

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00270 vom 26. Januar 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-01-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2009.00270](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00270)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00270 du 26 janvier 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00270 del 26 gennaio 2010

## Erwägungen

### E. 3.1

Es ist zunächst auf die Ränge der Gehaltsverletzung einzugehen.

Gegen Verfügungen kann innerhalb von 30 Tagen bei der verfügenden Stelle Einsprache erhoben werden (Art. 52 Abs. 1 Satz 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Dabei handelt es sich um eine gesetzlich festgelegte und somit nicht erstreckbare Frist (Art. 40 Abs. 1 ATSG).

Einsprachen müssen ein Rechtsbegehren und eine Begründung enthalten (Art. 10 Abs. 1 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSV). Sind bei der Einsprache formelle Erfordernisse nicht erfüllt, ist eine Nachfrist anzusetzen. Diese Nachfrist kann verlängert werden (Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Rz 17 zu Art. 52 ATSG).

### E. 3.2

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin erhob am 27. März 2009 und damit am letzten Tag der dreissigtägigen Einsprachefrist Einsprache gegen die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 24. Februar 2009 (Urk. 10/2/251). Die Einsprache enthielt einen Antrag und eine Begründung und genigte somit den (ohnehin geringen) formellen Anforderungen gemäss Art. 10 Abs. 1 ATSV. Somit bestand weder für die Gewährung einer Nachfrist noch einer Frist zur ergänzenden Begründung Anlass. Zwar mag in der Praxis eine vorsorgliche Einsprache und eine damit verbundene Frist zur weiteren Begründung üblich sein, ein Anspruch darauf besteht jedoch - sofern die formellen Erfordernisse der Einsprache erfüllt sind - nicht. Der Rechtsvertreter konnte sich demnach nicht darauf verlassen, dass ihm eine Nachfrist gewährt würde. Der angefochtene Einspracheentscheid erging sodann erst am 11. Juni 2009, also mehr als zwei Monate nach Erhebung der Einsprache. Somit wäre genügend Zeit gewesen, die Einsprache zu ergänzen und den in Aussicht gestellten neuropsychologischen Bericht (vgl. Urk. 10/2/250) nachzureichen, zumal dieser bereits vom 18. Februar 2009 datierte (vgl. Urk. 1 S. 8; Urk. 3) und damit bereits mit der Einsprache vom 27. März 2009 hätte vorgelegt werden können.

Selbst wenn jedoch eine Gehaltsverletzung zu bejahen wäre, so wäre diese als geheilt zu betrachten, da das hiesige Gericht als Beschwerdeinstanz den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/aa S. 437). Damit erweist sich die Ränge der Gehaltsverletzung als unbegründet.

### E. 3.3

Die Beschwerdeführerin räumt weiter, das B.\_\_\_\_-Gutachten sei nicht rechtsverbindlich unterzeichnet worden (vgl. Urk. 1 S. 3 f.). Dazu ist festzuhalten, dass Dr. med. C.\_\_\_\_, Dr. med. D.\_\_\_\_ und Dr. phil. E.\_\_\_\_ - die Fachpersonen, die die Beschwerdeführerin anknüpfungsgemäss untersuchten (vgl. Urk. 10/2/221) - unterschriftlich bestätigten, dass das Gutachten von den unterzeichnenden Mitarbeitern in gemeinsamer Verantwortung verfasst worden sei. Die abschliessende Beurteilung und Beantwortung der Fragen seien das Ergebnis der gemeinsamen Falldiskussion aller Unterzeichnenden und reflektiere die dabei erarbeitete fachübergreifende versicherungsmedizinische Sicht (vgl. Urk. 11/93 S. 2). Es ist nicht ersichtlich, inwiefern dies nicht rechtsgenügend sein sollte.

### **E. 3.4**

Die Beschwerdeführerin räumt eine Befangenheit der B.\_\_\_\_-Gutachter und bezweifelt deren fachliche Qualifikation. Die Beschwerdegegnerin habe es versäumt, diesbezüglich einen selbständig anfechtbaren Entscheid zu erlassen (Urk. 1 S. 4 f.).

Nach der Rechtsprechung gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen (BGE 132 V 109 Erw. 7.1, 120 V 364 Erw. 3).

### **E. 3.5**

Ausstandsgründe finden sich zunächst in Art. 36 ATSG: Personen, die Entscheidungen über Rechte und Pflichten zu treffen oder vorzubereiten haben, treten in den Ausstand, wenn sie in der Sache ein persönliches Interesse haben oder aus anderen Gründen in der Sache befangen sein könnten (Art. 36 Abs. 1 ATSG). Dabei handelt es sich um gesetzliche, formelle Gründe, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit der betreffenden Person zu erwecken. Zum persönlichen Interesse zählen alle rechtlichen und tatsächlichen Interessen, welche die betreffende Person leiten können. Sofern es sich dabei um Interessen handelt, die zugleich einen Bezug zur Entscheidung haben, ist das Vorliegen eines Ausstandsgrundes zu prüfen. Ein solcher ist etwa gegeben einer Entscheidung in eigener Sache oder bei Mitwirkung als Organ einer verfahrensbeteiligten juristischen Person (Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage 2009, Rz 10 zu Art. 36). Die anderen Gründe des Art. 36 Abs. 1 ATSG umfassen beispielsweise ein früheres wiederholtes, krass gesetzwidriges Verhalten oder den Sachverhalt, dass die betreffende Person den Eindruck erweckt, sich bereits zum Vornherein eine feste Meinung zum Verfahrensausgang gebildet zu haben (Kieser, a.a.O., Rz 11).

Bei Vorliegen gesetzlicher Ausstandsgründe gemäss Art. 36 Abs. 1 ATSG hat der Versicherungsträger mittels einer selbständig anfechtbaren Verfügung zunächst

darüber zu entscheiden. Bei sonstigen - materiellen - Ablehnungsgründen nach Art. 44 ATSG, wonach die betroffene Partei vor Einholung eines Gutachtens den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und Gegenvorschläge machen kann, ist rechtsprechungsgemäss keine selbständige Anfechtbarkeit gegeben. Entsprechende Einwendungen sind im Rahmen der Würdigung des Gutachtens zu beurteilen (BGE 132 V 109 Erw. 6.5).

### E. 3.6

Der Beschwerdeführerin wurden mit dem Aufgebot zur Begutachtung vom 10. März 2008 die Namen der Gutachter bekannt gegeben (vgl. Urk. 10/2/217). In der Folge machte sie am 23. Mai 2008 geltend, keiner der begutachtenden Ärzte verfüge über einen FMH-Titel und dementsprechend auch nicht über einen Facharztstitel in Neurologie, Psychiatrie, Chirurgie oder Orthopädie. Dabei handelt es sich nicht um einen gesetzlichen Ausstandsgrund, weshalb die Beschwerdegegnerin nicht gehalten war, darüber vorab zu entscheiden.

Zum Vorwurf der mangelnden Qualifikation ist festzuhalten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung der Beweiswert einer spezialärztlichen Expertise davon abhängt, ob der Gutachter über die entsprechende Fachausbildung verfügt. Hingegen ist der FMH-Facharztstitel nicht Voraussetzung (Urteil 9C\_270/2008 vom 12. August 2008 Erw. 3.3). Die fachliche Qualifikation des Experten spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezieglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin eine entsprechende nachgewiesene Fachkenntnis des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil I 142/07 vom 20. November 2007 Erw. 3.2.3 und I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteil 9C\_53/2009 vom 29. Mai 2009 Erw. 4.2).

Dr. C., Dr. E. und Dr. D. haben ihre Ausbildung und ihre fachliche Qualifikation hinreichend belegt (vgl. Urk. 10/241; Urk. 10/240). Dr. D. ist zudem Mitglied der FMH ([www.doctorfmh.ch](http://www.doctorfmh.ch)). Die diesbezügliche Rüge der Beschwerdeführerin erweist sich deshalb als unbegründet.

### E. 3.7

Weiter machte die Beschwerdeführerin geltend, die Gutachter seien befangen gewesen, da Dr. D. sie gefragt habe, ob sie das Geld von der Versicherung in Raten oder als Kapitalleistung haben wolle (vgl. Urk. 1 S. 5 in Verbindung mit Urk. 10/253). Dies begründet nicht den Anschein der Befangenheit, wurde diese Frage doch ausdrücklich in das Gutachten integriert (vgl. Urk. 11/82 Ziff. 3.1) und ist als solche nicht ungewöhnlich. Ebenso ist aufgrund der Schilderung, wonach Dr. C. die Beschwerdeführerin gebeten habe, «bei der Wahrheit zu bleiben», keine Befangenheit anzunehmen (vgl. Urk. 1 S. 5 in Verbindung mit Urk. 10/253), da die entsprechende Sachverhaltsschilderung, wonach die Beifahrerin nicht zu öffnen gewesen war, im Gutachten korrekt wiedergegeben wurde (vgl. Urk. 11/67 unten). Insgesamt liegen somit keine Umstände vor, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen, zumal dabei nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden darf (vgl. vorstehend Erw. 3.4). Bei den Vorbringen der Beschwerdeführerin handelt es sich ebenfalls nicht um gesetzliche

Ausstandsgründe, so dass auch darüber kein selbständig anfechtbarer Entscheid zu fällen war. Die übrigen Einwendungen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 5 unten f.) sind im Rahmen der Beweiswürdigung (nachfolgend Erw. 5.5 und 6.5-6) zu berücksichtigen.

#### **E. 4.1**

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich wie folgt:

Mit Zeugnis vom 9. Mai 2000 (Urk. 11/1) über die Erstbehandlung der Beschwerdeführerin vom 28. April 2000 diagnostizierte Dr. A. \_\_\_ ein leichtes Schleudertrauma. Der Allgemeinzustand der Beschwerdeführerin wurde mit Ängst, Kopfweh, Schockzustand beschrieben, weiter bestehe ein Status nach früherem Schleudertrauma (Urk. 11/1 Ziff. 3, Ziff. 4). Der Befund ergab eine leicht eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule. Als Therapie wurden Ruhe und Analgetika verordnet (Urk. 11/1 Ziff. 4, Ziff. 7 lit. a). Die Beschwerdeführerin sei ab 28. April 2000 voraussichtlich für 2 bis 3 Wochen zu 100 % arbeitsunfähig; der Behandlungsabschluss sei innerhalb desselben Zeitraums zu erwarten (Urk. 11/1 Ziff. 8, Ziff. 9).

