

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00328 vom 21. Januar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-01-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00328

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00328 du 21 janvier 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00328 del 21 gennaio 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. A., geboren 1963, arbeitete bei der B. als Werbeberaterin und war in dieser Eigenschaft bei der AXA Versicherungen AG gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert (Urk. 13/1). Bereits in den Jahren 1989 und 1998 war die Versicherte in zwei Verkehrsunfälle verwickelt. Als sie am 21. Januar 2003 als Lenkerin eines Audi A3 vor einem Fussgängerstreifen anhielt, fuhr ein Automobilist mit seinem Mercedes S 430 auf ihr stehendes Fahrzeug auf (Urk. 13/A1). Der erstbehandelnde Prof. Dr. med. C., FMH für Chirurgie, spez. Gefässchirurgie, diagnostizierte am 23. Januar 2003 gemäss Zeugnis vom 30. Januar 2003 (Urk. 13/M1) ein Schleudertrauma und verwies die Versicherte zur neurologischen Abklärung an Dr. med. D., Spezialärztin für Neurologie. Diese stellte im Zeugnis vom 4. Februar 2003 (Urk. 13/M3) ein deutliches Cervicalsyndrom fest, diagnostizierte ebenfalls ein Schleudertrauma und attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

Die AXA Versicherungen AG trat auf den Schaden ein und leistete Heilbehandlung und Taggeld.

1.2. Im Verlaufsbericht vom 26. Juni 2003 (Urk. 13/M5) konstatierte Dr. D., dass es zu einer stetigen Besserung der Beschwerden gekommen sei und dass ab 1. Juli 2003 ein Arbeitsversuch mit einem 10%igen Pensum gestartet werde. Am 21. November 2003 (Urk. 13/M9) berichtete sie, dass die Prognose gut sei, die Versicherte jetzt zu 40 % arbeitsfähig und eine weitere Steigerung auf 50 % ab 1. Dezember 2003 vorgesehen sei. Ab 1. März 2004 stellte sie eine vollständige Arbeitsfähigkeit in Aussicht. Die Arbeitgeberin kündigte das Arbeitsverhältnis mit der Versicherten per 28. Februar 2004 wegen Umstrukturierung (Urk. 14/28).

1.3. Am 26. Januar 2004 fuhr A. mit ihrem Automobil auf einer schneebedeckten, rutschigen Strasse im Schrittempo. Als sie nach links in einen Parkplatz einmünden wollte, prallte die hinter ihr fahrende Personenwagenlenkerin trotz einer eingeleiteten Vollbremsung mit der rechten Frontecke des Fahrzeuges gegen das linke Fahrzeugheck des Audi A3 der Versicherten (Urk. 14/A2). Dr. D. diagnostizierte im Arztbericht vom 12. Februar 2004 (Urk. 14/M1) ein HWS-Distorsionstrauma mit persistierendem Cervicalsyndrom. Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis auf weiteres 100 %. Im Bericht vom 16. März 2004 (Urk. 14/M3) konstatierte sie, dass der Verlauf erneut sehr hartnäckig sei mit zunehmender depressiver Entwicklung. Aus diesem Grund überwies sie die Versicherte zur psychotherapeutischen Behandlung an E., dipl. Psychologin FH/SBAP. Diese diagnostizierte im Bericht vom 28. Juli 2004 (Urk. 14/M5) ein chronisches Schmerzsyndrom, einen Verdacht auf eine neuropsychologische

Funktionsstörung sowie psychoreaktive Beschwerden bei zunehmend depressiver Entwicklung.

1.4. Die neuropsychologische Untersuchung ergab gemäss Bericht von Dr. phil. F. ___ vom 24. Januar 2005 (Urk. 14/M8), dass die gefundenen kognitiven Minderleistungen auf eine leichte kognitive Funktionsstörung im Bereich rechts-frontaler und tieferer Strukturen (Hirnstamm) hindeuten. Im Verlaufsbericht vom 7. Februar 2006 (Urk. 14/M13) beschrieb Dr. D. ___ eine deutliche Besserung im neurologischen Untersuchung bei leicht reduzierten Schmerzen. Nachdem es mittels intensiver Therapie zu einer erfreulichen Besserung gekommen war (vgl. Verlaufsbericht von Dr. D. ___ vom 7. Juni 2006, Urk. 14/M15), wurde die Versicherte im G. ___ polydisziplinär begutachtet (Gutachten vom 19. Dezember 2007, Urk. 14/M18).

1.5. Anzufügen bleibt, dass anlässlich einer Besprechung vom 22. Oktober 2004 ein Arbeitstraining vereinbart wurde (Urk. 14/24), welches die Versicherte am 8. November 2004 mit zwei Stunden an zwei Tagen pro Woche bei der H. ___ begann (Urk. 14/33). Das Training wurde nach und nach zeitlich gesteigert (vgl. Urk. 14/42) und wurde Mitte Mai 2005 auf Wunsch von Dr. D. ___ vorübergehend ausgesetzt (vgl. Urk. 14/68). Im Oktober 2005 wurde ein Coaching bei I. ___ begonnen (vgl. Urk. 14/57).

