

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00419 vom 31. Mai 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00419

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00419 du 31 mai 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00419 del 31 maggio 2011

Erwägungen

E. 1

1.1 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). Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet.

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).

Die gleichzeitig mit der Invalidenrente zu beurteilende Integritätsentschädigung wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG). Dabei ist von den für wichtige und typische Schäden in Anhang 3 zur Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vorgenommenen prozentualen Gewichtungen auszugehen (vgl. RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416).

1.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Bei organisch nachweisbarer Behandlungsbedürftigkeit der Gesundheitsstörung deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche, Kausalität weitgehend mit der natürlichen und die Adäquanz hat gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung. Insbesondere bei psychogenen Störungen, den typischen Beschwerden nach einem Schleudertrauma der HWS, einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung oder einem Schädel-Hirntrauma ist die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung hingegen zu präferieren (BGE 128 V 172 Erw. 1c, 118 V 291 Erw. 2a, mit Hinweisen).

1.3 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 entfiel (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 bloße 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese Beweisgrundsätze gelten ohne Weiteres auch in Fällen mit Schleuderverletzungen der HWS, Schädelhirntrauma und äquivalenten Verletzungen. Ist ein Schleudertrauma der HWS 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 Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

1.4 Ä Ä Ä Ä 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der

Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls, die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung, erhebliche Beschwerden, ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen und 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).

Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Bundesgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas (BGE 117 V 382 f. Erw. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 Erw. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2; ferner BGE 134 V 127 Erw. 10.2 f.).

Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Bundesgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen,

das heisst, psychische Komponenten bleiben bei der Beurteilung und Gewichtung der einzelnen Kriterien unberücksichtigt. Dieses Vorgehen greift Platz, wenn die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer davon zu unterscheidenden ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, wenn also die schleudertraumaspezifischen Beschwerden im Verlauf der Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine untergeordnete Rolle gespielt haben. Mit anderen Worten gelangt auch nach einer Distorsion der Halswirbelsäule die Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen zur Anwendung,

sofern die im Anschluss an den Unfall aufgetretenen psychischen Störungen als eine selbständige Gesundheitsschädigung zu qualifizieren sind, die insofern sekundären Charakter trägt, als sie sich von (Langzeit-)Symptomen der beim Unfall erlittenen Distorsion der Halswirbelsäule unterscheidet (Urteil U 238/05 vom 31. Mai 2006 E. 4.1, mit Hinweisen auf BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1; ferner BGE 134 V 127 Erw. 10.2 f.).

1.6 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 161/2 Erw. 1c; vgl. auch 123 V 334 Erw. 1c).

E. 2

2.1 Laut angefochtenem Einspracheentscheid liegen den Beschwerden der Versicherten keinerlei somatische Verletzungen zugrunde. Soweit überhaupt natürlich kausale Unfallfolgen vorhanden seien, erwiesen sich diese als nicht mehr adäquat. Gemäss Gutachten des IB. ___ und dem dokumentierten Verlauf der Beschwerden sei es nämlich bereits sehr kurz nach dem Unfall zu einer psychischen Überlagerung gekommen, die das Beschwerdebild dominiert und sich in einer zunehmenden Somatisierung und Beschwerdeausweitung ausgedrückt habe. Die Adäquanzbeurteilung sei daher nach den für psychische Unfallfolgen in BGE 115 V 133 entwickelten Regeln vorzunehmen, wobei das Unfallereignis dem mittleren Bereich zuzuordnen und keines der erforderlichen Kriterien erfüllt sei (Urk. 2).

In der Beschwerdeantwort beruft sich die Beschwerdegegnerin zudem auf das Gutachten des S. ___ vom 13. Januar 2009 und die darin bescheinigte vollständige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und die pendente lite eingeholten Stellungnahmen ihrer Vertrauensärzte. Sie stuft nun den Unfall als mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegend ein (Urk. 10 S. 8 ff., 12; Urk. 11/M72-73).

2.2 Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber im Wesentlichen geltend, der Unfall habe durchaus zu strukturellen Schädigungen geführt. So habe das Upright MRI eine Verletzung des Ligamentum alare ergeben, von Seiten der Ohrenärzte sei ein für das HWS-Schleudertrauma typischer Hämatonabfall links konstatiert und es seien eindeutige neuropsychologische Befunde erhoben worden. Zudem sei es beim Unfall zu

einer commotio cerebri gekommen. Eine Adäquanzprüfung erübrige sich somit. Diese dürfte indes ohnehin nicht nach der für psychische Störungen entwickelten Praxis erfolgen. Denn die Gutachter des IB. ___ hätten den Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens psychischer Beschwerden gar nicht sicher feststellen können. Auch geht aus dem Gutachten hervor, dass das typische Beschwerdebild nach einer HWS-Distorsion imponiere. Der Unfall sei zudem als mittelschwer, an der Grenze zu den schweren Ereignissen zu qualifizieren. Angesichts der seit dem Unfall bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit, der körperlichen Dauerschmerzen und der eine erhebliche Komplikation der somatischen Unfallfolgen darstellenden psychischen Problematik, die zudem von ärztlicher Seite verkannt und gar nicht behandelt worden sei, müsste die Adäquanz bejaht werden (Urk. 1 S. 6 ff., Urk. 15 S. 5 f., 12 ff.). Gegen das Gutachten des S. ___ wendet die Beschwerdeführerin ein, dass dieses von der IV-Stelle in Auftrag gegeben und bei dessen Erstellung die im UV-Verwaltungsverfahren diesbezüglich geltenden Vorschriften nicht eingehalten worden seien. Die darin enthaltenen Diagnosen würden denjenigen der Gutachter des IB. ___ diametral widersprechen, weshalb weder auf das eine noch auf das andere Gutachten abzustellen sei. Die Widersprüche könnten durch die von der Beschwerdegegnerin nachträglich eingeholten Beurteilungen ihrer fachlich dazu nicht befugten Vertrauensärzte nicht aufgelöst werden, zumal die Beschwerdegegnerin nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens ohnehin nicht mehr befugt gewesen wäre, weitere Abklärungen vorzunehmen (Urk. 15 S. 11 ff.).

