5 - traumatische Läsionen am Schädel, Thorax, der Brust- und Lendenwirbelsäule (LWS), der rechten Hand und dem Becken ausgeschlossen. Bis zum 12. Januar 1997 wurde eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 9/5, vgl. auch Urk. 10/21/ZM17 Beilage 2).

4.1.2. Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, attestierte der Beschwerdeführerin ab Unfalldatum bis zum 16. Februar 1997 eine vollumfängliche und danach bis zum 13. April 1997 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, anschliessend eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/8).

4.1.3. Später beendete die Beschwerdeführerin die Behandlung bei Dr. I.\_\_\_\_ und liess sich ab dem 11. Juli 1997 von Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, behandeln, welche ab dem 14. bis zum 31. Juli 1997 eine vollumfängliche und darauf bis zum 30. September 1997 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (Urk. 9/13-14). Sie hielt fest, der Verlauf sei durch ausgeprägte Beschwerden gekennzeichnet gewesen, vor allem nachts mit Schlaflosigkeit, weshalb sie auch an eine agitierte Variante einer Depression gedacht habe. Radiologische Kontrollaufnahmen der BWS inklusive Computertomographie der mittleren BWS hätten keine Anhaltspunkte für eine unverheilte Fraktur respektive Pseudarthrose oder sonstige posttraumatische Störung gezeigt. An rheumatologischen Befunden fand sie gemäss Bericht vom 4. November 1997 einen Flachsacken mit ausgeprägter Einschränkung der Beweglichkeit der BWS sowie schmerzhaften Verspannungen im Bereich der Nacken-Schultergürtel-Muskulatur rechtsbetont (Urk. 9/20). Die Behandlung bei Dr. J.\_\_\_\_ wurde Ende Dezember 1997 abgeschlossen (Urk. 9/23).

4.1.4. Am 9. Oktober 1997 wurde die Beschwerdeführerin durch den SUVA-Kreisarzt Dr. med. A.\_\_\_\_ untersucht. Sie klagte über Schmerzen im Rücken, wo der Wirbel gebrochen sei. Die Schmerzen hätten sich in letzter Zeit auch nach unten zum Kreuz ausgedehnt. Ein Hauptproblem sei der Kopfschmerz, der praktisch dauernd

vorhanden sei, in der Nacht eher mehr. Ohne Medikamente könne sie kaum schlafen. Dr. A. \_\_\_ vermerkte einen insoweit günstigen Verlauf, als die Röntgenbilder vom 11. Februar 1997 keine Sinterung des frakturierten BWKs zeigten, die zu einer zusätzlichen, nennenswerten Verschlimmerung der bereits vorher gestörten Wirbelsäulenstatik geführt haben könnten. Dr. A. \_\_\_ warf die Frage nach dem Vorliegen einer psychischen Problematik auf und veranlasste eine stationäre Abklärung in der B. \_\_\_ (Urk. 9/17).

4.1.5 Vom 12. Januar bis zum 18. Februar 1998 hielt sich die Beschwerdeführerin zur stationären Rehabilitation in der B. \_\_\_ auf (Bericht von Prof. Dr. med. F. \_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, und Dr. med. K. \_\_\_ vom 25. März 1998 Urk. 9/24). Dort wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. lokalisierte Myotendoperiostose mit im Vordergrund stehender ligamentärer Komponente im Gebiet des Hinterhauptes linksbetont, thorakal rechtsbetont mit sporadisch auftretenden heftigen ringförmigen Schmerzen im Hinterkopf in die Stirne ausstrahlend, milder Thoracic outlet Symptomatik im Ulnarisgebiet, weniger im Medianusgebiet, endgradig eingeschränkter HWS-Beweglichkeit, schmerzhaft irritierten Facettengelenken C3 bis C5, stark druckschmerzhafter Linea Nuchae linksbetont samt Ausstrahlungen in die Augenbrauen beidseits, starkem pa-Druckschmerz Th3 bis Th6, ohne neurologische Ausfälle (Hyposensibilität beidseits im ulnaren Handbereich und Dig. IV und V, bei Zustand nach Auffahrunfall mit Commotio cerebri samt möglicher milder traumatischer Hirnverletzung und stabiler BWK-5-Kompressionsfraktur am 28. Dezember 1996; 2. ligamentärer Irritationszustand der BWS mit leichter myofaszialer Komponente, starken Ansatzentzündungen im Bereich der mittleren BWS und schmerzbedingter Insomnie, ohne neurologische Ausfälle, bei teilfixierter Kyphose als Folge der BWK-5-Fraktur, leichter thorakal linkskonvexer und thorakocervical diskreter rechtskonvexer Seitabweichung, einer Haltungsinsuffizienz von 6 cm, Schultertiefstand rechts von 3 bis 4 cm. Im Verlauf des Aufenthaltes wurden am 21./22 Januar 1998 ein neuropsychologisches Konsilium, ein psychosomatisches Konsilium sowie am 4. Februar ein neurologisches Konsilium durchgeführt. Am 18. Februar 1998 wurde zudem im Kantonsspital L. \_\_\_ ein MRI des Schädels erstellt, welches unauffällige Befunde ergab (vgl. Urk. 9/24 S. 2). Bei Austritt hielten die behandelnden Ärzte insbesondere fest, dass die Beschwerdeführerin mit einer 50%igen Arbeitsfähigkeit entlassen werde, sie ab dem 1. April 1998 eine neue Stelle mit einem 100%-Pensum habe und dass eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % in dieser kurzen Übergangsphase sicher mit einem gewissen Wagnis verbunden sei.

Am 28. April 1998, d.h. nach Aufnahme der neuen Tätigkeit, wurde die Beschwerdeführerin in der B. \_\_\_ von Prof. Dr. F. \_\_\_ ambulant untersucht. Dieser stellte ein seit dem stationären Aufenthalt trotz massiver beruflicher Belastung nicht verschlechtertes Beschwerdebild fest, wobei er anmerkte, dass die Beschwerdeführerin vermehrt Schmerzmittel zu sich genommen habe und es dringend notwendig sei, dass sie wieder regelmässig, mindestens zweimal wöchentlich, einer Massage- sowie krankengymnastischen Therapie zugeführt werde. Die Beschwerdeführerin habe die unbedingte Pflicht, ihre Trainings- und Erholungsphasen in ihren Tagesablauf einzubauen, ansonsten die Gefahr der erneuten Überbelastung samt Dekompensation drohe (Urk. 9/26).

