



**Fall-Nr.:** UV 2006/31  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 05.05.2020  
**Entscheiddatum:** 05.01.2007

### **Entscheid Versicherungsgericht, 05.01.2007**

**Art. 10 ff. UVG. Kausalität bei Verletzung der Halswirbelsäule ohne das "bunte Beschwerdebild" im Sinn der Rechtsprechung und bei psychischer Fehlentwicklung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. Januar 2007, UV 2006/31).**

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus und  
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Wolfgang Mayer

Entscheid vom 5. Januar 2007

In Sachen

M.\_\_\_\_

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Markus Storchenegger, Rorschacher Strasse 107,  
9000 X.\_\_\_\_,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358,  
6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Eugen Mätzler, Poststrasse 23, 9001 X.\_\_\_\_,

betreffend



Versicherungsleistungen

hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:

I.

A.- a) M.\_\_\_\_, geboren 1953, war seit dem 1. Oktober 1987 bei der F.\_\_\_\_ als (angelernte) Mitarbeiterin in der Produktion angestellt und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (im Folgenden: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Gemäss Unfallmeldung der Arbeitgeberin vom 10. Februar 2003 erlitt die Versicherte am 20. August 2002 einen Unfall, als sie nach der Arbeit in der Fussgängerzone in der Multergasse, X.\_\_\_\_, von einem Velofahrer angefahren wurde und deswegen gemäss eigenen Angaben nach hinten auf den Rücken stürzte und sich am Boden den Kopf anschlug. Die Versicherte zog sich dabei eine Schürfung am Hinterkopf, blutende Schürfwunden an den Ellbogen und diverse blaue Flecken zu, doch kam es weder zu einer Bewusstlosigkeit noch zu einer Amnesie. Sie telefonierte ihrem Ehemann und konnte mit ihm nach Hause gehen, ohne einen Arzt aufsuchen zu müssen. Am nächsten Tag ging sie wie üblich zur Arbeit.

b) Am 22. August 2002 suchte die Versicherte dann wegen Schmerzen am ganzen Körper ihren Hausarzt, Dr. med. A.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Innere Medizin auf (vgl. dazu die Berichte des Aussendienstmitarbeiters der Suva vom 16. und 24. April 2003, ein Arztbericht zur Erstbehandlung von Dr. A.\_\_\_\_ existiert nicht, entsprechende Bestätigungen dieser Behandlung erfolgten später im Schreiben vom 1. Oktober 2004 an den Haftpflichtversicherer des Radfahrers sowie im Schreiben vom 20. Mai 2005 an den Rechtsvertreter der Versicherten), welcher angesichts der geltend gemachten Beschwerden Medikamente abgab, aber keine weiteren Untersuchungen vornahm oder Röntgenbilder anfertigte. Innerhalb einer Woche gingen die Schmerzen dann weitgehend zurück, so dass die Versicherte nahezu beschwerdeG.\_\_\_\_ war (nur noch gelegentliche Kopfschmerzen), bis es im Verlauf des Monats Oktober 2002 wieder zu einer Zunahme der zervikalen Kopfschmerzen kam. Vom 9. Januar 2003 an ging die Versicherte nicht mehr zur Arbeit, und am 14. Januar 2003 trat im Anschluss an das Spinning-Training ein komisches Gefühl im Kopf auf, welches in der folgenden Nacht zu massiven Kopf- und Nackenschmerzen führte, so dass sich die Versicherte am 15.



Januar 2003 wegen starker Schmerzen im Bereich des Kopfes und der Halswirbelsäule (HWS) wieder zu Dr. A.\_\_\_\_ in medizinische Behandlung begab (vgl. dazu den ärztlichen Zwischenbericht vom 28. Februar 2003).

