



rheumatologisch-orthopädischer, noch in neurologischer Hinsicht eine veränderte Befundlage festgestellt (rheumatologisch: eingeschränkte Beweglichkeit und Druckdolenz der Wirbelsäule sowie Muskelhartspann im Nacken-/Schultergürtelbereich; neurologisch: bland). Abgesehen von der Einzelgesprächstherapie, welche die Versicherte als zu wenig auf die Schmerzproblematik konzentriert ablehnte, nahm sie sehr motiviert an dem aus individueller Physiotherapie, Ergotherapie, Tanztherapie, Gesprächstherapie, Physiotherapie und Ergotherapie in der Gruppe, Malthherapie und analgesierenden physikalischen Massnahmen bestehenden Rehabilitationsprogramm teil. Beim Austritt wurden eine im Hinblick auf die Schwindelproblematik veränderte Schmerzmedikation sowie die ambulante Fortsetzung der Physiotherapie (kraniosakraler Ansatz) empfohlen. Ferner wurde eine aktuell zumutbare Arbeitsfähigkeit von 25 % mit einer Präsenzzeit von drei Stunden am Arbeitsplatz attestiert und - bei Erreichen eines stabilen Zustands - eine Steigerung in kleinen Schritten von jeweils 10 % empfohlen. Aufgrund der von Dr. A. \_\_\_ am 5. Januar 2001 gegenüber der Invalidenversicherung gemachten Angaben über den Verlauf (Urk. 15/3/24) richtete die Basler ab 14. Dezember 2000 ein auf einer Arbeitsunfähigkeit von 65 % basierendes Taggeld aus (Urk. 15/3/25). Am 14. März 2001 bestätigte Dr. A. \_\_\_ auf Anfrage der Basler eine weiterhin unveränderte Befundlage (insbesondere keine fokale neurologischen Ausfälle), eine auf 40 % gesteigerte Arbeitsfähigkeit sowie die Ergänzung der therapeutischen Massnahmen durch lokale Infiltrationen in Triggerpunkte und Physiotherapie (Urk. 15/3/30). Am 22. Mai 2001 berichtete Dr. A. \_\_\_ über eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % ab 7. Mai 2001 (Urk. 15/3/35) sowie am 8. Juni 2001 über eine solche auf 60 % ab 21. Mai 2001 (Urk. 15/3/36), da die Versicherte gut auf die Craniosacraltherapie angesprochen habe. Am 14. Dezember 2001 ersuchte Dr. A. \_\_\_ unter Hinweis darauf, dass die Arbeitsfähigkeit dank der Craniosacraltherapie auf 70 % habe gesteigert werden können, um Kostengutsprache für deren Weiterführung (Urk. 15/3/43).

Am 4. Juni 2002 (Konsultation vom 31. Mai 2002) berichtete Dr. A. \_\_\_ davon, dass die Versicherte nach einem sechswöchigen Therapieaufenthalt in Deutschland ihre Migränemedikation absetzen konnte sowie dass sie gegenwärtig 70 % arbeite und zusätzlich eine von der Invalidenversicherung finanzierte Umschulung zur Bewegungstherapeutin absolviere (Urk. 15/3/44). Weiter geht aus der sich bei den Akten befindlichen Kopie eines Schreibens von Dr. A. \_\_\_ vom 19. August 2002 an Dr. med. C. \_\_\_, Oto-Rhino-Laryngologie FMH, hervor, dass die Versicherte zu einer oto-neurologischen Untersuchung überwiesen worden war (Urk. 15/3/45).

1.1.3 Am 17. September 2002 wurde die Versicherte vom D. \_\_\_ (Gutachter: Dr. E. \_\_\_, Innere Medizin FMH, Dr. F. \_\_\_, Neurologie FMH, Dr. G. \_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH) polydisziplinär begutachtet (Gutachten vom 21. Januar 2002, Urk. 15/4/23). Bei weiterhin eingeschränkter Beweglichkeit und Druckdolenz der Wirbelsäule sowie Muskelhartspann im Nacken-/Schultergürtelbereich als klinischen Befunde (Diagnose: massiges, rechtsbetontes, oberes Zervikalsyndrom und leichtes bis massiges, leicht rechtsbetontes unteres Zervikalsyndrom mit schmerzhafter Funktionseinschränkung sowie damit zusammenhängende vegetative Beschwerden und leichte kognitive Störungen) wurde der Versicherten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Kinderkrankenschwester und eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer die Wirbelsäule nicht belastenden Tätigkeit attestiert; von der Weiterführung



Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltungs beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

1.2.2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

### E. 1.3

1.3.1.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; vgl. BGE 130 V 121).