#### **E. 4.2**

Im zuhanden der Beschwerdegegnerin am 26. Mai 2000 ausgefüllten Zusatzfragebogen bei HWS-Verletzungen (Urk. 11/4) hielt Dr. A. \_\_\_ hinsichtlich der subjektiven Angaben fest, die Beschwerdeführerin habe nach dem Unfall und anlässlich der Erstkonsultation vom 28. April 2000 wenig an Schwindel, okzipital an Spontanschmerz im Kopf sowie im Nacken rechts und links gelitten, weiter habe nach dem Unfall eine leichte Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule bestanden. Vor dem Unfall habe volle Leistungsfähigkeit und bezüglich der Halswirbelsäule Beschwerdefreiheit vorgelegen (Urk. 11/4 Ziff. 2). Der psychische Zustand sei anlässlich der Erstuntersuchung im objektiven Befund normal gewesen (Urk. 11/4 Ziff. 3 lit. e). Dr. A. \_\_\_ diagnostizierte eine HWS-Distorsion. Die Beschwerdeführerin sei vom 28. April bis zum 8. Mai 2000 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 11/4 Ziff. 5-6). Vor 10 Jahren habe sie ein HWS-Distorsionstrauma erlitten; es hätten keine psychischen Störungen vorbestanden (Urk. 11/4 Ziff. 7).

Gemäss dem von Dr. A. \_\_\_ ausgefüllten Unfallschein war die Beschwerdeführerin ab 9. Mai 2000 zu 50 % und ab 1. August 2000 zu 100 % arbeitsfähig; die ärztliche Behandlung endete am 11. Dezember 2000 (Urk. 11/5). Dr. A. \_\_\_ hielt in seinem Zwischenbericht vom 11. Dezember 2000 (Urk. 11/6) fest, die unfallbedingte ärztliche Behandlung sei abgeschlossen (Urk. 11/6 Ziff. 5). Die Frage, ob ein bleibenden Nachteil zu erwarten sei, beantwortete Dr. A. \_\_\_ mit Ängstabschluss mit Vorbehalt (Urk. 11/6 Ziff. 7).

#### **E. 4.3**

Dr. med. F. \_\_\_, Rheumatologie FMH, führte mit Bericht vom 6. Februar 2002 (Urk. 11/10) zuhanden von Dr. A. \_\_\_ aus, dass seit dem Auffahrunfall im Frühjahr 2000 vertebrogene Beschwerden rezidierten; deswegen seien immer wieder physiotherapeutische Behandlungen erfolgt. Anfang Januar 2002 habe sich eine ganz akute, spontan aufgetretene Schmerzattacke der gesamten Wirbelsäule mit Ausstrahlung ins rechte Bein ereignet. Im Vordergrund stehe die schmerzhafte Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule und die ausgeprägte muskuläre Verspannung im

Schultergürtel. Die Beurteilung habe schmerzhafte Bewegungsstörungen der Halswirbelsäule und des zervikothorakalen Übergangs mit ausgeprägter fibromyalgischer Reaktion des Schultergürtels, eine Diskopathie C5/6 sowie eine HWS-Fehlhaltung ergeben. Dr. F. \_\_\_ erachtete die Fortsetzung der Physiotherapie als essentiell (Urk. 11/10).

Mit Bericht vom 22. Juli 2002 (Urk. 3/4 im Prozess Nr. UV.2005.00088) diagnostizierte Dr. F. \_\_\_ ein Zervikothorakal-Syndrom, eine HWS-Fehlhaltung, eine Diskopathie C5/6 sowie spondylogene Schultergürteltendomyosen. Es seien Physiotherapien und eine medikamentöse Behandlung verordnet worden. Die letzte Therapieverordnung stamme vom 13. März 2002; die letzte Kontrolle sei am 24. April 2002 erfolgt. Der Verlauf der letzten drei Monate sei unbekannt. Dr. F. \_\_\_ sah keine Wiederaufnahme der Physiotherapie vor.

#### **E. 4.4**

Dr. A. \_\_\_ diagnostizierte mit Bericht vom 29. Oktober 2002 (Urk. 3/6 im Prozess Nr. UV.2005.00088) ein posttraumatisches Zervikalsyndrom. Jetzt erfolge keine Physiotherapie mehr, die Beschwerdeführerin betreibe nur noch private Fitness. Auf die Frage, in welchen Zeitabständen die Arztkonsultationen stattfinden, antwortete Dr. A. \_\_\_ mit „Abschluss“. Vorderhand werde keine weitere Therapie verordnet.

Zur Anfrage der Beschwerdegegnerin betreffend eines ausführenden Verlaufsberichts hielt Dr. A. \_\_\_ am 18. März 2003 (Urk. 11/7) fest, dass der Heilverlauf unter Physiotherapie gut, aber langsam sei.

#### **E. 4.5**

Am 16. Juni 2003 unterbreitete die Beschwerdegegnerin Dr. med. G. \_\_\_, FMH für Neurologie, die medizinischen Akten zur Beurteilung und Stellungnahme. Dieser für mit Bericht vom 23. Juli 2003 (Urk. 11/16) nach Zusammenfassung der medizinischen Unterlagen aus, dass über die Zeit von Februar 2002 bis Februar 2003 keine Dokumentation existiere. Aus rheumatologischer Sicht sei festgestellt worden, dass die Beschwerdeführerin an fibromyalgischen Reaktionen des Schultergürtels leide, dazu gehörten auch schmerzhafte Bewegungsstörungen der HWS bis sogar Kopfweg vom Spannungstyp. Hier liege eine krankhafte Veranlagung vor. Es sei somit nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die heutigen Beschwerden auf das Unfallereignis vom 27. April 2000 zurückgehend seien. Die Prognose sei bei einer Fibromyalgie schwierig zu stellen. Meist sei es so, dass im Laufe der Jahre immer mehr chronische Schmerzprobleme aufträten, die infolge unbekannter Ursache schwierig zu behandeln seien (Urk. 11/16 S. 2).

#### **E. 4.6**

Dr. med. H. \_\_\_, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte mit Bericht vom 6. September 2003 (Urk. 10/4/3) eine mittelgradige reaktive Depression mit ausgeprägter körperlicher Erschöpfung (Urk. 10/4/3 S. 1). Die Beschwerdeführerin sei zeitweise sehr verzweifelt gewesen. Sie habe sich auf pflanzliche Medikamente beschränken wollen. Oft sei es darum gegangen, dass sie besser für ihren körperlichen und psychischen Ausgleich schaue, anstatt sich um andere zu kümmern. Ebenso sei es um die Verarbeitung familiärer Konflikte mit den Kindern gegangen. Von April bis zu den Sommerferien 2003 sei die Beschwerdeführerin vollständig arbeitsunfähig

gewesen. Zur Zeit arbeite sie zu 20 %, wobei ein grösseres Pensum im Moment eine Überforderung darstellen würde (Urk. 10/4/3 S. 2).

#### **E. 4.7**

Mit Bericht vom 15. August 2003 (Urk. 10/4/53) führte Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Gastroenterologie und Innere Medizin, aus, dass die Beschwerdeführerin in den letzten Monaten zunehmend durch unsystematische Abdominalbeschwerden belästigt worden sei. Bei unauffälliger Anamnese und normalen Befunden sei an funktionelle Beschwerden zu denken. Es sei im Rahmen einer psychischen Belastungssituation eine erhöhte Beschwerdewahrnehmung möglich, dabei sei eine umgekehrte Kausalität kaum belegbar (Urk. 10/4/53 S. 2).

#### **E. 4.8**

Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH für Neurologie, diagnostizierte mit Bericht vom 16. Januar 2004 (Urk. 11/19) einen Status nach HWS-Distorsionstrauma vom Juni 1990, einen Status nach zweitem HWS-Distorsionstrauma vom April 2000, eine Angst- und Panikstörung sowie ein massiges Zervikalsyndrom (Urk. 11/19 S. 1). Der erste Unfall sei ein Auffahrunfall gewesen. Die Beschwerdeführerin habe keine Amnesie für das Geschehen. Unmittelbar nach dem Unfall, bei dem die Autotür blockiert worden sei und sie auf der anderen Seite habe aussteigen müssen, sei sie schockiert und verwirrt gewesen und habe starke Angst verspürt. In der Folge habe sie unter Kopf-, Nacken- und Kieferschmerzen gelitten. Sie habe gleichentags Dr. A.\_\_\_\_ konsultiert, der sie mit Analgetika und einem Halskragen behandelt habe. In der Folge sei der Verlauf unter Physiotherapie und Chiropraktik fluktuierend gewesen. 1995 sei sie für 8 Wochen zur Rehabilitation in Y.\_\_\_\_ gewesen, was zu einer partiellen Entlastung geführt habe. Ab 1998 sei ihr Zustand relativ stabil gewesen, sie habe aber immer wieder unter Angst- und Panikattacken gelitten (Urk. 11/19 S. 1).

Beim zweiten Unfall vom April 2000 habe sie ebenfalls wegen blockierter Türen nicht aussteigen können. Durch den Airbag sei es zu einer Staubwolke im Wagen gekommen. Dies habe sie als drohenden Brand interpretiert und sei in Panik geraten (Urk. 11/19 S. 1). In der Folge sei sie mit Analgetika, Physiotherapie, Akupunktur, später auch mit medizinischer Trainingstherapie behandelt worden. Trotz persistierender Beschwerden sei der Fall zirka 2001 abgeschlossen worden. Ab Sommer 2003 habe sie wegen der Angst- und Panikreaktionen einen Behandlungsversuch beim Psychiater Dr. H.\_\_\_\_ unternommen, der nicht erfolgreich verlaufen sei (Urk. 11/19 S. 2).