4.2 Nach dem zweiten Unfallereignis vom 25. September 1998 ist in medizinischer Hinsicht Folgendes aktenkundig:

4.2.1.1. Am 29. September 1998 wurde die Beschwerdeführerin in der B.\_\_\_\_ untersucht, wo aufgrund des erneuten Unfalles zusätzlich zu den bisherigen Diagnosen ein Distorsionstrauma diagnostiziert wurde. Dr. med. M.\_\_\_\_ und Prof. Dr. F.\_\_\_\_ hielten im Bericht vom 19. Oktober 1998 (Urk. 9/63 Beilage 7) fest, die Beschwerdeführerin habe abgesehen von einer psychischen Reaktion keine Symptome gehabt, die Schmerzhaftigkeit habe erst rund 24 Stunden nach dem Unfall begonnen und sich in den folgenden Tagen mit Ausstrahlungen ins Hinterhaupt und hinter die Augen gesteigert. Neurologische Auffälle seien zu keiner Zeit bemerkt worden. Als Ursache der hauptsächlich im Hinterhauptsgebiet und in der kranialen HWS gelegenen Beschwerden liess sich eine Segmentbewegungsstörung sowohl auf der Höhe C2/C3 als auch C4/C5 eruieren. Daneben hätten sich die bereits früher vorhandenen, indessen nur mässig ausgeprägten myotendoperiostotischen Befunde im gesamten Schultergürtelbereich erneut verstärkt. Es sei unter der verordneten Therapie mit einer schnellen Besserung und Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit zu rechnen.

4.2.2.1. Der Psychiater Dr. G.\_\_\_\_, bei welchem sich die Beschwerdeführerin ab September 1998 behandeln liess, diagnostizierte in seinem Bericht vom 23. Februar 1999 eine depressive Episode (als posttraumatische Reaktion) und attestierte ab Unfalldatum bis auf Weiteres eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 20/21/ZM2).

4.2.3.1. Vom 24. Februar bis zum 14. April 1999 hielt sich die Beschwerdeführerin erneut zur stationären Rehabilitation in der B.\_\_\_\_ auf. In ihrem Bericht vom 4. Mai 1999 (Urk. 9/28) nannten Dr. med. N.\_\_\_\_ und Prof. Dr. F.\_\_\_\_ als primäre Unfall- und Krankheitsdiagnosen (1) den Auffahrunfall vom 28. Dezember 1996 mit Comotio cerebri, stabiler BWK-5 Kompressionsfraktur und multiplen Kontusionen (Becken rechts, Oberarm rechts, Hand rechts) sowie (2) den Auffahrunfall vom 25. September 1998 mit HWS-Distorsionstrauma. Nach dem zweiten Unfall ständen nun unter Belastung kontinuierlich zunehmende Beschwerden im Schulter-Nacken-Bereich rechtsbetont und im Bereich des Thorax, ausgehend von BWK-5. Seit mehr als einem Monat kämen auch symmetrisch auftretende Kopfschmerzen hinzu. Zudem klagte die Beschwerdeführerin über Schlafstörungen, über Durchfälle und Übelkeit. Die Kopfschmerzsymptomatik schein wie beim letzten Aufenthalt multifaktoriellen Ursprungs zu sein, mit im Vordergrund stehender myogener Komponente. Neurologisch konnten keine relevanten Störungen gefunden werden, und es bestanden keine Anhaltspunkte für eine neue neuropsychologische Störung mehr.

4.2.4.1. In der Folge wurde die Beschwerdeführerin von Prof. Dr. F.\_\_\_\_ ambulant weiterbetreut, zunächst in der B.\_\_\_\_, ab Mai 2001 in dessen Privatpraxis (vgl. Bericht vom 31. Mai 2001, Urk. 9/47). Den Berichten von Prof. Dr. F.\_\_\_\_ kann im Verlauf entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin unter einer Bewegungseinschränkung und starken Schmerzen an der Wirbelsäule litt. Neurologische Auffälle bestanden nicht. Mit verschiedenen therapeutischen Massnahmen konnte keine dauerhafte Linderung der Beschwerden erzielt werden. Die Beschwerdeführerin leide zudem an Untergewicht, unter Schlafstörungen und sei depressiv. Ausserdem sei sie sozial isoliert (Urk. 10/21/ZM8-ZM16). Am 10. Juni 1999 hielt Prof. Dr. F.\_\_\_\_ aufgrund der ambulanten Untersuchung vom Vortag fest, nach der letzten notfallmässigen ambulanten Untersuchung vom 28. Mai 1999 wegen dem Sturz auf die Bettkante hätten sich unter Einhaltung der Ruhe, Durchführung von warmen Wickeln und Einnahme von nichtsteroidalen Antirheumatika sowohl der Schmerzzustand

als auch die muskulär-reflektorische Bewegungshemmung der HWS vermindert. Es habe sich jedoch eine fast bedrohliche Depression eingestellt. Die Beschwerdeführerin verlasse kaum die Wohnung und ziehe sich zurück. Es müsse mit aller Kraft darauf hingearbeitet werden, eine Tagesstruktur und eine psychosoziale Situation zu schaffen, die es der Beschwerdeführerin ermögliche, genügend zu essen. Diese Massnahmen ständen eindeutig im Vordergrund. Später müsse versucht werden, die Beschwerdeführerin wieder ins normale Leben und damit in eine regelmässige Arbeitstätigkeit zurückzuführen (Urk. 10/21/ZM8). Am 26. August 1999 konstatierte Prof. Dr. F. \_\_\_ ein zunehmend schwerer werdendes depressives Zustandsbild (Urk. 10/21/ZM9). Am 26. April 2000 erwähnte er einen stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der O. \_\_\_, welchen die Beschwerdeführerin aus eigenem Antrieb abgebrochen habe, und hielt fest, es müsse alles unternommen werden, um die Beschwerdeführerin einer stationären psychosomatischen Therapie zuzuführen, die bisherige Entwicklung habe die Erfolglosigkeit des ambulanten Settings klar aufgezeigt (Urk. 10/21/ZM10). Am 31. Mai 2001 hielt Prof. Dr. F. \_\_\_ fest, im Herbst 2000 habe die Beschwerdeführerin die Behandlung beim Psychiater Dr. G. \_\_\_ sowie sämtliche weiteren Therapien abgebrochen und sich noch stärker als sonst zurückgezogen. Das Beschwerdebild habe sich seither nicht wesentlich geändert. Zur Depression sei noch eine lähmende Perspektivenlosigkeit gekommen (Urk. 10/21/ZM12). Am 11. April 2004 teilte Dr. F. \_\_\_ der IV-Stelle mit, er habe sich intensiv um eine Kontaktaufnahme mit der Beschwerdeführerin bemüht, was aber nicht leicht sei. Er habe sie letztmals am 30. September 2002 untersucht (Urk. 10/21/IV62). Am 28. April 2005 untersuchte er die Beschwerdeführerin erneut und stellte vergleichbare Befunde wie im Verlauf fest (Urk. 10/21/IV58).