Nach Art. 18 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung des Invaliditätsgrades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus der Einheitlichkeit des Invaliditätsbegriffs (Art. 8 ATSG) in der Sozialversicherung folgt, dass die Schätzung der Invalidität, auch wenn sie für jeden Versicherungszweig grundsätzlich selbständig vorzunehmen ist,

mit Bezug auf denselben Gesundheitsschaden praxisgemäss denselben Invaliditätsgrad zu ergeben hat (vgl. BGE 131 V 120 E. 3.3.3, 126 V 288 f. E. 2a mit Hinweisen; Art. 16 ATSG). Da der Unfallversicherer bei der Invaliditätsbemessung indessen regelmässig weder die unfallfremden invalidisierenden Faktoren noch die zum Aufgabenbereich der



kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 E. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

1.3.4 In BGE 136 V 279 wies das Bundesgericht zunächst darauf hin, dass es bereits mit BGE 132 V 65 E. 4 S. 70 ff. beschlossen hatte, die im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien analog anzuwenden. In Bezug auf Chronic Fatigue Syndrome oder Neurasthenie (Urteile 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 149, I 9/07 E. 4) sowie dissoziative Bewegungsstörung (Urteil 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) gelangte das Bundesgericht zum selben Schluss. In SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, 9C\_830/2007 E. 4.2 schliesslich bestätigte das Bundesgericht die Rechtsprechung zum invalidisierenden Charakter anhaltender somatoformer Schmerzstörungen bei weitgehendem Fehlen eines somatischen Befundes und vergleichbaren pathogenetisch (etiologisch) unklaren syndromalen Zuständen, nachdem es sich eingehend mit der daran geübten Kritik auseinandergesetzt hatte (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.1).

In den Erwägungen 3.2.2 und 3.2.3 von BGE 136 V 279 führte das Bundesgericht weiter aus, dass sich in seiner Rechtsprechung zahlreiche Fälle finden, welche belegen, dass eine Distorsion der HWS sehr oft in eine chronifizierte Schmerzproblematik, dabei insbesondere in eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung, münde. Aus Gründen der Rechtsgleichheit sei es geboten, sämtliche pathogenetisch-etiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (Urteil I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5). Es rechtfertige sich daher, die in BGE 130 V 352 im Zusammenhang mit somatoformer Schmerzstörung entwickelten Kriterien auch für die Beurteilung der invalidisierenden Wirkung einer spezifischen HWS-Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle analog anzuwenden. Dem stehe der allenfalls organische Charakter des Leidens nicht entgegen, habe doch die Rechtsprechung die zu vorwiegend psychisch begründeten Schmerzstörungen (ICD-10: F45.4) entwickelten Regeln u.a. bereits auf die als organisches Leiden betrachtete Fibromyalgie (ICD-10: M79.0) übertragen (E. 3.2.1). Invaliditätsrechtlich sei auch von Bedeutung, dass als "Schleudertrauma" oder "Chronic Whiplash Injury" bezeichnete Beeinträchtigungen im Sinne eines komplexen und chronischen Beschwerdebildes bisher in keinem anerkannten medizinischen Klassifikationssystem (vgl. BGE 130 V 396 E. 6.3 S. 403) als Diagnose figurierten.

In beweisrechtlicher Hinsicht präzisierte das Bundesgericht das in den vorstehenden Erwägungen 1.3.2 und 1.3.3 Gesagte wie folgt (Erwägung 3.3 von BGE 136 V 279):

Die ärztlichen Stellungnahmen zum psychischen Gesundheitszustand und zu dem aus medizinischer Sicht (objektiv) vorhandenen Leistungspotential bilden unabdingbare Grundlage für die Beurteilung der Rechtsfrage, ob und gegebenenfalls inwieweit einer versicherten Person unter Aufbringung allen guten

Willens die Überwindung ihres Leidens und die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft zumutbar (E. 3.2.2) ist. Im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) darf sich dabei die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht - weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen [BGE 125 V 351 E. 3a S. 352] genlegenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest)Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Letzteres gilt namentlich dann, wenn die begutachtende Fachperson allein aufgrund der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren Leidens eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Die rechtsanwendenden Behörden haben diesfalls mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invalidthatsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mit berücksichtigt, welche vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; AHI 2000 S. 153, I 554/98 E. 3), und ob die von den Ärzten anerkannte (Teil-)Arbeitsunfähigkeit auch im Lichte der für eine Überwindlichkeit der Schmerzsymptomatik massgebenden rechtlichen Kriterien standhält (BGE 130 V 352 E. 2.2.5 S. 355 f.).

1.3.5.5. Für den Bereich der Unfallversicherung hat das Bundesgericht in seinem Urteil 8C\_100/2011 vom 1. Juni 2011 festgehalten, dass die auch als Überwindbarkeitspraxis zu bezeichnende Rechtsprechung gemäss BGE 136 V 279 und 130 V 352 auf den unfallversicherungsrechtlichen Heilbehandlungs- und Taggeldanspruch, und damit auch auf den Zeitpunkt des Fallabschlusses, keine Anwendung findet.

1.4. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen

der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prägend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumessende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

2. Vorab zu prägen ist, ob im Zeitpunkt des Fallabschlusses durch die Beschwerdegegnerin von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten war. Verneinendenfalls sind die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Ansprüche auf Heilbehandlung und Taggelder für die Zeit nach dem Fallabschluss nach der gesetzlichen Regelung von Art. 19 Abs. 1 UVG hinfällig geworden und sind im Anschluss nur noch die Ansprüche auf Rente und Integritätsentschädigung zu beurteilen (vgl. E. 1.1).