Die aktuellen Beschwerden umfassten immer wieder massive Angst- und Panikattacken. Der Schlaf sei gestört, sie leide unter Lustlosigkeit, Erschöpfung und Appetitmangel sowie einem inneren Unruhegefühl. Im Nackenbereich leide sie wechselnd unter Schmerzen, selten auch unter Kopfschmerzen, häufig unter Augenflimmern und gelegentlich unter Trümmel. Der Befund habe klinisch neurologisch im detaillierten Neurostatus keine Auffälligkeiten ergeben. Der Abstand Kinn-Jugulum betrage 4/20 cm, es fänden sich druckdolente Nackenstrukturen im mittleren Bereich. Die Rotation in Mittelstellung erreiche rechts 50°, links 55°, die Lateralflexion links 35°, rechts 30°. Die Kopfgelenke seien gut beweglich (Urk. 11/19 S. 2).

Im Vordergrund der Beschwerden stehe jetzt eine ausgeprägte Angst- und Paniksituation, die seit dem ersten Unfall bestehe und nach dem zweiten Unfall massiv aktiviert worden sei. Auf somatischer Ebene finde sich ein massig ausgeprägtes rechtsbetontes

Zervikalsyndrom mit schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit. Sobald die Situation mit den Angst- und Panikattacken etwas unter Kontrolle sei, könne wieder mit einer geeigneten Therapie für das Zervikalsyndrom begonnen werden. Bis zum 15. Januar 2004 zeige sich unter medikamentöser Behandlung und Psychotherapie eine deutliche Tendenz zur Stabilisierung (Urk. 11/19 S. 2).

#### **E. 4.9**

Dr. med. K.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, bei dem die Beschwerdeführerin seit 6. April 2003 in hausärztlicher Behandlung steht, diagnostizierte mit zuhanden der Invalidenversicherung verfasstem Bericht vom 29. Mai 2004 (Urk. 10/4/4 = Urk. 11/30) persistierende HWS-Schmerzen nach Autounfall am 27. April 2000 sowie einen reaktiven, depressiven Erschöpfungszustand aufgrund der chronischen Schmerzen. Die Beschwerdeführerin sei seit dem 6. April 2003 bis auf Weiteres zu 50 % arbeitsunfähig. Der Umfang der früheren Arbeitsunfähigkeit sei bei den damals behandelnden Ärzten in Erfahrung zu bringen. Die Beschwerdeführerin sei in regelmässiger psychiatrischer, neurologischer und hausärztlicher Behandlung. In ihrem angestammten Beruf als Kindergärtnerin sei sie höchstens noch zu einem Drittel arbeitsfähig (Urk. 10/4/4).

Bei den psychischen Funktionen seien das Konzentrations- und Auffassungsvermögen sowie die Belastbarkeit eingeschränkt. In der bisherigen wie in einer angepassten Tätigkeit sei ab 6. April 2003 ein Pensum vom 30 % zumutbar (Urk. 10/4/5).

#### **E. 4.10**

Zuhanden der Invalidenversicherung stellte Dr. J.\_\_\_\_ mit Bericht vom 12. Juni 2004 folgende Diagnose (Urk. 10/5/11 lit. A):

- Status nach HWS-Distorsionstrauma 6/90
- Status nach 2. HWS-Distorsionstrauma 4/00
- Angst- und Panikstörung
- mögliches Zervikalsyndrom

Als Kindergärtnerin sei die Beschwerdeführerin seit dem 6. April 2003 zu 30 % arbeitsunfähig (richtig: arbeitsfähig; vgl. Urk. 10/4/75 lit. B).

Nach dem ersten Auffahrunfall vom Juni 1990 habe die Beschwerdeführerin an Kopf-, Nacken- und Kieferschmerzen gelitten. Sie sei am Unfalltag von Dr. A.\_\_\_\_ mit einem Halskragen und Analgetika behandelt worden, später sei eine Behandlung im zahnärztlichen Institut erfolgt. In der Folge sei der Verlauf unter Physiotherapie und Chiropraktik fluktuierend gewesen. Der stationäre Rehaaufenthalt 1995 habe zu einer partiellen Entlastung geführt. Ab 1998 sei ihr Zustand relativ stabil gewesen, immer wieder habe sie jedoch unter Angst- und Panikattacken gelitten (Urk. 10/4/11 lit. D Ziff. 3).

Beim zweiten Unfall im Jahr 2000 sei ihr Fahrzeug von schräg vorne angefahren worden und es sei zu einer Rotation des Wagens gekommen. Nach dem Unfall habe sie wegen blockierten Türen nicht aussteigen können. Durch den Airbag sei es zu einer Staubwolke im Wagen gekommen, die die Beschwerdeführerin als drohenden Brand interpretiert habe. Dies habe Panik ausgelöst. In der Folge sei sie mittels Analgetika, Physiotherapie, Akupunktur und medizinischer Trainingstherapie behandelt worden. Trotz persistierender Beschwerden sei der Fall 2001 abgeschlossen worden. Ab Sommer 2003 habe sie wegen der Angst- und Panikreaktionen einen Behandlungsversuch bei Dr. H.\_\_\_\_

unternommen, der jedoch nicht erfolgreich verlaufen sei (Urk. 10/4/11 lit. D Ziff. 3).

Die Beschwerdeführerin berichte über wiederholte, massive Angst- und Panikattacken. Der Schlaf sei gestört, sie leide unter Lustlosigkeit, Erschöpfung und Appetitmangel sowie einem inneren Unruhegefühl. Sie leide im Nackenbereich wechselnd unter Schmerzen, selten auch unter Kopfschmerzen, häufig unter Augenflimmern und gelegentlich unter Trümmel (Urk. 10/4/11 lit. D Ziff. 4). Bei den psychischen Funktionen seien das Konzentrations- und Auffassungsvermögen sowie die Belastbarkeit eingeschränkt. In der bisherigen Tätigkeit sei ein Pensum von etwa zehn Stunden wöchentlich zumutbar (Urk. 10/4/7).

#### **E. 4.11**

Dr. med. L. \_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte mit Bericht zuhanden der Eidgenössischen Invalidenversicherung vom 16. Juli 2004 (Urk. 10/4/71) einen Status nach Distorsionstrauma der HWS 1990 und 2000 mit chronischem Schmerzsyndrom im Kopf- und Nackenbereich, Verdacht auf neuropsychologische Funktionsstörung, Panikstörung (ICD-10 F41.0) sowie rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.0). Es sei eine ergänzende neuropsychologische Abklärung angezeigt (Urk. 10/4/71 lit. C Ziff. 1-2, Ziff. 6). Die Behandlung erfolge seit dem 18. Oktober 2003. Angesichts der interdisziplinären Problematik sei die Arbeitsfähigkeit ebenfalls interdisziplinär zu beurteilen (Urk. 10/4/71 lit. D Ziff. 1, Ziff. 7).

Mit einem weiteren Bericht vom 16. Juli 2004 (Urk. 10/4/69) diagnostizierte Dr. L. \_\_\_\_, eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig eine leichte Episode (ICD-10 F33.0; Urk. 10/4/69 S. 2 Mitte). Die Beschwerdeführerin habe 1990 einen Heckauffahrunfall und dabei ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule erlitten. 1994 sei sie von Dr. med. M. \_\_\_\_, abgeklärt worden. Dieser habe ein mit diesem Unfall im Zusammenhang stehendes Schmerzsyndrom im Kopf- und Nackenbereich, eine temporomandibuläre Gelenkstörung und Anhaltspunkte für eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine sekundäre Depression gefunden. Die neuropsychologischen Befunde habe Dr. M. \_\_\_\_, im Rahmen einer Schmerzinterferenz und der psychoreaktiven Störung beurteilt. Vor dem Unfall sei die Beschwerdeführerin gemäss Dr. M. \_\_\_\_, psychiatrisch unauffällig gewesen (Urk. 10/4/69 S. 1).

Vom 11. April bis 6. Juni 1995 sei die Beschwerdeführerin in der Rehaklinik Y. \_\_\_\_, hospitalisiert gewesen. Es seien folgende Diagnosen gestellt worden: Status nach Heckauffahrunfall am 23. Juni 1990 mit traumatischer HWS-Distorsion, Zervikovertebralsyndrom bei HWS-Fehlhaltung mit einem hypermobilen Zervikalsegment C4/5 und sonst grösstenteils eingeschränkter HWS-Beweglichkeit, rechtsbetonte Uncarthrosen und Spondylose bei C4 bis C7 (maximal C5/6), beginnende uncarthrotische Neuroforaminalstenose bei C5/6, multiple zervikozepale Symptome, partielle posttraumatische Belastungsstörung, posttraumatische Anpassungsstörung (Urk. 10/4/69 S. 2).

Am 27. April 2000 habe die Beschwerdeführerin erneut einen Heckauffahrunfall (richtig: Frontalaufprall; vgl. Urk. 10/3/1) und dabei ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule erlitten. Die psychischen Beschwerden hätten seit dem Unfall von 1990 bestanden und seien durch den zweiten Unfall massiv aktiviert worden. Die aufgrund der Untersuchungen im Oktober 2003 vorgenommene Beurteilung durch Dr. L. \_\_\_\_, ergab eine beeinträchtigende Angststörung mit Panikattacken, aber auch Symptomen des

Wiedererlebens sowie depressive Äquivalente. Zusätzlich habe eine erhebliche Verunsicherung und affektive Labilisierung bestanden. Die psychiatrische Störung sei psychoreaktiv. Bei der Reaktion spielten die beiden Unfallereignisse eine Rolle, die zumindest subjektiv eindrücklich gewesen seien: 1990 sei die Beschwerdeführerin auf einen Baum zugefahren, 2000 habe sie sich nicht selbst befreien können und habe Angst vor einem Feuersausbruch gehabt. Die Reaktion sei aber auch aufgrund der Unfallfolgen mit der Schmerzsituation, dem Verdacht auf kognitive Störungen, der Einschränkung der Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit und konsekutiv den Überforderungssituationen erfolgt (Urk. 10/4/69 S. 2).

Zum Beginn der ambulanten Psychotherapie am 17. November 2003 habe sich die psychische Symptomatik massiv verstärkt, es sei in der Folge zu einer relativen Stabilisierung gekommen. Das depressive Syndrom habe sich aufgehellt und die Angstsymptomatik sei nicht mehr so dramatisch, aber nach wie vor vorhanden (Urk. 10/4/69 S. 2 f.).

