

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00316 vom 26. Januar 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-01-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00316

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00316 du 26 janvier 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00316 del 26 gennaio 2010

Erwägungen

E. 1

1.1 X.____, geboren 1953 und seit 1982 als selbständigwerbende Coiffeuse tätig (Urk. 3/43 S. 2), war in dieser Funktion bei den ELVIA Versicherungen (später: Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft) gegen die Folgen von Unfällen versichert (Urk. 10/2), als sie am 21. Juli 2000 als Mitfahrerin eines Taxis in eine Frontalkollision verwickelt wurde (vgl. Bericht der Kantonspolizei Y.____ vom 21. Juli 2000, Urk. 10/1). Mit Bericht vom 7. August 2000 diagnostizierte Dr. med. Z.____, eine Schädelkontusion temporal links sowie ein Halswirbel(HWS)-Distorsionsstrauma und attestierte ab Unfallereignis bis zum 6. August 2000 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und ab dem 7. August 2000 eine solche von 100 % für weitere zwei Wochen (Urk. 10/3). Ab dem 21. September 2000 war die Versicherte wieder mit einem Pensum von 50 % tätig (Urk. 10/8, 10/9 S. 2). Dr. med. A.____, Spezialarzt FMH für physikalische Medizin, speziell Rheumatologie, seit 1989 behandelnder Arzt der Versicherten, führte am 23. Oktober 2000 (Urk. 10/12) aus, X.____ habe vom Jahre 1989 bis im Mai 1999 wegen eines Unfalles sowie aufgrund krankheitsbedingter Veränderungen im Bereiche der oberen HWS bei ihm in Behandlung gestanden. Der Zustand habe sich jedoch erfreulich stabilisiert, so dass bis zum aktuellen Unfallereignis keine Konsultationen mehr nötig gewesen seien. Derzeit zeige sich die klinische Situation zwar gebessert; dennoch sei auf mittlere Dauer nicht von einer Arbeitsfähigkeit von mehr als 50 % auszugehen (Urk. 10/12 S. 2). Am 11. Dezember 2000 berichtete er, unter Physiotherapie und Arbeitstherapie habe sich subjektiv und objektiv eine wesentliche Besserung ergeben. Obwohl die Arbeitsfähigkeit teilweise bereits mehr als 50 % betrage, attestiere er dennoch eine solche von 50 %, um eine Überlastungssituation der selbständigwerbenden Versicherten zu vermeiden (Urk. 10/13). Nachdem Dr. A.____ mit Zwischenbericht vom 21. Februar 2001 (Urk. 10/19) eine weitere Verbesserung des Gesundheitszustandes nach einem mehrwöchigen Auslandsaufenthalt aktenkundig gemacht und dafür gehalten hatte, ab etwa Anfang April 2001 sei eine volle Arbeitsfähigkeit absehbar, sich der Heilungsverlauf in der Folge aber dennoch ungünstig entwickelte (Urk. 10/22), die Versicherte eine reaktive depressive Entwicklung zeigte und von Dr. A.____ im Oktober 2001 zu 100 % arbeitsunfähig erklärt wurde (Schreiben vom 23. Oktober 2001, Urk. 10/26), liess der Unfallversicherer X.____ von Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, begutachten (Expertise vom 6. November 2001, Urk. 10/29). Dieser bezeichnete die geltend gemachten Beschwerden als Unfallfolgen und den Endzustand als noch nicht erreicht (Urk. 10/29 S. 4-5). Eine MRI-Untersuchung am 19. November 2001 ergab keine pathologischen Befunde (Urk. 10/31). Nachdem sich die Kopfschmerzen mittels Akupunktur wesentlich hatten verringern lassen, attestierte Dr. A.____ ab dem 12. August 2002 eine Arbeitsunfähigkeit

von 40 % (Urk. 10/42 S. 2; 10/47), welche er ab dem 27. Januar 2003 jedoch wieder auf 50 % erhöhte (Urk. 10/72). Am 15. Dezember 2003 erstattete PD Dr. med. C.____, Neurologische Klinik und Poliklinik, Spital D.____, ein neurologisches Gutachten (Urk. 10/70), in welchem er die Diagnosen eines residuellen zervicocephalen Schmerzsyndroms und leichter neuropsychologischer Defizite nannte sowie den Verdacht auf Schmerzmittel-Überkonsum-induzierte Kopfschmerzen äusserte (Urk. 10/70 S. 10). Im Oktober bzw. Dezember 2004 ersuchte der Unfallversicherer PD Dr. C.____ um eine abschliessende Stellungnahme (Urk. 10/82-83) sowie um eine allfällige Ergänzung des Gutachtens (Urk. 10/85). Eine solche unterblieb jedoch, da gemäss Angaben des Experten die Versicherte die zwei angebotenen Untersuchungstermine nicht wahrnahm (Urk. 10/91). Nach dem Zuzug eines anderen Rechtsvertreters durch die Versicherte (Urk. 10/105) und regem Schriftwechsel während eines knappen Jahres in Bezug auf einen möglichen medizinischen Gutachter (Urk. 10/110-130) beauftragte der Unfallversicherer das E.____ mit einer ergänzenden und umfassenden Begutachtung (Urk. 10/127). Dieses erstattete sein interdisziplinäres Gutachten am 5. Juli 2007 (Urk. 10/149), wobei dessen Experten den status quo im April 2001 als erreicht (Urk. 10/149 S. 29) und die danach persistierenden Beschwerden der Versicherten als nicht überwiegend wahrscheinliche Unfallfolgen bezeichneten (Urk. 10/149 S. 30).

1.2. Am 16. August 2007 teilte der Unfallversicherer X.____ mit, gestützt auf das Gutachten des E.____ würden die Leistungen rückwirkend per 30. April 2001 eingestellt (Urk. 10/154). Nach Stellungnahme durch deren Rechtsvertreter (Urk. 10/162) liess die Versicherte am 5. März 2008 das von ihr veranlasste neurologisch/psychologische Gutachten von Dr. med. F.____, Spezialarzt für Neurologie FMH, vom 25. Februar 2008 (Urk. 10/163; 3/35) auflegen. Mit Verfügung vom 28. April 2008 (Urk. 10/164) stellte die Allianz ihre Leistungen rückwirkend per 30. April 2001 ein und wies die dagegen erhobenen Einsprachen des Krankenversicherers (Einsprache vom 6. Mai 2008, Urk. 10/165) sowie der Versicherten (Einsprache vom 29. Mai 2008, Urk. 10/167) mit Entscheid vom 11. August 2008 (Urk. 2) ab.

E. 2

2.1. Hiergegen liess X.____ durch Rechtsanwalt Kurt Pfändler am 15. September 2008 Beschwerde erheben und beantragen, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin eine Rente der Unfallversicherung auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 57 % sowie eine Integritätsentschädigung von 20 % auszurichten. Ferner sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Kosten für das private Gutachten von Dr. F.____ in Höhe von Fr. 7'500.-- sowie jene der fMRI-Untersuchung im Betrag von Fr. 1'750.-- zu übernehmen. Schliesslich sei sie zu verpflichten, die weiteren unfallbedingten Behandlungskosten zu übernehmen (Urk. 1 S. 2).