2.1 Dass die Beschwerdeführerin - worauf sie replicando hinwies (Urk. 17 S. 4) - nach dem vorinstanzlichen Fallabschluss noch eine Integrationsmassnahme der Invalidenversicherung absolvierte (vgl. Urk. 18/4), bedeutet nicht, dass die Beschwerdegegnerin deshalb den Fall noch nicht im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG hätte abschliessen dürfen. Vielmehr will Art. 30 Abs. 1 UVV gerade dies verhindern, indem er bei noch anstehenden oder noch zu prägenden Integrationsmassnahmen der Invalidenversicherung den vorübergehenden Taggeldanspruch durch einen vorübergehenden Rentenanspruch ablöst. Entscheidend dafür, ob die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Fallabschlusses noch einen Anspruch auf Heilbehandlungskosten und Taggelder hatte, ist daher, ob im Zeitpunkt des Fallabschlusses durch die Beschwerdegegnerin von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten war.

2.2 Um diese Frage beantworten zu können, sind zunächst die bisher durchgeführten ärztlichen Behandlungen im Lichte des Verlaufs zwischen dem Unfall vom 28. April 2000 und dem Fallabschluss per 3. September 2009 einer genaueren Betrachtung zu unterziehen.

2.2.1 Die initial angeordnete Physiotherapie, kombiniert mit Kräftigungs- und Dehnübungen sowie intensiver medikamentöser Therapie, führte zu einer erheblichen Besserung des Gesundheitszustands innert rund eineinhalb Monaten (vgl. Sachverhalt Ziffer 1.1.1: Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 60 % bis Mitte Juni 2000).

2.2.2 Nach einer Verschlechterung des Gesundheitszustands (vollständige Arbeitsunfähigkeit) im September 2000 wurde eine stationäre, schwergewichtig aktivierende Therapie (individueller Physiotherapie, Ergotherapie, Tanztherapie, Gesprächstherapie, Physiotherapie und Ergotherapie in der Gruppe, Maltherapie und analgesierenden physikalischen Massnahmen) durchgeführt, welche zur Wiedererlangung einer Arbeitsfähigkeit von 25 % führte. Mit einer im Hinblick auf die Schwindelproblematik veränderten Schmerzmedikation, ambulanter Fortsetzung der Physiotherapie mit kraniosakralem Ansatz sowie Ergänzungen der therapeutischen Massnahmen durch lokale Infiltrationen in Triggerpunkte und Psychotherapie konnte die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bis Ende 2001 schrittweise wieder auf 70 % gesteigert werden. Überdies konnte die Beschwerdeführerin im ersten Halbjahr 2002



namhafte Besserung des Gesundheitszustands hätten bewirken können. Die 2004 durchgeführten Behandlungen dieser Art (vgl. Urk. 15/3/73) brachten effektiv keine Besserung, und die erst nach der P.\_\_\_\_-Begutachtung im Jahr 2009 erhobene Behauptung, sie seien eben nicht lege artis durchgeführt worden (Urk. 15/5/2 S. 12 f.), wirkt wenig überzeugend. Denn, wenn Dr. Q.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin seit 2006 wegen Folgen des Unfalls des Jahres 2000 behandelte (vgl. Urk. 20), musste er sich - seiner ärztlichen Sorgfaltspflicht entsprechend - über die bis zum Behandlungsbeginn bereits erfolgten anderweitigen Unfallbehandlungen informieren, und ist es deshalb nicht nachvollziehbar, weshalb er einen - seiner Ansicht nach wegen mangelhaft durchgeführten früheren Behandlungen anderer Ärzte - noch bestehenden Behandlungsbedarf zur Verbesserung des Gesundheitszustands seiner Patientin erst drei Jahre später meldete (Art. 28 Abs. 3 ATSG).

Die Beschwerdegegnerin durfte daher zu Recht davon ausgehen, dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung nach dem 3. September 2009 keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr zu erwarten war.

2.4 Auch weitere medizinischer Abklärungen zur Objektivierung der Beschwerden der Beschwerdeführerin waren nicht mehr angezeigt.

2.4.1 Wie die Beschwerdeführerin zutreffend festhält, zieht sich ein cerviko-cephales Syndrom wie ein roter Faden durch alle Gutachten und Arztberichte (Urk. 1 S. 5). Dabei handelt es sich weit überwiegend um - insbesondere was Stärke und Häufigkeit ihres Auftretens anbelangt - weder durch apparative noch durch klinische Befunde gesicherte Symptome (vor allem Schmerz bzw. schmerzhafte Bewegungseinschränkung). Selbst in den ersten ärztlichen Konsultationen nach dem Unfall wurden lediglich eine im Bereich der HWS verhärtete und druckdolente Muskulatur sowie eine eingeschränkte HWS-Beweglichkeit, also nur unspezifische (nicht zwingend auf eine Unfallverletzung hinweisende) Befunde erhoben. Die initial gestellten Diagnosen „leichtes HWS-Trauma“ bzw. „HWS-Distorsion“ basierten vor allem auf anamnestischen Angaben (Unfallschilderung) der Beschwerdeführerin sowie auf ihren Angaben betreffend Zeitpunkt des Auftretens und Stärke der Beschwerden. Objektive Befunde, welche eindeutig auf eine am 28. April 2000 erlittene Verletzung hinweisen würden, konnten auch im weiteren Verlauf nicht erhoben werden.

2.4.2 Die von der Beschwerdeführerin verlangten Zusatzuntersuchungen (differenzierte Schwindelabklärung, ophthalmologische Untersuchung und funktionales MRI) sind - unter anderen aus methodischen Gründen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_964/2008 vom 1. September 2009 E. 3.2.3 und Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2010.00648 vom 14. Dezember 2010 E. 3.2 mit Hinweisen) - nicht geeignet, etiologisch beweisbildende Befunde für eine Unfallverletzung zu liefern.