#### **E. 4.12**

Die Ärzte des Psychiatrie-Zentrums N.\_\_\_\_ erstatteten am 13. September 2005 im Auftrag der Invalidenversicherung ein psychiatrisches Gutachten (Urk. 10/4/28) und stellten folgende Diagnosen (Urk. 10/4/28 S. 11):

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11)
- Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01), insbesondere in Menschenmassen
- Status nach kraniozervikalen Beschleunigungstraumen 1990 und 2000

Die Beschwerdeführerin leide seit über 15 Jahren rezidivierend an Symptomen wie Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen, Nackensteife, depressiver Verstimmung, Leistungseinbussen, Schlafstörungen, Sehstörungen, Geräusch- und Geruchsempfindlichkeit, Schwindel und Übelkeit. Diese Symptome könnten nach Angaben des Schweizerischen Versicherungsverbandes als Folge von Kraniozervikaltraumen auftreten und in ca. 10 % der Fälle chronifizieren. Bei der Beschwerdeführerin seien diese Symptome in zeitlichem Zusammenhang mit den beiden Schleudertraumata, sowie den Traumatisierungen im vergangenen Jahr (Unfall des Sohnes und Herzinfarkt des Ehemannes) aufgetreten. Ein kausaler Zusammenhang mit dem Einhergehen der Beschwerden und den Traumatisierungen sei als wahrscheinlich anzunehmen, weil die Beschwerdeführerin durch die eigene frühkindliche Geschichte mit einer wenig verfügbaren Mutter, einem abwesenden Vater und häufigen Auseinandersetzungen der Eltern über eine unsicher gebundene Primärpersönlichkeit verfüge. Bei Personen mit dieser Primärpersönlichkeit bestehe eine stärkere Verlustangst und eine erhöhte Anfälligkeit, durch traumatisierende Erlebnisse die Kontinuität zu Beziehungen zu verlieren und dadurch bei traumatisierenden Erlebnissen mit körperlichen oder psychischen Symptomen zu reagieren (Urk. 10/4/28 S. 11 f.).

Psychisch imponiere derzeit eine mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom einer rezidivierenden depressiven Störung, die durch die potentiell lebensbedrohlichen Ereignisse des Unfalles des Sohnes 2004 und des Herzinfarktes des Ehemannes 2005 zusätzlich verstärkt worden seien. Deren Symptome trügen zu einer reduzierten Konzentrationsfähigkeit, Ausdauer und Leistungsfähigkeit bei (Urk. 10/4/28 S. 12).

Der Verlauf sei mehrjährig, habe sich kontinuierlich entwickelt und sei zeitweise - von 1998 bis 2000 - regredient gewesen. Insgesamt seien die stationär-psychischen Behandlungsmöglichkeiten noch nicht hinreichend ausgeschöpft. Aufgrund des aktuellen Beschwerdebildes gehe man von einer Arbeitsunfähigkeit von 70 % aus. Die Beschwerden würden mit Körpertherapien (Feldenkrais, Atemtherapie, Gymnastik, Krafttraining), Gesprächspsychotherapie und Psychopharmakologie aktuell adäquat behandelt. Allenfalls könnte ein stationärer psychiatrischer Behandlungsversuch zu einer weiteren Verbesserung des psychischen Zustandes führen (Urk. 10/4/28 S. 13 f.).

Klinisch imponierten Konzentrationsstörungen, Gedankenkreisen, Durchschlafstörungen, affektive Labilität, eine herabgesetzte Stimmungslage, Insuffizienzgefühl sowie erhebliche Zukunfts- und Existenzängste. Diese seien Symptome der Panikstörung und der mittelgradigen depressiven Reaktion und bewirkten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Separat beurteilt werden müsste die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund des körperlichen Gesundheitsschadens, der durch die Distorsionstraumen verursacht worden sei (Urk. 10/4/28 S. 15).

#### **E. 4.13**

Dr. K. (vgl. vorstehend Erw. 4.9) hielt mit Schreiben vom 10. September 2007 (Urk. 11/34) fest, dass der Heilverlauf seit 2003 etwa gleich, nämlich stationär geblieben sei. Die Beschwerdeführerin sei aus hausärztlicher Sicht zu 50 % arbeitsunfähig. Trotz intensiver therapeutischer Massnahmen könne die Situation nicht verbessert werden. Als Diagnosen beständen persistierende HWS-Schmerzen nach Auffahrunfall am 27. April 2000 sowie eine reaktive, depressive Erschöpfungssituation aufgrund der chronischen Schmerzen. Differenzen zwischen den subjektiven Beschwerden und den erhobenen Befunden stellte Dr. K. nicht fest (Urk. 11/34 S. 1 in Verbindung mit Urk. 11/27 S. 1).

Die Beschwerdeführerin leide unter einem hartnäckigen Muskelhartspann im HWS-Bereich sowie unter Schmerzen in sämtlichen Bewegungsausschlägen der Halswirbelsäule. Es bestehe eine deutliche depressive Verstimmung. Aus hausärztlicher Sicht gingen die heute festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit als Allein- oder Teilursache auf den Unfall vom 27. April 2000 zurück (Urk. 11/34 S. 1 in Verbindung mit Urk. 11/27 S. 1). Als Kindergärtnerin sei die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeitsunfähig, dies aufgrund der körperlichen Schmerzen und der psychischen Einschränkungen (Urk. 11/34 S. 1). Sie werde hausärztlich und medikamentös behandelt, stehe in psychiatrischer Therapie bei Dr. L. und gehe zu neurologischen Untersuchungen bei Dr. J., zudem mache sie Feldenkraistherapie. Unter diesen Massnahmen sei die Beschwerdesituation einigermaßen erträglich und stabil. Das Behandlungsziel liege im Erreichen eines erträglichen Zustandes und der Erhaltung der Teilarbeitsfähigkeit. Ein Abschluss des Falles sei im Moment nicht absehbar; es scheine sich ein bleibender Nachteil einzustellen (Urk. 11/34 S. 2).

#### **E. 4.14**

Dr. J. nahm mit Bericht vom 18. Dezember 2007 (Urk. 11/40) wie folgt zu den Fragen der Beschwerdegegnerin Stellung: Seit 2003 habe sich der Zustand der Beschwerdeführerin sehr wechselhaft entwickelt. Die rechts betonten Nacken-, Kopf- und Schulterschmerzen seien weiter belastungsabhängig wechselhaft vorhanden. Insgesamt könne sie aber etwas besser mit den Schmerzen umgehen. Sehr wechselhaft

erscheine die Entwicklung der depressiven Anteile mit immer wieder auftretenden Erschöpfungssymptomen; diesbezüglich sei auf die psychiatrische Beurteilung zu verweisen (Urk. 11/40 S. 1).

Auf der somatischen Ebene sei der Befund an der HWS mit den beklagten subjektiven Beschwerden kongruent. Es bestehe immer noch eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der HWS mit immer wieder auftretenden, zervikogenen Kopfschmerzen. Auf der psychischen Ebene sei eine Depression mit Angstzuständen und Erschöpfungszustand erfahrbar, diesbezüglich sei ebenfalls auf die psychiatrische Beurteilung zu verweisen (Urk. 11/40 S. 2).

Zur Frage, ob die heute festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 27. April 2000 zurückzuführen seien, beantwortete Dr. J. \_\_\_ dahingehend, dass der zweite Unfall die Beschwerdeführerin in einem labilen Zustand mit erhöhter Vulnerabilität nach dem ersten Unfall getroffen habe. Schätzungsweise seien 10-20 % der Folgen auf den ersten Unfall und der Rest auf den Unfall vom 27. April 2000 zurückzuführen (Urk. 11/40 S. 2).

Zur Zeit könne eine Arbeitsfähigkeit von 20 % als Kindergärtnerin realisiert werden. Sobald die Arbeit über drei Stunden dauere, komme es zu einem psychophysischen Erschöpfungszustand, der mit einem Schlaf von ein bis zwei Stunden und in der Folge mit einem minimalen Aktivitätslevel behoben werde. Auf der somatischen Ebene könne durch weitere Therapien keine wesentliche Verbesserung mehr erzielt werden. Zur Erhaltung des Ist-Zustandes benötige die Beschwerdeführerin sicher weiterhin immer wieder Feldenkrais-Therapie und medikamentöse Unterstützung (Urk. 11/40 S. 2 f.).

#### **E. 4.15**

Dr. L. \_\_\_ nahm mit Bericht vom 3. Januar 2008 (Urk. 11/53) wie folgt Stellung: Die prätraumatische Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin sei nicht als pathologisch zu beurteilen. Sie habe bis zum Zeitpunkt der Unfälle ein aktives Privat- und Berufsleben geführt. Als gegenwärtige psychische Symptomatik beschreibe die Beschwerdeführerin eine depressive Verstimmung, katastrophales Gedankenkreisen, Erschöpfungszustände, eine ausgeprägte Durchschlafstörung mit Alpträumen, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Ermüdbarkeit, sozialen Rückzug, Panikattacken mit Schweißausbrüchen, Fressattacken, diverse Ängste sowie Schuld- und Insuffizienzgefühle. Auf der physischen Seite nenne sie Rücken-, Nacken-, Schulter- und Kopfschmerzen, Müdigkeit, Ohrgeräusche, Licht- und Lärmempfindlichkeit (Urk. 11/53 S. 3).

In der Untersuchung habe ein erhebliches psychisches Leiden beobachtet werden können, wenn der Unfall und dessen Folgen erwähnt würden. Der Gedankengang kreise um private sowie berufliche Zukunftsperspektiven. Diese Beschwerden seien immer noch behandlungsbedürftig (Urk. 11/53 S. 4).

Nach dem ersten Unfall 1990 hätten sich psychoreaktive Beschwerden entwickelt. Vor diesem Unfall habe die Beschwerdeführerin nicht unter depressiven Verstimmungen oder unter Angst- und Panikattacken gelitten. Eine Verschlimmerung der psychischen Beschwerden sei nach dem 2. Unfall eingetreten. Die mit den Unfällen verbundenen Verluste seien erheblich, das chronische Schmerzsyndrom, die neuropsychologischen und psychoreaktiven Beschwerden führten insgesamt zu einer reduzierten Belastbarkeit und

Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Es sei eine psychotherapeutische Behandlung einmal wachsendlich indiziert (Urk. 11/53 S. 4). Medikamente seien derzeit nicht verordnet (Urk. 11/53 S. 6).