E. 2

2.1. Mit Verfügung vom 29. Januar 2008 stellte die AXA Versicherungen AG die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung für beide Unfälle per 31. Januar 2006 ein (Urk. 14/111). Diese Verfügung wurde, da die Versicherte zum Gutachten des G. ___ keine Stellung nehmen können (vgl. Urk. 14/113), mit Verfügung vom 5. Februar 2008 wiedererwägungsweise aufgehoben (Urk. 14/117). Nachdem die Versicherte mit Eingabe vom 17. März 2008 verschiedene Mängel des medizinischen Gutachtens gerügt (Urk. 14/124) und der Bericht über die von Dr. D. ___ veranlasste neuropsychologische Testung durch Dr. med. J. ___, Neurologie FHM, speziell Verhaltensneurologie/Neuropsychologie, vom 13. April 2008 (Urk. 14/M20) vorgelegen hatte, legte die AXA Versicherungen AG dieses dem G. ___ zur Stellungnahme vor (vgl. Urk. 14/135). Das G. ___ sah darauf hin eine erneute Begutachtung vor, da Dr. med. K. ___, Facharzt für Psychiatrie, welcher das psychiatrische Teilgutachten verfasst hatte, mittlerweile nicht mehr am G. ___ tätig war (vgl. Urk. 14/139). Da die Versicherte damit nicht einverstanden war, nahm sie den Untersuchungstermin nicht wahr (vgl. Urk. 14/142).

2.2. Mit Verfügung vom 16. September 2008 stellte die AXA Versicherungen AG ihre Leistungen per 26. Januar 2006 ein (Urk. 14/143). Mit Eingabe vom 19. September 2008 erhob der Krankenversicherer, die Helsana Versicherungen AG, hiergegen Einsprache (Urk. 14/146; Einspracheergänzung vom 7. Oktober 2008, Urk. 14/149). A. ___ liess gegen die Verfügung mit Eingabe vom 17. Oktober 2008 Einsprache erheben (Urk. 14/150). Mit Einspracheentscheid vom 10. August 2009 wies die AXA Versicherungen AG die Einsprachen ab (Urk. 2).

3. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A. ___ durch Rechtsanwalt Dr. Urs Eschmann am 14. September 2009 Beschwerde und beantragte, es sei die AXA Versicherungen AG zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen weiterhin zu erbringen (Urk. 1). Der Beschwerde legte sie unter anderem das psychiatrische Gutachten von Prof. Dr. med. L. ___, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik am P. ___, vom

20. März 2009 (Urk. 3/2) sowie das neurologische Gutachten von Dr. med. N.____, Neurologie FMH, vom 27. Januar 2009 (Urk. 3/3) bei. In der der Beschwerdeführerin am 20. Januar 2010 zur Kenntnis gebrachten (Urk. 15) Beschwerdeantwort vom 15. Januar 2010 schloss die AXA Versicherungen AG durch Fällsprecher Martin Bärkle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 12). Mit Eingabe vom 5. März 2010 liess die Beschwerdeführerin um befällrderliche Behandlung des Prozesses und um Durchfällhrung des beantragten Beweisverfahrens ersuchen (Urk. 16) und am 22. Dezember 2010 das Protokoll der Staatsanwaltschaft Zürich - Limmat vom 30. November 2010 fällber die Zeugeneinvernahme des Dr. med. O.____ (Urk. 19) einreichen (Urk. 18).

4.ââââââ Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwällgungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwällgung:

1.

1.1ââââ Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes fällber die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmällssige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfällhig (Art. 6 des Bundesgesetzes fällber den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemällss 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).

1.2ââââ Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemällss UVG setzt zunällchst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invaliditällt, Tod) ein natällrlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natällrlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umställnde, 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 fällr die Bejahung des natällrlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Ställrungen ist; es genällgt, dass das schälldigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die källrperliche oder geistige Integritällt der versicherten Person beeinträllchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Ställrung entfielle (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 schälldigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Ställrung ein natällrlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worfällber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswällrdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht fällblichen Beweisgrad der fällberwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Mällglichkeit eines Zusammenhangs genällgt fällr die Begrällndung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.3ââââ Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adällquater

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

1.4 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).

2. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin ihre Leistungen zu Recht per 26. Januar 2006 eingestellt hat. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin stellt sich folgendermassen dar:

2.1 Der zwei Tage nach dem ersten Auffahrunfall aufgesuchte Dr. C. diagnostizierte im Bericht vom 30. Januar 2003 (Urk. 13/M1) ein Schleudertrauma. Er notierte starke Schmerzen in der Lendenwirbelsäule (LWS), ausstrahlend in beide Beckenschaufeln, und Schmerzen sowie Versteifung der Halswirbelsäule (HWS). Er überwies die Beschwerdeführerin an Dr. D., welche im Bericht und Fragebogen bei HWS-Verletzungen vom 4. Februar 2003 (Urk. 13/M2-M3) ein HWS-Distorsionstrauma mit Cervicalsyndrom diagnostizierte. Die Beschwerdeführerin klagte über leichten Schwindel, leichte Übelkeit und Schlafstörung sowie Depression. Die Bewegung der HWS sei eingeschränkt und es bestehe eine Druckdolenz der Paravertebralmuskulatur. Im Verlaufsbericht vom 26. Juni 2003 (Urk. 13/M5) schrieb Dr. D., dass die Beschwerdeführerin immer noch ein ausgeprägtes zervikales Schmerzsyndrom, gelegentlich lumbale Schmerzen, intermittierend auch Feinmotorikstörungen der rechten Hand sowie ein Schwächegefühl im rechten Bein, ein Kältegefühl beider Beine, Konzentrationsstörung und Interferenzanfälligkeit habe. Es sei zu einer stetigen Besserung gekommen, so dass ab 1. Juli 2003 ein Arbeitsversuch zu ca. 10 % begonnen werden könne. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit werde alle paar Wochen in Betracht gezogen. Am 21. November 2003 teilte Dr. D. mit (Urk. 13/M9), es liege eine kontinuierliche Besserung mit Lockerung des Nackens und Reduktion der Schmerzen vor. Die Medikamente seien kontinuierlich abgebaut worden und die Belastbarkeit nehme zu. Die Prognose sei gut, die Beschwerdeführerin sei zu 40 % arbeitsfähig, und eine weitere Steigerung sei auf den 1. Dezember 2003 vorgesehen. Die weitere Arbeitsfähigkeit (Arbeitsversuch) werde monatlich in 20%-Schritten gesteigert, so dass, wenn es weiterhin zu einer Besserung komme, ab 1. März 2004 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben sein sollte. Ab 1. Januar 2004 betrage die Arbeitsfähigkeit 70 % (vgl. Urk. 13/M10).

2.2 In dieser Situation war die Beschwerdeführerin Opfer eines zweiten Auffahrunfalls, bei welcher sie sich gemäss Arztbericht und Fragebogen von Dr. D. vom 12. Februar 2004 (Urk. 14/M1-M2) erneut ein HWS-Distorsionstrauma mit persistierendem Cervicalsyndrom zuzog. Da nach kurzer Zeit eine zunehmend depressive Entwicklung zu beobachten war (vgl. Urk. 14/M3), wies Dr. D. die

Beschwerdeführerin einer psychotherapeutischen Behandlung bei E.____ zu. Diese diagnostizierte im Bericht vom 28. Juli 2004 (Urk. 14/M5) ein chronisches Schmerzsyndrom, einen Verdacht auf neuropsychologische Funktionsstörung sowie psychoreaktive Beschwerden bei zunehmend depressiver Entwicklung. Die Beschwerdeführerin sei allgemein verärgert und verunsichert. Sie leide unter Perspektivlosigkeit, Zukunftsangst und Verlust der Selbstverständlichkeit. Das Grundvertrauen ins Leben sei erschüttert, nichts mehr am richtigen Platz und alles in Frage gestellt.

2.3.1.1.1 Eine neuropsychologische Abklärung bei Dr. F.____ ergab laut Bericht vom 24. Januar 2005 (Urk. 14/M8) folgende Beurteilung: Die gefundenen kognitiven Minderleistungen deuteten aus neuropsychologischer Sicht insgesamt auf eine leichte kognitive Funktionsstörung im Bereich rechts-frontaler und tieferer Strukturen (Hirnstamm) hin. Der Schwerpunkt der gefundenen Minderleistungen liege zum einen in der Erfassung, Verarbeitung und Konsolidierung visuell-räumlicher und figuraler Informationen, zum anderen im Bereich des Konzentrations- und Aufmerksamkeitsvermögens, insbesondere in der längerdauernden "eingleisigen" Aufmerksamkeit sowie in der selektiven und in der geteilten Aufmerksamkeit. Die Fähigkeit, schnell und selektiv auf kritische Reize zu reagieren, sei ebenso reduziert wie die parallele Reizverarbeitung. Hinzu kämen unterdurchschnittliche Ergebnisse im Vergleich zu einer Kaderpopulation in zwei berufsbezogenen Leistungstests, wobei wiederum die Schwierigkeiten im numerischen Verständnis gravierender seien als im verbalen. Aufgrund der intakten Leistungen in der verbalen Informationsverarbeitung, auch im sprachlichen Lern- und Neugedächtnisvermögen, scheine eine administrative und/oder vermittelnde Tätigkeit im angestammten Bereich Marketing und Werbung durchaus realisierbar. Allerdings müsse bedacht werden, dass die Verlangsamungen im Bereich der Konzentration und Aufmerksamkeit bedingten, dass sie mehr Zeit benötigen, um qualitativ gut arbeiten zu können.

2.4.1.1.1 Die Gutachter des G.____ stellten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fanden sie einen Status nach Bagatell-Kopftrauma 1989 und drei HWS-Distorsionstraumata am 26. Mai 1998, 21. Januar 2003 und 26. Januar 2004 mit/bei: (1) Spannungstyp-Kopfschmerzen, häufig cervikal vermittelt mit migräniformen Exazerbationen, (2) neurovegetativen Beschwerden mit Schwindelsensationen, Gangunsicherheit und Schlafstörungen, (3) leichten neuropsychologischen Defiziten (Konzentrationsstörung, Störung der geteilten Aufmerksamkeit, verlangsamtes Arbeitstempo, schwergewichtig für räumlich-figurale Aufgaben) und (4) konversionsneurotischer Problematik mit dissoziativen Bewegungs-, Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (ICD-10 F 44.4 und F44.6) (Urk. 14/M18 S. 29).