4.2.5.5 Im Auftrag der Beschwerdegegnerin 2 wurde die Beschwerdeführerin im Rahmen eines stationären Aufenthalts vom 22. Oktober bis zum 5. November 2003 in der Klinik H. \_\_\_ polydisziplinär (rheumatologisch, psychiatrisch und neuropsychologisch) begutachtet (Gutachten vom 12. Juli 2006, Urk. 10/21/ZM17). Am 27. August 2004 führte der Gutachter Dr. med. D. \_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, zudem auf Veranlassung durch die Beschwerdeführerin eine ambulante Verlaufskontrolle durch.

Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. P. \_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, kam aufgrund der Untersuchungsbefunde und der Anamnese zum Schluss, für die geklagten Schmerzen liege kein genügendes organisches Substrat vor und deren Verlauf gemäss Akten sei vereinbar mit einer somatoformen Schmerzstörung. Ausserdem bestehe eine Komorbidität im Sinne einer Dysthymie mit Perioden depressiver Verstimmung, Stimmungs- und Antriebsschwankungen, welche die Beschwerdeführerin nicht sehr behindern könne. Ein Zusammenhang mit dem Unfall könne psychiatrischerseits nicht nachgewiesen werden. Aufgrund des leichtgradigen psychischen Gesundheitsschadens sei die Beschwerdeführerin um 20 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Eine Besserung der psychiatrischen Befunde sei noch möglich, allenfalls liege auch bereits ein habituiertes Zustand vor (Urk. 10/21/ZM 17 Beilage 8).

Der rheumatologische Gutachter Dr. D. \_\_\_ hielt in seiner zusammenfassenden Beurteilung fest, die nach dem zweiten Unfallereignis lege artis durchgeführte ambulante stationäre Therapie habe ohne ersichtliche oder

dokumentierbare Besserung der komplexen Symptomatik zudem zu einer Schmerzmittelabhängigkeit geführt. Der chronische Schmerz, die unspezifische reaktive Störung, Anpassungsprobleme bei Veränderung der Lebensumstände und die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit seien letztendlich mitverantwortlich für die desaströse gesundheitliche und soziale Entwicklung mit Verwahrlosung und Selbstisolation gewesen. In dieser Phase seien die rein unfallbedingten Beschwerden, begleitende Krankheiten und soziale Umstände kaum mehr gegeneinander abzugrenzen gewesen. Die Entwicklung einer schweren chronischen Schmerzerkrankung und/oder einer unspezifischen Störung als ausschliessliche Folge eines leichten craniocervicalen Beschleunigungstraumas, wie es die Beschwerdeführerin am 26. September 1998 erlitten habe, sei zwar möglich. Der danach als ungünstig einzustufende Verlauf sei aber kaum möglich gewesen oder eingetreten ohne den als Teilursache für die Folgen des Zweitunfalles zu qualifizierenden Vorzustand. Es wäre zu erwarten gewesen, dass die Folgen dieses zweiten Unfalls ohne den Vorzustand und die Begleitumstände innerhalb von 12 bis maximal 24 Monaten behoben gewesen wären. Die langandauernde und weiterhin vorhandene Arbeitsunfähigkeit sei spätestens zwei Jahre nach dem Unfallereignis vom 25. September 1998 nur noch teilweise unfallbedingt. Sie sei mehrheitlich Folge einer somatoformen Schmerzstörung, akzentuierter Persönlichkeitszüge sowie der Anpassungsprobleme bei Veränderung der Lebensumstände. Die zwei Jahre nach dem zweiten Unfallereignis noch vorhandenen chronischen Schmerzen im Brust- und Nackenwirbelbereich, die Medikamentenabhängigkeit und teilweise die Schlafstörung seien unfallbedingt. Ursächlich sei dabei die Fehlform der BWS (Kyphose), welche wegen der Fraktur des 5. Brustwirbels aufgetreten sei, die Schlaf- und Konzentrationsstörung bei chronischen Schmerzen als direkte Folge der mechanischen Schädigung der BWS, akzentuiert durch die gleichzeitig erlittene milde organische Hirnschädigung. Das zweite Unfallereignis habe nur zu einer maximal zwei Jahre dauernden Verschlechterung des Zustandes, wie er sich nach dem ersten Unfallereignis präsentiert habe, geführt (10/21/ZM17 S. 16).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Insgesamt und unter Berücksichtigung der Teilgutachten stellte Dr. D. \_\_\_ folgende Diagnosen (10/21/ZM17 S. 17f.): 1. chronifiziertes thoraco- und cervicospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei Unfallereignis vom 28. Dezember 1996 mit stabiler BWK 5 Kompressionsfraktur mit sekundärer BWS Kyphose (T91.1) und Unfallereignis vom 25. September 1998 mit Distorsionstrauma der HWS bei Auffahrkollision (S13.4); 2. milde traumatische Hirnverletzung bei Status nach Unfallereignis vom 28. Dezember 1996 (S06.2); 3. Schmerzmittelabhängigkeit; 4. somatoforme Schmerzstörung (F45.0); 5. Dysthymie (F34.1); 6. akzentuierte Persönlichkeitszüge und Anpassungsprobleme bei Veränderung der Lebensumstände (z73.1); 7. Status nach wiederholten bakteriellen Unterschenkelinfektionen rechts (L02). Die derzeit noch vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien auf die beiden Unfälle vom 28. Dezember 1996 und vom 25. September 1998 zurückzuführen. Als unfallfremde Ursachen seien eine Dysthymie, akzentuierte Persönlichkeitszüge und eine somatoforme Schmerzstörung an den gesundheitlichen Störungen mitbeteiligt. Der status quo ante bzw. sine sei nicht erreicht. Die heutigen Beschwerden seien zu 30 % auf das erste Unfallereignis zurückzuführen. Ab dem 26. September 2000, d.h. zwei Jahre nach dem zweiten Unfallereignis, habe von einer weiteren Behandlung der Beschwerden keine namhafte Besserung mehr erwartet werden können bzw. sei der Endzustand erreicht gewesen. Von einer weiteren ärztlichen