Dr. L. \_\_\_ diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.1) sowie einen Status nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma 1990 und 2000. Die Beschwerden seien psychoreaktiver Natur; die Reaktion beziehe sich vorwiegend auf die Unfallfolgen. Das Schmerzsyndrom könne nicht primär psychogen beurteilt werden, es gelte aber zu beachten, dass Schmerzsyndrome, neuropsychologische und psychoreaktive Beschwerden ein sich aufschaukelndes Beschwerdesystem darstellten (Urk. 11/53 S. 5).

Der Unfall vom 27. April 2000 sei zumindest Teilursache für die gesundheitlichen Beeinträchtigungen. In der Beurteilung der Gesamtsituation könne der Unfall von 1990 nicht vernachlässigt werden. Die Arbeitsfähigkeit sei sicher namhaft eingeschränkt, deren genaues Ausmass sei aber interdisziplinär unter Einbezug einer neuropsychologischen Untersuchung festzustellen (Urk. 11/53 S. 6).

Das lange andauernde Versicherungsverfahren mit ungewissem Ausgang provoziere existentielle Ängste, was immer wieder zu Krisen mit Exazerbationen des Gesamtbildes führe. Hier bestehe ein Belastungsfaktor, der für die Persistenz der psychoreaktiven Beschwerden mit eine Rolle spiele. Grundsätzlich seien die psychoreaktiven Beschwerden noch verbesserungsfähig. Die ambulante Psychotherapie sollte mindestens noch bis zum Abschluss der Versicherungsangelegenheit durchgeführt werden (Urk. 11/53 S. 6 f.).

Es sei ein bleibender Nachteil zu erwarten. Das chronische Schmerzsyndrom und die neuropsychologischen Beschwerden würden voraussichtlich weiter bestehen. Die psychoreaktiven Anteile seien davon abhängig, ob die mit dem Unfall verbundenen Folgen integriert und ein Gleichgewicht auf niedrigem Leistungsniveau etabliert werden könne. Das langwierige Versicherungsverfahren mit teilweise Infragestellen des Leidens stelle eine günstige Prognose der psychoreaktiven Beschwerden in Frage (Urk. 11/53 S. 7 f.).

#### **E. 4.16**

Nach Durchführung einer internistischen, chirurgisch-orthopädischen, neurologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchung gelangten die Gutachter des Zentrums B. \_\_\_ unter Berücksichtigung der Akten und der Anamnese in ihrem Gutachten vom 11. April 2008 zu folgender Diagnose (Urk. 11/93 S. 31):

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode, auf dem Boden einer seit Kindheit erhaltenen psychischen Vulnerabilität (F33.0/1)
- Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen (M42.1)
- Flachrücken (M40.3)
- Zervikalneuralgien (M54.2)
- Unfall vom 23. Juni 1990 mit Beschleunigungsmechanismus der HWS, ohne objektivierbaren Gesundheitsschaden (ohne Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit; S13.4)

- Unfall vom 27. April 2000 mit Beschleunigungsmechanismus der HWS bei frontal/seitlicher Kollision, ohne objektivierbaren Gesundheitsschaden (ohne Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit; S13.4)

Aufgrund der psychischen und physischen Beschwerden bestanden drei Problemkreise: Zum einen habe die Beschwerdeführerin eine schwierige Kindheit durchlaufen und sei 16-jährig von zuhause ausgezogen. Mit der Geburt ihrer beiden Kinder 1985 und 1990 sei sie bestrebt gewesen, ihren Kindern das zu geben, was sie zuhause vermisst habe, nämlich Harmonie und hohe Verfügbbarkeit. Zum anderen habe sich mit dem Unfall von 1990 ein psycho-physischer Symptomenkomplex, eine Anpassungsstörung und ein Zervikalsyndrom entwickelt. Zum dritten sei es mit der zweiten Kollision von 2000 zu einer kurzzeitigen überwiegenden Schmerzsymptomatik im Sinne eines Zervikalsyndroms gekommen. Ein beruflicher Wechsel mit einer 60%igen Kindergartentätigkeit habe zu Überforderung und zur Exazerbation der psycho-physischen Beschwerden geführt. Ein organisches Korrelat habe hypothetisch aufgrund des bereits 1995 ausgesprochenen Verdachts einer Instabilität auf Höhe C4/C5 postuliert werden können, sei aber differentialdiagnostisch nicht aufgegriffen und deshalb auch nicht weiter abgeklärt worden (Urk. 11/93 S. 29).

Chirurgisch-traumatologisch habe sich eine Steilstellung der HWS und eine Abflachung der thorakalen Kyphose ergeben, was unfallunabhängig sei. Dies sei bereits während des stationären Aufenthalts in der Klinik Y. \_\_\_ beschrieben worden. Aufgrund des Fehlens der Doppel-S-förmigen Krümmung fehle damit auch die autostatische Ausbalancierung der Wirbelsäule, was zwangsläufig, vor allem bei vornübergebeugter Haltung, zur vermehrten Beanspruchung der Rückenmuskulatur führe. Diese sei wiederum aufgrund des jahrelangen Schonverhaltens deconditioniert, wodurch muskuläre Dysbalancen getriggert würden. Dieser Problemkreis bestehe unfallunabhängig, erkläre aber temporäre Rückenbeschwerden bei zu hoher körperlicher Beanspruchung (Urk. 11/93 S. 29).

Zervikal liege für die Rotation in Neutralstellung eine Reduktion um einen Drittel vor. Präzise man die Rotation aber zusätzlich in maximaler Beugung und Streckung, so ergebe sich ein Bewegungsspielraum, der an sich physiologisch sei. Die Beschwerdeführerin erwarte bei der Untersuchung Schmerz auslösende Manöver und limitiere sich dadurch selbst. Nicht plausibel sei die Schmerzangabe mit Zusammenzucken bereits beim oberflächlichen, nur angedeuteten Druck auf das Schädeldach, und ebenso sei es physiologisch nicht nachvollziehbar, dass beim Gegenpressen gegen die auf die Stirn aufgelegte Hand Schmerzen dorsal provoziert würden. Bei diesem Manöver komme es zur Anspannung der vorderen Halsmuskulatur und damit gleichzeitig zur Erschlaffung der antagonistischen dorsalen Muskulatur, ohne dass Schmerzen zu erwarten seien. Die Schmerzangaben bei der Palpation seien diffus und keiner organischen Struktur zuzuordnen (Urk. 11/93 S. 29).

Der 1995 ausgesprochene Verdacht einer Instabilität sei mit den heutigen Funktionsaufnahmen widerlegt. Es seien aber erhebliche degenerative Veränderungen im Segment C4/C5 und vor allem C5/C6 vorhanden. Dieses Segment verschleisse sich physiologisch am frühesten. Es lägen Unkovertebral-Arthrosen in diesen Segmenten vor, die zu Einschränkungen sowohl der Seitneigung wie auch der Rotation führen könnten. Die Steilstellung der HWS ziehe thorako-lumbal weiter und begünstige die unphysiologische vermehrte Anspannung der Muskulatur. Alle diese Befunde, die die

Schmerzen der Beschwerdeführerin teilweise erklärten könnten, seien entweder degenerativ oder konstitutionell bedingt. Die Aussagen der behandelnden Ärzte würden sich ausschliesslich auf die subjektiv angegebenen zervikalen Schmerzen beziehen, die aber somatisch-strukturell nicht überwiegend wahrscheinlich als Unfallfolge belegt werden könnten. Zudem berichte die Beschwerdeführerin, dass das Schmerzerlebnis eindeutig stressabhängig sei. In der visuellen Analogskala (0 = keine Schmerzen, 10 = maximale Schmerzen) kumulierte der Schmerz bei Stress bis 9, um nach Stressabbau auf ca. 3 abzufallen. Ein auf den Unfall beziehbarer organischer Kern dafür fehle (Urk. 11/93 S. 29 f.).

Zu erwähnen sei, dass die Beschwerdeführerin in einem dreistöckigen Haus wohne und zwangsläufig Treppen steigen müsse. Der Hausarzt schliesse im Bericht zuhanden der Invalidenversicherung das Treppensteigen aus, die Beschwerdeführerin praktiziere es aber tadellos. Zusätzlich wandere sie und sei an ihrem Arbeitstag häufig mit den Kindern unterwegs, auch dies entgegen der vom Hausarzt festgestellten Zumutbarkeit (Urk. 11/93 S. 30).

In der neurologischen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf Störungen im Bereich des peripheren und zentralen Nervensystems ergeben. Insbesondere lägen keine Anhaltspunkte für eine radikale Symptomatik vor. Neurologische Defizite seien auch in den früheren neurologischen Abklärungen nicht postuliert worden. Trotz fehlender Hinweise auf eine hirnrnische Pathologie sei die neuropsychologische Untersuchung nicht - wie in solchen Fällen zu erwarten - normal ausgefallen. Im Bereich der Aufmerksamkeit und des verbalen Gedächtnisses habe die Beschwerdeführerin Testleistungen erbracht, die bis hin zu schwer beeinträchtigt ausgefallen seien. Das dabei erzielte Leistungsprofil sei für hirnrnisch bedingte kognitive Beeinträchtigungen nicht typisch gewesen. Es habe sich gezeigt, dass die Beschwerdeführerin im Aufmerksamkeitsbereich entgegen der Erwartung bei den komplexeren Aufgaben weniger Mühe gehabt habe als bei den einfacheren Tests. Im Gedächtnisbereich sei die kurzfristige verbale Merkfähigkeit stark beeinträchtigt gewesen, während der für die Beurteilung des Gedächtnisses entscheidende längerfristige Abruf normal ausgefallen sei. Insgesamt könne damit aus neuropsychologischer Sicht keine begründbare Störung kognitiver Funktionen festgestellt werden. Vielmehr müsse davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin - wie auch in der psychiatrischen Exploration - aufgrund der beeinträchtigten Stimmungslage an Grenzen gestossen sei, die sie nicht überwinden können. In klinischer Hinsicht sei sie kognitiv präsent und differenziert gewesen und habe bewusst sowie intellektuell gewandt gesprochen (Urk. 11/93 S. 30).