2.2. Nachdem die Beschwerdegegnerin am 27. Oktober 2008 um Abweisung der Beschwerde ersucht hatte (Urk. 9 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 10/1-171), wurde der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 28. Oktober 2008 (Urk. 11) geschlossen.

3. Die gegen die Verfügung der Invalidenversicherung vom 28. Oktober 2008 erhobene Beschwerde, welche Gegenstand des Verfahrens IV.2008.01233 bildet, wurde mit Urteil heutigen Datums abgewiesen.

4. Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. 1.1

1.1 Die Beschwerdegegnerin hatte insbesondere gestützt auf das Gutachten des E.____ dafürgehalten, die unfallbedingten Ursachen der Beschwerden seien spätestens Anfang April 2001 dahingefallen und der Status quo ante vel sine erreicht gewesen (Urk. 2 S. 15). Damit ständen die von der Beschwerdeführerin noch geklagten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 21. Juli 2000 (Urk. S. 15). Im Übrigen fehle es auch an einem adäquaten Kausalzusammenhang der noch geklagten Beschwerden mit der Frontalkollision (Urk. 2 S. 19), weshalb ab dem 30. April 2001 kein Anspruch auf Versicherungsleistungen mehr bestehe (Urk. 2 S. 19-20).

1.2 Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vorbringen, das Gutachten des E.____ sei nicht verwertbar, habe es einerseits den Experten an Unparteilichkeit gemangelt (Urk. 1 S. 22-27), und entspreche es im Übrigen nicht den Anforderungen der Rechtsprechung (Urk. 1 S. 27-35). Damit sei auf die Expertise von Dr. F.____ abzustellen, welche den genannten Anforderungen vollumfänglich gerecht werde. Die natürliche Kausalität der von der Beschwerdeführerin noch geklagten Beschwerden mit dem Unfallereignis vom 21. Juli 2000 sei daher zu bejahen (Urk. 1 S. 35). Im Weiteren sei auch der adäquate Kausalzusammenhang der Beschwerden mit dem Unfallereignis gegeben (Urk. 1 S. 35-39). Infolgedessen habe die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente gestützt auf den von der IV-Stelle festgestellten Invaliditätsgrad von 56,7 % (Urk. 1 S. 39). In Berücksichtigung der Tatsache, dass das Gutachten des E.____ nicht verwertbar, die Expertise von Dr. F.____ demgegenüber zur Entscheidungsfindung heranzuziehen sei, sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, sowohl die Expertise-Kosten als auch jene für die fMRI-Untersuchung zu übernehmen (Urk. 1 S. 40). Endlich habe die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von 20 % (Urk. 1 S. 40).

2. 2.1

2.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des

natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

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

E. 2.4

2.4.1 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).

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

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

2.5 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person

auseinander setzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nÄufig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie präzise nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 3

3.1 Streitig und zu präzisen ist, ob die Beschwerdeführerin aufgrund des Unfallereignisses vom 21. Juli 2000 über den Zeitpunkt der von der Beschwerdegegnerin per 30. April 2001 festgesetzten Leistungseinstellung hinaus Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat.

3.2 Dr. Z. hielt im Zusatzfragebogen bei HWS-Verletzungen (Bericht vom 4. August 2000, Urk. 10/4) fest, die Beschwerdeführerin habe bei der Erstkonsultation am 21. Juli 2000 Schwindel, Benommenheit, Übelkeit, Erbrechen, Schlafstörungen, Depression sowie Spontanschmerzen am Kopf (frontal/okzipital) mit Ausstrahlung in Schulter und Arm angegeben. Anlässlich des Unfallereignisses habe sie eine gerade Kopfstellung innegehabt und einen Kopfanprall (mit Abknickmechanismus) erlitten. Vor diesem Zeitpunkt sei sie voll leistungsfähig und bezüglich der HWS beschwerdefrei gewesen (Urk. 10/4 S. 1). An Befunden erhob der Arzt eine Prellung (mit Hämatom, Urk. 10/3) sowie eine zwar dolente, jedoch frei bewegliche HWS bei Streckhaltung. Die Dorn- und Querfortsätze sowie die Paravertebralmuskulatur erwiesen sich druckdolent. Den psychischen Zustand bezeichnete der Arzt als beeinträchtigt (Urk. 10/4 S. 2), während ossäre Läsionen fehlten (Urk. 10/3). Dr. Z. diagnostizierte eine Schädeldelkontusion temporal links sowie eine HWS-Distorsion/Schleudertrauma, verordnete ein Schmerzmittel sowie einen Halskragen und attestierte ab dem 21. Juli 2000 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bis zum 6. August 2000, danach eine solche von 100 % für weitere zwei Wochen (Urk. 10/3).

3.3 Am 6. September 2000 (Urk. 10/6) berichtete Dr. Z., anlässlich der letzten Kontrolle am 28. August 2000 habe die Beschwerdeführerin noch über Verspannungen, nuchale Schmerzen, Schwindel sowie Denkstörungen geklagt. Die Bewegungen der HWS hätten sich als zäh erwiesen. Zudem hätten muskuläre Verhärtungen bestanden. Die Beschwerdeführerin werde derzeit mittels Physiotherapie und Stilnox zum Schlafen therapiert. Die Wiederaufnahme der Arbeit sei noch nicht möglich, ein bleibender Nachteil jedoch nicht zu erwarten.

3.4 Dr. A., behandelnder Rheumatologe seit 1989, erklärte (Schreiben vom 23. Oktober 2000, Urk. 10/12), in den 1989 nachfolgenden Jahren habe die Beschwerdeführerin teilweise wegen Unfallfolgen, teilweise wegen krankheitsbedingten Veränderungen im Bereich der oberen Wirbelsäule bei ihm in Behandlung gestanden. Ihr gesundheitlicher Zustand habe sich dann aber in den letzten Jahren erfreulich stabilisiert, wobei die letzte Kontrolle vor dem aktuellen Unfallereignis aufgrund eines Problems in der tiefen Lumbalwirbelsäule (LSW) am 17. Mai 1999 stattgefunden habe.