2.4.1.1.1 Bei der im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung durchgeführten internistischen Untersuchung hätten der klinische Status und die Zusatzuntersuchungen keine pathologischen Befunde ergeben, die die diversen neurovegetativen Beschwerden hätten erklären können, so dass diese eher funktioneller Natur erschienen. Auch von Seiten des Bewegungsapparates hätten sich weder im Bereich der Wirbelsäule noch der peripheren Gelenke irgendwelche posttraumatisch bedingten Veränderungen ergeben, die auf eine unfallbedingte Schädigung schliessen liessen. Radiologisch fanden sich nur diskrete, nicht altersunübliche degenerative Veränderungen im Bereich der HWS und

LWS. Aus rein internistischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit und in allen Verweisungstätigkeiten uneingeschränkt arbeitsfähig (Urk. 14/M18 S. 31 in Verbindung mit Urk. 14/M18 S. 18 ff.).

2.4.2.2. Aus neurologischer Sicht können festgehalten werden, dass die motorischen, sensiblen, koordinativen und vestibulären Funktionen der Beschwerdeführerin intakt seien. Zusammengefasst fanden sich in der neurologischen Untersuchung keine pathologischen Befunde, welche die Beschwerden und Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit erklären könnten. Der Hauptanteil der Beschwerden liege im neuropsychologischen Bereich, wobei auch hier nur über leichte kognitive Defizite berichtet werde. Allerdings könnten diese nicht von der gesamtkörperlichen und psychischen Verfassung der Beschwerdeführerin losgelöst werden (Urk. 14/M18 S. 30 f. in Verbindung mit Urk. 14/M18 S. 20 ff.).

2.4.3.2. Im Rahmen der psychiatrischen Exploration konnten keinerlei kognitive Einschränkungen objektiviert werden. Die Beschwerdeführerin imponiere manchmal etwas unsicher und vorsichtig, könne sich jedoch gut an Daten und Geschehnisse erinnern. Die Konzentration leide im Verlauf der Exploration nicht, und sowohl der inhaltliche als auch der formale Gedankengang seien kohärent. Es fanden sich keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung, eine Angsterkrankung oder für eine Zwangsstörung, wenngleich eine gewisse Zwanghaftigkeit im Bereich der Tagesabläufe deutlich werde. Die Stimmung sei ausgeglichen, eine affektive Störung sei nicht erkennbar. Allerdings würden deutliche selbstlimitierende Krankheitskonzepte deutlich. Gleichzeitig sei aufgrund der eigenartigen "aussparenden" Schilderungen der Biographie der Verdacht gross, dass die Versicherte verschiedene schwierige Lebenssituationen, Enttäuschungen etc. verdränge und dies zu möglichen konversionsneurotischen Störungen führen könne. Insofern könnten dissoziative Bewegungs-, Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen vermutet werden. Ferner bestehe eine monokausalistische unfallbezogene und selbstlimitierende Denkweise, die jegliche Form von Symptomverbesserung massiv erschwere. Aufgrund der im Untersuchungskontext erhobenen Befunde könne aus psychiatrischer Sicht trotz durchaus bestehendem konversionsneurotischem Anteil an der Symptomatik keine Arbeitsunfähigkeit postuliert werden (Urk. 14/M18 S. 32 in Verbindung mit Urk. 14/M18 S. 25 ff.).

2.4.4.2. Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Beschwerdeführerin weder aus internistischer, neurologischer noch psychiatrischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (Urk. 14/M18 S. 32).

2.5.2.2. Dr. J. ___ stellte im Bericht vom 13. April 2008 (Urk. 14/M20) folgende Diagnosen:

"Eingeschränkte kognitive Belastbarkeit und verminderte Stresstoleranz

- durch Schmerzinterferenzen im Rahmen des chronifizierten Schmerzsyndroms und durch psychoreaktive Faktoren bedingt, fehlende Konditionierung bei langdauernder Arbeitsunfähigkeit

Status nach wiederholten Unfallereignissen (1989, 1998, 2003 und 2004) mit

- konsekutiver Entwicklung eines vordergründigen zervikozephalen und zervikospodylogenen Schmerzsyndroms".

Neuropsychologisch fanden sich leichte konzeptuelle Schwierigkeiten, modalitätsunabhängige mnestische Defizite (insbesondere verminderte Lernfähigkeit), leichte qualitative Auffälligkeiten in der figuralen Ideenproduktion (Perseverationen), eine leichte visuo-verbale Interferenzanfälligkeit und ein vermindertes Arbeitstempo sowie eine eingeschränkte Fehlerkontrolle in einer gerichteten Daueraufmerksamkeitsaufgabe. Diese Befunde liessen sich zusammen mit dem Verhalten während der Untersuchung und der Anamnese durch massgebliche Schmerzinterferenzen im Rahmen des chronifizierten Schmerzsyndroms sowie durch psychoreaktive Faktoren bedingt beurteilen. Die kognitive Leistungsfähigkeit und die psychophysische Belastbarkeit der Beschwerdeführerin seien dadurch als deutlich eingeschränkt zu beurteilen. Im Vergleich zur Voruntersuchung von Dr. F.____ zeige sich heute eine tendenzielle Befundverschlechterung (insbesondere die kognitive Flexibilität und die mnestischen Defizite betreffend).