In psychiatrischer Hinsicht hätten die Gutachter aus, sie teilten die Ansicht, wie sie im Gutachten des Psychiatriezentrums N. \_\_\_ dokumentiert sei, seien aber zu weitergehenden Schlussfolgerungen gekommen: Mit der konfliktreichen Kindheit habe sich eine selbstunsichere Persönlichkeitsentwicklung entwickelt, was mit Verlustängsten assoziiert sei, wodurch wiederum eine erhöhte Anfälligkeit bestehe, auf traumatisierende Ereignisse mit körperlichen und psychischen Symptomen zu reagieren. Zweifellos seien durch den Unfall im Jahr 2000 Ängste ausgelöst worden, die zu erheblichen psychosomatischen Beschwerden geführt hätten. Heute aber lässe jedes neue Ereignis bei der Beschwerdeführerin Unsicherheiten aus, die Angst und Insuffizienzgefühle triggerten, denen sie sich entziehe, indem sie sich belastungsunfähig fühle, woraus

dann letztlich Arbeitsunfähigkeit resultiere. Bereits mit dem ersten Unfallereignis sei zur Destabilisierung des persönlichen Gleichgewichts und zu einem Bewertungsprozess gekommen, der langjährige erhebliche psychosomatische Reaktionen ausgelöst habe. Es habe ein maladaptives Bewältigungsmuster bestanden, das kumuliert habe, sodass jede von aussen kommende Einwirkung als „Dystress“ empfunden werde. Geeignete Copingstrategien, um dem entgegen zu wirken, hätten bis heute nicht erarbeitet werden können. In der ICD-Nomenklatur könne diese Störung als rezidivierende depressive Störung beschrieben werden (Urk. 11/93 S. 30).

Der nur eintägige Arbeitseinsatz und das Pensum von 20 % lasse sich in keiner Weise somatisch begründen. Der früher ausgesprochene Verdacht einer Instabilität im Bereich der HWS habe anhand nun durchgeführter bildgebender Untersuchungen nicht verifiziert werden können. Ein überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 27. April 2000 zurückzuführender Gesundheitsschaden könne nicht objektiviert werden. Insofern ergäben sich auch keine auf diesen Unfall beziehbaren Leistungseinschränkungen. Die festgestellten Beeinträchtigungen ständen weder allein- noch teilsächlich mit dem Unfall vom 27. April 2000 in Zusammenhang. Es lägen erhebliche psychische Beschwerden vor, die auf die Kindheit der Beschwerdeführerin zurückgingen und unfallfremd seien. Auch auf organischem Gebiet beständen unfallfremde gesundheitliche Beeinträchtigungen (Flachrücken, degenerative Veränderungen der HWS), die als konstitutionelle Faktoren auch ohne Unfallereignis Symptome auslösen könnten (Urk. 11/93 S. 30, S. 31).

Es sei davon auszugehen, dass auch andere, an sich banale Ereignisse oder Belastungen dazu hätten führen können, dass die Beschwerdeführerin psychisch dekompenzierte. Das Ereignis vom 27. April 2000 sei insofern nur ein zufälliger Anlass gewesen, um den herum sich die psychische Störung herauskristallisiert habe. Bei einem Unfall, wie die Beschwerdeführerin ihn erlitten habe, bei dem keine Hinweise auf objektivierbare traumatische Gesundheitsschäden beständen, könne mit einer Heilung der erlittenen Mikroverletzungen innerhalb von sechs Wochen gerechnet werden. Dies bedeute, dass der Status quo sine/ante nach sechs Wochen erreicht gewesen sei (Urk. 11/93 S. 31).

Das Ausmass der Beschwerden und der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Funktionseinschränkungen könne mit den objektivierbaren Befunden nicht erklärt werden (Urk. 11/93 S. 33).

Eine radiologische Abklärung vom 1. April 2008 erbrachte eine Streckfehlhaltung sowie eine angedeutete rechtskonvexe Skoliose der HWS, eine fortgeschrittene Osteochondrose C5/6, mässiggradig auch in C4/5, eine leichtgradige Spondylarthrose sowie Unkovertebralarthrose in allen Segmenten sowie eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS ohne Zeichen einer Instabilität (Urk. 11/57).

#### **E. 4.17**

Dr. phil. O. \_\_\_\_, Neuropsychologie, diagnostizierte mit Bericht vom 18. Februar 2009 (Urk. 11/99) eine leichte neuropsychologische Funktionsstörung nach Heckauffahrkollision vom 23. Juni 1990 mit HWS-Distorsion und Frontal-Seitenkollision am 27. April 2000 (Urk. 11/99 S. 4). Bei insgesamt gut durchschnittlichem kognitiven Leistungsniveau stehe die reduzierte Aufmerksamkeit und Konzentration weit im Vordergrund, dies vor allem, wenn geteilte Aufmerksamkeit oder komplexe Informationserfassung gefordert werde.

Weiter zu beobachten seien reduzierte kognitive Dauerbelastbarkeit und Abrufblockaden. Die intellektuellen Leistungen seien intakt. Diese leichte neuropsychologische Funktionsstörung sei häufig nach HWS-Traumen zu beobachten. Der Unfall von 2000 habe die Störungen reaktiviert und akzentuiert (Urk. 11/99 S. 4 f.). In der Testsituation habe es keine Hinweise auf eine eigentliche Depression gegeben (Urk. 11/99 S. 2).

Zu den am Zentrum B. durchgeführten Testungen hielt Frau O. fest, dass bei der Untersuchung Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen gemessen worden seien. Diese seien wegen Untersuchererwartungen nicht respektiert worden. Weiter sei nur ein Teil der Erfassungsspanne und des figurativen Gedächtnisses geprüft worden. Der unvollständige Test und die eigenartige Interpretation dienten dann als Beweis, dass nicht neuropsychologische Störungen, sondern die Stimmungslage der Beschwerdeführerin die Leistungseinschränkungen verursacht habe (Urk. 11/99 S. 5 f.).

#### **E. 4.18**

Zu ergänzen ist, dass sich ein von Dr. med. P., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, am 12. Februar 2005 zuhanden der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, erstelltes Gutachten in den Akten findet (Urk. 10/5/110). Nachdem Dr. P. keinerlei Diagnose stellte, vermag sein Gutachten den praxisgemässen Anforderungen an einen Arztbericht (vgl. vorstehend Erw. 1.2) nicht zu genügen und ist deshalb hier nicht zu berücksichtigen.

#### **E. 5.1**

Es wurde letztinstanzlich festgestellt, dass die Beschwerdeführerin am 27. April 2000 ein Schleudertrauma erlitten hat (vgl. Erw. 6.2 des Urteils des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 20. Dezember 2006).

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 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).

Gemäss Dr. A. habe die Beschwerdeführerin im Anschluss an das Unfallereignis vom 27. April 2000 wenig an Schwindel sowie an Kopf- und Nackenschmerzen gelitten, zudem habe eine leichte Bewegungseinschränkung der HWS bestanden (Bericht vom 26. Mai 2000; Urk. 11/14 Ziff. 2). Damit lag das für HWS-Verletzungen typische Beschwerdebild kurz nach dem Unfall mindestens teilweise vor. Es kann somit nicht ausgeschlossen werden, dass der Unfall vom 27. April 2000 eine Teilursache für diese Beeinträchtigungen darstellte. Dies ergibt sich auch aus dem Gutachten des Zentrums B. vom 11. April 2008 (Urk. 11/93), wonach durch den Unfall jüngste ausgelöst worden seien, die zu erheblichen psychosomatischen Beschwerden geführt hätte (vgl. Urk. 10/93 S. 30). Weiter wurde festgehalten, dass der Unfall vom 27. April 2000 ein Anlass gewesen sei, um den herum sich die psychische Störung herauskristallisiert habe (vgl. Urk. 11/93 S. 31). Auf die bereits mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 6. September

2005 gewürdigten, damals bei den Akten liegenden Arztberichte (Prozess-Nr. UV.2005.00088, Erw. 4.1-4.6, entsprechend den vorstehenden Erw. 4.1-4.5 sowie Erw. 4.8), anhand derer sich die Frage der Kausalität nicht hatte beantworten lassen (vgl. a.a.O. Erw. 4.7), ist somit in diesem Zusammenhang nicht erneut einzugehen.

Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin kann demnach bejaht werden.

Mit Blick auf die weiter zu prüfende Frage einer allfälligen Dominanz psychischer Beschwerden kann sodann offen bleiben, ob das sogenannte bunte Beschwerdebild auch im Zeitpunkt der Adäquanzprüfung noch vorhanden war.

### **E. 5.2**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt zusätzlich zum natürlichen Kausalzusammenhang 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).

### **E. 5.3**

Zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumata ist festzuhalten, dass dort, wo die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS oder einer vergleichbaren Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, die Adäquanzbeurteilung im Sinne einer Ausnahme nicht nach den besonderen, für das Schleudertrauma aufgestellten Kriterien, sondern nach wie vor nach den Kriterien für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall vorgenommen wird, die allein auf dem Ausmass und den Auswirkungen der organisch nachweisbaren Unfallfolgen basieren (BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437 ff.). Dieser Ausnahmetatbestand setzt nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung voraus, dass die psychischen Beschwerden bereits unmittelbar nach dem Unfall eine eindeutige Dominanz aufweist beziehungsweise - über einen längeren Zeitraum hin betrachtet - dass im Verlauf der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt die physischen Beschwerden gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind (vgl. RKUV 2002 Nr. U 465 S. 439 Erw. 3b; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen B. vom 23. März 2005, U 457/04 Erw. 3, und in Sachen K. vom 14. Oktober 2004, U 151/01, Erw. 4.2 je mit Hinweisen).