Trotz aktuell veranlasster Physiotherapie sei subjektiv noch keine Besserung eingetreten. Die Beschwerdeführerin leide immer noch ganztags an Kopfschmerzen, welche vor allem vom Nacken her kämen, sowie an starken Schlafstörungen, Träumen und sekundären Rückenschmerzen, welche initial noch nicht vorhanden gewesen seien. Schliesslich sei sie deutlich lümpflich, menschlich und habe subjektiv eine sehr stark störende Affektlabilität. Klinisch hätten sich innerscapulär erhebliche Verspannungen (Musculus serratus posterior superior, Musculus levator scapulae, Schulterhaltemuskulatur dorsal und ventral) gezeigt. Die HWS habe diverse Irritationszonen aufgewiesen, die Sternocleido- und die Skalenusmuskulatur seien nur leicht verspannt gewesen (Urk. 10/12 S. 1). Aufgrund dieser Untersuchung habe er die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auch auf mittlere Dauer nicht auf mehr als 50 % ansetzen können, die Fortsetzung der Physiotherapie angeordnet und Medikationsvorschläge unterbreitet (Sirdalud, Stilnox). Weitere Abklärungen seien nicht nötig, da die HWS bis auf einige Irritationszonen nicht massiv muskulär geschädigt werden müsse. Dr. A. ___ führte im Weiteren aus, anlässlich der Folgeuntersuchung vom 16. Oktober 2000 hätten sich die erwähnten Muskelgruppen deutlich weicher präsentiert, womit sich klinisch - jedoch nicht subjektiv - gebesserte Verhältnisse ergeben hätten.

3.5 Am 11. Dezember 2000 (Urk. 10/13) berichtete Dr. A. ___, unter Physiotherapie und Arbeitsentlastung habe sich subjektiv und objektiv eine wesentliche Besserung eingestellt. Die Nacken/Schultermuskulatur präsentiere sich deutlich weicher, die HWS sei mobiler und die subjektive Belastbarkeit gestiegen. Der Arzt empfahl, die Physiotherapie fortzusetzen und die Arbeitsfähigkeit (suggestiv) zu steigern. Er hielt abschliessend fest, die Arbeitsfähigkeit liege teilweise bereits bei über 50 %. Um bei der Beschwerdeführerin als selbständige Coiffeuse eine Überbelastungssituation zu vermeiden, werde vorerst dennoch eine Arbeitsfähigkeit von (bloss) 50 % attestiert.

3.6 Dr. A. ___ machte am 8. Januar 2001 (Urk. 10/17) eine weitere Besserung aktenkundig. Da nach wie vor noch erhebliche Merkfähigkeits- und Konzentrationsstörungen mit sekundärer Verspannung und Kopfschmerzhaftigkeit beständen, unterstätze er den Plan der Beschwerdeführerin eines dreiwöchigen Erholungsaufenthaltes auf Bali.

3.7 Am 21. Februar 2001 (Urk. 10/19) bezeichnete Dr. A. ___ die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin nach dem mehrwöchigen Ferientaufenthalt erneut als verbessert. Die Beschwerdeführerin sei wieder in der Lage, ohne Medikamente zu schlafen, und verspüre wesentlich seltener Kopfschmerzen. Ihre Muskulatur präsentiere sich bis auf den Musculus Levator scapulae links als weich. Ursache des derzeitigen Lagerungsschwindels sei allenfalls die Flugreise. Dr. A. ___ empfahl die Weiterführung der Physiotherapie. Die Beschwerdeführerin sei - bei einer medizinisch theoretischen Arbeitsfähigkeit von 50 % - seit längerem deutlich mehr als zu 50 % arbeitsfähig. Abschliessend hielt der Arzt dafür, dass schätzungsweise ab April 2001 wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei.

3.8 Mit Zwischenbericht vom 27. April 2001 (Urk. 10/20) erklärte Dr. A. ___, die Beschwerdeführerin arbeite wohl etwas zu viel und leide teilweise unter erheblichen blitzartig einschliessenden Kopfschmerzen. Dabei hätten sich klinisch Irritationszonen und erhebliche Verspannungen gezeigt. Die gegenwärtige Behandlung bestehe noch in Physiotherapie, wobei je länger je mehr Hilfe zur Selbsthilfe vermittelt werde.

3.9. Dr. A. bezeichnete am 25. Juni 2001 (Urk. 10/22) den Verlauf als leider ungünstig: Fortschritte erfolgten nur zögerlich, und klinisch seien immer noch wechselnd starke Verspannungen in der dorsalen Nackenhaltemuskulatur vorhanden. Daneben seien mit der selbständigen Tätigkeit der Beschwerdeführerin, welche eine stärkere Reduktion des Pensums nicht erlaube, sowie der sozial belastenden Verhältnisse durch die Schwiegermutter - sie wohne im gleichen Haushalt - unfallfremde Faktoren mit im Spiel. Die gegenwärtige Behandlung bestehe in Physiotherapie und der Einnahme von Muskelrelaxantien. Aufgrund der nur sehr zögerlichen Besserung sei die Schilddrüsensituation überprüfbar und dabei ein erhöhter Spiegel an TSH (Thyreotropin) festgestellt worden, weshalb eine Erhöhung der Eltroxin-Dosis zu diskutieren sei.

3.10. Am 23. Oktober 2001 (Urk. 10/26) notierte Dr. A., durch die ausbleibende Besserung habe sich eine reaktive depressive Entwicklung eingestellt, welche mit Seropram behandelt werde. Zudem sei klar geworden, dass die Belastung für die Beschwerdeführerin durch dauernde Müdigkeit, Kopfweh sowie erneute Abschwächung der intellektuellen und geistigen Präsenz zu gross sei, so dass ab sofort wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für mindestens drei Wochen attestiert werden müsse.

3.11. Mit Expertise vom 6. November 2001 (Urk. 10/29) dokumentierte Dr. B. eine freie Beweglichkeit der HWS bei massiv verspannter Muskulatur (Urk. 10/29 S. 3). Er hielt dafür, die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden seien nachweislich auf den Unfall vom 21. Juli 2000 zurückzuführen. Ein am 19. November 2001 durchgeführtes MRI (Urk. 10/31) zeigte keine grob-pathologischen Befunde, sondern ein mehr oder weniger normales Zustandsbild ohne Hinweise auf das Unfallereignis (Schreiben vom 28. November 2001, Urk. 10/32).

3.12. Dr. A. bezeichnete auch am 15. Februar 2002 (Urk. 10/36) den Verlauf als nach wie vor ungünstig. In mehreren Gesprächen sei klar geworden, dass die Schwiegermutter, welche auf derselben Etage wohne, einen ganz wesentlichen Stressfaktor in der Alltagsbefindlichkeit der Beschwerdeführerin darstelle. An diesem Umstand lasse sich jedoch nichts ändern, da die Beschwerdeführerin und ihr Partner auf deren finanzielle Unterstützung angewiesen seien. Zudem bestehe im ungünstigen Heilungsverlauf des simultan erlittenen Unfalles des Partners ein weiterer unfallfremder Faktor. Die Beschwerdeführerin sei immer noch nicht voll einsetzbar, wobei die Prognosen des Einsatzes wechselnd seien.