2.6 Dr. N.____ diagnostizierte im neurologischen Gutachten vom 27. Januar 2009 (Urk. 3/3 S. 21) einen Status nach HWS-Distorsionstrauma 1998, 2003 und 2004 und einen Status nach Bagatellunfall 1989 mit (1) chronischen Spannungstyp-Kopfschmerzen mit migräniformen Exazerbationen (chronische posttraumatische Kopfschmerzen nach HWS Distorsion ICHD-II:5.4), (2) einem chronischen Cervikalschmerzsyndrom, (3) leichten neuropsychologischen Defiziten und (4) anamnestisch reaktiven depressiven Verstimmungen, einen Status nach Beckenvenenthrombose 1999 und Implantation eines venösen Stents 2000 sowie ein zerebelläres Kavernom rechts.

Aus neurologischer Sicht seien im Gutachten des G.____ die neuropsychologischen Defizite zwar erwähnt, aber ihre Auswirkungen auf Berufe mit hohen Anforderungen bezüglich der kognitiven Fähigkeiten zu wenig berücksichtigt worden. Die Wechselwirkung dieser Defizite mit den chronischen Schmerzen führten zu einer extremen Reizüberempfindlichkeit und stark reduzierter Belastbarkeit, welche therapeutisch sehr schwer anzugehen sei (Urk. 3/3 S. 26).

2.7 Im Gutachten vom 20. März 2009 (Urk. 3/2) konnte Prof. Dr. L.____ keine bedeutende psychiatrische Diagnose stellen. Es liege weder eine schwere depressive Störung noch eine dissoziative Störung vor. Zwar seien einige depressive Symptome wie reduzierte Lebenslust und Freudfähigkeit vorhanden, doch sei dies in Anbetracht der aktuellen Situation sehr verständlich. Festgestellt werden könne heute lediglich eine leichte (oder allenfalls mittelgradig) ausgeprägte depressive Episode (F 32.0 resp. F32.1), welche als Folge der verlorenen Leistungsfähigkeit zu sehen sei. Da einige Symptome wie die erhöhte Ermüdbarkeit, die Konzentrationsstörungen und eventuell die Schlafstörungen eher Folge der chronischen Kopfschmerzen und der leichten kognitiven Störung seien dürften und zudem reale Zukunftsängste beständen, sei die Ausprägung der Depression insgesamt eher geringer einzustufen und somit von einer leichten depressiven Störung auszugehen. Ohnehin könne diese das gesamte Beschwerdebild und die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht erklären (Urk. 3/2 S. 14).

E. 3

3.1 Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass sowohl nach dem ersten als auch nach dem zweiten Auffahrunfall eine Distorsion der Halswirbelsäule mit Cervicalsyndrom diagnostiziert wurde. Aus dem Fragebogen bei HWS-Verletzungen vom

4. Februar 2003 (Erw. 2.1) geht hervor, dass die Beschwerdeführerin über leichten Schwindel, leichte Schlägigkeit, Nackenschmerzen und Schlafstörungen berichtete. Neurologische Ausfälle wurden nicht dokumentiert. Im Verlaufsbericht vom 26. Juni 2003 (Urk. 13/M5) erwähnte Dr. D. ___ zudem intermittierend auch Feinmotorikstörungen der rechten Hand, ein Schwächegefühl im rechten Bein, ein Kältegefühl in den Beinen sowie Konzentrationsstörungen und eine Interferenzanfälligkeit. Nach dem zweiten Auffahrunfall diagnostizierte Dr. D. ___ in den Berichten vom 12. Februar 2004 (Urk. 14/M1-M2) wiederum ein HWS-Distorsionstrauma und gab an, dass die Beschwerdeführerin über Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schwindel geklagt habe. Zudem seien Parästhesien der Handinnenflächen aufgetreten. Aufgrund einer zunehmend depressiven Entwicklung wurde die Beschwerdeführerin einer Psychotherapie zugewiesen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In bildgebender Hinsicht ergab die nach dem ersten Auffahrunfall durchgeführte Röntgenuntersuchung (RX HWS ap/seitlich) vom 18. Februar 2003 (vgl. Urk. 14/M16/2) keine Hinweise auf eine Fraktur. Außerdem gab es keine Anhaltspunkte für eine Instabilität. Dagegen waren degenerative Veränderungen ersichtlich. Eine am 6. Mai 2004 erstellte Kernspintomographie (MRI HWS) liess ein Wirbelkörperhämangiom in HWK 7, mediozervikale Chondrosen mit einer allerdings kleinen bilateralen Begleithernie C5/6, die vor allem auf der linken Seite zu einer leichten Einengung des Forameneingangs führen, erkennen (Urk. 14/M1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin wurde in der Folge nicht mehr beschwerdefrei. Die von Dr. J. ___ festgestellten neuropsychologischen Defizite (Erw. 2.5) waren zuvor schon von Dr. F. ___ (Erw. 2.3) erhoben worden. Allerdings handelt es sich bei neuropsychologischen Untersuchungsergebnissen nicht um objektivierbare Ergebnisse. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben der Patientin unabhängig sind (vgl. Dr. med. Urs Pilgrim, Nicht oder schwer objektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigungen: Erfahrungen des Hausarztes und Rheumatologen, in: Erwin Murer (Hrsg.), Nicht objektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigungen: Ein Grundproblem des öffentlichen und privaten Versicherungsrechts sowie Haftpflichtrechts", Freiburger Sozialrechtstage 2006, S. 3 f.). Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht, das eine Adäquanzprüfung als nicht erforderlich erscheinen liesse (vgl. BGE 127 V 102 E. 5b/bb S. 103 mit Hinweisen). Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann vielmehr erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 E. 9 Ingress S. 122, 117 V 359 E. 5d/aa S. 363; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen, U 479/05; erwähntes Urteil 8C_806/2007, E. 8.2 mit weiteren Hinweisen). Solche liegen bei der Beschwerdeführerin nicht vor.