c) Im ärztlichen Zwischenbericht vom 28. Februar 2003 diagnostizierte Dr. A.\_\_\_\_ ein posttraumatisches Zervikalsyndrom mit zervikokraniellen Kopfschmerzen und bescheinigte der Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100% ab 15. Januar 2003. Zum bisherigen Verlauf der Beschwerden hielt Dr. A.\_\_\_\_ fest, dass sich die Versicherte im Spätsommer und Herbst des vergangenen Jahres ganz leidlich gefühlt habe und erst im Verlauf des Oktobers 2002 wieder zervikale Kopfschmerzen aufgetreten seien, derentwegen sie jedoch keinen Arzt aufgesucht habe. Obwohl sich die zervikokraniellen Schmerzen weiter zugespitzt hätten, habe sich die Patientin erst am 15. Januar 2003 in ärztliche Obhut begeben. Da sie oft beteuert habe, dass sie vor dem Unfall nie an Kopfschmerzen gelitten habe, müsse das momentane Beschwerdebild im Rahmen der Folgen des am 20. August 2002 erlittenen Unfalls gesehen werden. Am 6. und 11. März 2003 wurde die Versicherte von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie untersucht. Dessen Diagnose lautete auf Status nach HWS-Distorsions-trauma mit invalidisierender Schmerzsymptomatik, Verdacht auf Thoracic-Outlet-Syndrom (wegen vorbestehender kleiner Halsrippe rechts) mit belastungsabhängiger Muskelschwäche in den Armen und Dekompensation einer vorbestehenden ausgeprägten skoliotischen Fehlhaltung der Wirbelsäule durch das Unfallereignis. Die Schmerzen seien vor allem linksbetont und strahlten nun auch in den linken und rechten Arm aus. Auffallend sei die massive Haltungsproblematik der gesamten Wirbelsäule bei Beinlängendifferenz und ausgeprägter Skoliose lumbal-rechtskonvex sowie auf der Höhe der HWS linkskonvex mit Kyphosierung der Brustwirbelsäule (BWS) und vertikaler Protraktion von HWS und Kopf. Die radiologischen Untersuchungen zeigten degenerative Veränderungen wie Osteochondrosen der vierten und sechsten zervikalen Bandscheibe mit regionaler Spondylose, generalisierte Spondylarthrosen, eine Inklinationsblockade und vermehrte Beweglichkeit C5 bis C7 bei der Reklination und eine Einengung der Neuroforamina C6/7 beidseits. Im Bereich der Kopf- und Hirnnerven bestünden lediglich ausgeprägte und schmerzhaft Muskelverkrampfungen, im Bereich der Arme sei der Befund unauffällig, die geklagte Schwäche lasse sich nicht reproduzieren (vgl. Bericht vom 17. März 2003). Nach einer weiteren Untersuchung in der Schmerzsprechstunde des Kantonsspitals X.\_\_\_\_ am 26.



## St.Galler Gerichte

März 2003 diagnostizierte Dr. med. C.\_\_\_\_, Oberarzt Anästhesie, den Verdacht auf zervikogene Kopfschmerzen bei Facettensyndrom (Schmerzen belasteter Wirbelgelenke und/oder verspannter Muskulatur ohne Reizung der Nerven oder Nervenwurzeln) nach HWS-Distorsionstrauma und bestätigte die Diagnose der Dekompensation einer vorbestehenden skoliotischen Wirbelsäulenfehlhaltung (vgl. Bericht vom 26. März 2003).

d) Vom 13. Mai bis 10. Juni 2003 hielt sich die Versicherte in der Rehaklinik Y.\_\_\_\_ auf. Sie klagte über im Januar 2003 plötzlich wieder aufgetauchte und seitdem anhaltende Schmerzen am gesamten Körper (insbesondere Muskelschmerzen), massive Kopfschmerzen, Nackenschmerzen mit Ausstrahlungen in beide Arme (rechts mehr als links) bis in die Hände, Schluckschmerzen, schmerzabhängige Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, schmerzbedingte Schlafstörungen, beidseitige Ohrenschmerzen, häufigen Schwindel und gelegentliches Erbrechen. Die rehabilitativen Massnahmen führten trotz grosser Motivation der Versicherten zu keiner nennenswerten Besserung der Schmerzsymptomatik. Die Diagnose lautete auf persistierendes Zervikozephal- und Zervikobrachialsyndrom beidseits bei degenerativen Veränderungen, Schmerzgeneralisierung bei Gefahr einer Chronifizierung der Schmerzsymptomatik und Anpassungsstörung (depressiv-ängstliche Reaktion gemischt). Die Patientin bleibe vorerst zu 100% arbeitsunfähig, insbesondere weil ihre bisherige Tätigkeit (Präzisionsarbeit in der Optik-Branche) als stark nacken- und schultergürtelbelastend zu werten sei.

e) Auf Empfehlung der Rehaklinik Y.\_\_\_\_ begab sich die Versicherte im Oktober 2003 bei Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH in psychiatrische Behandlung. Im Bericht vom 25. Februar 2004 wies Dr. D.\_\_\_\_ darauf hin, dass das beschwerdeG.\_\_\_\_e Intervall von zwei bis drei Monaten in der Zeit nach dem Unfall und die Vielzahl der Schmerzen und Störungen bei Wirkungslosigkeit sämtlicher Medikamente rätselhaft seien, weshalb mit der Beteiligung psychischer Faktoren zu rechnen sei. Aufgrund seiner Erfahrungen mit Personen aus südlichen Ländern, welche auf ihre somatischen Störungen psychisch übermässig reagieren würden, denke er aber vielmehr an Momente der Regression (Abwehrmechanismus) als an solche der Depression. Die Regression sei neurotisch, unbewusst gesteuert, mentalitätsbedingt und kaum therapierbar. Eine Besserungsmöglichkeit sei im Moment deshalb leider



nicht in Sicht. Eine daraufhin von der Suva veranlasste eingehende psychiatrische Begutachtung erfolgte am 14. und 15. Juni 2006 bei Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Dessen psychiatrische Diagnosen lauten auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), einhergehend mit einer mittelgradigen depressiven Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) bei einer leistungsbetonten Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 Z73.1) mit histrionischen Zügen. Es handle sich bei diesen Diagnosen um psychogene Störungen, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte zu 100% arbeitsunfähig (Gutachten vom 7. Juli 2004).