Es wurden auch lediglich in der neurologischen Befunderhebung des D.\_\_\_\_-Gutachtens überhaupt - diskrete - klinische Befunde für eine Schwindelproblematik erhoben (Urk. 15/4/23 S. 19). Anamnestische Angaben hinsichtlich einer sich im Alltag erheblich - insbesondere auf die Arbeitsfähigkeit - auswirkenden Schwindelproblematik (Stärke) oder Sehstörung sind ebenso wenig aktenkundig wie diesbezügliche Feststellungen während der stationären Rehabilitationsaufenthalte in B.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 15/3/20) und H.\_\_\_\_ (Urk. 15/3/54). Weder für die im Verlauf (bis zum Umfang von 70 %) ausgeübte Tätigkeit als Kinderkrankenschwester, noch für die

Umschulung zur Bewegungstherapeutin ist sodann je eine Limitierung wegen der Schwindelproblematik oder Sehstörungen festgestellt worden. Dies gilt auch für die nach Angaben der Beschwerdeführerin auf eine Dauer von maximal 30 Minuten limitierte Fahrtüchtigkeit (Urk. 15/4/54).

Abgesehen von einer zeitweiligen medikamentösen Behandlung (der Schwindelproblematik, vgl. Sachverhalt Ziff. 1.1.2) gibt es auch keine Hinweise auf die Behandlungsbedürftigkeit einschlägiger Beschwerden. Zwar ist eine Überweisung zur oto-neurologischen Abklärung im Jahr 2002 aktenkundig (vgl. Urk. 15/3/45). Aber ein Ergebnis dieser von Dr. A. \_\_\_ veranlassten Untersuchung wurde die Beschwerdeführerin nach Aktenlage aber nie informiert. Dies war im Lichte von Art. 28 Abs. 2 und 3 ATSG allerdings auch nicht erforderlich, wenn keine für die Abklärung der unfallversicherungsrechtlichen Ansprüche relevanten Informationen resultierten. Das Gleiche gilt für die in der Einsprache (Urk. 15/5/4 S. 10) sowie in der Beschwerde (Urk. 1 S. 10) erwählte bildgebende Untersuchung nach dem Fallabschluss, welche offenbar Dr. Q. \_\_\_ veranlasst hatte. Auch diesbezüglich wurden weder das Bildmaterial noch ein Bericht zu den Akten gereicht.

Schliesslich ist aus (unfall)versicherungsrechtlicher Sicht darauf hinzuweisen, dass differenzialdiagnostische Abklärungen ja - gegebenenfalls - lediglich Befunde für nicht durch den zu beurteilenden Unfall verursachte somatische Gesundheitsstörungen liefern könnten. Dies ist - da von keinem medizinischen Experten je eine mit dem Unfall konkurrierende somatische Störung in Betracht gezogen wurde - weder nötig, noch liegt es im wohlverstandenen prozessualen Interesse der Beschwerdeführerin, nach Befunden zu forschen, welche die von ihr geltend gemachten Ansprüche in Frage stellen könnten.

Hat die Beschwerdeführerin - wie die vorstehenden Erwägungen gezeigt haben - den Fall zu Recht per 3. September 2009 abgeschlossen, wurden damit nach der gesetzlichen Regelung von Art. 19 Abs. 1 UVG die Ansprüche der Beschwerdeführerin auf Heilbehandlung sowie Taggeldleistungen hinfällig und hatte die Beschwerdeführerin den Rentenanspruch zu präzisieren (vgl. E. 1.1).

3.1.1

Der Anspruch auf eine Rente der Unfallversicherung setzt voraus, dass die anspruchsauslösende Gesundheitsstörung sowohl unfallkausal (vgl. E. 1.2) als auch invalidisierend (vgl. E. 1.3) ist, was bedeutet, dass der Anspruch bereits abzuweisen ist, wenn auch nur eine der beiden Voraussetzungen nicht erfüllt ist.

Bei der Prüfung des unfallversicherungsrechtlichen Rentenanspruchs kann deshalb nicht nur die Frage der Überwindbarkeit einer Gesundheitsstörung offen bleiben, wenn die Kausalität verneint wird, sondern muss umgekehrt auch die Kausalitätsfrage nur dann beantwortet werden, wenn eine mit einer zumutbaren Willensanstrengung nicht überwindbare - und damit im Sinne von Art. 7 und Abs. 8 Abs. 1 ATSG invalidisierende - Gesundheitsstörung vorliegt.

Dies wirft in grundsätzlicher Hinsicht die Frage auf, in welcher Abfolge die beiden Anspruchsvoraussetzungen im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren zu präzisieren sind.