3.2 Ä Ä Ä Ä Allerdings ist nach höchststrichterlicher Rechtsprechung (BGE 117 V 360 Erw. 4b) ein natürlicher Kausalzusammenhang in der Regel anzunehmen, wenn ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert ist und ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Schlägigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderungen usw. vorliegt. Laut Rechtsprechung genügt es, wenn sich innert

einer Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden Beschwerden in der Hals-/Nackenregion oder an der HWS manifestieren (Urteil des Bundesgerichts i.S. S. vom 30. Juli 2007, U 336/06, Erw. 5.1).

Nach der geschilderten Aktenlage kann als erwiesen gelten, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den Unfallereignissen und den im Zeitpunkt des Fallabschlusses noch geklagten Beschwerden gegeben ist.

E. 4

4.1 Nach der Praxis ist für die Bejahung der Adäquanz im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- resp. Erwerbsunfähigkeit zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfalligen Geschehensablauf - zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche mit dem Unfall unmittelbar in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist, und abhängig davon, ob einzelne Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126 mit Hinweisen). Im Rahmen der Beurteilung der Adäquanz von Unfällen mit Schleudertraumen der Halswirbelsäule ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle oder ähnlichen Verletzungsmechanismen sowie bei Unfällen mit Schädel-Hirntraumen sind dies folgende Kriterien: besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls, Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, fortgesetzte spezifische und belastende ärztliche Behandlung, erhebliche Beschwerden, eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz nachgewiesener Anstrengungen (BGE 134 V 109 E. 10.2 und 10.3 S. 127).

Als Ausnahme von dieser Regel greift allerdings nach der Rechtsprechung die auf die objektiven physischen Unfallfolgen beschränkte Adäquanzbeurteilung auch bei Unfällen mit Schleudertrauma oder einer äquivalenten Verletzung Platz, wenn die zum hierfür typischen Beschwerdebild gehörenden Beeinträchtigungen (wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Wesensveränderung [BGE 117 V 360 Erw. 4b]) zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zur vorliegenden, ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten (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; Urteil des Eidgenössischen

Versicherungsgerichtes in Sachen D. vom 7. November 2002, U 377/01, Erw. 4.3). Dieser Rechtsprechung liegt der Sachverhalt zu Grunde, dass sehr bald nach einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule oder äquivalenten Verletzungen, gleichsam an diesen anschliessend, die psychische Problematik derart überwiegt, dass die mit dem Schleudertrauma einhergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen (buntes Beschwerdebild) völlig in den Hintergrund treten. Soll diese Rechtsprechung auch in einem späteren Zeitpunkt angewendet werden, ist die Frage, ob die psychische Problematik die übrigen Beschwerden nach einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule ganz in den Hintergrund treten lässt, nicht aufgrund einer Momentaufnahme zu entscheiden. So ist es nicht zulässig, längere Zeit nach einem solchen Unfall, wenn die zum typischen Beschwerdebild gehörenden physischen Beeinträchtigungen weitgehend abgeklungen sind, die psychische Problematik aber fortbesteht, diese fortan nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen zu beurteilen, während sie in einem früheren Stadium, als das typische Beschwerdebild noch ausgeprägt war, nach der Schleudertrauma-Praxis beurteilt worden wäre. Vielmehr ist in einem solchen Fall zu prüfen, ob im Verlaufe 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 (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen H. vom 27. August 2002, U 172/00, Erw. 3, und in Sachen W. vom 18. Juni 2002, U 164/01, Erw. 3a und 3b).

Die von der Beschwerdeführerin erlittenen Unfälle, die jeweils ein HWS-Distorsionstrauma hervorriefen, datieren vom 21. Januar 2003 sowie vom 26. Januar 2004. Da somit jeweils der gleiche Körperpartei betroffen wurde, rechtfertigt es sich, eine gesamthafte Beurteilung vorzunehmen, weil sich kaum mehr unterscheiden lässt, welche Beeinträchtigungen nun welchem Unfallereignis zugeordnet werden können (Urteil des Bundesgerichts vom 17. März 2010 in Sachen V., 8C_644/2009, Erw. 5.2 mit Hinweisen).