f) Die am 8./9. November 2004 und 11. April 2005 beim Zentrum Z.\_\_\_\_ durchgeführten abschliessenden Untersuchungen zur Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit bestätigten im Wesentlichen die bisherigen Ergebnisse. Die Diagnose von Dr. med. F.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation/Rheumatologie, lautete auf unspezifisches, okzipital, zervikal sowie lumbal betontes Panvertebral- bis Ganzkörper-Schmerz-syndrom bei geringgradigen klinischen Befunden im Bereich der unteren HWS, degenerativen Veränderungen der unteren HWS sowie radiologisch einseitiger kurzer Halsrippe und ausgeprägter Symptomausweitung, sodann auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), einhergehend mit einer mittelgradigen depressiven Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) bei leistungsbetonter Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 Z73.1) mit histrionischen Zügen. Ein Zusammenhang des heutigen Zustandsbildes mit dem Unfallereignis werde höchstens noch als möglich erachtet. Die Leistungsbereitschaft der Patientin habe wegen der deutlichen Selbstlimitierung bei den Tests nicht zuverlässig beurteilt werden können. Über die Zumutbarkeit der angestammten Tätigkeit lasse sich deshalb keine definitive Aussage machen, aufgrund der psychischen Verfassung sei eine Wiedereingliederung gegenwärtig aber sehr unwahrscheinlich (Gutachten vom 2. Mai 2005).

g) Mit Verfügung vom 23. August 2005 stellte die Suva die Versicherungsleistungen auf den 31. August 2005 ein. Sie wies darauf hin, dass keine behandlungsbedürftigen Unfallfolgen mehr vorlägen. Die jetzt noch geklagten Beschwerden seien organisch als Folge des erlittenen Unfalls nicht mehr erklärbar. Gemäss fachärztlicher Beurteilung seien psychische Gründe dafür verantwortlich, die nicht in einem rechtserheblichen



## St.Galler Gerichte

Zusammenhang mit dem Unfall stünden. Die gegen diese Verfügung gerichtete Einsprache der Versicherten vom 26. September 2005 wurde von der Suva mit Entscheid vom 27. Januar 2006 abgewiesen.

h) Die IV-Stelle der Sozialversicherungsanstalt des Kantons X. \_\_\_ sprach der Versicherten mit Wirkung ab 15. Januar 2004 wegen lang dauernder Krankheit auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 100% eine ganze Rente der Invalidenversicherung (IV) zu (Verfügung vom 24. Oktober 2005).

B.- a) Gegen den Einsprache-Entscheid der Suva vom 27. Januar 2006 richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. Markus Storchenegger, St. Gallen, für die Versicherte am 1. Mai 2006 eingereichte Beschwerde mit dem Antrag, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin über den 31. August 2005 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. – Zur Begründung wird geltend gemacht, die Beschwerdegegnerin gehe von einem organisch nicht erklärbaren Beschwerdebild aus, das von einer somatoformen Schmerzstörung mit mittelgradiger Depression beherrscht werde. Die weiteren somatischen Diagnosen wie das persistierende Zervikozephal- und Zervikobrachialsyndrom, die geringgradigen klinischen Befunde und degenerativen Veränderungen im Bereich der unteren HWS und die radiologisch einseitige kurze Halsrippe würden schlicht ausgeblendet. Es könne deshalb keine Rede davon sein, dass es beim Beschwerdebild der Beschwerdeführerin an objektivierbaren somatischen Befunden fehle. So habe denn auch Dr. D. \_\_\_ im Bericht vom 26. März 2004 zu Händen der Generali Versicherungen noch erklärt, dass die somatischen Störungen weitaus im Vordergrund stünden, währenddem psychische Störungen nur im Hintergrund zu vermuten seien. Sodann stammten die letzten neurologischen Befunde vom März 2003 und seien nicht mehr aktuell. Ob eine hirnorganische Störung vorliege, sei bis heute nicht abgeklärt worden. Dies sei nun im gerichtlichen Verfahren durch Einholung eines neurologischen und neuropsychologischen Gutachtens nachzuholen. Die Wirbelsäulen-Problematik sei vor dem Unfall kompensiert gewesen und habe durch den Unfall eine dramatische Schmerzentwicklung und psychische Fehlentwicklung ausgelöst, wie sie die Beschwerdeführerin ohne Unfallereignis in diesem Umfang nie und nimmer erlebt hätte. Unerheblich sei, dass es zwischen dem