3.2.1.1. Im mit dem bereits erwähnten Urteil des Bundesgerichts 8C\_100/2011 vom 1. Juni 2011 (vgl. E. 1.3.5) beurteilten Fall hatte das Sozialversicherungsgericht am gleichen Tag sowohl den unfallversicherungsrechtlichen als auch den invalidenversicherungsrechtlichen Rentenanspruch aufgrund des gleichen Gesundheitsschadens mangels Vorliegens einer invalidisierenden Gesundheitsstörung abgewiesen (Urteile UV.2008.00369 und IV.2008.898 vom 29. November 2010). Auch das Bundesgericht überprüfte am 1. Juni 2011 nicht nur den unfallversicherungsrechtlichen Rentenanspruch, welchen es mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und Gesundheitsschaden verneinte, sondern ebenso den invalidenversicherungsrechtlichen, welchen es der Begründung des Sozialversicherungsgerichts folgend verneinte (Urteil des Bundesgerichts 8C\_103/2011 vom 1. Juni 2011). In seinem unfallversicherungsrechtlichen Urteil 8C\_100/2011 liess das Bundesgericht die Frage offen, ob auch der dort beurteilte Rentenanspruch mangels Vorliegens einer invalidisierenden Gesundheitsstörung abzuweisen gewesen wäre. Welche Überlegungen dieser Vorgehensweise zugrunde lagen, ist dem Entscheid nicht zu entnehmen. Festzustellen ist nur, dass die Urteile 8C\_100/2011 und 8C\_103/2011 nicht in gleicher Besetzung ergingen.

### 3.3.1.1.

3.3.1.1. Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Koordination der Invaliditätsbemessung in der Invaliden- und in der Unfallversicherung (vgl. E. 1.3.1) verfolgt das Ziel, unterschiedliche Festlegungen des Invaliditätsgrades durch verschiedene Sozialversicherungsträger zu vermeiden, was der Rechtssicherheit dient und damit sowohl im Interesse der Versicherer als auch der betroffenen Bürger liegt (BGE 131 V 120 E. 3.3.3). Diese Zielsetzung ist auch bei der gerichtlichen Überprüfung der durch verschiedene Sozialversicherungsträger vorgenommenen Festlegungen zu beachten und verlangt vom Gericht eine koordinierte Beurteilung der Rentenansprüche in beiden Rechtsgebieten. Praxisgemäss werden deshalb vom Sozialversicherungsgericht rechtshängige Streitigkeiten über invalidenversicherungs- und unfallversicherungsrechtliche Rentenansprüche aufgrund des gleichen Gesundheitsschadens nach Möglichkeit (soweit der Stand der Verfahren es zulässt) gleichzeitig und in gleicher Besetzung entschieden (vgl. E. 3.2). In dieser Konstellation ist es bereits aus prozessökonomischen Gründen zweckmässig, vorgängig die invalidisierende Wirkung eines Gesundheitsschadens zu prüfen, da sie für den invalidenversicherungsrechtlichen Entscheid ohnehin geprüft werden muss und sich dadurch gegebenenfalls (falls kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt) die Prüfung der Kausalitätsfrage im unfallversicherungsrechtlichen Prozess erbringt.

3.3.2.1. Im Lichte der neusten Entwicklung der höchstgerichtlichen Rechtsprechung, welche das sozialversicherungsrechtliche Leistungsfestsetzungsverfahren und die gerichtliche Überprüfung der entsprechenden Verwaltungsentscheide vermehrt als funktionelle Einheit betrachtet (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_243/2010 vom 28. Juni 2011), dürfen die vorstehenden Überlegungen zur koordinierten Beurteilung der Rentenansprüche in der Unfall- und in der Invalidenversicherung aber auch dann nicht ausser Acht gelassen werden, wenn - wie im vorliegenden Fall (vgl. Urk. 15/7/62) - noch gar kein invalidenversicherungsrechtlicher Rentenentscheid ergangen ist. Alleine der Umstand, dass die sich im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren kumulativ zur Kausalitätsfrage stellende Frage nach der invalidisierenden Wirkung einer

Gesundheitsstörung auch bei der invalidenversicherungsrechtlichen Anspruchsbeurteilung beantwortet werden muss, rechtfertigt es daher, aus Koordinationsgründen im unfallversicherungsrechtlichen Entscheid vorrangig die invalidisierende Wirkung der Gesundheitsstörung zu prüfen, sofern die Aktenlage dies zulässt. Offen gelassen werden könnte sie ohnehin nur dann, wenn die Kausalität verneint würde (vgl. E. 3.1).

3.3.3.1 Dass damit eine allfällige spätere Prüfung der Frage nach der invalidisierenden Wirkung einer Gesundheitsstörung in einem invalidenversicherungsrechtlichen Prozess präjudiziert werden kann (genauso, wie umgekehrt auch eine bereits erfolgte Prüfung ebendieser Frage in einem vorgängigen invalidenversicherungsrechtlichen Entscheid präjudizierende Wirkung für den unfallversicherungsrechtlichen Entscheid hat), entspricht dem Willen des Gesetzgebers, welcher für die Prüfung des Rentenanspruchs in beiden Rechtsgebieten einen einheitlichen Invaliditätsbegriff festgelegt und für die gerichtliche Überprüfung dieselbe Instanz als zuständig erklärt hat. Damit hat der Gesetzgeber nicht nur in Kauf genommen, sondern explizit gewollt, dass die Beurteilung desselben Sachverhalts in beiden Rechtsgebieten möglichst nach denselben Kriterien erfolgt und - unter Vorbehalt spezifischer Besonderheiten (vgl. E. 1.3.1) sowie selbstverständlich der Offenheit des Gerichts für neue Vorbringen tatsächlicher und rechtlicher Natur im Folgeverfahren - in der Regel auch zum gleichen Ergebnis führt.