Behandlung der Unfallfolgen sei keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten. Die angestammte Tätigkeit als Mediaberaterin könne wegen chronischen Schmerzen, Schlaf- und Konzentrationsstörung inhaltlich ohne Einschränkung, zeitlich mit einer teilweisen Einschränkung durchgeführt werden. Die Tätigkeit als Mediaberaterin hätte zwei Jahre nach dem [zweiten] Unfallereignis mit einer zeitlichen Beeinträchtigung von 30 % weitergeführt werden können. Die Arbeitsunfähigkeit aufgrund des ersten Unfalles schätzte er auf 100 % ab Unfalldatum bis zum 16. Februar 1997, danach bis zum 25. April 1997 50 %, und in der Folge 0 %. Nach dem zweiten Unfall habe die Arbeitsunfähigkeit während drei Monaten 100 %, danach 50 % während 12 Monaten und im Weiteren 0-50 % während 9 Monaten betragen. In der angestammten Tätigkeit als Mediaberaterin sei die Beschwerdeführerin wegen Schmerzen bei längeren Reisen (über eine Stunde, öffentliche Verkehrsmittel und Privatauto) bei beeinträchtigtem Sitzen in der Mobilität behindert. Zudem sei die Belastungsfähigkeit der Wirbelsäule beim Mitführen von Präsentationmitteln (Gewicht über 10 kg) beeinträchtigt. Im Weiteren bestehe eine verminderte zeitliche Belastungsfähigkeit bei chronischen Schmerzen, Schlafstörung und Medikamenteneinnahme. Insgesamt seien die Beeinträchtigungen gemessen an einem 100%-Pensum in der angestammten mit 30 % und in einer anderen Tätigkeit mit 20 % zu gewichten. Den Integritätsschaden, welcher vollumfänglich durch den ersten Unfall verursacht worden sei, bezifferte er mit 25 % mit dem Vermerk ■starke Dauerschmerzen, Zusatzbelastung nicht möglich, auch nachts und in Ruhe■.

4.2.6 ■ Der SUVA-Versicherungsmediziner Dr. E. \_\_\_ kam in seiner Aktenbeurteilung vom 15. Februar 2008 (Urk. 9/90) im Auftrag der Beschwerdegegnerin 1 angesichts der erlittenen Verletzungen und des Verlaufs sowie der bestehenden vollen Arbeitsfähigkeit ab 1. April 1998 sowie dem Fehlen von ärztlichen Behandlungen ab dann bis zum zweiten Unfallereignis zum Schluss, es bestehe kein wahrscheinlicher Kausalzusammenhang mit der späteren psychogenen Fehlentwicklung. Er ging mit dem Gutachter Dr. D. \_\_\_ einig, dass spätestens zwei Jahre nach dem zweiten Ereignis nicht mehr von echten Unfallfolgen ausgegangen werden könne. Der zweite Unfall sei vom ersten klar abgrenzbar. Auf die Schlussfolgerungen von Dr. D. \_\_\_ könne nur schon deshalb nicht abgestellt werden, weil dieser die Psyche mit berücksichtige. Zudem könne die festgelegte Beeinträchtigung von 30 % in der Arbeitsfähigkeit und die Integritätsentschädigung im Umfang von 25 % allein wegen Folgen des Unfalles von 1996 aus traumatologischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Es würden lediglich deskriptive Beschwerde-Diagnosen gestellt, wobei strukturell nur eine leichte Kompressionsfraktur Th5 vorliege (Keilwinkel von weniger als  $10^\circ$ ), was statisch nicht von Belang sei und auch die diffusen Schmerzen nicht erklären könne. Die leichten radiologischen Residuen an Th5 könnten als höchstens knapp erheblich im Sinne eines Integritätsschadens von 5 % qualifiziert werden. Eine zukünftige Verschlimmerung sei unwahrscheinlich. Die Röntgenaufnahmen von 29. Oktober 2003 seien gegenüber den früheren Aufnahmen unverändert gewesen, weshalb kein echter Rückfall vorliege. Weitere Behandlungen seien weder notwendig noch sinnvoll. Körperlich lasse sich wegen des objektiv geringen Befundes an der oberen BWS keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für jede bis mittelschwere Tätigkeit rechtfertigen. Im Vordergrund stehe ein psychiatrisches Leiden. Von weiteren Abklärungen könnten keine neuen Erkenntnisse erwartet werden.

4.2.7.1 Prof. Dr. F. \_\_\_ hielt in seiner Beurteilung vom 24. Juli 2008 (Urk. 3/20) des Integritätsschadens aufgrund des posttraumatischen Beschwerdeverlaufs, beobachtet seit dem ersten Aufenthalt in der B. \_\_\_ vom 12. Januar bis zum 18. Februar 1998, zu Händen der Beschwerdeführerin fest, aus klinisch-befundmässiger Sicht bestehe aufgrund der dauerhaft vorhandenen, aus der Tiefe stammenden und belastungsabhängigen Dauerschmerzen der mittleren und unteren BWS, ferner aufgrund der sich unter Belastung immer wieder einstellenden Rezidive akuter thorakovertebraler Syndrome, des weiteren aufgrund der auch nächtlich zu Schlafstörungen führenden BWS-Schmerzen und der bezüglich aufrechter Haltung wesentlich eingeschränkten Belastbarkeit der BWS ein Integritätsschaden von 25 %. Die konservativ optimal verheilte Kompressionsfraktur sei lediglich der bildgebend dokumentierbare Teil der deutlich ausgedehnteren Weichteilschädigung der BWS, die manuell diagnostisch in Form einer wesentlichen, unter Belastung schmerzhaften Versteifung der BWS insbesondere im Abschnitt Th5-8 zum Ausdruck komme. Eine Reduzierung des Schadens auf den frakturierten BWK 5 sei aufgrund der rezidivierenden Symptomatik seit dem Unfall und der bis heute manuell diagnostisch erheblichen Palpations- und Dysfunktionsbefunde nicht gerechtfertigt. Mitbeteiligt an der bis heute misslungenen Wiedergewinnung der Haltungsverträglichkeit seien die konstitutionelle Asthenie, das chronische Untergewicht sowie die konstitutionell bedingte Muskelhypotrophie. Aber auch der Flachrücken mit der eher umschriebenen BWS-Kyphose TH5-8 erschwere zusätzlich die rehabilitativen Trainingsbemühungen zur Wiedergewinnung der Tragfähigkeit der Wirbelsäule. Im Verlauf hätten sich zum ursprünglichen Schaden wesentliche zusätzliche, die Belastbarkeit ebenfalls mindernde Faktoren dazugesellt, insbesondere habe der zweite Unfall primär zu einer Segmentbewegungsstörung des cervikothorakalen Überganges, aber sekundär schmerzreflektorisch auch zu einer Mitbeeinträchtigung der BWS geführt.