Unfall und der vollständigen Dekompensation einige Monate mit einer relativen BeschwerdeG.\_\_\_\_heit gegeben habe. Denn eine mit einer Latenzzeit von einigen Monaten auftretende massive Schmerzsymptomatik schliesse eine adäquate Kausalität nicht aus. Zudem habe es unzweifelhaft Brückensymptome gegeben. Bei den gegebenen Umständen seien sowohl die natürliche als auch – gemäss geltender Gerichtspraxis zu den Schleudertrauma-Fällen – die adäquate Kausalität zwischen Unfall und aktuellen Beschwerden zu bejahen.

b) Die Beschwerdegegnerin stellt in ihrer Beschwerdeantwort vom 28. Juni 2006 Antrag auf Abweisung der Beschwerde. Bereits der natürliche Kausalzusammenhang sei gestützt auf das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ zu verneinen, da wahrscheinliche organische Unfallfolgen nicht nachweisbar seien. Auch eine richtungsweisende Verschlechterung der vorbestehenden skoliotischen Fehlhaltung der Wirbelsäule durch den Unfall sei von Dr. F.\_\_\_\_ als nicht nachvollziehbar bezeichnet worden. Ein somatisches Beschwerdebild sei zwar vorhanden, doch sei es nicht unfallkausal. Von einer aktuellen neurologischen und neuropsychologischen Untersuchung seien keine neuen Ergebnisse zu erwarten, denn es hätten bei sämtlichen medizinischen Untersuchungen keine Hinweise auf neuropsychologische Defizite festgestellt werden können. Schliesslich könne der adäquate Kausalzusammenhang nicht nach der Schleudertrauma-Praxis geprüft werden, da es an einem typischen Beschwerdebild nach dem Unfall fehle. Ausser der geschilderten Schmerzproblematik mit Schmerzen am ganzen Körper seien innert der massgebenden Latenzzeit von 72 Stunden keine Beschwerden aufgetreten. Die zur Bejahung der Adäquanz erforderlichen Kriterien lägen weder gehäuft noch einzeln in besonders ausgeprägter Form vor, so dass auch die adäquate Kausalität zu verneinen sei.

c) Mit Replik vom 1. September 2006 machte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin geltend, dass diese beim Unfall einen heftigen Schlag auf den Hinterkopf erlitten habe und gemäss ärztlicher Feststellung sehr wohl kurz das Bewusstsein verloren habe. Sodann sei ein hirnorganischer Defekt sehr wahrscheinlich, nachdem sich die Beschwerdeführerin beim heftigen Aufschlagen auf das Strassenpflaster eine massive Hirnerschütterung zugezogen habe. Im Weiteren gebe es organisch ausgewiesene Unfallfolgen wie die Arthrose, insbesondere die mit dem Unfall ausgelöste Arthrosebildung im HWS-Bereich, und auch die Konzentrations- und



Denkfähigkeitsstörungen stellten ein organisches Substrat dar. Eine neurologische und neuropsychologische Abklärung sei deshalb unerlässlich. Schliesslich müsse das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ als unseriös bezeichnet werden, nachdem Dr. med. G.\_\_\_\_ die an zwei Tagen durchgeführten Untersuchungen wegen der darauf folgenden monatelangen vollständigen Arbeitsunfähigkeit nicht mehr zu Papier gebracht und Dr. F.\_\_\_\_ als Notlösung das Gutachten nach einer ergänzenden, lediglich einstündigen Untersuchung erstellt habe. Es sei deshalb ein Obergutachten anzuordnen.

d) Mit Duplik vom 19. September 2006 hielt die Beschwerdegegnerin fest, dass die nachträglich behauptete Bewusstlosigkeit in den Akten nirgends eine Stütze finde. Hinsichtlich des Gutachterwechsels von Dr. G.\_\_\_\_ zu Dr. F.\_\_\_\_ seien sämtliche Vorgänge in den Akten dokumentiert und der Beschwerdeführerin somit seit langem bekannt. Dennoch weise sie erst in der Replik auf die ihrer Meinung nach erheblichen Mängel hin. Die Darstellung der Beschwerdeführerin in der Replik gebe die tatsächlichen Vorgänge verzerrt wieder, so dass es nicht angebracht sei, von einem unseriösen Gutachten zu sprechen.

e) Die Verfahrensbeteiligten haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

II.

1.- Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Mit ihm sind zahlreiche Bestimmungen im Bereich des Unfallversicherungsrechts geändert worden. Weil in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 E. 1; vorliegend: Unfallereignis vom 20. August 2002), und weil das Versicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falls grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einsprache-Entscheids (hier: 27. Januar 2006) eingetretenen Sachverhalt abstützt (BGE 121 V 366 E. 1b; RKUV 2001 Nr. U 419 S. 101), stellt sich die Frage, ob die vor oder nach dem 1. Januar 2003 geltenden Bestimmungen anwendbar sind. Da das Inkraft-Treten des neuen Gesetzes indessen für die vorliegend streitige Angelegenheit keine materielle Änderung bewirkt, rechtfertigt es sich, in Anwendung



des Grundsatzes der Widerspruchslosigkeit der Rechtsordnung und des daraus abgeleiteten Geltungsprinzips, wonach geltendes neues Recht generell anwendbar ist (RALPH JÖHL, Übergangsrechtliche Probleme im Leistungsrecht der Sozialversicherung, Diss. X.\_\_\_\_ 1996, S. 1 ff.), das seit 1. Januar 2003 geltende Recht anzuwenden.