1.1.1.1 Dass eine solche Präjudizierung vermieden werden kann, wenn im unfallversicherungsrechtlichen Rentenzusprechungsverfahren die Frage nach der invalidisierenden Wirkung einer Gesundheitsstörung nur dann geprüft wird, wenn vorgängig die Unfallkausalität der Störung bejaht wurde, ist bei genauerer Betrachtung kein prozessualer Vorteil, sondern vielmehr ein Nachteil für die beschwerdeführende Partei. Denn, wenn die Kausalität im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren (mangels natürlichen oder adäquaten Kausalzusammenhangs) unter Offenlassung der Frage nach der invalidisierenden Wirkung verneint wird, kann sich die beschwerdeführende Partei zwar noch Hoffnung für das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren machen. Die Chancen auf einen positiven invalidenversicherungsrechtlichen Entscheid werden jedoch nicht grösser, wenn das Gericht die Frage der invalidisierenden Wirkung erst in jenem Verfahren prüft. Vielmehr kann die beschwerdeführende Partei aufgrund des Entscheids über die Frage der invalidisierenden Wirkung im - kostenlosen - unfallversicherungsrechtlichen Verfahren ihre Prozesschancen im - kostenpflichtigen - invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren besser beurteilen und - im Falle einer Verneinung der invalidisierenden Wirkung - gegebenenfalls sogar noch verbessern, indem sie in Kenntnis der diesbezüglichen Entscheidende neue - vom Gericht im Folgeverfahren zu beachtende - Vorbringen tatsächlicher oder rechtlicher Natur einbringt.

## E. 2

2.1.1.1 Dagegen erhob die Versicherte am 7. Mai 2010 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, es seien der Einspracheentscheid unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin aufzuheben, der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen, insbesondere Heilbehandlungskosten, Taggelder, Rente und Integritätsentschädigung, auszurichten und eventualiter die Sache mit der Verpflichtung, die medizinischen Abklärungen in rechtsgemässiger Weise

vorzunehmen, an die Beschwerdegegnerin zurückerzugeben (Urk. 2). Zusammen mit der Beschwerde reichte sie den Bericht des PD Dr. S.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 28. März 2010 (Urk. 3) zu den Akten.

2.2 Am 27. September 2010 erstattete die Beschwerdegegnerin unter Beilage der Akten (Urk. 15) ihre Beschwerdeantwort mit dem Antrag auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 12).

2.3 Dazu replizierte die Beschwerdeführerin am 26. Oktober 2010 (Urk. 17). Gleichzeitig reichte sie Bescheinigungen über erwerbliche Tätigkeiten, Weiterbildungen und die Teilnahme an Integrationsmassnahmen (Urk. 18/1-4) sowie die ärztlichen Berichte Dr. A.\_\_\_\_s vom 10. Februar 2010 (Urk. 18/5) und Dr. Q.\_\_\_\_s vom 22. Oktober 2010 (Urk. 18/6 = Urk. 20) zu den Akten.

3. Auf die Vorbringen der Parteien wird, soweit nötig, in den nachfolgenden Erwägungen Bezug genommen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Der Anspruch auf die vorübergehenden UV-Leistungen Heilbehandlung (Art. 10 UVG) und Taggeld (Art. 16 f. UVG) setzt nach Gesetz und Praxis voraus, dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des - unfallbedingt beeinträchtigten - Gesundheitszustandes erwartet werden kann oder dass noch Eingliederungsmassnahmen der IV laufen. Trifft beides nicht (mehr) zu, hat der Versicherer den Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen abzuschliessen und den Anspruch auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 E. 4 S. 113 ff.; zur Publikation bestimmtes Urteil 8C\_100/2011 vom 1. Juni 2011). Gemäss Art. 30 Abs. 1 der Verordnung über die Unfallversicherung wird, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr zu erwarten, jedoch der Entscheid der IV über die berufliche Eingliederung noch nicht gefällt ist, vom Abschluss der ärztlichen Behandlung an eine Übergangsrente aufgrund der in diesem Zeitpunkt bestehenden Erwerbsunfähigkeit festgesetzt.

Namhaft im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG ist eine noch zu erwartende Besserung des Gesundheitszustandes dann, wenn sie zur Wiederherstellung oder zumindest zu einer substantiellen Steigerung der unfallbedingt beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit führt (BGE 134 V 109 E. 4.3).

#### **E. 4**

4.1 Im Lichte der vorstehenden Erwägung 1.3.4 ist - worauf bereits im Zusammenhang mit der Forderung nach weiteren medizinischen Abklärungen (vgl. E. 2.4) hingewiesen wurde - zur invalidisierenden Wirkung der im Zeitpunkt des Fallabschlusses von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden vorab festzuhalten, dass keiner der medizinischen Experten, welche die Beschwerdeführerin im Verlaufe der vergangenen rund zehn Jahre seit dem Unfall vom 28. April 2000 untersuchten,

objektivierbare Befunde für eine strukturelle Läsion erheben konnte. Insbesondere konnten keine organisch nachweisbare Funktionsausfälle als Folgen einer beim Unfall erlittenen HWS-Verletzung festgestellt werden. Dies gilt nicht nur für die P.-Gutachter, auf deren Beurteilung die Beschwerdegegnerin ihre Rentenverweigerung abstützt, sondern auch für sämtliche behandelnden Ärzte (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.1); selbst Dr. Q. weist in seinem Gutachten vom 22. Oktober 2010 ausdrücklich darauf hin, dass es sich bei den von ihm erhobenen Befunden um funktionell klinisch anatomische handelt (Urk. 20 S. 3), wobei er nicht behauptet, das seiner Beurteilung zugrundegelegene MRI vom 29. Juni 2009 (vgl. Urk. 15/5/4 S. 10 und Urk. 1 S. 10) habe anatomisch bildgebend neue Befunde gezeigt. Soweit das Vorliegen einer spezifischen HWS-Verletzung als Unfallfolge postuliert wird, handelt es sich demnach um eine Kausalitätsbeurteilung, welche sich auf ein pathogenetisch-etiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage abstützt.