4.2 Bereits kurz nach dem zweiten Auffahrunfall vom 26. Januar 2004 wies Dr. D. die Beschwerdeführerin einer psychotherapeutischen Behandlung zu, weil sie eine zunehmend depressive Entwicklung beobachten konnte (Erw. 2.2). Der psychiatrische Gutachter des G. stellte lediglich die Vermutung von dissoziativen Bewegungs-, Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen auf (Erw. 2.4.3), während Dr. L. keine bedeutende psychiatrische Diagnose stellen konnte, sondern lediglich einige depressive Symptome feststellte, die er aber teilweise eher als Folge der chronischen Kopfschmerzen sowie der leichten kognitiven Störungen und realen Zukunftsängsten sah (Erw. 2.7).

Angesichts der fachpsychiatrischen Einschätzungen kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine psychische Problematik derart überwiegt, dass die mit dem Schleudertrauma einhergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen (buntes Beschwerdebild) völlig in den Hintergrund treten.

4.3 Für die Klassifikation eines Unfalles als leicht, schwer oder mittelschwer ist in erster Linie auf den äusseren, augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften abzustellen (Urteil U 2/07 vom 19. November 2007, E. 5.3.1 mit Hinweis). Die Beschwerdeführerin war beim ersten Unfall als Lenkerin eines Personenwagens an einem gewöhnlichen Auffahrunfall ohne irgendwelche spektakuläre Begleitumstände beteiligt. Solche werden in aller Regel als mittelschwere Unfälle qualifiziert und sogar eher im Bereich der leichteren Unfälle eingereiht (RKUV 2005 Nr.

U 549 S. 237 E. 5.1.2 mit Hinweisen). Das unfallanalytische Gutachten der Beschwerdegegnerin vom 7. April 2003 (Urk. 13/13) geht von einer beim Aufprall entstandenen Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeuges der Beschwerdeführerin zwischen 11,7 und 16,9 km/h aus, womit zwar die für Schleudertraumata geltende Harmlosigkeitsgrenze erreicht oder gar überschritten worden ist. Dem Übersteigen dieser Schwelle kommt bei der Einreihung von Unfällen nach deren Schweregrad indessen kaum je entscheidungswesentliche Aussagekraft zu. Die Wucht des Aufpralls kann zwar nicht generell vernachlässigt werden, ihr ist aber letztlich bei dem bei gewöhnlichen Auffahrunfällen üblicherweise erreichten Geschwindigkeitsniveau keine ausschlaggebende Bedeutung beizumessen. Die Kollision ist unter Berücksichtigung der Rechtsprechung dem mittelschweren Bereich "im engeren Sinn" zuzuordnen.

Beim Unfall vom Januar 2004 lag gemäss unfallanalytischem Gutachten der Beschwerdegegnerin vom 26. Mai 2004 (Urk. 14/13) eine Geschwindigkeitsänderung zwischen 7 und 10 km/h, mit einem Queranteil von 4 bis 6 km/h vor. Das Fahrzeug wurde um etwa 45° bis 70° um die Hochachse verdreht. Angesichts der geringen Geschwindigkeitsänderung ist trotz Drehung des Fahrzeuges von einem mittelschweren Unfall im Bereich eines leichten auszugehen, ist doch die Drehung des Fahrzeuges nicht allein auf die Wucht des Zusammenstosses, sondern auch auf die schlechte Bodenhaftung aufgrund schneebedeckter Strasse zurückzuführen.

Nach dem Gesagten kann somit die Adäquanz nur bejaht werden, wenn drei der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (vgl. 8C-277/2010).

4.4 Die Unfälle haben sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen abgespielt, noch waren sie von besonderer Eindringlichkeit, auch wenn sie sich innerhalb einer relativ kurzen Zeit ereigneten.

4.5 Die Beschwerdeführerin zog sich bei den Unfällen keine schweren Verletzungen oder solche besonderer Art zu. Ein Schleudertrauma und die damit verbundenen Beschwerden vermögen für sich allein dieses Kriterium nicht zu erfüllen (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.2.3 [= U 380/04]). Eine HWS-Distorsion, welche ein bereits erheblich vorgeschädigte Wirbelsäule trifft, ist hingegen speziell geeignet die "typischen" Symptome hervorzurufen, weshalb sie als Verletzung besonderer Art zu qualifizieren ist. Eine entsprechende Qualifikation der erlittenen Verletzungen rechtfertigt sich indessen nur bei Vorliegen einer erheblich vorgeschädigten Wirbelsäule (Urteil des Bundesgerichts in Sachen G. vom 18. Oktober 2010, 8C_507/2010). Die Beschwerdeführerin weist lediglich diskrete degenerative Veränderungen der Wirbelsäule auf (vgl. Erw. 3.1). Die von der Beschwerdeführerin in den Jahren 1989 und 1998 erlittenen Unfälle, wobei sie bei Letzterem gemäss Anamnese ebenfalls eine HWS-Distorsion erlitten hatte, hinterliessen an der Wirbelsäule auch keine organisch nachweisbaren Schäden (Gutachten von Dr. N. ___ vom 27. Januar 2009 [Urk. 3/3 S. 8] und G. ___-Gutachten vom 19. Dezember 2007 [Urk. 14/M18 S. 13 ff.]).