## 5.1.1.1.1

5.1.1.1.1.1 Zunächst ist zu prüfen, ob die am 18. Januar 2008 (Urk. 9/86) bei der Beschwerdegegnerin 1 gemeldeten Beschwerden als Rückfall oder als zum Grundfall gehörend zu behandeln sind, was insofern relevant ist, als bei Annahme eines Rückfalls die Beschwerdeführerin die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat, sofern nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang zum Unfall nachgewiesen werden kann, bei Annahme des Weiterbestehens des Grundfalls jedoch die Beschwerdegegnerin den Nachweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs mit dem selben Beweisgrad zu erbringen und bei Misslingen die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen, d.h. allenfalls Leistungen zu erbringen hat.

5.2.1.1.1.1.1 Aufgrund der ambulanten Untersuchung in der B. \_\_\_ vom 28. April 1998 hielt Prof. Dr. F. \_\_\_ fest, das Beschwerdebild sei seit dem stationären Aufenthalt trotz massiver beruflicher Belastung nicht schlechter geworden, wobei die Beschwerdeführerin vermehrt Schmerzmittel zu sich genommen habe. Es sei dringend notwendig, dass sie wieder regelmässig, mindestens zweimal wöchentlich, einer Massage- sowie krankengymnastischen Therapie zugeführt werde. Sie habe die unbedingte Pflicht, ihre Trainings- und Erholungsphasen in ihren Tagesablauf einzubauen, ansonsten die Gefahr der erneuten Überbelastung samt Dekompensation drohe (Urk. 9/26). Mündlich machte die Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin 1 geltend, sie habe aus arbeits- und zeitbedingten Gründen die von der B. \_\_\_ dringend empfohlenen Massnahmen nicht durchführen können. Aufgrund dessen habe sie unter

stärkeren Beschwerden gelitten, welche sie durch vermehrte Einnahme von Schmerzmitteln zu unterdrücken versucht habe. Nach dem 28. April 1998 bis zum zweiten Unfall sei sie nicht mehr in ärztlicher Behandlung gewesen (Urk. 9/33). Am 16. September 1999 hielt sie auf Anfrage der Beschwerdegegnerin 2 hin schriftlich fest, sie habe vor dem zweiten Unfall noch an Beschwerden aufgrund des ersten Unfalls gelitten (Urk. 9/32).

5.3 Angesichts dieser Angaben ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin vor dem zweiten Unfall aufgrund des ersten Unfalles zwar nicht mehr in ärztlicher Behandlung war, jedoch weiterhin Beschwerden und damit Brückensymptome vorhanden waren, weshalb die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die mit Rückfallmeldung geltend gemachten Beschwerden in beweisrechtlicher Hinsicht unter dem Gesichtspunkt des Grundfalls zu prüfen sind und die Beschwerdegegnerin 1 somit den Wegfall des natürlichen Kausalzusammenhanges nachzuweisen hat.

6. Im Weiteren ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerinnen zu Recht einen weiterhin bestehenden natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem jeweiligen letztlich in ihre Leistungszuständigkeit fallenden Unfallereignis verneint haben.

6.1 Betreffend Folgen des ersten Unfallereignisses bestehen widersprüchliche Beurteilungen des Gutachters Dr. D. \_\_\_ einerseits und des SUVA-Versicherungsmediziners Dr. E. \_\_\_ andererseits. Dr. D. \_\_\_ kam zum Schluss, die von der Beschwerdeführerin weiterhin geklagten Beschwerden seien teilweise auf das erste Unfallereignis, bzw. auf die erlittene Wirbelkörperfraktur und die deswegen aufgetretene Fehlform der Wirbelsäule sowie die vorhandenen chronischen Schmerzen im Brust- und Nackenwirbelbereich, die Medikamentenabhängigkeit und teilweise die Schlafstörungen zurückzuführen. Dr. E. \_\_\_ vertrat demgegenüber die Auffassung, es liege lediglich eine leichte Kompressionsfraktur Th5 vor, was statisch nicht von Belang sei und die diffusen Schmerzen nicht erklären könne.

Gemäss dem psychiatrischen Teilgutachter Dr. P. \_\_\_ liegt für die geklagten Beschwerden kein genügendes organisches Substrat vor und sind diese vereinbar mit einer nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang zu den Unfallereignissen stehenden somatoformen Schmerzstörung. Dr. D. \_\_\_ berücksichtigte bei seiner Kausalitäts- und Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung jedoch - worauf auch Dr. E. \_\_\_ zu Recht hinwies - nicht nur allfällig auf die nachweisbare organische Schädigung (BWK-Fraktur) zurückzuführen, sondern auch die nicht unfallkausalen psychisch bedingten (körperlichen) Beschwerden, weshalb betreffend Folgen des ersten Unfalles weder auf seine Kausalitäts- noch auf die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung abgestellt werden kann. Die Beurteilung von Dr. D. \_\_\_ ist umso weniger nachvollziehbar, als er die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund des ersten Unfalls ab dem 26. April 1997 - d.h. beinahe ein Jahr, bevor sie eine 100%ige Arbeitstätigkeit bei der C. \_\_\_ aufnahm - mit 0 % einschätzte. Insgesamt kann in diesem Punkt nicht auf die Beurteilung des Gutachters Dr. D. \_\_\_ abgestellt werden, sondern ist davon auszugehen, dass die weiterhin geklagten Beschwerden nicht (mehr) auf die erlittene Kompressionsfraktur Th5 zurückgeführt werden können bzw. nicht organischen Ursprungs sind und daher nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum ersten Unfallereignis stehen, und dass die organischen Unfallfolgen die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der

angestammten Tätigkeit nicht massgeblich beeinträchtigen.