E. 3

3.1 Dipl. Ing. N. ___, Leiter Unfallanalyse der AXA Winterthur, errechnete für den Kollisionszeitpunkt aufgrund der Daten des im Bus vorhanden gewesenen Restweg-Aufzeichnungsgeräts und der vom Personenwagen der Versicherten hinterlassenen Bremsspuren für die beiden Fahrzeuge Aufprallgeschwindigkeiten von 12 und 20 km/h. Daraus ergab sich für dasjenige der Versicherten eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Δv) von 8 bis 12 km/h mit einem Queranteil von 70 % (Urk. 11/83 S. 6 ff.). Der Unfallanalytiker ging davon aus, dass die Versicherte durch den Aufprall nach links und gleichzeitig nach vorne bewegt worden sei und ein Kopfanprall beispielsweise gegen die Seitenscheibe aus unfallanalytischer Sicht überwiegend wahrscheinlich sei (Urk. 11/83).

3.2 Prof. O. ___ wies in seiner biomechanischen Beurteilung vom 29. November 2006 darauf hin, dass für derartige seitliche Kollisionen weniger klare wissenschaftliche Grundlagen für die Beurteilung von anschliessend beschriebenen HWS-Beschwerden vorhanden seien als dies bei Heck- oder Frontalkollisionen der Fall sei. Bei einer Insassen-nahen Kollision wie der vorliegenden bestehe, je nach ihrer Heftigkeit, die Möglichkeit eines Kopfanpralles an den Insassen-nahen harten Innenstrukturen des Fahrzeuges, was eine Abweichung vom Normalfall darstelle. Ein solcher sei vorliegend jedoch nicht sicher etabliert. Denn die Versicherte selber könne sich daran nicht erinnern und es seien weder bezüglich der Kollision noch der individuellen Gegebenheiten biomechanisch relevante Besonderheiten aktenkundig. Prof. O. ___ hielt daher die im Austrittsbericht des A. ___ angeführte Diagnose einer commotio cerebri mangels explizit erwähnter anamnestischer Bewusstlosigkeit oder Amnesie nicht für schlüssig. Selbst wenn die Beschwerdeführerin benommen, verwirrt oder erschreckt gewesen wäre, wäre diese Diagnose ohne klar dokumentierte Kriterien nicht zulässig gewesen. Denn

bei Kollisionen oder anderen überraschend auftretenden, mit nicht unerheblichen Geräuschen und einer Angstsituation verbundenen mechanischen Ereignissen würden die Betroffenen häufig von solchen Erlebnissen berichten. Aus biomechanischer Sicht würde einzig ein Kopfanprall einen Hinweis auf eine commotio cerebri liefern. Die Schleuderbewegung allein könne hier unmöglich zu einer Hirnbeteiligung geführt haben. Selbst bei einem Kopfanprall wäre dies angesichts der maximalen Geschwindigkeitsänderung in Querrichtung von 8 bis 9 km/h nicht möglich gewesen. Dass durch das Ereignis erhebliche Veränderungen am Felsenbein links hervorgerufen wurden, sei aus biomechanischer Sicht auszuschließen. Aufgrund der technischen Unfallanalyse und der medizinischen Unterlagen seien die anschliessend an das Ereignis aufgetretenen Beschwerden und Befunde höchstens bei einem erwiesenen relevanten Kopfanprall durch die Kollisionseinwirkung zu erklären. Der Umstand, dass die Versicherte nach dem Unfall bis zum Eintritt in die Reha Rheinfelden Tag und Nacht einen Hals-Stützkragen getragen habe, könnte die Heilung negativ beeinflusst haben, denn inzwischen sei erwiesen, dass sich die Muskulatur durch eine Pseudo-Ruhigstellung der Halswirbelsäule rasch abschwäche, was der Heilung nicht förderlich sei (Urk. 11/161).

3.3.3 Dem Gutachten der Neurologischen Klinik und Poliklinik des IB.____ vom 1. Oktober 2007 sind folgende Diagnosen zu entnehmen (Urk. 11/M66 S. 26):

1. Status nach Verkehrsunfall mit HWS-Distorsionstrauma leichten bis mittelschweren Grades am 21. März 2003 mit/bei (526.280)

- sehr wahrscheinlich erlittener Schädelkontusion

- möglicher, aber nicht gesicherter commotio cerebri

- Fehlen von fokal-neurologischen Defiziten

- in der Folge spezifischer Phobie für bestimmte Verkehrssituationen

2. Nicht näher bezeichnete (schmerzdominante) somatoforme Störung (570.000; F45.9)

3. Agoraphobie (573.242; F40.0)

4. Insomnie (579.770; F51.0)

5. Arterielle Hypertonie (622.200)

Die Hauptgutachter, Prof. Dr. med. T.____, Leiter der Poliklinik, und Dr. med. U.____, Oberärztin Neurologie, wiesen darauf hin, dass für die im Austrittsbericht des A.____ vom 22. März 2003 (vgl. Urk. 11/M1) aufgeführte Diagnose einer commotio cerebri nur die in den nachträglichen Zeugnissen vom 10. April und 22. September 2003 (vgl. Urk. 11/M3, 11/M10) angeführte, sofort nach dem Trauma aufgetretene zirka vier Stunden dauernde Amnesie spreche. Aufgrund der im unfallanalytischen Gutachten errechneten kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung von 8 bis 12 km/h mit einem relativ hohen Queranteil von 70 % sei es sehr wahrscheinlich zu einem Kopfanprall gekommen. Ob die Versicherte dabei eine commotio cerebri erlitten habe oder nicht, müsse letztlich offen gelassen werden. Aufgrund der konventionell-radiologisch und im Verlauf kernspintomographisch erhobenen Befunde schlossen die Gutachter Verletzungen des Schädels, des Gehirns, der Halswirbelsäule, des Halsmarks und der zervikalen Nervenwurzeln aus. Anhaltspunkte für vorbestehende oder sich im Verlauf, zum Beispiel