3.13. Prof. Dr. phil. G. hielt mit Bericht vom 27. Februar 2002 (Urk. 10/38) über die neuropsychologische Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 21. Januar 2002 fest, es hätten sich in der Untersuchung Besonderheiten ergeben, welche als Ausdruck einer affektiven und denkerischen Dekompensierung und diese wiederum als Folge eines Übermasses an körperlichen Beschwerden zu interpretieren seien. Ein neuropsychologisch-hirnlokalisatorischer Zusammenhang mit einer traumatischen Affektion der HWS fehle. Auch der Aufschlag mit der linken Stirnseite vermittele den Befund nicht zu erklären. Die Befunde seien ebenso wenig mit einer Depression vereinbar. Damit seien die Befunde mit einer mittelbar unfallbedingten leichten Hirnfunktionsstörung ohne Hirnschädigung gleichzusetzen, welche die Arbeitsfähigkeit um 30 % einschränke. Unter Berücksichtigung der körperlichen Störungen betrage die Arbeitsfähigkeit 50 %. Aus neuropsychologischer Sicht wäre zu

prüfen, ob eine Anpassung des Betriebes der Beschwerdeführerin an ihren körperlichen Gesundheitszustand nicht eine bessere Ausnutzung ihrer jetzigen Fähigkeiten ermöglichte (bessere Kontinuität im Betrieb, weniger körperlich belastende Tätigkeiten, Urk. 10/38 S. 4).

3.14 Am 13. August 2002 (Urk. 10/42) berichtete Dr. A.____, mittels Akupunkturbehandlung seien die Kopfschmerzen deutlich geringer worden. Zwar sei der Endzustand noch nicht erreicht, dennoch erhoffe er sich durch die Fortführung der Akupunktur mittelfristig eine bleibende Erhaltung der Erwerbsfähigkeit. Per 12. August 2002 attestierte er eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %.

Seinem Zwischenbericht vom 21. November 2002 (Urk. 10/45) lässt sich entnehmen, dass aus unfallfremden Gründen (dekompensierte Schilddrüsensituation) eine Verschlechterung des Zustandes auftrat, welcher sich in Bezug auf den Bewegungsapparat nun etwa wieder wie im Sommer des Jahres 2002 präsentiert.

Im Unfallschein (Urk. 10/51) wird ab dem 27. Januar 2003 wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert.

3.15 Auf Anfrage der Beschwerdegegnerin notierte der Rheumatologe Dr. A.____ am 2. April 2003 (Urk. 10/55), die Akupunktur habe wegen Erfolglosigkeit abgebrochen werden müssen. Zurzeit sei eine Physiotherapie im Gange. Was die heutige Situation betreffe, so sei die Muskulatur recht weich und er, Dr. A.____, habe vor, die Arbeitsfähigkeit bei der nächsten Kontrolle wieder zu steigern.

3.16 Mit Schreiben vom 23. Mai 2003 (Urk. 10/59) orientierte Dr. A.____, die Beschwerdeführerin sei von den Therapien frustriert, weshalb sie diese in der Sommerzeit einstellen wolle. Der Arzt merkte an, in Abhängigkeit von der beruflichen, aber auch emotionalen Belastung habe die Beschwerdeführerin jeden Tag massive Kopfschmerzen und brauche teilweise Medikamente in gefährlich hoher Dosierung.

3.17 Im Sinne einer Zusammenfassung der Krankengeschichte hielt Dr. A.____ am 8. September 2003 (Urk. 10/64) fest, Anfang 1995 habe die Beschwerdeführerin wegen cervicocephalen Symptomen auf vorwiegend funktioneller Basis und verringerter Belastbarkeit - als selbständige Coiffeuse habe sie versucht voll zu arbeiten, was sie mit verstärkten Symptomen bezahlt habe - bei ihm in Behandlung gestanden. Nach einer Verbesserung sei es im Spätherbst 1995 zu einem Rückfall mit Schwindelzuständen gekommen. Im Dezember 1996 sei die Beschwerdeführerin an der rechten Schulter wegen einer Periarthopathia calcarea mit mehreren Injektionen therapiert worden. Im Jahre 1997 sei eine Hypothyreose diagnostiziert worden, welche fortan mittels Eltroxin behandelt werde. Im Jahre 1998 habe die Beschwerdeführerin Symptome gezeigt, welche fast an eine Polymyalgia rheumatica erinnert hätten. 1999 sei eine recht gute Phase mit relativ geringen Beschwerden im Nacken-Schulter-Bereich gewesen, und ab dem 17. Mai 1999 sei der Zustand derart gut gewesen, dass die Beschwerdeführerin erstmals seit vielen Jahren ohne neuen Kontrolltermin habe entlassen werden können. Danach habe sie ihn erstmals wieder am 29. September 2000 unfallbedingt aufgesucht.

3.18 Im Rahmen einer neurologischen Begutachtung (Gutachten vom 15. Dezember 2003, Urk. 10/70) diagnostizierte PD Dr. C.____ einen Status nach HWS-Beschleunigungstrauma mit Kopfanprall mit einem residuell cervicocephalen

Schmerzsyndrom sowie mit leichten neuropsychologischen Defiziten und Äusserte den Verdacht auf Schmerzmittel-Überkonsum-induzierte Kopfschmerzen (Urk. 10/70 S. 10). In Bezug auf die natürliche Kausalität zum Unfallereignis vom 21. Juli 2000 hielt der Arzt dafür, in Anbetracht der Vorgeschichte mit cervicocephalen Symptomen auf vorwiegend funktioneller Basis sei diese Beurteilung etwas erschwert. Habe die Beschwerdeführerin jedoch angegeben, die früheren Beschwerden seien deutlich weniger stark ausgeprägt gewesen, und attestiere der behandelnde Rheumatologe, vor dem Unfall habe die Beschwerdeführerin von Seiten des Nackens nur wenig Beschwerden verspürt, so seien vor dem Hintergrund der doch recht typischen Beschwerden nach HWS-Beschleunigungstrauma diese als überwiegend wahrscheinlich mit dem Unfall in Zusammenhang stehend zu betrachten (Urk. 10/70 S. 11). Eine abschliessende Beurteilung abzugeben, sah sich PD Dr. C. ___ vor Durchführung der Therapievorschlüsse (Absetzen der Analgetika, aktive Physiotherapie, alternative Medikation) nicht im Stande (Urk. 10/70 S. 12). Aus dem neuropsychologischen Teilgutachten vom 20. Oktober 2003 ergibt sich, dass neuropsychologisch eine Beeinträchtigung der verbalen Ideenproduktion sowie der kurzfristigen gerichteten Aufmerksamkeit bei ansonsten unauffälligen höheren kognitiven Funktionen erhoben wurde, wobei die Befunde - da fronto-temporal links lokalisiert - im Rahmen der erlittenen Schädelkontusion interpretiert werden könnten. Die Experten empfahlen, aus neuropsychologischer Sicht sollte der Versuch mit einer weiteren Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht aufgegeben werden (Urk. 10/70 S. 10 und 15).

3.19 Die Ärzte der Kopfwehsprechstunde des Spitals D. ___ diagnostizierten am 13. Juli 2004 (Urk. 3/25) einen chronischen posttraumatischen Kopfschmerz, welcher auf eine leichte Kopfverletzung - einhergehend mit leichten neuropsychologischen Defiziten - zurückzuführen sei. In psychischer Sicht bestünden Hinweise für eine leichte depressive Entwicklung. Der früher geäusserte Verdacht auf Schmerzmittelüberkonsum-induzierte Kopfschmerzen trete nach erfolgreicher Absetzung der Analgetika aktuell in den Hintergrund. Was die Arbeitssituation betreffe, so würden eine Reduktion von Stressoren, eine geregelte Arbeitsweise sowie eine gute Schlafhygiene empfohlen.