6.2.1 Der Gutachter Dr. D. \_\_\_ kam betreffend den zweiten Unfall zum Schluss, dieser habe zu einer maximal zwei Jahre dauernden Verschlechterung des Zustandes, wie er sich nach dem ersten Unfallereignis präsentiert habe, geführt (Urk. 10/21/ZM17 S. 16), d.h. in Bezug auf dieses Ereignis sei der status quo ante erreicht. Dr. E. \_\_\_ teilte dies Einschätzung (Urk. 9/90). Die weiteren Arztberichte geben keinen Anlass zu Zweifeln an der Richtigkeit der übereinstimmenden Beurteilung dieser beiden Ärzte. Zwei Jahre nach dem zweiten Unfallereignis war demnach der status quo ante erreicht, d.h. es bestand kein natürlicher Kausalzusammenhang mehr.

6.3 Selbst wenn ein natürlicher Kausalzusammenhang der geltend gemachten Beschwerden zu den beiden Unfallereignissen bejaht werden könnte, hätten die Beschwerdegegnerinnen ihre Leistungen zu Recht eingestellt, da - wie nachfolgend unten darzulegen sein wird - ohnehin das Bestehen eines adäquaten Kausalzusammenhanges zu verneinen ist.

## E. 7

7.1 Gestützt auf die medizinischen Akten, gemäss welchen im Verlauf mit den durchgeführten Behandlungsmassnahmen keine namhafte Besserung der Beschwerden mehr erzielt werden konnte, sowie die Beurteilung von Dr. D. \_\_\_ ist von einem Erreichen des Endzustandes auszugehen, d.h. die Prüfung der Adäquanzfrage ist angezeigt.

### 7.2

7.2.1 Die Beschwerdeführerin erlitt beim ersten Unfall abgesehen von der Kompressionsfraktur Th5, mit welcher die geklagten Beschwerden jedoch nicht erklärt werden können, keine organisch objektivierbare Schädigung. Im Bericht vom 24. Juli 2008 (Urk. 3/20) hielt Prof. Dr. F. \_\_\_ fest, eine Reduktion des Schadens auf die Kompressionsfraktur Th5 sei nicht gerechtfertigt, mit zu berücksichtigen sei der nicht bildgebend, jedoch manualdiagnostisch dokumentierbare Teil der Weichteilschädigung der BWS (Urk. 3/20). Hierzu ist zu bemerken, dass die manuelle ärztliche Untersuchung der versicherten Person klinische, nicht aber objektivierbare Ergebnisse zu Tage fördert. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann rechtsprechungsgemäss erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. u.a. Urteile des Bundesgerichts in Sachen M. vom 20. August 2008, Erw. 5.1, und in Sachen P. vom 30. September 2009, 8C\_227/2009, Erw. 4.1, mit Hinweisen, SVR 2009 UV Nr. 30 S. 105 Erw. 2.1 mit Hinweisen [8C\_413/2008]). Für die organisch nicht erklärbaren geklagten Beschwerden ist angesichts dessen eine Adäquanzprüfung vorzunehmen.

Der Vollständigkeit halber bleibt darauf hinzuweisen, dass eine organische Hirnschädigung zwar für möglich gehalten wurde, jedoch mittels apparativen Untersuchungen nicht nachgewiesen werden konnte. Demgemäss ist eine organisch ausgewiesene Hirnschädigung nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen.

7.2.2 Die Beschwerdegegnerin 1 prüfte die Adäquanz der geklagten psychischen Beschwerden nach der sogenannten Psychorechtsprechung und nicht dem für die Beschwerdeführerin günstigeren Raster der Schleudertraumarechtsprechung. Die

Beschwerdeführerin liess geltend machen, sie habe beim ersten Unfallereignis eine Schleudertraumaverletzung der HWS erlitten, womit sie sinngemäss für eine Anwendung der Schleudertraumarechtsprechung plädierte.

Im Verlauf diagnostizierten die involvierten Ärzte im Zusammenhang mit dem ersten Unfall kein Schleudertrauma der HWS, weshalb nicht vom Vorliegen eines solchen auszugehen ist. Jedoch wurde eine Commotio cerebri, die mildeste Form eines Schädelhirntraumas, diagnostiziert. Bei Vorliegen eines Schädelhirntraumas hat die Adäquanzprüfung nach der Schleudertraumarechtsprechung zu erfolgen, wenn sich die Folgen desselben auf Grund des bunten Beschwerdebildes (Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Konzentrationsstörungen mit Verlangsamung und Fehlerhaftigkeit sowie erheblichen Lern- und Gedächtnisstörungen, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen bzw. Lichtempfindlichkeit, Lärmempfindlichkeit, Reizbarkeit und Nervosität, Schlafstörungen, Angstzustände und Depression sowie Wesensveränderung) mit jenem eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule vergleichen lassen. Die Beschwerdeführerin litt jedoch gemäss den Akten bis zum zweiten Ereignis nur an vereinzelt typischen Beschwerden, weshalb die Schleudertraumarechtsprechung nicht anzuwenden ist. Zudem wurde nur eine Commotio und nicht eine Contusio cerebri diagnostiziert. Auch angesichts dessen ist die Adäquanz nach der Psychorechtsprechung zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts in Sachen P. vom 4. August 2008, 8C\_476/2007, Erw. 4.1.3, mit Hinweisen).

Die Adäquanz für die nicht auf die BWK-Fraktur zurückzuführenden Beschwerden wurde von der Beschwerdegegnerin 1 demgemäss zu Recht nach dem Raster von BGE 115 V 133ff. geprüft.

7.2.3 Vor der Prüfung der Adäquanzkriterien ist festzulegen, ob der erste Unfall als leicht, mittel oder schwer zu qualifizieren ist. Die Beschwerdegegnerin 1 stufte den Unfall als mittelschwer ein (Urk. 2), was von der Beschwerdeführerin nicht in Frage gestellt und aufgrund des aktenkundigen Unfallhergangs (vgl. u.a. Polizeirapport, Urk. 9/5) nicht zu beanstanden ist. Der adäquate Kausalzusammenhang ist demnach dann zu bejahen, wenn eines der relevanten Adäquanzkriterien in besonders ausgeprägter oder mehrere Kriterien in gehäuft Weise erfüllt sind.