### **E. 5.4**

Sodann hat das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht wiederholt darauf hingewiesen, dass die besondere Adäquanzbeurteilung, die nicht zwingend zwischen physischen und psychischen Komponenten eines Beschwerdebildes differenziert, den Fällen vorbehalten sei, wo sich die psychische Problematik als Teil des typischen organisch-psychischen Beschwerdebildes des Schleudertraumes der HWS darstelle oder wo

eine psychische Fehlentwicklung mit diesem organisch-psychischen Beschwerdebild eng verflochten sei. Von diesen Fällen werden diejenigen unterschieden, wo sich nach einem Unfall, losgelöst vom organisch-psychischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas oder einer vergleichbaren Verletzung, eine selbständige, sekundäre psychische Gesundheitsschädigung manifestiert oder wo eine derartige selbständige psychische Beeinträchtigung vorbestanden hat und sich durch einen Unfall verschlimmert. Die Unfalladäquanz solcher selbständiger Gesundheitsschädigungen ist ebenfalls nach den allgemeinen, für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien zu beurteilen (RKUV 2001 Nr. U 412 S. 79 ff., 2000 Nr. U 397 S. 327 ff., Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen B. vom 23. März 2005, U 457/04 Erw. 3 mit Hinweisen sowie in Sachen D. vom 7. November 2002, U 377/01, und in Sachen B. vom 24. Oktober 2002, U 424/01).

### E. 5.5

Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin nach Abschluss der ärztlichen Behandlung bei Dr. A. \_\_\_ am 11. Dezember 2000 (Urk. 11/6 Ziff. 5) während zwei Jahren keine ärztliche Hilfe in Anspruch nahm, sondern sich einzig physiotherapeutisch behandeln liess. In der Folge stellte Dr. F. \_\_\_ schmerzhafte Bewegungsstörungen der Halswirbelsäule und des zervikothorakalen Übergangs mit ausgeprägter fibromyalgischer Reaktion des Schultergürtels, eine Diskopathie C5/6 sowie eine HWS-Fehlhaltung fest (vgl. Bericht vom 6. Februar 2002, Urk. 11/10). Dr. A. \_\_\_ diagnostizierte mit Bericht vom 29. Oktober 2002 ein posttraumatisches Zervikalsyndrom (Urk. 3/6 im Prozess Nr. UV.2005.00088). Dr. J. \_\_\_ stellte somatische Beschwerden in Form eines mässig ausgeprägten Zervikalsyndroms mit schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit fest (Bericht vom 16. Januar 2004; Urk. 11/19 S. 2; Bericht vom 12. Juni 2004; Urk. 10/4/11 lit. A). Auch Dr. K. \_\_\_ diagnostizierte persistierende HWS-Schmerzen nach Autounfall am 27. April 2000 (Bericht vom 29. Mai 2004; Urk. 10/4/4).

Gemäss dem Gutachten des Zentrums B. \_\_\_ vom 11. April 2008, das den praxisgemässen Anforderungen an einen Arztbericht (vgl. vorstehend Erw. 1.2) vollumfänglich zu genügen vermag, leidet die Beschwerdeführerin jedoch an unfallfremden organischen Beeinträchtigungen wie Flachrücken und degenerativen Veränderungen der HWS, die als konstitutionelle Faktoren auch ohne ein Unfallereignis Symptome auslösen könnten (vgl. Urk. 11/93 S. 31). Die Gutachter legten in nachvollziehbarer Weise dar, dass aufgrund des Flachrückens der Beschwerdeführerin auch die autostatische Ausbalancierung der Wirbelsäule fehle, was zwangsläufig, vor allem bei vornüber gebeugter Haltung, zur vermehrten Beanspruchung der Rückenmuskulatur führe. Diese sei wiederum aufgrund des jahrelangen Schonverhaltens dekonditioniert, wodurch muskuläre Dysbalancen getriggert würden. Dieser Problemkreis bestehe unfallunabhängig, erkläre aber temporäre Rückenbeschwerden bei zu hoher körperlicher Beanspruchung (Urk. 11/93 S. 29). Weiter seien sämtliche HWS-Befunde, die die Schmerzen der Beschwerdeführerin teilweise erklären könnten, entweder degenerativ oder konstitutionell bedingt. Die Gutachter wiesen zudem darauf hin, dass die Aussagen der behandelnden Ärzte sich ausschliesslich auf die subjektiv angegebenen zervikalen Schmerzen beziehen würden, welche aber somatisch-strukturell nicht überwiegend wahrscheinlich als Unfallfolge belegt werden könnten. Zudem sei das Schmerzerlebnis eindeutig stressabhängig, wobei

ein auf den Unfall beziehbarer organischer Kern dafür fehle. Der 1995 ausgesprochene Verdacht einer Instabilität sei mit den heutigen Funktionsaufnahmen widerlegt (Urk. 11/93 S. 29 f.).

Aus dieser schlüssigen Beurteilung folgt, dass die somatischen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin zu keinem Zeitpunkt auf den Unfall zurückzuführen waren. Aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht standen deshalb vom Unfallereignis bis zum Beurteilungszeitpunkt einzig psychische Beschwerden im Vordergrund. Damit kann eine enge Verflechtung der psychischen Fehlentwicklung mit dem für Schleudertraumata typischen organisch-psychischen Beschwerdebild (vgl. vorstehend Erw. 5.4) ausgeschlossen werden. Die Unfalladäquanz der demnach als selbständig zu betrachtenden psychischen Beeinträchtigung ist somit nach den allgemeinen, für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien (BGE 115 V 133) zu beurteilen.

### **E. 6.1**

Die Beschwerdeführerin suchte im Anschluss an den Unfall vom 27. April 2000 erstmals im Jahr 2003 infolge psychischer Beschwerden einen Facharzt auf: Dr. H.\_\_\_\_ diagnostizierte mit Bericht vom 6. September 2003 eine mittelgradige reaktive Depression mit ausgeprägter körperlicher Erschöpfung (Urk. 10/4/3). Bereits aufgrund dieser grossen Zeitspanne ist fraglich, ob die psychische Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin noch in einem adäquat kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 27. April 2000 stand. Wie es sich damit verhält, kann jedoch, wie nachfolgend zu zeigen sein wird, offen bleiben.

### **E. 6.2**

Dr. K.\_\_\_\_ diagnostizierte mit Bericht vom 29. Mai 2004 (Urk. 11/30) in psychischer Hinsicht einen reaktiven, depressiven Erschöpfungszustand aufgrund der chronischen Schmerzen; eine Diagnose, die grundsätzlich nicht in sein Fachgebiet der Inneren Medizin fällt.

Gemäss Dr. J.\_\_\_\_ leidet die Beschwerdeführerin in psychischer Hinsicht an einer Angst- und Panikstörung (Bericht vom 12. Juni 2004; vgl. Urk. 10/4/11 lit. A). Darauf kann angesichts des Umstands, dass Dr. J.\_\_\_\_ Facharzt für Neurologie ist, nur begrenzt abgestellt werden.

### **E. 6.3**

Dr. L.\_\_\_\_ diagnostizierte einen Verdacht auf eine neuropsychologische Funktionsstörung, eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) sowie eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.0; Bericht vom 16. Juli 2004; Urk. 11/4/71; Urk. 11/4/69). Die psychischen Beschwerden hätten seit dem 1. Unfall von 1990 bestanden und seien durch den zweiten Unfall massiv aktiviert worden. Im Oktober 2003 seien eine beeinträchtigende Angststörung mit Panikattacken, Symptomen des Wiedererlebens und depressiver Äquivalente festzustellen gewesen. Die Störungen seien psychoreaktiv; bei der Reaktion spielten die beiden Unfallereignisse eine Rolle (Urk. 10/4/69 S. 2).

Daraus geht hervor, dass Dr. L.\_\_\_\_ die heutige psychische Problematik als vorbestehend und infolge des hier zu prägenden Unfalls vom 27. April 2000 verschlimmert betrachtete. Dies würde nach dem Gesagten zur Adäquanzprüfung nach den allgemeinen, für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien (vgl. vorstehend

Erw. 5.4) fÃ¼hren. Die Beurteilung durch Dr. L.\_\_\_\_ vermag jedoch nicht vollumfÃ¤nglich zu Ã¼berzeugen, fÃ¼hrte er die psychische BeeintrÃ¤chtigung der BeschwerdefÃ¼hrerin doch in substantiellem Umfang auf das lang andauernde Versicherungsverfahren zurÃ¼ck und hielt fest, dass die Psychotherapie mindestens noch bis zu dessen Abschluss durchgefÃ¼hrt werden sollte (vgl. Bericht vom 3. Januar 2008; Urk. 11/53 S. 6 f.). Dies ist insbesondere angesichts der von Dr. L.\_\_\_\_ gestellten, doch erheblichen Diagnosen einer rezidivierenden depressiven StÃ¶rung und einer Agoraphobie mit PanikstÃ¶rung fragwÃ¼rdig, kann doch deren BehandlungsbedÃ¼rftigkeit nicht vom Ausgang und der Dauer der Versicherungsstreitigkeit abhÃ¤ngig sein. Des weiteren fehlt es in allen Berichten von Dr. L.\_\_\_\_ an eigenen Befunden (vgl. Urk. 10/4/71; Urk. 10/4/69; Urk. 11/53 S. 3 unten). Der Beweiswert der Berichte von Dr. L.\_\_\_\_ erscheint insgesamt als herabgesetzt, auch weil der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, wonach behandelnde SpezialÃ¤rzte (ebenso wie HausÃ¤rzte) mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in ZweifelsfÃ¤llen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dass Dr. L.\_\_\_\_ zu einer anderen EinschÃ¤tzung gelangte als die Gutachter des Zentrums B.\_\_\_\_, entspricht dem Umstand, dass behandelnde und begutachtende Psychiater, mit der gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu ganz unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen BeeintrÃ¤chtigungen und deren Schweregrades gelangen kÃ¶nnen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. September 2009 in Sachen P., 9C\_661/2009 Erw. 3.2).