auf dem Boden einer Makroinstabilität, entwickelnde relevante degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule hätten sich ebenfalls nicht gezeigt. Die in der funktionellen Kernspintomographie der HWS knapp zwei Jahre nach dem Unfall zutage getretenen Hinweise auf eine eingeschränkte Kopffrotation nach links könnten Folge der langdauernd verminderten aktiven Kopfbewegungen sein. Zur Abschätzung des Schweregrades des HWS-Distorsionstraumas sei mangels fokal-neurologischer Defizite oder bildgebend nachgewiesener HWS-Verletzungen der Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens von Nacken- und Hinterhauptkopfschmerzen richtungweisend. Davon ausgehend, dass bereits am Abend des Unfalltages, das heisst einige Stunden nach dem Ereignis, erhebliche Kopfschmerzen und spätestens am nächsten Tag starke Nackenschmerzen aufgetreten seien, und unter Berücksichtigung des unfallanalytischen Gutachtens sowie des zum Kollisionszeitpunkt nach links gedrehten Kopfes stuften die Gutachter das erlittene HWS-Distorsionstrauma als leicht bis mittelschwer ein (Urk. 11/M66 S. 27 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bezüglich der kurz nach der Spitalentlassung vom 22. März 2003 aufgetretenen Ohrenscherzen links, die der Hausarzt laut den anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 11/M66 S. 5, Urk. 11/M6 S. 1, Urk. 11/M8 S. 1, Urk. 11/M22 S. 1) bei Verdacht auf Otitis media links antibiotisch behandelt und Dr. med. L. ____, Fachärztin Ohren-Nasen-Halskrankheiten FMH, im Bericht vom 9. März 2006 (vgl. Urk. 11/153e) als posttraumatische Otitis media bei Verdacht auf eine erlittene commotio vestibulocochlearis mit konsekutiver Hörschärfe und Neuronitis vestibulocochlearis links interpretiert hatte, bezeichneten die Gutachter eine Schädelbasis-Verletzung aufgrund der im biomechanischen Gutachten auf 8 bis 9 km/h geschätzten Querbeschleunigung als praktisch nicht möglich. Sie kamen daher zum Schluss, dass ein Zusammenhang zwischen der von Prof. Dr. I. ____, am 27. Februar 2006 bescheinigten, im Schädel-MRI vom 23. April 2003 erkennbaren leichten entzündlichen Veränderungen im Bereich des linken Mastoids und des Felsenbeins im Sinne einer geringen Mastoiditis (vgl. Urk. 11/153d) beziehungsweise der somit nachgewiesenen diskreten Flüssigkeitsansammlung im linken Mastoid und dem Unfall nicht hergestellt werden könne. Am ehesten handle es sich um einen Residualzustand bei Status nach Otitis media links mit zu diesem Zeitpunkt bereits wieder normaler Darstellung des Mittelohrs. Die retrospektive Beurteilung als traumatisch bedingte Otitis media sei nicht haltbar. Aufgrund des Unfallmechanismus sowie der Tatsache, dass in den Akten nebenbefundlich ein Status nach akuter Vestibulopathie 1987 erwähnt sei, erscheine auch eine commotio vestibulocochlearis als wenig wahrscheinlich (Urk. 11/M66 S. 28).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu den aufgetretenen Beschwerden hielten die Gutachter fest, dass die Patientin in den ersten zwei Wochen nach dem Unfall neben den Nacken- und Kopfschmerzen und der im Verlauf weiterhin intermittierend auftretenden linksseitigen starken Ohrenscherzen eine Vielzahl von Symptomen - andauernde, drückende Schmerzen hinter beiden Augen, fluktuierend ausgeprägte Kiefer- und Zahnschmerzen links, beidseitige Schulterschmerzen, linksbetonte Rückenschmerzen mit teilweiser Ausstrahlung in die Beine linksbetont und Schmerzen im Bereich des linken Ellbogens, eine ausgeprägte Lichtempfindlichkeit, Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen, anfallsartige Schwindel, Schluckstörungen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, erhöhte Reizbarkeit, ausgeprägte Ermüdbarkeit und Schlafstörungen - entwickelt habe, die trotz intensivster therapeutischer Bemühungen persistierten oder gar schlimmer