2.- a) Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 20. August 2002 und erbrachte für die Zeit vom 15. Januar 2003 (Beginn der Arbeitsunfähigkeit) bis 31. August 2005 entsprechende Versicherungsleistungen. Umstritten ist, ob sie auch für die nach dem 31. August 2005 (Leistungseinstellung) geltend gemachten Beschwerden wie andauernde Ganzkörperschmerzen, insbesondere – vor allem linksseitige – Kopfschmerzen sowie Schmerzen im Nacken und in der linken Schulter, verbunden mit einem Taubheitsgefühl in der linken Körperhälfte, sodann weniger ausgeprägte Schmerzen in der übrigen linken und in der rechten Körperseite, generalisierte Müdigkeit, schmerzbedingte Schlafstörungen (vgl. Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2005), Brechreiz, Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen (vgl. Beschwerdeschrift S. 5) und die daraus resultierende vollständige Arbeitsunfähigkeit aufzukommen hat.

b) Gemäss ständiger Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (EVG; ab 1. Januar 2007 Bundesgericht) kann ein nach einem versicherten Unfall aufgetretenes Leiden nur dann als dessen Folge betrachtet werden, wenn und soweit es sicher oder doch zumindest überwiegend wahrscheinlich von jenem Unfall herrührt (natürliche Kausalität; BGE 115 V 133 und 399 sowie 117 V 359 und 369). Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 119 V 338 und 118 V 289). Das Gericht hat vielmehr jene Ursache als kausal zu betrachten, die es von allen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 119 V 9 E. 3c/aa mit Hinweisen). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen, wobei für die Adäquanz nicht die subjektive, sondern die objektive Voraussehbarkeit des eingetretenen Erfolgs entscheidend ist (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Adäquat ist der Kausalzusammenhang dann, wenn ein Ereignis geeignet ist, den eingetretenen Erfolg zu bewirken, so dass an andere Ursachen vernünftigerweise nicht zu denken ist (BGE 117 V 359 und 112 V 30). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den natürlichen Kausalzusammenhang



zu beurteilen, während es dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 und 112 V 30). Nicht jeder natürliche Kausalzusammenhang ist zugleich in rechtlicher Hinsicht adäquat. Der adäquate Kausalzusammenhang ist ein Korrektiv zum naturwissenschaftlichen Ursachenbegriff, der vom Recht als natürliche Kausalität übernommen wurde, aber der Einschränkung bedarf, um für die rechtliche Verantwortlichkeit tragbar zu sein und eine vernünftige Begrenzung der Haftung zu ermöglichen (BGE 122 V 415 E. 2c und 123 III 110 E. 3a).

c) Bei Unfällen mit Schleudertrauma der HWS oder äquivalenter Verletzung spielt bei klar ausgewiesenen organischen Unfallfolgen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Dagegen ist bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen dagegen, dass eine versicherte Person eine der erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar (teilweise) vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a), andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 366 E. 6a und 382 E. 4b festgelegten Kriterien (BGE 127 V 103 E. 5b/bb). Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b).



d) Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind (BGE 122 V 160 E. 1c; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 mit Hinweisen). Diese Anforderungen gelten insbesondere auch für spezialärztliche Gutachten. Zu beachten ist sodann, dass der Versicherer bei der Einholung von Gutachten sinngemäss nach den Bestimmungen des Bundeszivilprozesses (BZP; SR 273) zu verfahren und insbesondere die in Art. 57 ff. BZP genannten Mitwirkungsrechte der Verfahrensbeteiligten zu beachten hat (BGE 125 V 353 E. 3b/bb). Im Hinblick auf die Geltendmachung allfälliger Einwendungen ist der Versicherte über die Person des Gutachters vor dessen Bestellung ins Bild zu setzen. Sodann ist ihm Gelegenheit einzuräumen, sich zu den Fragen an den Sachverständigen zu äussern sowie Abänderungs- und Ergänzungsanträge zu stellen (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 f. E. 5b).

e) Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 108 Abs. 1 lit. c UVG, vgl. auch Art. 61 lit. c ATSG; ULRICH MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zürich 1997, S. 229). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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 (Urteil des EVG vom 3. Juli 2002 [I 537/01] in Sachen B., E. 1c).