4.2 Die für die invalidisierende Wirkung eines solchen Beschwerdebilds ist nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung - unabhängig von der Kausalität - nicht primär entscheidend, inwieweit sie nach ärztlicher Beurteilung die zumutbare Restarbeitsfähigkeit quantitativ einschränken würde, sondern vielmehr, ob sie mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar ist (vgl. Erw. 1.3.3). Demzufolge müssen die ärztlichen Beurteilungen der Restarbeitsfähigkeit im Zusammenhang mit der Prognose hinsichtlich des künftigen Verlaufs gewürdigt werden (vgl. Erw. 1.3.4).

4.3 Gemäss der übereinstimmenden Beurteilung aller medizinischen Experten wird die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin vor allem durch deren ausgeprägte Schmerz- und Erschöpfungssymptomatik eingeschränkt. Eine Limitierung durch die weiteren Symptome Licht- und Lärmempfindlichkeit sowie Schwindel wurde nicht festgestellt (vgl. E. 2.4.2). Eine organische Ursache für diese Symptomatik lässt sich - wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 4.1) - nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen.

4.3.1 Nach Auffassung der P.-Gutachter wird sie wesentlich durch eine psychische Störung unterhalten, welche sie unter die Diagnosen dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (ICD-10: F44.6) sowie anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) subsumieren (Urk. 15/4/54 S. 44). Seitens des behandelnden Psychotherapeuten werden diese Diagnosen in Frage gestellt, wobei aus seiner Stellungnahme vom 15. Oktober 2009 (Urk. 15/5/2/3) jedoch nicht ersichtlich ist, ob er das Vorliegen einer psychischen Störung mit Krankheitswert verneint oder lediglich Zweifel an deren Klassifikation hegt. Der von der Beschwerdeführerin als psychiatrischer Gutachter beauftragte Dr. S. bestätigt demgegenüber das Vorliegen einer psychischen Störung mit Krankheitswert, indem er eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0) diagnostiziert (Urk. 3 S. 10).

4.3.2 Auf die umfangreichen Ausführungen zur (richtigen) psychiatrischen Diagnose in der Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 12 ff.) und im Gutachten Dr. S. ist hier nicht weiter einzugehen, da auch die von Dr. S. diagnostizierte Neurasthenie zu den pathogenetisch (etiologisch) unklaren syndromalen Zuständen gehört, welche nach der Überwindbarkeitspraxis zu beurteilen sind (vgl. E. 1.3.4), und es für die nächste Prüfung der Frage, ob die Symptomatik ausnahmsweise als überwindbar zu gelten hat, genügt, dass eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem vorliegt (vgl. E. 1.3.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Darüber, dass die Symptomatik der Beschwerdeführerin auf eine psychiatrische Störung mit Krankheitswert zurückgeführt werden kann, stimmen der psychiatrische P.\_\_\_\_-Gutachter und Dr. S.\_\_\_\_ überein; sie klassifizieren diese Störung nur jeweils anders. Wenn es - wie die Beschwerdeführerin geltend macht auf die Beurteilung Dr. S.\_\_\_\_s geltend macht (Urk. 1 S. 15 f.) - zutreffend wäre, dass die Symptomatik gar nicht auf einer psychiatrischen Störung mit Krankheitswert beruht, würde das nicht heissen, dass weitere organische Abklärungen erforderlich wären, sondern wäre vielmehr eine invalidisierende Auswirkung der Symptomatik bereits mangels Vorliegens einer Störung mit Krankheitswert auszuschliessen.

4.3.3Ä Ä Sowohl die P.\_\_\_\_-Gutachter als auch Dr. S.\_\_\_\_ gehen davon aus, dass es sich bei den von ihnen diagnostizierten Krankheiten um grundsätzlich heilbare handelt. Für die von Dr. S.\_\_\_\_ diagnostizierte Neurasthenie bedarf es zu diesem Zweck keiner speziellen therapeutischen Massnahmen; seiner Ansicht nach genügen eine angemessene Schonung und eine progressive und genügend behutsame Steigerung des Pensums (Urk. 3 S. 11). Soweit Dr. S.\_\_\_\_ die Auffassung vertritt, eine dissoziativen Störung, wie sie vom psychiatrischen P.\_\_\_\_-Gutachter diagnostiziert worden sei, wäre wegen bereits eingetretener Chronifizierung heute gar nicht mehr therapierbar (Urk. 3 S. 11 f.), wird im P.\_\_\_\_-Gutachten nachvollziehbar dargelegt, dass noch kein chronifizierter Krankheitsverlauf vorliegt. Nach Ansicht der P.\_\_\_\_-Gutachter verfügt die Beschwerdeführerin über die zur Überwindung ihrer Symptomatik notwendigen Ressourcen (Urk. 15/4/54 S. 54 Ziff. 6.3) und könnte sie die Symptomatik auch tatsächlich überwinden, wenn sie bereit wäre, sich von der Überzeugung zu lösen, durch den Unfall vom 28. April 2000 invalidisiert worden zu sein (Urk. 15/4/54 S. 55 Ziff. 9). Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung liegt also nicht vor.