7.2.4 Die Prüfung der einzelnen Kriterien ergibt Folgendes:

7.2.4.1 Besonders dramatische Begleitumstände lagen nicht vor. Dem Ereignis vom 28. Dezember 1996 kann eine gewisse Eindringlichkeit nicht abgesprochen werden, jedoch kann angesichts des bekannten Herganges das Kriterium nicht als erfüllt gelten.

7.2.4.2 Die Wirbelkörperfraktur und die Commotio cerebri ohne ausgewiesene organische Hirnschädigung können weder als besonders schwere Verletzungen qualifiziert werden noch sind sie erfahrungsgemäss geeignet, psychische Fehlentwicklungen zu verursachen. Auch das Kriterium «Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen» ist daher zu verneinen.

7.2.4.3 Die Dauer der ärztlichen Behandlung kann nicht als ungewöhnlich lang bezeichnet werden.

7.2.4.4. Aufgrund der Akten kann nicht eindeutig beantwortet werden, ob neben den Beschwerden psychischen Ursprungs auch rein körperlich bedingte Dauerschmerzen längerdauernd bestanden. Wenn überhaupt, kann dieses Kriterium lediglich ansatzweise bejaht werden.

7.2.4.5. Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, liegt nicht vor.

7.2.4.6. Der Heilungsverlauf wurde durch verschiedene unfallfremde, teilweise psychosoziale Belastungsfaktoren sowie die weiteren Unfälle erschwert, kann aber nicht als schwierig im Sinne des Kriteriums «schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen» bezeichnet werden. Komplikationen traten nicht auf.

7.2.4.7. Gemäss den Akten war die Beschwerdeführerin bis zum 31. Juli 1997 vollumfänglich und darauf bis Ende März 1998 zu 50 % arbeitsunfähig. Ab Aufnahme der Tätigkeit bei der neuen Arbeitgeberin am 1. April 1998 versah sie ein 100%-Pensum. Auch wenn die Erhaltung des Pensums angeblich nur mit einer Erhaltung des Schmerzmittelkonsums möglich war, hat die Beschwerdeführerin ab April 1998 als voll arbeitsfähig zu gelten. Das Kriterium «Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit» kann demnach ebenfalls nicht bejaht werden.

7.2.4.8. Gemäss dem Gesagten ist - wenn überhaupt - lediglich ein Adäquanzkriterium ansatzweise erfüllt, was nicht für eine Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges genügt.

### 7.3.

7.3.1. Das zweite Unfallereignis verursachte keinen organisch objektivierbaren Gesundheitsschaden.

7.3.2. Es kann offengelassen werden, ob die Beschwerdegegnerin 2 die Adäquanz zu Recht nach dem - für die versicherte Person strengeren - Raster der sogenannten Psychopraxis gemäss BGE 115 V 133ff. geprüft hat, da der adäquate Kausalzusammenhang auch bei einer Prüfung nach der Schleudertraumarechtsprechung zu verneinen ist.

7.3.3. Beim zweiten Unfall handelte es sich um eine Auffahrkollision. Derartige Kollisionen werden - wie die Beschwerdegegnerin 2 richtig ausführen liess - rechtsprechungsgemäss in der Regel in die Kategorie der mittelschweren Ereignisse im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingestuft (Entscheidung des Bundesgerichts vom 1. Oktober 2009 in Sachen A., 8C\_272/2009, mit Hinweisen). Vorliegend besteht kein Grund, davon abzuweichen. Der adäquate Kausalzusammenhang ist demnach dann zu bejahen, wenn eines der relevanten Adäquanzkriterien in besonders ausgeprägter oder mehrere Kriterien in gehäufteter Weise erfüllt sind.

7.3.4. Eine Prüfung der Adäquanzkriterien nach der präzisierten Schleudertraumarechtsprechung gemäss BGE 134 V 109 Erw. 10.3 ergibt Folgendes:

7.3.4.1. Betreffend das Kriterium «besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls» ist Folgendes zu bemerken: Nach ihren eigenen Angaben im Unfallprotokoll vom 28. September 1998 (Urk. 10/21/Z11) drohte während der Fahrt eine Flasche in der Getriebehalterung der Mittelkonsole nach rechts auf den Beifahrersitz zu kippen. Sie habe daher kurz nach rechts

geschaut und in diesem Augenblick nicht gesehen, dass ein Klein-LKW vor ihr angehalten habe. Ein Polizeirapport wurde nicht erstellt, eine Unfallanalyse ergab, dass die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des PW der Beschwerdeführerin (Delta-V) beim Aufprall unter 10 km/h lag. Ein derartiges Unfallereignis kann nicht als besonders eindrücklich im Sinne des Adäquanzkriteriums qualifiziert werden kann. Ebenso wenig lagen besonders dramatische Begleitumstände vor.

7.3.4.2 Beim eben erwähnten Unfallereignis erlitt die Beschwerdeführerin ein Schleudertrauma der HWS, welches als solches das Kriterium "Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen" nicht zu erfüllen vermag. Es bedürfte hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen könnten. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen. Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma, der äquivalenten Verletzung der HWS oder dem Schädel-Hirntrauma beim Unfall zugezogen hat, können bedeutsam sein (BGE 134 V 109 S. 128, Erw. 10.2.2, mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin liess geltend machen, sie habe beim Unfall nach rechts gesehen, d.h. eine besondere Körperhaltung innegehabt. Eine Drehung des Kopfes in eine Richtung genügt jedoch nicht (SVR 2007 UV N. 26 S. 89 Erw. 5.3). Rechtsprechungsgemäss ist im Weiteren zu beachten, dass die Distorsion einer bereits erheblich vorgeschädigten Wirbelsäule speziell geeignet ist, die nach einem Schleudertrauma typischen Symptome hervorzurufen, weshalb sie als Verletzung besonderer Art qualifiziert werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2008 in Sachen J., 8C\_785/2007, Erw. 4.4 mit Hinweis). Die komplikationslos verheilte Kompressionsfraktur Th5 mit konsekutiver Kyphose kann jedoch nicht als erhebliche Vorschädigung der Wirbelsäule qualifiziert werden. Auch dieses Kriterium ist daher nicht erfüllt.