geworden seien. Alle diese Beschwerden könnten grundsätzlich nach einem HWS-Distorsionsstrauma auftreten, seien für dieses Krankheitsbild jedoch keineswegs spezifisch, sondern könnten Ausdruck einer somatoformen Störung sein. Gemäss Literatur komme es in der Regel bei Patienten mit HWS-Distorsionsstrauma spontan zu einer vollständigen Erholung innert ein bis zwei Jahren, insbesondere wenn, wie bei der Versicherten, die prognostisch ungünstigen Faktoren wie Verletzung mittelschweren bis schweren Grades, vorbestehende degenerative HWS-Veränderungen und höheres Lebensalter fehlten. Ein über vier Jahre protrahierter Verlauf ohne jegliche Besserungstendenz, sondern im Gegenteil mit zunehmenden Beschwerden, sei aus rein somatischer Sicht nach dem erlittenen Trauma kaum zu erwarten. Die Tatsache, dass über 35 Medikamente keinerlei Effekt zeigten bei gleichzeitig bereits niedriger Dosierung auftretenden, relativ ähnlichen und unspezifischen Nebenwirkungen, sowie der fehlende Erfolg zahlreicher nicht-medikamentöser Therapieversuche wiesen auf einen mittlerweile nicht mehr organisch bedingten Symptomkomplex hin. Dies gelte auch für die Ergebnisse der persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin. So sei die Wirbelsäulenbeweglichkeit trotz deutlichem muskulärem Hartspann zervikal und tiefthorakal/lumbal insgesamt nur leichtgradig und vor allem bei passiver Bewegung eingeschränkt gewesen. Auch sei die unter Aussparung der Nase streng paramedian begrenzte Hyperpathie der linken Körperhälfte bei im übrigen unauffälligen klinischen Befunden, normaler cerebraler Bildgebung und normalen somatosensorisch evozierten Potentialen des Nervus medianus beidseits neurologisch nicht erklärbar. Überdies zeige sich eine deutliche Diskrepanz zwischen dem initial ausserhalb der gezielten körperlichen Untersuchung unauffälligen, freien Gangbild und dem im Rahmen der körperlichen Untersuchung sehr wechselnd ausgeprägten unsicheren Gang mit immer wieder nächtlichem Absetzen mit den Händen. Eine solche Symptomatik könne sich durchaus unbewusst im Rahmen der unverschuldet erlittenen Verletzung mit in der Folge zahlreichen, zum Teil widersprüchlichen medizinischen Beurteilungen, Rechtsstreitigkeiten und letztlich Angst um die körperliche und geistige Integrität entwickeln (Urk. 11/M66 S. 28 f., 34).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bezüglich der ausgeprägten Lichtempfindlichkeit hatten die Gutachter mangels neurologischer Diagnose eine konsiliarische ophthalmologische Untersuchung veranlasst. Dabei hätten sich jedoch lediglich die bereits aktenkundigen Befunde einer Myopia magna und eine Sicca-Symptomatik bei Meomitis objektivieren lassen. Die vermehrte Blendungsempfindung sei ophthalmologisch nicht hinreichend erklärbar. Lediglich zwei kleine wissenschaftliche Studien mit neun beziehungsweise 25 Patienten hätten wenige Wochen bis Monate nach einer milden traumatischen Hirnverletzung (MTBI) vermehrte posttraumatische Licht- und Lärmempfindlichkeit aufgezeigt (Urk. 11/M66 S. 29).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In neuropsychologischer Hinsicht verwiesen die Gutachter auf die vordergründig beklagten Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, auf die von Dr. phil. G. ___ im Bericht vom 19. November 2003 (vgl. Urk. 11/M14) beschriebenen mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Defizite und die Ergebnisse des aktuellen neuropsychologischen Teilgutachtens vom 30. März 2007 (vgl. Urk. 11/M65). Während sich im Bereich des Gedächtnisses und verschiedener Aufmerksamkeitsaspekte schwere kognitive Minderleistungen hätten feststellen lassen, seien alle anderen untersuchten Leistungen im unteren Durchschnitt des

altersentsprechenden Normbereichs gelegen, was wahrscheinlich nicht dem mutmasslichen prä-morbiden Niveau entspreche. Die Leistungen bezüglich Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsaspekte stimmten mit den Resultaten vom November 2003 überein, nicht jedoch diejenigen bezüglich der exekutiven Funktionen. Allerdings deckten sich die feststellbaren kognitiven Minderleistungen nur zu einem kleinen Teil mit den subjektiven Klagen. Dies, die Unfallanamnese, die unauffälligen MR-Befunde des Neurokraniums und die damit nicht übereinstimmende Schwere der kognitiven Minderleistungen deuteten nicht auf eine zerebrale Ursache der kognitiven Beschwerden und Befunde hin. Vielmehr stelle die kognitive Minderleistung mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Auswirkung der körperlichen Schmerzen dar und werde somit durch die psychische und psychosomatische Symptomatik verursacht (Urk. 11/M29 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In psychiatrischer Hinsicht ergab die Abklärung gemäss der im Hauptgutachten enthaltenen Zusammenfassung des psychiatrischen Teilgutachtens von Oberarzt Dr. med. V. ___ vom 12. April 2007 (vgl. Urk. 11/M64), dass unmittelbar nach dem Unfall eine akute Belastungsreaktion und anschliessend eine vorübergehende sogenannte transiente Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik postuliert werden könnten. Der unmittelbar nach dem Unfall subjektiv erlebte Verwirrheitszustand mit amnestischen Zügen sei nicht zwingend ein Zeichen einer commotio cerebri, da er auch durch die starke emotionale Reaktion im Rahmen der akuten Belastungsreaktion begründet sein könne. Aktuell bestanden eine nicht näher bezeichnete schmerzdominante somatoforme Störung, eine Agoraphobie, eine spezifische Phobie für bestimmte Verkehrssituationen sowie eine wahrscheinlich nur noch teilweise schmerzbedingte Insomnie. Die sehr leistungsorientierte Explorandin sei initial durch die körperlichen Folgen des unverschuldet erlittenen Traumas in ihrer Kernkompetenz verletzt worden. Nachdem zahlreiche diagnostische und therapeutische Interventionen zu keinem Erfolg im Sinne der Wiedererlangung der alten Leistungsfähigkeit geführt hätten, sei das Unfallereignis zu einer andauernden Bedrohung der körperlichen und geistigen Integrität geworden. Auf diesem Boden habe sich ein angstgetriggelter Teufelskreis und letztlich eine somatoforme Störung entwickelt. Die schlechte Medikamentenverträglichkeit werde bei diesem Krankheitsbild oft beobachtet. Während die phobische Störung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallkausal zu beurteilen sei, bestehe bezüglich der übrigen psychiatrischen Diagnosen nur ein möglicher Kausalzusammenhang zum Unfall. Denn für die Entwicklung dieser Störungen seien wesentliche andere Faktoren wie Persönlichkeit und Qualität der Behandlung erforderlich. Im Verhältnis zum Gesamtbeschwerdebild würden die psychischen Beschwerden im Vordergrund stehen. Sie seien in einem erheblichen Ausmass für die auf 70 bis 80 % geschätzte Arbeitsunfähigkeit verantwortlich und stellten einen mittelschweren bis schweren Integritätsschaden dar. Die Prognose für den weiteren Heilungsverlauf und die Arbeitsfähigkeit sei in Anbetracht des Ausmasses und der Dauer der psychischen Störung ungünstig (Urk. 11/M66 S. 30 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Hauptgutachter hielten aufgrund der klinischen Präsentation und der fehlenden degenerativen HWS-Veränderungen eine weitere Begutachtung, beispielsweise durch einen Rheumatologen, nicht für indiziert. Zusammenfassend hielten sie fest, dass aufgrund des Unfallmechanismus, des bisherigen Verlaufs, der persönlichen Befragung und Untersuchung der Explorandin sowie der ausgedehnten