4.6 Anhaltspunkte für eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung bestehen nicht. Abklärungsmassnahmen und bloss ärztliche Kontrollen sind im Rahmen des Kriteriums der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen

Behandlung nicht zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts in Sachen H. vom 4. Januar 2010, 8C_786/2009). Die Beschwerdeführerin beanspruchte lediglich Feldenkrais-, Physio-, Kranial- und später Hypotherapie sowie Psychotherapie. Das von der Beschwerdegegnerin eingeleitete Berufstraining fällt nicht unter das Kriterium einer ärztlichen Behandlung. Eine ärztliche Fehlbehandlung wird weder geltend gemacht, noch ist eine solche ausgewiesen.

4.7. Das Kriterium der erheblichen Beschwerden ist als erfüllt zu betrachten, erlitt doch die Beschwerdeführerin in einer Phase, in welcher die Belastbarkeit stetig wieder zunahm, eine erneute HWS-Distorsion. Die Beschwerden überstiegen jedoch das bei Schleudertrauma-Verletzungen übliche Mass nicht derart, dass das Kriterium in besonders ausgeprägter Weise bejaht werden konnte.

4.8. Die Beschwerdeführerin ging seit dem zweiten Unfall am 26. Januar 2004 keiner Arbeitstätigkeit mehr nach, nicht zuletzt auch deshalb, weil sie sich im Unfallszeitpunkt in gekündigter Stellung befand. Sie versuchte jedoch das von der Beschwerdegegnerin auferlegte Arbeitstraining zu absolvieren, was ihr aber wegen der körperlichen Beschwerden nicht restlos gelang. Zudem liegen neuropsychologische Defizite vor, die sie nachweislich in der Arbeitsfähigkeit einschränken, jedoch nicht vollständig (vgl. Urk. 14/68). Einen Arbeitsversuch in einer den neuropsychologischen Defiziten angepassten Einschränkung hat die Beschwerdeführerin nie unternommen, weshalb das Kriterium nicht in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist.

4.9. Damit sind von den sieben Adäquanzkriterien nur gerade zwei erfüllt und diese nicht in besonders ausgeprägter Weise. Damit ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den Unfallereignissen vom 21. Januar 2003 sowie 26. Januar 2004 und den im Zeitpunkt der Leistungseinstellung geklagten Beschwerden nicht erfüllt. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 5

5.1. Hieran ändern die von der Beschwerdeführerin gegen das Gutachten des G. vorgebrachten Einwände nichts. Während sich die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs aus der Gesamtheit der ärztlichen Berichte ergibt, handelt es sich bei der Beurteilung der Adäquanz um eine Rechtsfrage, bei welcher die ärztlichen Einschätzungen, ausser bei der Frage, nach welcher Praxis die Adäquanz zu beurteilen ist, nicht von Bedeutung sind. Das G.-Gutachten wurde bei der Frage, ob eine psychische Störung im Vordergrund liegt, zugunsten der Beschwerdeführerin herangezogen (vgl. Erw. 4.2). Aus diesem Grund erbringt es sich, auf sämtliche Einwendungen der Beschwerdeführerin gegen das G.-Gutachten einzugehen. Die wesentlichen Einwände sind im Folgenden zu widerlegen:

5.2. Es ist in der Tat nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdegegnerin, nachdem sie dem G. einen Auftrag für eine umfassende neurologische/neuropsychologische und psychiatrische Begutachtung erteilt hatte (Urk. 14/93), das Gutachten ohne Erklärung der Gutachter, weshalb auf eine neuropsychologische Untersuchung verzichtet worden war, akzeptierte. Für die Beantwortung der natürlichen Kausalität war die neuropsychologische Begutachtung hingegen nicht notwendig, da es die Neuropsychologie nicht vermag, selbständig die Beurteilung der Genese von Beschwerden abschliessend vorzunehmen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 22. Oktober 2002 in Sachen K., U 351/01,

Erw. 2.3.2). Aufgrund der Aktenlage muss zwar angenommen werden, dass die Beschwerdeführerin an neuropsychologischen Defiziten leidet (vgl. Erw. 2.3 und 2.5). Da jedoch der adäquate Kausalzusammenhang nicht gegeben ist, kann die Frage in diesem Verfahren offen bleiben, wie sich die Einschränkung auf die Erwerbsfähigkeit auswirkt.

5.3. Ob bei der Beschwerdeführerin ein Verdacht auf konversionsneurotische Probleme begründet ist, kann dahingestellt bleiben, da vorliegend die Adäquanz nach den Kriterien der Schleudertraumpraxis und nicht nach jenen der sogenannten Psychopraxis überprüft worden ist (vgl. Erw. 4.2)

5.4. Schliesslich ist der Vorwurf der Beschwerdeführerin, der federführende Arzt des G. habe in strafrechtlich relevanter Weise die Unwahrheit geschrieben, nicht in diesem Verfahren zu prüfen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Urs Eschmann

- Försprecher Martin Bärtle unter Beilage je einer Kopie von Urk. 16 bis 19

- 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.