Mit Bericht vom 4. April 2005 (Urk. 10/92) hielten die Ärzte der Kopfwehsprechstunde fest, der Schmerzmittelabusus habe sistiert werden können. Dennoch habe sich keine weitere Verbesserung der Kopfschmerzsituation ergeben. Bei einer attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 % sei die Beschwerdeführerin finanziell bedingt wieder zu 80 % im eigenen Coiffeurgeschäft tätig.

Zu Händen der Invalidenversicherung notierten die Ärzte am 4. Juli 2005 (Urk. 3/28), der Zustand sei stationär bis leicht besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit betrage auf längere Sicht mindestens 50 %, wobei eine Steigerung per se nicht ausgeschlossen sei. Einen Berufswechsel erachteten die Ärzte nicht als sinnvoll (Urk. 3/28 S. 2).

3.20

3.20.1 Am 5. Juli 2007 erstattete das E. ___ sein Gutachten (Urk. 10/149 = Urk. 3/33). Dazu stützten sich die Sachverständigen auf die medizinischen Akten sowie auf die anlässlich der Untersuchungen vom 6. und 20. Juni 2007 (chirurgisch-orthopädisch, neurologisch, psychiatrisch, neuropsychologisch) erhobenen Befunde und Angaben der

Beschwerdeführerin.

3.20.2 Die Beschwerdeführerin gab an, etwa ein- bis zweimal wöchentlich an unglaublichen Kopfschmerzen, auch nachts, zu leiden. Durch diese Kopfschmerzen würden Schmerzen im ganzen Rücken hervorgerufen. Vor dem Unfallereignis habe sie nur Schmerzen oberhalb des Schultergürtels, welche berufsbedingt seien, gekannt. Zudem werde sie durch Lärm, welcher auch Kopfschmerzen auslösen könne, überfordert. Die Frage, ob sie an psychischen Problemen leide, verneinte die Beschwerdeführerin. Aufgrund der Kopfschmerzen habe sie aber Konzentrationsprobleme (Urk. 3/33 S. 11). Im Weiteren führte sie aus, derzeit am Dienstag, Donnerstag und Freitag von 9 bis 18.30 Uhr und jeden zweiten Samstag von 8 bis 14 Uhr im Geschäft anwesend zu sein, was einem Pensum von etwa 75 % entspreche (Urk. 3/33 S. 10). Einschränkungend gab sie jedoch an, nur noch fünf bis sieben (statt acht bis zwölf) Kunden an einem ganzen Arbeitstag bedienen zu können (Urk. 3/33 S. 11).

3.20.3 Die Gutachter erhoben einen unauffälligen allgemeinmedizinischen und neurologischen Status, wobei insbesondere keine Hinweise auf Störungen im peripheren oder zentralen Nervensystem zu finden gewesen seien. Weder die früher angefertigten noch das aktuelle MRT des Schädels (vgl. Urk. 10/148) habe traumabedingte pathologische Befunde visualisiert. In der orthopädischen Untersuchung durch Dr. med. H. ___, Orthopädie und Traumatologie FMH, hätten sich insgesamt nur diskrete Befunde ergeben: Druckschmerzen im Nacken-Schulter-Bereich, leichte Verspannungen der Nacken-Schulter-Muskulatur und der langen HWS-Streckermuskulatur. Myogelosen seien nicht tastbar, die Beweglichkeit der HWS nicht nennenswert eingeschränkt gewesen. Sämtliche Überprüfungen der HWS-Beweglichkeiten seien nur endgradig von einer diskreten kontralateralen Dehnschmerzangabe der Schulter-Nacken-Muskulatur begleitet gewesen. Ein auf ein dauerhaft pathologisches Substrat hindeutender Befund, welcher die Kopfschmerzen erklären könnte, habe nicht festgestellt werden können (Urk. 3/33 S. 25).

Die Experten führten im Weiteren an, in der neuropsychologischen Untersuchung hätten sich - bei nachweislich guter Kooperation - lediglich sehr diskrete Minderleistungen in einem Teilbereich der Aufmerksamkeitstestung ergeben. Unter Berücksichtigung eines unauffälligen Neurostatus sowie einer normal ausgefallenen MR-Tomographie des Schädels sei damit keine Minderung der Leistungsfähigkeit begründbar. Endlich habe die Beschwerdeführerin weder psychische Probleme geltend gemacht, noch hätten sich Anhaltspunkte für eine krankheitswertige psychische Störung ergeben (Urk. 3/33 S. 25).

Abgesehen von einer Prellung im linken Schläfenbereich hätten weder durch bildgebende Verfahren noch durch klinische Untersuchungen organische Unfallfolgen nachgewiesen werden können. Bis im Dezember 2000 habe sich denn auch relativ rasch eine subjektiv und objektiv wesentliche Besserung und damit eine rasche Abheilung der akuten Unfallfolgen eingestellt. In jenem Zeitpunkt sei Dr. A. ___ auch davon ausgegangen, dass Anfang April 2001 die volle Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt sei. Die darauffolgende Entwicklung könne nach Auffassung der Experten nicht mehr auf das Unfallereignis zurückgeführt werden, fehlten doch Hinweise auf unfallbedingte und dauerhafte Schäden im Bereich der Halte- und Bewegungsorgane sowie neurologische Ausfälle. Vielmehr seien die Beschwerden auf vorbestehende und damit unfallfremde degenerative Veränderungen, auf vorbestehende Folgen eines früher

erlittenen Unfalles sowie auf Spannungskopfschmerzen zurÃ¼ckzufÃ¼hren (Urk. 3/33 S. 26). Schliesslich seien die damaligen Schilderungen der Beschwerden durch Dr. A.____ praktisch identisch mit den jetzt geltend gemachten Beschwerden (zervicocephale Schmerzen, verringerte Belastbarkeit, Versuche mit vollem Arbeitspensum mÃ¼ssten mit verstÃ¤rkten Symptomen bezahlt werden, Urk. 3/33 S. 26). Vor diesem Hintergrund sei nicht verstÃ¤ndlich, weshalb die chronischen Beschwerden der BeschwerdefÃ¼hrerin mit Ã¼berwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurÃ¼ckgefÃ¼hrt worden seien. Eine nur mÃ¶gliche KausalitÃ¤t entspreche nach Auffassung der Gutachter viel eher der faktischen Ausgangslage und den medizinischen Befunden (Urk. 3/33 S. 27).