Zusatzuntersuchungen keine Hinweise für eine relevante somatische Ursache der Beschwerden vorlägen. Die psychischen Störungen stünden im Vordergrund. Insofern richte sich die Beurteilung der Einschränkungen im täglichen Leben, der Arbeitsfähigkeit und des Integritätsschadens im Wesentlichen nach dem Ergebnis des psychiatrischen Teilgutachtens. Danach erscheine die Wiederaufnahme der früheren Tätigkeit mit vorwiegender Bildschirmarbeit und erheblichen Stressfaktoren gesamthaft als unrealistisch. Aus somatischer Sicht wäre eine leichte körperliche Arbeit ohne die Notwendigkeit des Hebens schwerer Lasten von mehr als 5 kg und mit der Möglichkeit zu häufigen Positionswechseln und wiederholten, selbständig einteilbaren Pausen maximal während täglich 8 beziehungsweise wöchentlich 40 Stunden möglich, wobei dieses Pensum schrittweise innert mehrerer Monate erreicht werden müsste und länger dauerndes Sitzen und Stehen sowie länger dauernde Haltungen mit rotiertem Oberkörper, vorgeneigtem Sitzen und Stehen ebenso wenig zumutbar seien wie Arbeiten mit ausgeprägten feinmotorischen Anforderungen, häufigem Überkopparbeiten oder Besteigen von Leitern. Es sollte baldmöglichst ein definitiver versicherungsrechtlicher Abschluss unter dringendem Verzicht auf weitere somatische Diagnostik beziehungsweise Begutachtungen erfolgen. Dann könnte der die somatoforme Störung unterhaltende, angstgetriggerte Teufelskreis unterbrochen und im weiteren Verlauf psycho- und eventuell physiotherapeutisch erfolgreich behandelt werden (Urk. 11/M66 S. 31 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf die Frage nach einem unfallbedingtem Integritätsschaden antworteten die Gutachter, es bestehe höchstens ein geringer körperlicher Integritätsschaden im Ausmass von maximal 10 %, der jedoch durch den sicherlich höher liegenden psychischen Integritätsschaden als abgedeckt gelten könnte (Urk. 11/M66 S. 33). Laut psychiatrischem Teilgutachten beträgt der Integritätsschaden 70 %, wobei den unfallfremden Faktoren ein 50%iger Anteil zukomme.

3.4 Ä Ä Ä Das von der IV-Stelle in Auftrag gegebene Gutachten des S.____ vom 13. Januar 2009, dem ein internistischer/allgemeinmedizinischer Status, eine psychiatrische sowie eine neurologische Untersuchung zugrunde liegen, enthält folgende Diagnosen (Urk. 11/71 S. 18):

- Funktionelles chronisches Schmerzsyndrom mit Konzentrationsstörungen, Blendungsgefühl in den Augen und inkonstantem Tinnitus (ICD-10 R52),
- Status nach Verkehrsunfall mit HWS-Distorsionstrauma mit Kopfanprall und Verdacht auf commotio cerebri am 21. März 2003 (ICD-10 S13.4),
- arterielle Hypertonie anamnestisch (ICD-10 I10),
- Status nach Herpes Zoster thorakal rechts 2004 anamnestisch (ICD-10 B02.9Z),
- Myopia magna anamnestisch (ICD-10 H52.1),
- Sicca-Symptomatik der Augen anamnestisch (ICD-10 H04.1)
- GPT- und Gamma-GT-Erhöhung unklarer Aetiologie (ICD10 R74.9).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Keine dieser Gesundheitsstörungen ist nach Auffassung der S.____-Gutachter mit einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit verbunden (Urk. 11/71 S. 18). In neurologischer Hinsicht wurde aufgrund der vom zuständigen Arzt der Notfallstation nachträglich am 22. September 2003 (Urk. 11/M10) bescheinigten Amnesie und der unmittelbar nach dem Unfall angeordneten 24-stündigen

Commotio-Äberwachung trotz fehlender Bewusstlosigkeit eine milde traumatische Hirnverletzung als gegeben erachtet. Der beim Eintreffen auf der Notfallstation normale GCS-Wert von 15 spreche jedoch für eine leichtgradige Hirnverletzung, bei der eine rasche Erholung zu erwarten gewesen wäre. Im weiteren Verlauf habe die Versicherte jedoch ein komplexes Beschwerdebild entwickelt, wie es bei Personen nach HWS-Distorsionstrauma oftmals beobachtet werden könne. Eine cerebrale Ursache dafür sei jedoch ausgeschlossen und das Schmerzgeschehen als Haupteinfluss betrachtet worden. Denn die Versicherte habe auf keinerlei Therapien angesprochen und hochgradige, mit der leichten Verletzung und den unauffälligen MRI-Befunden des Neurokranium nicht vereinbare neuropsychologische Defizite aufgewiesen. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung habe sich das Bild einer stark schmerzgeplagten Explorandin ergeben. Die Untersuchung des Kopf- und Nackenbereichs sei aufgrund sofortiger Abwehr nur stark eingeschränkt möglich gewesen. Die Versicherte habe während der fokussierten Untersuchung starke Einschränkungen der Koordination und Muskelkraft gezeigt. Bereits geringe körperliche Belastungen wie das Auslösen der Muskeleigenreflexe hätten zu stärksten Schmerzen geführt. Im Stehen und Gehen habe die Versicherte eine ausgeprägte Unsicherheit aufgewiesen und sich praktisch andauernd auf den Untersucher abstützen müssen. Danach sei sie problemlos gehfähig gewesen. Anhaltspunkte für eine radikuläre Reiz- beziehungsweise sensomotorische Ausfallsymptomatik oder Hinweise für eine Störung der langen Bahnen fanden sich nicht. Auch bildgebend hätten bisher keine strukturellen Veränderungen im HWS- und Kopfbereich nachgewiesen werden können. Der Befund der aktuellen MRI-Aufnahme des Kopfes vom 9. Januar 2008 sei ebenfalls unauffällig und ohne Hinweise auf Mikroblutungen oder anderweitige posttraumatische Veränderungen. Die Strukturveränderung des rechten Ligamentum alare, die bei der funktionellen MRI-Abklärung des kraniozervikalen Übergangs vom 30. Januar und 4. Februar 2008 nachgewiesen worden sei, schränke die Rotation beidseits ein. Doch seien auch bei beschwerdefreien Personen in diesem Bereich sehr viele Normvarianten vorhanden. Selbst unter Annahme einer strukturellen Läsion in diesem Bereich wäre das zunehmend generalisierte Schmerzsyndrom der Versicherten nicht zu erklären. Wenn auch bei der Untersuchung ein glaubhafter Leidensdruck nachvollziehbar gewesen sei, so seien die Beschwerden aus neurologischer Sicht doch nicht erklärbar. Auch fanden sich bei der klinischen Untersuchung erhebliche Diskrepanzen, die eine funktionelle Störung vermuten liessen. Aus rein somatisch-neurologischer Sicht sei die Versicherte in ihrer angestammten beruflichen Tätigkeit als Sachbearbeiterin voll arbeitsfähig (Urk. 11/M71 S. 17 ff.).