4.3.4Ä Ä Wie das Sozialversicherungsgericht bereits im Urteil UV.2007.00077 vom 12. Juli 2008 vermerkt hat (vgl. dortige E. 3.4.3), konnte von Seiten der Medizin mit simulierten Crashversuchen experimentell nachgewiesen werden, dass die Entstehung der typischen Symptomatik nach HWS-Distorsionstrauma (oder Teilen davon) keinen Unfall mit einem dafür als ursächlich anzusehenden Beschleunigungsmechanismus der HWS voraussetzt, sondern der Glaube, einen solchen Unfall erlitten zu haben, für die Entwicklung der typischen Symptome genügt. Darüber hinaus konnte aufgrund psychologischer Tests vor dem fingierten Heckauffahrunfall mit einer Treffsicherheit von 85 % auch vorausgesagt werden, welche Probanden anschliessend die Symptomatik entwickeln würden (Castro WH, Meyer SJ, Becke ME, Nentwig CG, Hein MF, Ercan BI, et al. No stress - no wishplash? Prevalence of "wishplash" symptoms following exposure to a placebo rear-end collision. 9. Int J Legal Med 2001; 114:316-322. Zitiert in: Gerhard Jenzer, 15 Jahre "helvetisches Schleudertrauma", in: Schweizerische Ärztezeitung 2006; 87:26 S. 1230 ff. sowie von: Wolfgang Eisenmenger, Die Distorsion der Halswirbelsäule - Anmerkungen zur Rechtsprechung aus biomechanischer und rechtsmedizinischer Sicht, in: Strafrecht und Justizgewährung, Festschrift für Kay Nehm zum 65. Geburtstag, Berlin 2006. S. 402).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Lichte dieser wissenschaftlichen Erkenntnisse erscheint die Annahme der P.\_\_\_\_-Gutachter, dass bei Überwindung der spezifischen Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin sich auch die die Arbeits- und

Erwerbsfähigkeit einschränkende körperliche Symptomatik zurückzubilden würden, durchaus plausibel.

Ebenso einleuchtend ist, dass die bisher durchgeführten psychotherapeutischen Behandlungen nicht zum Erfolg führen konnten, da sie - wie die Berichte der behandelnden Therapeuten und beratenden Ärzte zeigen (vgl. Urk. 15/3/32, Urk. 15/3/40, Urk. 15/3/57, Urk. 15/3/64, Urk. 15/3/75, Urk. 15/5/2/3 und Urk. 3) - das auf den Unfall vom 28. April 2000 fixierte Krankheitskonzept der Beschwerdeführerin nicht in Frage stellten, sondern vielmehr stützten. Eine Psychotherapie mit dem von den P.\_\_\_\_-Gutachtern empfohlenen Ansatz wurde bisher noch nicht durchgeführt, weshalb von Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person keine Rede sein kann. Vielmehr wird im Austrittsbericht der H.\_\_\_\_ vom 2. September 2003 über den stationären Aufenthalt vom 30. Juni bis zum 22. August 2003 (Urk. 15/3/54) über starke Widerstände der Beschwerdeführerin gegen nicht mit ihren eigenen Vorstellungen übereinstimmende Therapieansätze berichtet.

4.3.5 Für eine psychische oder somatische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer gibt es keinerlei Anhaltspunkte (vgl. E. 2.4.2), und ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ist aus den anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber den P.\_\_\_\_-Gutachtern (vgl. Urk. 15/4/54 S. 24 ff.) nicht ersichtlich

4.4 Zusammenfassend ist deshalb festzuhalten, dass die P.\_\_\_\_-Gutachter begründeterweise von der prinzipiellen Überwindbarkeit der beschwerdeführerischen Symptomatik ausgehen und jedenfalls keine den beweismässigen Anforderungen von Erwägung 1.4 genügenden ärztlichen Tatsachenfeststellungen vorliegen, welche es erlauben würden, ausnahmsweise eine Unüberwindbarkeit im Sinne von Erwägung 1.3.3 anzunehmen.

5. Nachdem sich ergeben hat, dass im Zeitpunkt des vorinstanzlichen Fallabschlusses keine nachweisbaren organischen Folgen des Unfalls vom 28. April 2000 mehr vorlagen und auch unter Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren nachgereichten und kommentierten Beweismittel (vgl. Urk. 3, Urk. 17-18/6 sowie Urk. 20) keine im Sinne von BGE 136 V 279 unüberwindbare - und damit invalidisierende - HWS-Symptomatik nachzuweisen ist, liegt auch keine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität im Sinne von Art. 24 UVG vor.

Damit erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid als rechtens und ist demzufolge die Beschwerde abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - Rechtsanwalt Dr. Ueli Kieser
  - Rechtsanwalt Oskar Müller unter Beilage des Doppels von Urk. 17 und 19

- Bundesamt für Gesundheit

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

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

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

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