3.20.4 Zusammenfassend diagnostizierten die Gutachter Degenerationen der HWS ohne Radikulopathie, Schulterschmerzen rechts bei mÃ¤ssigen arthrotischen VerÃ¤nderungen im AC-Gelenk, Spannungskopfschmerzen sowie eine seit 1997 bekannte, substituierte Hypothyreose (Urk. 3/33 S. 27). Eine KausalitÃ¤t der noch geltend gemachten Beschwerden mit dem Unfallereignis vom 21. Juli 2000 verneinten sie (Urk. 3/33 S. 28), wobei bis im April 2001 von einer durch den Unfall vorÃ¼bergehenden Verschlimmerung vorbestehender gesundheitlicher BeeintrÃ¤chtigungen ausgegangen werden kÃ¶nne (Urk. 3/33 S. 29).

3.21ÃÃ Zu HÃ¤nden des Rechtsvertreters der BeschwerdefÃ¼hrerin hielt Dr. med. I.____, Facharzt fÃ¼r Medizinische Radiologie, am 9. Juli 2007 (Urk. 10/150) fest, mittels fMRI habe eine StrukturverÃ¤nderung des linken Ligamentum alare, entsprechend einer LÃ¤sion Grad III nach Krakenes festgestellt werden kÃ¶nnen. Ferner bestehe ein hochgradiger Verdacht auf eine LÃ¤sion der Membrana atlantooccipitalis posterior. Eine Dyskinesie sei nicht erhoben worden.

3.22ÃÃ Am 25. Februar 2008 erstattete Dr. F.____ im Auftrag der BeschwerdefÃ¼hrerin ein neurologisches/neuropsychologisches Gutachten (Urk. 3/35).

ÃÃÃÃÃÃ Der Arzt diagnostizierte eine HWS-Abknickverletzung mit (1) mÃ¤ssig bis mittelstark ausgeprÃ¤gtem linksbetontem oberen sowie leicht bis mÃ¤ssig ausgeprÃ¤gtem linksbetontem mittleren Zervikalsyndrom, (2) mÃ¤ssig bis mittelstark ausgeprÃ¤gten zervicocephalen Beschwerden im Sinne einer Ãmigraine cervicaleÃ und (3) leicht ausgeprÃ¤gten KonzentrationsstÃ¶rungen bei Schmerzinterferenz. Als unfallfremd bezeichnete er ein leicht bis mÃ¤ssig ausgeprÃ¤gtes Carpaltunnelsyndrom links sowie leicht bis hÃ¶chstens mÃ¤ssig ausgeprÃ¤gte degenerative VerspannungszustÃ¤nde im Bereich der oberen WirbelsÃ¤ule (Urk. 3/35 S. 14). GestÃ¼tzt auf die eigenen Untersuchungen sowie das fMRI sei davon auszugehen, dass die noch geklagten Beschwerden Ã¼berwiegend wahrscheinlich Folgen des Unfallereignisses vom 21. Juli 2000 seien. Die Annahme, die Kopfschmerzen wÃ¼rden durch vorbestehende degenerative HWS-VerÃ¤nderungen verursacht, sei unwahrscheinlich. Dr. F.____ fÃ¼hrte im Weiteren aus, durch die eigene Untersuchung und die Zusatzuntersuchungen hÃ¤tten sich die geklagten Beschwerden und BeeintrÃ¤chtigung im Rahmen des MÃ¶glichen objektivieren lassen. So seien eine BeeintrÃ¤chtigung der Kopfgelenksbeweglichkeit, typische Trigger mit ausgesprochener druckdolenten Occipitalis major Austrittsstelle, vegetative Begleiterscheinungen, TonuserhÃ¶hung der Muskulatur sowie vereinzelte Myogelosen festgestellt worden (Urk. 3/35 S. 15-16). Der Arzt hielt dafÃ¼r, dass infolge der chronischen linksseitigen Kopfschmerzen und hÃ¤ufig auftretenden Beschwerdeexazerbation, aber auch vermehrter ErmÃ¼dbarkeit und verminderter Belastbarkeit, von einer ArbeitsfÃ¤higkeit von 50 % auszugehen sei. Die Annahme der

IV-Stelle, die Beschwerdeführerin sei in einer angepassten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig, gründe in einem Fehlschluss. Es liege kein Cervicalsyndrom mit Genickschmerzen vor - in diesem Fall wäre die Annahme der IV-Stelle sicherlich zum Teil richtig -, sondern eine cervicocephale Symptomatik insbesondere bei Kopfgelenksverletzung und Dysfunktion cervicogen getriggerten Kopfschmerzen. Abschliessend notierte der Arzt, die Beschwerdeführerin habe einen Integritätsschaden durch das Unfallereignis erlitten, welcher auf 20 % zu schätzen sei (Urk. 3/35 S. 17).

E. 4

4.1.1 Vorweg ist festzustellen, dass das Gutachten des E.____ die von der Rechtsprechung formulierten Anforderungen (Erw. 2.5) erfüllt. Dabei ist auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts hinzuweisen, wonach es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt, sondern in erster Linie massgebend ist, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2009 i.S. M., 9C_676/2009, Erw. 3). Die Ärzte erhoben eigene Befunde, berücksichtigten die geklagten Beschwerden und lieferten in Auseinandersetzung mit den Vorakten eine nachvollziehbare Begründung ihrer Einschätzung. Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin vermögen weder ihre Aufzeichnungen (Urk. 10/147) noch das aus dem Jahre 2003 stammende (interne) E-Mail der Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Dres. J.____ und K.____ (Anhang zu Urk. 10/162) Zweifel an der Unparteilichkeit der Gutachter zu begründen, ergeben sich diesbezüglich doch keinerlei konkrete Hinweise aus der Expertise selber. Jedenfalls sind weder unterschiedliche Angaben über die zeitliche Untersuchungsdauer (Urk. 1 S. 18), noch die Diagnose von Spannungskopfschmerzen durch die Gutachter (Urk. 1 S. 19) oder deren Einschätzung, die geklagten Beschwerden ständen nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 21. Juli 2000 (Urk. 1 S. 19), geeignet, an der Objektivität der Gutachter zu zweifeln. Was die Experten in Bezug auf die Beschwerdeführerin selber und deren Verhalten notierten, lässt ebenfalls nicht den Schluss zu, die Gutachter wären bei den Untersuchungen befangen gewesen. So hielten sie im Gegenteil fest, die Beschwerdeführerin habe sich kooperativ sowie auskunftsbereit gezeigt (Urk. 3/33 S. 15) und Hinweise für Aggravation oder Simulation hätten nicht festgestellt werden können (Urk. 3/33 S. 20). Fehlen damit konkrete Indizien für eine Voreingenommenheit der Gutachter und sind auch im Weiteren keine Hinweise für die Unzuverlässigkeit des Gutachtens auszumachen, so kann zur Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden.