Bei der psychiatrischen Untersuchung im Rahmen der S. ___-Begutachtung wies Dr. med. W. ___, Fachärztin für Psychiatrie & Psychotherapie, darauf hin, dass keine psychiatrische Behandlung oder Psychotherapie durchgeführt und keine störungsspezifische Symptomatik angegeben worden sei. Eine psychiatrische Morbidität als Grundlage für das mit organopathologischen Befunden nicht erklärbare Schmerzsyndrom könne vorliegend ausgeschlossen werden. Insbesondere fehlten die psychodynamischen Faktoren einer somatoformen Schmerzstörung. Auch liessen sich keine Elemente einer krankheitswertigen Depression oder Persönlichkeitsstörung nachweisen. Es handle sich um eine Beschwerdeausweitung und Selbstlimitierung. Mangels objektivierbarer psychopathologischer Funktionsstörungen bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Auch aus Dr. D. ___s Berichten ergebe sich bis auf die

traumatische Belastungsstörung keine ausgesprochene psychiatrische Diagnose. Die traumatische Belastungsstörung könne jedoch anhand der im Bericht vom 12. Juni 2004 (vgl. Urk. 11/128a) enthaltenen Befundsmerkmale nicht bestätigt werden und die von diesem Arzt bescheinigte Arbeitsunfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar. Die im Bericht vom 23. September 2003 (vgl. Urk. 11/M11) beschriebene ungewohnte Angst vor dem Autofahren und vor grossen Vehikeln reiche für die schwerwiegende Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht aus. Aufgrund der Anamnese und der jetzigen Befunde liessen sich die Faktoren einer derartigen Störung nicht objektivieren. Dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. V. ___ vom 12. April 2007 hielt Dr. W. ___ entgegen, dass die diagnostizierte schmerzdominante somatoforme Störung nach den Definitionen von ICD-10 oder DSM-IV eindeutig nicht bestehe. Denn die entsprechenden pathogenen psychodynamisch-tiefenpsychologisch geforderten Entwicklungsfaktoren seien nicht nachweisbar. Die ebenfalls diagnostizierte Agoraphobie habe nicht validiert werden können, denn die Versicherte berichtete über keinerlei Symptomatik in diesem Bereich, namentlich nicht für die angegebene spezifische Phobie. Dass die Versicherte sich nicht im Stande fühle, über längere Strecken Auto zu fahren, begründe sie mit ihren Konzentrationseinbussen. Die beschriebenen Durchschlafstörungen erreichten zudem keinen krankheitswertigen Charakter und wirkten sich auf die Arbeitsfähigkeit nicht aus (Urk. 11/M71 S. 14).

E. 4

4.1 Sowohl für die IV-Stelle wie auch für den Unfallversicherer war für die Einholung der polydisziplinären Gutachten Art. 44 ATSG massgebend. Grundsätzlich kann deshalb sowohl das Gutachten des IB. ___ als auch dasjenige des S. ___ berücksichtigt werden.

4.2 Aufgrund der medizinischen Aktenlage muss als überwiegend wahrscheinlich angenommen werden, dass sich die Beschwerdeführerin beim fraglichen Unfall seitlich den Kopf angeschlagen und ein HWS-Distorsionstrauma mit commotio cerebri zugezogen hat. Namentlich die HWS-Distorsion war bereits vom erstmals am 24. März 2003 konsultierten Dr. B. ___ diagnostiziert (Urk. 11/M2, 11/M4) und von keiner Seite in Frage gestellt worden. Bezüglich der commotio cerebri, die von Prof. O. ___ angesichts der diesbezüglich davorliegenden medizinischen Aktenlage angezweifelt und von den Gutachtern des IB. ___ nicht als sicher angenommen wurde, überzeugt die Argumentation der S. ___-Gutachter, wonach unmittelbar nach dem Unfall ohne konkrete Anhaltspunkte für eine erlittene commotio cerebri nicht eine 24-stündige Überwachung angeordnet worden wäre. Ob der Unfall mit einer commotio cerebri verbunden war oder nicht, ist indes für die Beurteilung der Unfallfolgen vor allem dann von Bedeutung, wenn sich diesbezüglich cerebrale Befunde objektivieren lassen. Dies umso mehr, als die errechnete Geschwindigkeitsänderung laut Prof. O. ___ bei einem Kopfanprall nicht zu einer Hirnbeteiligung hätte führen können und die S. ___-Gutachter aufgrund des normalen GCS-Werts nur eine leichtgradige Hirnverletzung beziehungsweise eine MTBI annahmen.

4.3 Anhaltspunkte dafür, dass den im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch vorhandenen Beschwerden ein organisches Substrat zugrunde liegt, finden sich in den medizinischen Akten nicht. Namentlich bedeutet die von den behandelnden und beurteilenden Ärzten teilweise als gesichert betrachtete Diagnose einer als MTBI geltenden commotio cerebri nicht, dass eine objektiv nachweisbare

Funktionsstörung vorliegt (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_902/2010 vom 6. April 2011 E. 6.1.3). Insofern vermag auch der Umstand, dass die Ärzte des IB.____ eine commotio cerebri nicht als gesichert betrachten, den Aussagewert ihres Gutachtens nicht grundsätzlich in Frage zu stellen, wie dies die Beschwerdeführerin geltend macht (Urk. 15 S. 5 f.).