3.- a) Zu prüfen ist im Folgenden, ob die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden (vgl. Erwägung 2a) in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 20. August 2002 stehen.

b) Die Beschwerdeführerin hatte am 20. August 2002 einen Unfall mit Sturz auf den Strassenboden erlitten. Der Unfallablauf ist unklar, die Darstellungen der Beschwerdeführerin und des Velofahrers widersprechen sich. Zugunsten der Beschwerdeführerin ist von ihrer eigenen Schilderung auszugehen, wonach sie auf den Rücken stürzte und sich am Boden den Kopf anschlug. Ausser blutenden Schürfwunden an den Ellbogen, einer Schürfung am Hinterkopf und diversen blauen Flecken zog sie sich jedoch keine äusserlich sichtbaren Verletzungen zu. Echtzeitliche Akten zu diesem Ereignis fehlen. In der Replik vom 1. September 2006 brachte ihr Rechtsvertreter zusätzlich vor, dass die Beschwerdeführerin beim heftigen Aufschlagen mit dem Kopf auf das Strassenpflaster kurz das Bewusstsein verloren und sich eine massive Hirnerschütterung zugezogen haben dürfte. Diese Darstellung steht indessen in klarem Widerspruch zu den Akten, hat die Beschwerdeführerin doch eine Bewusstlosigkeit in der Untersuchung bei Dr. B.\_\_\_\_ vom 6. März 2003 nicht nur nicht angegeben, sondern bei der Befragung durch den Aussendienstmitarbeiter der Beschwerdegegnerin am 16. April 2003, bei den Untersuchungen in der Rehaklinik Y.\_\_\_\_ im Mai/Juni 2003 und schliesslich auch bei der umfassenden Begutachtung im Z.\_\_\_\_ im November 2004/April 2005 ausdrücklich verneint. Da sie im Weiteren auch eine Amnesie verneinte, und gemäss eigenen Angaben nach dem Sturz mit dem Radfahrer die Adresse austauschen, ihrem Ehemann telefonieren und anschliessend mit diesem nach Hause gehen konnte, ist davon auszugehen, dass sie entgegen der Behauptung ihres Rechtsvertreters in der Replik keine Hirnerschütterung erlitten hat. Wegen Schmerzen am ganzen Körper suchte die Beschwerdeführerin dann am 22. August 2002, also zwei Tage nach dem Unfall, ihren Hausarzt Dr. A.\_\_\_\_ auf, der jedoch angesichts des Beschwerdebildes kein Arztzeugnis UVG ausstellte und lediglich Schmerzmittel abgab, ohne weitere Untersuchungen vorzunehmen oder Röntgenbilder anzufertigen. Auch blieb die Beschwerdeführerin trotz des Unfalls hundertprozentig arbeitsfähig. Nach einer Woche waren die Beschwerden dann weitgehend zurückgegangen, so dass die Beschwerdeführerin bis auf gelegentliche Kopfschmerzen nahezu beschwerdefrei war und neben der Arbeit wie bis anhin zwei- bis dreimal pro Woche das Fitnesstraining (Krafttraining und Spinning) besuchen



konnte. Weitere Angaben zu den Beschwerden in der Zeit nach dem Unfall sind den ab Februar 2003 entstandenen Akten nicht zu entnehmen.

Im Oktober 2002 kam es gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin zu einer Zunahme der zervikalen Kopfschmerzen. Vom 9. Januar 2003 an ging die Versicherte nicht mehr zur Arbeit, und am 15. Januar 2003 begab sie sich zu Dr. A.\_\_\_\_ in medizinische Behandlung, nachdem sie am 14. Januar 2003 im Anschluss an ein Spinning-Training ein komisches Gefühl im Kopf gehabt habe und es in der folgenden Nacht zu starken Kopf- und Nackenschmerzen gekommen sei (vgl. dazu das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2005, S. 4). Dr. A.\_\_\_\_ diagnostizierte ein posttraumatisches Zervikalsyndrom mit zervikokraniellen Kopfschmerzen (ärztlicher Zwischenbericht vom 28. Februar 2003). Als erster Arzt diagnostizierte Dr. B.\_\_\_\_ aufgrund der am 6. und 11. März 2003 durchgeführten neurologischen und radiologischen Untersuchungen einen Status nach einem HWS-Distorsionstrauma. Die Beschwerdeführerin klagte über vor allem linksbetonte Kopf- und Nackenschmerzen, die in beide Arme ausstrahlten. Dazu stellte Dr. B.\_\_\_\_ fest, dass es zur Entwicklung einer invalidisierenden Schmerzsymp-tomatik und zur Dekompensation einer vorbestehenden ausgeprägten skoliotischen Fehllhaltung der Wirbelsäule gekommen sei. Sodann bestehe wegen einer ebenfalls vorbestehenden kleinen Halsrippe rechts der Verdacht auf ein Thoracic-Outlet-Syndrom. Es bestünden degenerative Veränderungen im unteren Bereich der HWS. Im Bereich der Kopf- und Hirnnerven stellte Dr. B.\_\_\_\_ keine neurologischen Auffälligkeiten, sondern lediglich ausgeprägte und schmerzhaft Muskelverkrampfungen fest. Die belastungsabhängige Muskelschwäche in den Armen sei nicht erklärbar (Bericht vom 17. März 2003). Beim Aufenthalt in der Rehaklinik Y.\_\_\_\_ klagte die Beschwerdeführerin zusätzlich über verstärkte Ausstrahlung der Schmerzen in den rechten Arm, über Schluckschmerzen, schmerzabhängige Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, schmerzbedingte Schlafstörungen, beidseitige Ohrenscherzen, häufigen Schwindel und gelegentliches Erbrechen und machte damit eine weitere Verstärkung der bisherigen Beschwerden sowie eine Symptomausweitung geltend.