7.3.4.3 Der zweite Unfall zog erneute medizinische Abklärungs- und Behandlungsmassnahmen nach sich, welche jedoch nicht über das bei derartigen Verletzungen übliche hinausgingen. Die Beschwerdeführerin hielt sich zwar mehrere Wochen zur stationären Rehabilitation in der B. auf, im Weiteren waren jedoch die ärztlichen Behandlungen und Therapien weder besonders häufig noch intensiv. Insgesamt kann daher eine rechtsprechungsgemäss geforderte erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität aufgrund der durchgeführten Behandlungen nicht bejaht werden, weshalb auch das Kriterium "fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung" nicht als erfüllt gelten kann.

7.3.4.4 Die Erheblichkeit der Beschwerden beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt. Es können nur in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden adäquanzrelevant sein (BGE 134 V 109 E. 10.2.4 S. 128). Die Beschwerdeführerin klagte im Verlauf über diverse Beschwerden, welche sie in ihrem Lebensalltag deutlich beeinträchtigten. Den Akten ist jedoch zu entnehmen, dass sie auch durch unfallfremde und psychosoziale Faktoren stark belastet war. Das Kriterium "erhebliche Beschwerden" kann angesichts dessen bejaht werden, wenn auch nicht in ausgeprägter Weise.

7.3.4.5 Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, ist nicht aktenkundig und wurde auch nicht geltend gemacht.

7.3.4.6 Der Heilungsverlauf war durch verschiedene unfallfremde, teilweise psychosoziale Belastungsfaktoren erschwert. Hinzu kamen gemäss der Beschwerdeführerin noch der Sturz auf die Bettkante am 27./28. Mai 1999 sowie die Weichteilinfektion anfangs 2000 und deren Folgen. Der Sturz zog gemäss den Akten jedoch keine dauerhaften Beeinträchtigungen nach sich. Die Weichteilinfektion ereignete sich am Bein, d.h. nicht in der vorliegend interessierenden Region der Wirbelsäule, weshalb davon auszugehen ist, dass diese keinen Einfluss auf den Heilverlauf des HWS-Distorsionstraumas hatte. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass es für die involvierten Ärzte schwierig war, mit der Beschwerdeführerin in Kontakt zu bleiben bzw. diese regelmässigen Behandlungen zuzuführen. Insgesamt war der Heilungsverlauf nicht problemlos, kann jedoch nicht als schwierig im Sinne des Kriteriums «schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen» bezeichnet werden.

7.3.4.7 Zu prüfen bleibt das Kriterium «erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen». Mit der Präzisierung dieses Kriteriums in BGE 134 V soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus als eher ungewöhnlich erscheint. Massgebend ist eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt, was sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen manifestieren kann. Gelingt ihr dies trotz ernsthaften Anstrengungen nicht, so ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen (BGE 134 V 109 Ew. 10.2.7). Ein Arbeitsversuch oder konkrete Anstrengungen der Beschwerdeführerin, die bisherige oder - nachdem das Arbeitsverhältnis zur C. aufgelöst worden war - eine neue Arbeitstätigkeit aufzunehmen, sind nicht aktenkundig. Das Kriterium kann angesichts dessen nicht als erfüllt gelten.

7.3.4.8 Insgesamt ist weder ein Adäquanzkriterium besonders ausgeprägt vorhanden noch sind die Kriterien überhaupt erfüllt. Der adäquate Kausalzusammenhang wurde von der Beschwerdegegnerin 2 deshalb zu Recht verneint.

8. Zusammenfassend haben beide Beschwerdegegnerinnen ihre weitere Leistungspflicht zu Recht mangels eines natürlichen bzw. adäquaten Kausalzusammenhanges verneint.

9.

9.1 Die Beschwerdegegnerin 1 ging von einer Integritätsseinbusse von 5 % aus, wobei sie sich auf die Beurteilung von Dr. E. abstützte.

9.2 Dr. E. hielt fest, es würden im Gutachten lediglich deskriptive Beschwerde-Diagnosen bei einer lediglich leichten Kompressionsfraktur Th5 (Keilwinkel von weniger als 10°) gestellt, was statisch nicht von Belang sei und die diffusen Schmerzen nicht erklären könne.

Der Gutachter Dr. D. berücksichtigte demgegenüber bei seiner Beurteilung die geltend gemachten auch nachts und in Ruhe vorhandenen Dauerschmerzen.

Der behandelnde Arzt Prof. Dr. F. \_\_\_ legte mit Verweis auf die unter Belastung rezidivierenden thorakovertebralen Syndrome, der Schlafstörungen aufgrund von BWS-Schmerzen und der bezüglich aufrechten Haltung wesentlich eingeschränkten Belastbarkeit der BWS den Integritätsschaden mit 25 % fest (Urk. 3/20).

9.3 Wie bereits dargelegt (Erw. 6.1), sind die geltend gemachten Beschwerden der Beschwerdeführerin grösstenteils nicht organisch, sondern durch die nicht unfallkausale psychische Problematik bedingt und daher bei der Festlegung der Höhe der Integritätsentschädigung nicht zu berücksichtigen, weshalb nicht auf die Einschätzungen von Dr. D. \_\_\_ und von Prof. Dr. F. \_\_\_ abgestellt werden kann, welche beide auch nicht rein organisch, sondern auch psychisch bedingte Beschwerden berücksichtigen. Angesichts der SUVA-Tabelle Nr. 7 zur Integritätseinbusse bei Wirbelsäulenerkrankungen erscheint demgegenüber die Einschätzung von Dr. E. \_\_\_ nachvollziehbar und ist auf diese und nicht auf diejenige von Dr. D. \_\_\_ abzustellen. Die Beschwerdegegnerin 1 hat die Integritätseinbusse demgemäss zu Recht mit 5 % festgelegt.

9.4 Der zweite Unfall zog keine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität nach sich und begründet damit keinen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.

10. Bei diesem Verfahrensausgang erörtern sich Erwägungen zur Frage der Anwendung von Art. 100 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV). Die Beschwerdegegnerin 2 erbrachte bis zur verfallenen Leistungseinstellung sämtliche Leistungen und auch die Beschwerdegegnerin 1 verneinte ihre Leistungspflicht nach diesem Zeitpunkt.

11. Gemäss dem Gesagten sind die Beschwerden abzuweisen, soweit auf sie einzutreten ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerden werden abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- Rechtsanwalt Daniel Engel
- 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.