Die Abklärungen im Rahmen der beiden Begutachtungen führten denn auch in somatischer Hinsicht zu keinen neuen Ergebnissen und stellten die bisherigen Untersuchungsergebnisse, namentlich die Beurteilungen von Dr. E.____, der laut Berichten vom 10. Juni 2003, 23. Dezember 2004 und 24. Februar 2005 (Urk. 11/M6, 11/M34, 11/M41) keine neurologischen Auffälligkeiten feststellen konnten und das Beschwerdebild als weitgehend weichteilbedingt eingestuft hatte, nicht in Frage. Bereits das in der C.____ am 23. April 2003 durchgeführte MRI des Neurocraniums hatte normale Befunde, keinerlei Hinweise auf Blutung, Kontusion oder Hydrocephalus und keine Zeichen eines Subduralhämatoms ergeben (Urk. 11/M5 S. 3). Auch aus dem MRT der Halswirbelsäule vom 11. Januar 2005 resultierten weder occipito-zervikal noch zerviko-thorakal fassbare Läsionen des Rückenmarks, und das MRT vom 20. Juli 2005 zeigte ebenfalls keine Auffälligkeiten, insbesondere keine Hinweise auf eine Verdickung der Gelenkscapseln der atlanto-axialen Gelenke, Ergüsse oder eine sonstige fassbare Pathologie (Urk. 11/M38, 11/M44).

Die bei den letztgenannten MRT-Abklärungen mit Funktionsuntersuchungen erhobenen Befunde - Streckhaltung der HWS, minimale Rotationsfehlstellung atlanto-axial in Neutralstellung, Behinderung der Kopffotation nach links mit verminderter Rotation insbesondere im atlanto-axialen Segment - vermögen zwar ebenso wie die neuropsychologischen Abklärungsergebnisse von Dr. phil. G.____ im Bericht vom 19. November 2003 (Urk. 11/M14) gewisse Behinderungen und Defizite zu objektivieren. Direkte organische Verletzungsfolgen können damit jedoch nicht nachgewiesen werden. Dies gilt auch für das funktionelle MRI (fMRT oder fMRI) des craniocervicalen Übergangs und der Halswirbelsäule vom 30. Januar und 4. Februar 2008 (Urk. 11/M70), das eine - an sich mit der laut Funktionsaufnahmen beidseits eingeschränkten Rotation und Instabilität vereinbare - Strukturveränderung des rechten Ligamentum alare im Sinne einer Läsion Grad III nach Krakenes zeigte, auf das sich die Beschwerdeführerin beruft (Urk. 1 S. 6, 12). Denn nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung stellt eine fMRT nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft kein geeignetes Beweismittel zur Beurteilung der Organizität von Beschwerden dar (BGE 134 V 231 E. 5.2 bis 5.5). Davon abgesehen, lässt ein pathologischer Befund als solcher nicht notwendigerweise auf dessen unfallbedingte Entstehung schliessen.

Mit der Bescheinigung eines Hochtonabfalls links mittels Reintonaudiogramms durch Ohrenärztin Dr. L.____ im Bericht vom 13. März 2006 (Urk. 11/M48) ist der Nachweis einer organischen Verletzung im Bereich des Schädels ebenfalls nicht erbracht. Soweit diese Ärztin nachträglich aufgrund der im Schädel-MRI vom 23. April 2003 erkennbaren leichten entzündlichen Veränderungen im Bereich des linken Mastoids und des Felsenbeins den Verdacht auf eine commotio vestibulocochlearis mit konsekutiver Hochtonschwerhörigkeit und Neuronitis vestibulocochlearis links äusserte (Urk. 11/153d-e), wurde dieser von den Gutachtern des IB.____ und von Prof. O.____ mit dem Hinweis auf die geringfügige

Querbeschleunigung von 8 bis 9 km/h, bei der eine Schädelbasisfraktur beziehungsweise entzündliche Veränderungen am Felsenbein links praktisch nicht möglich seien, auf nachvollziehbare Weise widerlegt. Selbst wenn jedoch der im MRI des Neurocranium im Jahr 2003 erhobene Befund mit einer damals akuten linksseitigen Otitis media korrespondiert hätte, so lässt dies nicht zwingend auf eine beim Unfall erlittene Verletzung des Innenohrs schliessen, zumal die unauffälligen Befunde, die sich bei den von den Gutachtern des S. ___ veranlassten MRI-Aufnahmen des Kopfes (Urk. 11/M71 S. 18) ergeben hatten, für eine Rückbildung der Veränderung im linken Mastoid sprechen und im Gutachten des IB. ___ auf eine schon früher durchgemachte Otitis media links hingewiesen wird.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Soweit die Ärzte des IB. ___ einen 10%igen körperlichen Integritätsschaden bescheinigen, lässt sich dies mit dem Fehlen eines unfallbedingten organischen Substrats nicht vereinbaren und vermag ihr ansonsten in somatischer Hinsicht sorgfältiges und nachvollziehbares Gutachten nicht zu überzeugen. Denn die Schätzung wird nicht begründet, und es wird keinerlei Bezug auf die von Gesetz und Verwaltung vorgegebenen Referenzwerte genommen.