c) Ob die Beschwerdeführerin beim Sturz auf den Strassenboden tatsächlich eine HWS-Distorsion erlitten hat, ist fraglich und im Nachhinein nicht mehr feststellbar. Im Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2005 weist Dr. F.\_\_\_\_ darauf hin, dass der



Unfallmechanismus beim Zusammenstoss als absolut unklar und unbekannt bezeichnet werden müsse und an der im Februar/März 2003 gestellten Diagnose eines zervikozephalen und zervikovertebralen Syndroms nach einem HWS-Trauma "stark zu zweifeln" sei. Die Annahme einer HWS-Distorsion erscheint aber auch deshalb zweifelhaft, weil innerhalb der ersten drei Tage nach dem Unfall das "bunte Beschwerdebild" im Sinn der Rechtsprechung (BGE 117 V 359 ff.) nicht aufgetreten ist. Dieses für eine dem Schleudertrauma ähnliche Verletzung der HWS typische Beschwerdebild war in den ersten Tagen nach dem Unfall mit den geklagten Ganzkörperschmerzen nur ansatzweise gegeben. Die weiteren Beschwerden wurde von der Beschwerdeführerin erst Monate später geltend gemacht. Für den vom Rechtsvertreter nachträglich geltend gemachten Bewusstseinsverlust und die erstmals in der Replik erwähnte massive Hirnerschütterung gibt es keine Anhaltspunkte. Vielmehr hält Dr. F.\_\_\_\_ diesbezüglich fest, dass ein Bewusstseinsverlust wie auch eine Commotio cerebri bzw. ein "minimal/mild traumatic brain injury" sowohl aufgrund der Akten als auch aufgrund der Schilderung der Patientin ausser Betracht fielen. Ein Bewusstseinsverlust sei von der Beschwerdeführerin bis anhin klar verneint worden. Für eine traumatische Hirnverletzung fehlten verschiedene Elemente wie die spontane Schilderung entsprechender Symptome, fehlender Bewusstseinsverlust und fehlende Amnesie und schliesslich das Auffallen von kognitiven Problemen bei den Untersuchungen bzw. deren Hervorhebung in den Akten. Hinzu komme, dass die Beschwerden im Sinn von Schmerzen weit überwiegend vorherrschten. Leichte kognitive Störungen im Sinne einer rascheren Ermüdbarkeit oder einer verminderten Konzentrationsfähigkeit seien allein durch die Schmerzen begründbar. Aus diesem Grund sei auch auf eine neuropsychologische Austestung verzichtet worden (vgl. Gutachten vom 2. Mai 2005, S. 10, 13). Insgesamt seien die objektivierbaren Befunde im Vergleich zu den das gesundheitliche Befinden wesentlich stärker beeinflussenden Aspekten des Schmerzverhaltens und der durch den Psychiater festgestellten mittelschweren depressiven Entwicklung äusserst gering. Aus somatischer Sicht halte er einen Zusammenhang zwischen dem heutigen Zustandsbild und dem Unfallereignis höchstens noch für möglich (Gutachten vom 2. Mai 2005, S. 14).

d) Der Unfall hatte mit den erlittenen Schürfwunden und Prellungen zu Verletzungen geführt, die grundsätzlich als leicht bezeichnet werden können. Aus diesem Grund hatte Dr. A.\_\_\_\_ denn auch auf die Erstellung eines Arzteugnisses UVG und weitere