4.2.1 Die Akten dokumentieren einen bis zumindest zum 21. Februar 2001 erfolgreichen Heilungsverlauf. Dr. Z.____ ging als erstbehandelnder Arzt davon aus, es sei kein bleibender Nachteil zu erwarten (Erw. 3.3). Im Oktober 2000 präsentierte sich dann die entsprechende Muskulatur deutlich weicher (Erw. 3.4), und am 11. Dezember 2000 berichtete Dr. A.____ von einer sowohl subjektiv als auch objektiv wesentlichen Besserung (Erw. 3.5). In der Folge machte der behandelnde Rheumatologe am 8. Januar 2001 eine weitere Besserung aktenkundig (Erw. 3.6) und verzeichnete am 21. Februar 2001 erneut eine Verbesserung, wobei er notierte, die Beschwerdeführerin sei seit längerem deutlich mehr als zu 50 % arbeitsfähig. Bis im April 2001 sei mit einer vollständigen Arbeitsfähigkeit zu rechnen (Erw. 3.7). Wenngleich mit Blick auf den anfänglichen Heilungsverlauf, die Vorgeschichte mit insbesondere cervicocephalen Symptomen auf funktioneller Basis (Erw. 3.17, 3.18) sowie das Vorliegen unfallfremder Faktoren (Erw. 3.9,

3.12, 3.14, 3.16) der Schluss der E.____-Gutachter, die noch geklagten Beschwerden nach dem April 2001 stÄ¼nden mit dem Unfallereignis nicht in einem natÄ¼rlichen Kausalzusammenhang, nachvollziehbar und nicht ausgeschlossen erscheint - auch PD Dr. C.____ hatte die Beantwortung dieser Frage als erschwert betrachtet (Erw. 3.18) -, kann offen bleiben, ob die Ä¼ber den erwÄ¼hnten Zeitraum hinaus geklagten Beschwerden noch unfallbedingt sind, fehlt es doch - wie nachfolgend zu zeigen ist - an einem adÄ¼quaten Kausalzusammenhang.

4.3Ä¼Ä¼Ä¼ Nicht bestritten und mittels zeitnaher Arztberichte erstellt ist, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin anÄ¼sslich der Frontalkollision vom 21. Juli 2000 eine HWS-Distorsion erlitt (Erw. 3.2). Von der Prellungsmarke an der linken SchlÄ¼ffe abgesehen, erhob Dr. Z.____ indes keinerlei organisch objektiv ausgewiesenen Befunde, sondern stellte einzig Druck- und Klopfdolenzen sowie eine verspannte Muskulatur fest. OssÄ¼re LÄ¼sionen fehlten demgegenÄ¼ber vollstÄ¼ndig (Erw. 3.2). Auch ein durch Dr. B.____ veranlasstes MRI im November 2001 visualisierte keine pathologischen Befunde (Erw. 3.11). Daran, dass den geklagten Beschwerden damit kein organisches Korrelat gegenÄ¼berstand, vermag auch das durch Dr. I.____ erstellte funktionelle MRI (fMRI) nichts zu Ä¼ndern. Der Methode des funktionellen MRI wurde durch das Bundesgericht der Beweiswert zur Beurteilung der UnfallkausalitÄ¼t abgesprochen, wobei das hÄ¼chste Gericht festhielt, gestÄ¼tzt auf ein fMRI kÄ¼nne insbesondere nicht geschlossen werden, bestehende Schmerzen seien auf organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgen zurÄ¼ckzufÄ¼hren (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 26. August 2008, 8C_454/2007, Erw. 2.2.2).

Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼ Ist demnach kein unfallbedingtes organisches Substrat objektivierbar und fassbar, so hat die PrÄ¼fung des adÄ¼quaten Kausalzusammenhangs der noch geklagten Beschwerden mit dem Unfallereignis nach oben in Erw. 2.4.2 zitierten, mit BGE 117 V 359 eingeleiteten und mit BGE 134 V 109ff. weiterentwickelten Rechtsprechung zu erfolgen.

4.4Ä¼Ä¼Ä¼

4.4.1Ä¼Ä¼ Ausgangspunkt fÄ¼r die AdÄ¼quanzbeurteilung bildet das (objektiv fassbare) Unfallereignis, wobei abhÄ¼ngig von der Unfallschwere je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen sind (Erw. 2.4.2). Der Unfallhergang am 21. Juli 2000 spielte sich wie folgt ab: Die BeschwerdefÄ¼hrerin befand sich als Fahrgast in einem korrekt fahrenden Taxi, als dieses von einem abbiegenden Personenwagen frontal seitlich erfasst wurde, wobei dessen Lenker angab, sein Fahrzeug mit etwa 45 km/h gefÄ¼hrt zu haben (Urk. 10/1 S. 10). An beiden Fahrzeugen entstand dabei grosser Sachschaden (Urk. 10/1). Die BeschwerdefÄ¼hrerin geht von einem schweren Unfall mittlerer Art aus (Urk. 1 S. 36), wÄ¼hrenddem die Beschwerdegegnerin das Ereignis dem mittleren Bereich im engeren Sinn zuordnet (Urk. 9 S. 16).

Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼ Als schwere UnfÄ¼lle hat das Bundesgericht etwa eine Frontalkollision, bei welcher der Versicherte schwere Verletzungen erlitt und ein anderer Fahrzeuginsasse starb, oder den Zusammenstoss einer Autofahrerin mit einem Zug mit Verlust eines Unterschenkels qualifiziert. Die Frontalkollision eines mit 80 km/h korrekt gelenkten Fahrzeuges mit einem mit Ä¼bersetzter Geschwindigkeit (110 km/h) auf die Gegenfahrbahn geratenen Auto hat das Bundesgericht demgegenÄ¼ber als mittelschweren Vorfall qualifiziert, wobei es ausgehend vom augenfÄ¼lligen Geschehensablauf auf einen

schweren Fall im mittleren Bereich erkannt hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 8. Februar 2008 in Sachen H., U 587/06, Erw. 3.3-3.4). In einer anderen Entscheidung hat das Bundesgericht die seitliche Frontalkollision eines schleudernden Autos (mit 50-60km/h) mit einem korrekt entgegenkommenden Fahrzeug (35-45 km/h) und erlittenem Totalschaden als mittelschweres Ereignis im mittleren Bereich bezeichnet (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juli 2008 in Sachen M., 8C_821/2007, Erw. 5.1). Unter Berücksichtigung des Unfallhergangs, der Fahrzeugschäden sowie der relevanten Rechtsprechung ist mit der Beschwerdeführerin von einem mittelschweren Ereignis im mittleren Bereich auszugehen.

4.4.2.1 Von den weiteren massgeblichen Kriterien müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs demnach entweder ein einzelnes in besonders ausgeprägter Weise oder aber mehrere in gehäuft oder auffälliger Weise gegeben sein.

4.4.2.2 Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls gegeben sind, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. des Angstgefühls der versicherten Person (RKUV 1999 Nr. 8 335 S. 207 E3b/cc; Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2008 in Sachen M., 8C_33/2008, Erw. 8.1). Dieses Kriterium ist hinsichtlich des Unfallereignisses vom 21. Juli 2000 nicht erfüllt.