4.4 Ä Ä Ä Auch wenn die Gutachter des IB. ___ einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfall zumindest in psychischer Hinsicht teilweise bejahen, kann angesichts des Fehlens organischer Befunde auf eine Adäquanzprüfung nicht verzichtet werden. Dabei ist zu beachten, dass die nebst den Nacken- und Kopfschmerzen bei der Begutachtung im IB. ___ geltend gemachten Beschwerden (wie starke Ohrenscherzen links, andauernde, drückende Schmerzen hinter beiden Augen, fluktuierend ausgeprägte Kiefer- und Zahnschmerzen links, beidseitige Schulterschmerzen, linksbetonte Rückenschmerzen mit teilweiser Ausstrahlung in die Beine linksbetont und Schmerzen im Bereich des linken Ellbogens, ausgeprägte Lichtempfindlichkeit, Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen, anfallsartige Äbelkeit, Schluckstörungen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, erhöhte Reizbarkeit, ausgeprägte Ermüdbarkeit und Schlafstörungen) nach Auffassung der Gutachter zwar mit der erlittenen HWS-Distorsion vereinbar sind, jedoch weit über das von der Rechtsprechung als typisch bezeichnete, diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Äbelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung umfassende Beschwerdebild (BGE 117 V 360 Erw. 4b) hinausgehen. Aufgrund des protrahierten Verlaufs, des fehlenden Behandlungserfolgs, während und nach der klinischen Untersuchung aufgetretenen Diskrepanzen sowie der Beschwerdezunahme, die sich anstelle der zu erwartenden Besserung einstellte, betrachten die Gutachter das aktuelle Krankheitsbild als nicht mehr spezifisch für das erlittene HWS-Distorsionstrauma. Auch die ophthalmologisch nicht hinreichend erklärbare ausgeprägte Lichtempfindlichkeit ist nach Aussage der Ärzte des IB. ___ nicht ausgesprochen typisch für eine durchgemachte commotio cerebri und die nur zu einem kleinen Teil mit den subjektiven Klagen übereinstimmenden neuropsychologischen Defizite erklären sich nicht mit den erlittenen Verletzungen, sondern mit der psychischen und psychosomatischen Symptomatik.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Liegt das für ein HWS-Schleudertrauma oder eine commotio cerebri typische Beschwerdebild nicht mehr vor, hat die Adäquanzbeurteilung, unabhängig davon, ob die Beschwerden sich mit den von den Gutachtern des IB. ___ diagnostizierten

invalidisierenden psychischen Gesundheitsstörungen oder mit dem von den S. ___-Gutachtern diagnostizierten nicht invalidisierenden funktionellen chronischen Schmerzsyndrom erklären, nach den in BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa entwickelten Regeln zu erfolgen. Dies um so mehr, als die organisch nicht nachvollziehbare und auf die vielfältigen Therapien nicht ansprechbare Schmerzproblematik schon früh in den Vordergrund getreten war. Der zur psychiatrischen Behandlung der Traumafolgen konsultierte Dr. D. ___ hatte bereits am 23. September 2003 von Anzeichen eines beginnenden posttraumatischen Belastungssyndroms berichtet und am 1. Juni 2004 den Verdacht auf eine besonders ausgeprägte psychische Vulnerabilität infolge vorbestehender multipler sublimierter Psycho-Traumatisierungen geäussert (Urk. 11/M11 S. 3, Urk. 11/M22 S. 1), und Dr. G. ___ hatte dann im Bericht vom 19. November 2003 die von ihr festgestellten kognitiven Minderleistungen mit einer Überlagerung durch die massive Schmerzproblematik erklärt (Urk. 11/M14 S. 10). Sogar wenige Wochen nach dem Unfall hatten die Fachärzte der C. ___ schon konstatiert, dass die neuropsychologischen Defizite schmerzabhängig seien (Urk. 11/M5 S. 5).

4.5 Zum Unfallhergang geht aus dem Polizeirapport vom 21. März 2003 (Urk. 11/A1) hervor, dass der Buschauffeur beim Einbiegen von links in die vortrittsberechtigten Strasse, auf der die Versicherte mit zirka 50 km/h unterwegs war, deren Personenwagen übersehen und damit kollidierte. Sie hatte versucht auszuweichen und reflektorisch gebremst und den Knall der Kollision gehört (Urk. 11/M5 S. 1, Urk. 11/M6 S. 1).

Die vom Unfallanalytiker ermittelte kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Δv) von 8 bis 12 km/h spricht für einen mittelschweren, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegenden Unfall (vgl. etwa Bundesgerichtsurteile 8C_685/2010 vom 25. Januar 2011 E. 4, 8C_715/2010 vom 2. Dezember 2010 E. 5.2.2, 8C_66/2010 vom 6. September 2010 E. 4.1, 8C_44/2010 vom 27. Mai 2010 E. 3.1). Auch wenn es sich vorliegend nicht um eine klassische Heckauffahrkollision auf ein stehendes Fahrzeug, sondern um eine seitliche Kollision handelte, besteht kein Grund, das Ereignis als mittelschweren Unfall im engeren Sinn einzustufen. Denn diesem Bereich werden regelmässig erheblich gravierendere Ereignisse - beispielsweise mit sich überschlagenden Fahrzeugen (vgl. etwa Bundesgerichtsurteile 8C_80/2009 vom 5. Juni 2009, 8C_609/2007 vom 22. August 2008, 8C_169/2007 vom 5. Februar 2008, 8C_743/07 vom 14. Januar 2008) - zugeordnet. Eine mit dem vorliegenden Ereignis vergleichbare seitliche Kollision von zwei Personenwagen auf der Autobahn mit einer kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung von 10 bis 15 km/h qualifizierte das Bundesgericht jedoch im bereits zitierten Urteil 8C_66/2010 vom 6. September 2010, E. 4.1, ausdrücklich als mittelschwer, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegend. Von einem solchen Schweregrad ist auch vorliegend auszugehen.

Bei einem mittelschweren, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegenden Unfall ist die Adäquanz des Kausalzusammenhanges dann zu bejahen, wenn eines der relevanten Adäquanzkriterien in besonders ausgeprägter oder mehrere dieser Kriterien in gehäuft Weise erfüllt sind. Gehäuft im genannten Sinne liegen die Kriterien bei einem Grenzfall zu den leichten Unfällen vor, wenn deren vier erfüllt sind (Bundesgerichtsurteil 8C_46/2011 vom 18. April 2011, E. 5.1, mit Hinweisen auf SVR 2010 UV Nr. 25 S. 100, 8C_897/2009 E. 4.5). Da von einer im Vordergrund stehenden psychischen Störung auszugehen ist, fallen die psychischen Aspekte als Adäquanzkriterien allerdings ausser Betracht (vgl. BGE 115 V 133 E. 6c/aa).

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Dr. Cristina Schiavi

- Fürsprecher Martin Bürkle

- 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.