#### **E. 6.4**

Die Ã¤rzte des Psychiatriezentrums N.\_\_\_\_ hielten in ihrem Gutachten vom 13. September 2005 (Urk. 10/4/28) fest, dass die Symptome der BeschwerdefÃ¼hrerin (Kopf-, Nacken- und RÃ¼ckenschmerzen, Nackensteife, depressive Verstimmung, Leistungseinbussen, Schlaf- und SehstÃ¶rungen, GerÃ¼sch- und Geruchsempfindlichkeit, Schwindel und Ãbelkeit) als Folge von Kraniozervikaltraumata auftreten und manchmal chronifizieren kÃ¶nnen. Bei der BeschwerdefÃ¼hrerin seien diese Beschwerden in zeitlichem Zusammenhang mit den beiden Schleudertraumata sowie den Traumatisierungen infolge des Unfalles des Sohnes und des Herzinfarktes des Ehemannes (vgl. Urk. 10/4/28 S. 11). Nebst dem Umstand, dass die Beschreibung der meisten der genannten Symptome nicht auf eigenen Untersuchungen - es fanden weder orthopÃ¤dische, neurologische noch radiologische AbklÃ¤rungen statt - beruhte, scheinen die Gutachter von der unfallversicherungsrechtlich unzulÃ¤ssigen Annahme auszugehen, dass eine gesundheitliche SchÃ¤digung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist (Formel  $\hat{A}$ post hoc, ergo propter hoc $\hat{A}$ ). DarÃ¼ber hinaus wurden bei der Beantwortung der Frage, aufgrund welcher Befunde ein die ArbeitsfÃ¤higkeit einschrÃ¤nkender Gesundheitsschaden ausgewiesen sei, andere, weiter gehende Befunde genannt als bei der Befunderhebung selbst; es wurde nicht differenziert, dass das Gedankenkreisen, die affektive LabilitÃ¤t und die ZukunftsÃ¤ngste gemÃ¤ss psychopathologischen Befund beim Besprechen der UnfÃ¤lle und des Herzinfarktes des Ehemannes aufgetreten seien und die BeschwerdefÃ¼hrerin ansonsten Ã¼ber weite Teile der Exploration emotional und affektiv ausgeglichen gewesen sei (vgl. Urk. 10/4/28 S. 10, S. 15). Auch die herabgesetzte Stimmungslage und die KonzentrationsstÃ¶rungen (Urk. 10/4/28 S. 15) wurden bei der allgemeinen Befunderhebung nicht erwÃ¤hnt (vgl. Urk. 10/4/28 S. 10). Insgesamt vermag dieses Gutachten deshalb nicht vollumfÃ¤nglich zu Ã¼berzeugen.

## E. 6.5

Das Gutachten des Zentrums B.\_\_\_\_ beruht auf umfassenden, allseitigen Untersuchungen (internistisch, chirurgisch-orthopädisch, neurologisch, neuropsychologisch und psychiatrisch), berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten und der Anamnese abgegeben, ist in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend. Das Gutachten ist ausführlich und sorgfältig abgefasst; die - hier relevanten psychiatrischen, vgl. vorstehend Erw. 5.5 - Schlussfolgerungen sind begründet. Dem Gutachten kommt damit volle Beweiskraft zu. Die diesbezüglichen Rügen der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 5 f.) sind nicht stichhaltig: Dass das Gutachten von Dr. P.\_\_\_\_ mit Mängeln behaftet war, wurde von den B.\_\_\_\_-Gutachtern erkannt (vgl. Urk. 11/93 S. 28 unten). Zu den abweichenden ärztlichen Beurteilungen gilt das in den vorstehenden Erwägungen Gesagte, wonach diesen ein geringerer Beweiswert zukommt als dem B.\_\_\_\_-Gutachten. Ein Widerspruch zu diesen Berichten wäre nur dann entstanden und zu überprüfen, wenn in beweismässiger Hinsicht gleichwertige Berichte vorlägen. Dies ist nicht der Fall.

## E. 6.6

Die B.\_\_\_\_-Gutachter legten mit sehr genauer und differenzierter Begründung dar, dass sich mit der konfliktreichen Kindheit eine selbstunsichere Persönlichkeitsentwicklung entwickelt habe, was mit Verlustängsten assoziiert sei, wodurch wiederum eine erhöhte Anfälligkeit bestehe, auf traumatisierende Ereignisse mit körperlichen und psychischen Symptomen zu reagieren. Zweifellos seien durch den Unfall im Jahr 2000 Ängste ausgelöst worden, die zu erheblichen psychosomatischen Beschwerden geführt hätten. Bereits mit dem ersten Unfallereignis sei zur Destabilisierung des persönlichen Gleichgewichts und zu einem Bewertungsprozess gekommen, der langjährige erhebliche psychosomatische Reaktionen ausgelöst habe. Es habe ein maladaptives Bewältigungsmuster bestanden, das kumuliert habe, sodass jede von aussen kommende Einwirkung als „Dystress“ empfunden werde. Geeignete Copingstrategien, um dem entgegen zu wirken, hätten bis heute nicht erarbeitet werden können. Diese Störung könne als rezidivierende depressive Störung beschrieben werden (Urk. 11/93 S. 30). Die erheblichen psychischen Beschwerden gingen auf die Kindheit der Beschwerdeführerin zurück und seien unfallfremd (Urk. 11/93 S. 31). Die Gutachter wiesen zudem darauf hin, dass der berufliche Wechsel zu einer Kindergartentätigkeit im Umfang von 60 % zu Überforderung und zur Exazerbation des psycho-physischen Beschwerdebildes geführt habe (vgl. Urk. 11/93 S. 29). Es sei davon auszugehen, dass auch andere, banale Ereignisse oder Belastungen dazu hätten führen können, dass die Beschwerdeführerin psychisch dekompenziert habe. Der Unfall vom 27. April 2000 sei insofern nur ein zufälliger Anlass gewesen, um den herum sich die psychische Störung herauskristallisiert habe (Urk. 11/93 S. 31).

In neuropsychologischer Hinsicht konnte insgesamt keine begründbare Störung kognitiver Funktionen festgestellt werden; es müsse davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin wie auch in der psychiatrischen Exploration aufgrund der beeinträchtigten Stimmungslage an nicht überwindbare Grenzen gestossen sei (vgl. Urk. 11/93 S. 30). Diese Beobachtung wird durch den Bericht von Frau O.\_\_\_\_ vom 18. Februar 2009 (Urk. 11/99) nicht entkräftet, da sie die von ihr festgestellte leichte neuropsychologische Störung nach der unfallversicherungsrechtlich unzulässigen Formel „post hoc, ergo propter hoc“ auf das erlittene HWS-Trauma zurückführte

(vgl. Urk. 11/99 S. 4 unten).

### **E. 7.1**

Es bleibt nach dem Gesagten die adÄquante KausalitÄt (BGE 115 V 133) zwischen den von den Gutachtern des Zentrums B.\_\_\_\_ festgestellten psychischen Beschwerden und dem Unfallereignis vom 27. April 2000 zu prÄfen.

FÄr die Bejahung des adÄquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen GesundheitsschÄdigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall fÄr die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise ErwerbsunfÄhigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fÄllt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). FÄr die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknÄpfen, wobei - ausgehend vom augenfÄlligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte UnfÄlle einerseits, schwere UnfÄlle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

### **E. 7.2**

Der Unfall vom 27. April 2000 wurde hÄhlichstrichterlich als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten UnfÄllen qualifiziert (Urteil vom 20. Dezember 2006, Erw. 9.1.3). Bei UnfÄllen aus dem mittleren Bereich lÄsst sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adÄquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlÄssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare UmstÄnde, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine GesamtwÄrdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische BegleitumstÄnde oder besondere EindrÄcklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemÄsse Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulÄssen;
- ungewÄhnlich lange Dauer der Ärztlichen Behandlung;
- kÄrperliche Dauerschmerzen;
- Ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten ArbeitsunfÄhigkeit (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sÄmtlicher objektiver Kriterien in die GesamtwÄrdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten UmstÄnden kann fÄr die Beurteilung des adÄquaten Kausalzusammenhanges ein einziges Kriterium genÄgen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren FÄllen im mittleren Bereich zu zÄhlen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genÄgen, wenn es in besonders ausgeprÄgter Weise erfÄhlt ist, wie

z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

### **E. 7.3**

Der Unfall hat sich gemäss hohem strichterlicher Feststellung nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet und war auch nicht von besonderer Eindringlichkeit (a.a.O., Erw. 9.2.2).

Die Beschwerdeführerin hat keine schweren Verletzungen oder solche besonderer Art erlitten: Gemäss B.\_\_\_\_-Gutachten vom 11. April 2008 und den bildgebenden Untersuchungen hat die Beschwerdeführerin infolge des Unfalles gar keine physischen Verletzungen erlitten; die organischen Beschwerden sind degenerativ oder konstitutionell bedingt.

Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung: Diese wurde rund 8 Monate nach dem Unfall eingestellt und erst zwei Jahre nach dem Unfall in wechselnder Intensität wieder aufgenommen. Das für die Adäquanzbeurteilung massgebende Kriterium einer ungewöhnlich langen Dauer der aus somatischen Gründen notwendigen ärztlichen Behandlung ist ebenso wenig erfüllt wie dasjenige körperlicher Dauerschmerzen, beziehen sich beide Kriterien doch auf unfallbedingte somatische Beschwerden, die hier gerade nicht vorliegen.

Für eine ärztliche Fehlbehandlung mit Verschlimmerung der Unfallfolgen bestehen keine Anzeichen. Das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen ist mangels organischer Unfallfolgen ebenfalls zu verneinen. Dementsprechend war eine physisch bedingte Arbeitsunfähigkeit nicht unfallbedingt, womit auch das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt ist.

### **E. 7.4**

Da somit weder ein einzelnes Beurteilungskriterium in besonders ausgeprägter Weise noch mehrere der massgebenden Beurteilungskriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sind, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin und dem Unfallereignis vom 27. April 2000 zu verneinen. Dies muss umso mehr gelten, als die obligatorische Unfallversicherung für eine psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit, die zum Unfallereignis in einem krassen Missverhältnis steht, nicht einzustehen hat (BGE 115 V 133 Erw. 7). Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 15. Dezember 2004 einstellte.

Der angefochtene Entscheid erweist sich demnach als rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Michael Ausfeld

- Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft

- 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.