4.4.3.1 Ebenso wenig ist das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der Verletzung erfüllt, führt doch allein die Diagnose einer HWS-Distorsion nicht zur Bejahung des Kriteriums (BGE 134 V 109), woran auch das aufliegende fMRI mangels Beweiswert (vgl. Erw. 4.3) nichts zu ändern vermag. Weder liegt eine besondere Schwere der für ein Schleudertrauma typischen Beschwerden vor, noch sind - abgesehen von unfallfremden Faktoren - besondere Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflusst hätten, aktenkundig. Dafür, dass, wie die Beschwerdeführerin vorbrachte (Urk. 1 S. 36), von einer "out-of-order position" auszugehen wäre, liegen keine rechtsgültigen Hinweise vor. Im Gegenteil notierte der erstbehandelnde Arzt, Dr. Z., die Beschwerdeführerin habe im Zeitpunkt des Zusammenstosses eine gerade Kopfstellung innegehabt (Erw. 3.2). Was die Diagnose eines MTBI (leichte traumatische Hirnverletzung) betrifft, so ist eine solche nicht aktenkundig. In Übereinstimmung mit den zeitnahen Arztberichten hielt auch Dr. F. dafür, zu einer MTBI sei es nicht gekommen (Urk. 3/35 S. 15).

4.4.4.1 Hinsichtlich des Kriteriums der fortgesetzten spezifischen belastenden ärztlichen Behandlung ergibt sich aus den Akten, dass die Behandlung hauptsächlich in hausärztlichen Kontrollen sowie Physiotherapie und zeitweise Akupunkturbehandlung, ergänzt durch medikamentöse Unterstützung, erfolgte. Daran ändern auch die diversen spezialärztlichen Untersuchungen nichts, dienten diese doch in erster Linie Abklärungs- und nicht Behandlungszwecken. In Anbetracht dieser Sachlage kann nicht von einer Zusatzbelastung gesprochen werden, weshalb dieses Kriterium zu verneinen ist.

4.4.5.1 Bezüglich dem Kriterium der erheblichen Beschwerden ist festzuhalten, dass Dr. A. nach einer bis zum Frühjahr 2001 stark gebesserten gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin verschiedene unfallfremde Faktoren als für den zögerlichen Fortschritt mitverantwortlich machte (Erw. 3.9, 3.12, 3.16) und im November 2002 eine dekompensierte Schilddrüsensituation als für eine Verschlechterung ursächlich

bezeichnete (Erw. 3.14). In Anbetracht der Tatsache, dass zumindest ein Teil der persistierenden Beschwerden auf den Vorzustand zurückzuführen sein dürfte (Urk. 10/70 S. 11) und die Beschwerdeführerin ihrer Tätigkeit wenigstens im Teilpensum nachzugehen vermochte, kann das Kriterium zwar als grundsätzlich erfüllt - dies jedoch nicht in ausgeprägter Weise - angesehen werden.

4.4.6.6. Weder liegen eine ärztliche Fehlbehandlung noch ein schwieriger Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen vor. Wengleich der erstbehandelnde Arzt Dr. Z. zu Beginn das Tragen einer Halskrause verordnete (Erw. 3.2), ergibt sich aus den Akten keinerlei Hinweis darauf, dass die Beschwerdeführerin den Kragen längere Zeit getragen hätte. Dr. A., welcher die Behandlung der Beschwerdeführerin ab September 2000 übernahm (Erw. 3.17), beschränkte sich im Folgenden auf Physiotherapie und medikamentöse Behandlung (Erw. 3.4). Endlich ist es nicht Aufgabe der Rechtsprechung, zu kontroversen medizinischen Streitfragen, wozu auch das Tragen einer Halskrause gehört, Stellung zu nehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 8. April 2009 in Sachen T., 8C_1020/2008, Erw. 5.6). Somit ist einzig aufgrund des Umstandes, dass der erstbehandelnde Arzt eine Halskrause verordnete, das Kriterium einer ärztlichen Fehlbehandlung noch nicht erfüllt. Schliesslich genügt auch die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien nicht zur Bejahung eines schwierigen Heilungsverlaufes (vgl. oben genanntes Urteil, Erw. 5.7). Hat sich der Verdacht Schmerzmittel-Überkonsums-induzierter Kopfschmerzen nicht bestätigt (Erw. 3.19), so sind auch keine erheblichen Komplikationen auszumachen. Zudem fällt ins Gewicht, dass der Heilungsverlauf durch unfallfremden Faktoren beeinflusst wurde (Erw. 3.9, 3.12, 3.14, 3.16).

4.4.7. Was endlich das Kriterium von Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit angeht, kann dies grundsätzlich als erfüllt betrachtet werden. War die Beschwerdeführerin jedoch bereits im Dezember 2000 (Erw. 3.5) und im Februar 2001 sogar deutlich mehr als zu 50 % arbeitsunfähig (Erw. 3.7), waren - wie schon mehrfach erwähnt - verschiedene unfallfremde Faktoren für den zögerlichen Heilungsverlauf mitverantwortlich (Erw. 3.9, 3.12, 3.14, 3.16), empfahl PD Dr. C. aus neuropsychologischer Sicht eine weitere Steigerung der Arbeitsunfähigkeit (Erw. 3.18) und gab die Beschwerdeführerin gegenüber den Ärzten des Spitals D. an, aus finanziellen Gründen wieder zu 80 % arbeitsfähig zu sein (Erw. 3.19), so liegt das Kriterium nicht in speziell auffälliger Form vor.

4.4.8. Mithin sind somit zwei von insgesamt sieben Kriterien erfüllt, jedoch nicht in besonders ausgeprägter oder auffälliger Weise. Dies reicht zur Adäquanzbejahung praxisthematisch aber nicht. Zu Recht hat demzufolge die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente und Integritätsentschädigung verneint. War zudem spätestens ab April 2004 nicht mehr von einer erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin auszugehen - die Beschwerdeführerin hatte die Analgetika erfolgreich abgesetzt (Erw. 3.19), ohne dass sich eine Reduktion der Kopfschmerzen ergeben hätte (Urk. 3/24) -, hätte die Beschwerdegegnerin spätestens in diesem Zeitpunkt ihre Leistungen einstellen dürfen. Somit ergibt sich auch diesbezüglich kein Anspruch auf weitere Leistungen der Unfallversicherung, wobei der Vollständigkeit halber anzumerken ist, dass die Beschwerdegegnerin auf eine Rückforderung von über den 30. April 2001 erbrachten Leistungen verzichtet hat (Urk. 2 S. 15).

4.5. Die Beschwerdeführerin durfte - wie gezeigt - die Beschwerdegegnerin auf das Gutachten des E.____ abstellen, so bestand keinerlei Anlass, weitere Abklärungen vorzunehmen. Damit hat die Beschwerdeführerin weder den Untersuchungsgrundsatz verletzt, noch besteht ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf Vergütung der Kosten gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG der durch Dr. F.____ erstellten Expertise, trug diese doch nichts zur Klärung des medizinischen Sachverhalts bei. Fehlt der Methode des fMRI schliesslich die nötige Beweiskraft (Erw. 4.3), so sind auch die Kosten dieser Untersuchung nicht zu ersetzen.

5. Diese Erwägungen führen zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Kurt Pfändler

- Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.