medizinische Abklärungen verzichtet. Die Beschwerdeführerin war wegen ihrer anfänglichen Beschwerden weder arbeitsunfähig geworden noch hatte sie während längerer Zeit an erheblichen Schmerzen zu leiden. Schon im März 2003 hatte Dr. B.\_\_\_\_ keine neurologischen Auffälligkeiten und insbesondere auch keine eigentlichen Unfallverletzungen mehr feststellen können, sondern die Beschwerden mit der Dekompensation der vorbestehenden Fehlhaltung der Wirbelsäule begründet. Dazu hielt er fest, dass der funktionelle Hauptbefund sicherlich die massive, vorbestehende und chronifizierte Haltungsproblematik mit Skoliose der Wirbelsäule und weitgehend fixierter Flexionsfehllhaltung sei. Für Dr. B.\_\_\_\_ war es angesichts dieses Befundes sogar eher erstaunlich, dass die Beschwerdeführerin über so lange Zeit vor dem Unfall bei ihrer Arbeitstätigkeit mit repetitiver Verstärkung der Flexionshaltung keine Beschwerden angegeben habe (vgl. Bericht vom 17. März 2003). Bei den Untersuchungen in der Rehaklinik Y.\_\_\_\_ wurde der bestimmende Einfluss der vorbestehenden Wirbelsäulenproblematik und der degenerativen Veränderungen an der HWS auf die aktuelle Schmerzsituation bestätigt. Durch den Unfall und die starke Arbeitsbelastung in der Zeit nach dem Unfall sei es wahrscheinlich zu einer Aktivierung der Arthrose gekommen, was schlussendlich zur Dekompensation der skoliotischen Fehllhaltung der Wirbelsäule geführt habe. Ein anderweitiger somatischer Befund wurde nicht erhoben. Die Ärzte der Klinik stellten jedoch einen erheblichen psychischen Anteil an der Schmerzsymptomatik fest, indem sie eine Schmerzgeneralisierung bei Gefahr einer Chronifizierung der Schmerzsymptomatik und eine Anpassungsstörung mit gemischt depressiv-ängstlicher Reaktion diagnostizierten und die Empfehlung einer psychiatrischen Begleitung abgaben (vgl. Bericht vom 22. Juli 2003). Im psychiatrischen Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ vom 7. Juli 2004 wird die Tendenz zur Verstärkung der psychischen Komponente mit der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), einhergehend mit einer mittelgradigen depressiven Störung mit somatischem Syndrom, bestätigt. Das Charakteristikum der somatoformen Störung ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Beteuerung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind (vgl. WHO und DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, 5. Aufl. Bern 2005, S. 183). Im Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ ist von einem unspezifischen okzipital,



zervikal sowie lumbal betonten Panvertebral- bis Ganzkörper-Schmerzsyndrom bei geringgradigen klinischen Befunden im Bereich der unteren HWS, degenerativen Veränderungen der unteren HWS sowie radiologisch einseitiger kurzer Halsrippe und ausgeprägter Symptomausweitung, sodann von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), einhergehend mit einer mittelgradigen depressiven Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), die Rede. Diese Diagnosen zeigen, dass mit der vorbestehenden skoliotischen Fehlhaltung der Wirbelsäule zusammenhängende somatische Beschwerden zwar vorhanden sind, diese aber zu einem erheblichen Teil psychisch überlagert sind.

e) Aufgrund der medizinischen Akten steht fest, dass es einige Monate nach dem Unfall zu einer Schmerz- und psychischen Fehlentwicklung gekommen ist, wobei die Frage nach dem Kausalzusammenhang zwischen Unfall und aktuellen Beschwerden aus psychiatrischer Sicht gemäss Dr. E.\_\_\_\_ zu bejahen ist (Gutachten vom 7. Juli 2004, S. 12), aus somatischer Sicht jedoch gemäss Dr. F.\_\_\_\_ nur als möglich und nicht als überwiegend wahrscheinlich bezeichnet werden kann (vgl. Gutachten vom 2. Mai 2005, S. 14). Angesichts der verhältnismässig geringen Anfangsbeschwerden und der rund zweimonatigen, nahezu beschwerdefreien Zeit bis zur recht plötzlich eintretenden Arbeitsunfähigkeit im Januar 2003 erscheint es denn auch als fraglich, ob die von Dr. F.\_\_\_\_ als unspezifisch und äusserst gering bezeichneten somatischen Befunde (Gutachten vom 2. Mai 2005, S. 13 und 14) auf den Unfall zurückgeführt werden können. Denn die akuten Beschwerden wurden bei einem Spinning-Training ausgelöst, und die Dekompensation der Wirbelsäulenproblematik kann auch durch dieses Training erfolgt sein. Dazu hält Dr. F.\_\_\_\_ fest, dass eine eigentliche "Chronifizierungsentwicklung" gar nicht stattgefunden habe, sondern die Entwicklung gemäss den sehr konsistenten und detaillierten Angaben der Patientin vielmehr "sehr perakut" aufgetreten sei (vgl. Gutachten vom 2. Mai 2005, S. 10). Schon die natürliche Kausalität ist somit unklar, doch kann diese Frage offen gelassen werden, da jedenfalls die Adäquanz angesichts des als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen einzustufenden Ereignisses, das nur zu geringfügigen Verletzungen mit kurzer Schmerzphase ohne Arbeitsunfähigkeit und ohne Notwendigkeit einer besonderen ärztlichen Behandlung führte, offensichtlich zu verneinen ist.



f) Bei diesem Ergebnis erübrigen sich die Veranlassung einer neurologischen sowie neuropsychologischen Abklärung und die Einholung eines rheumatologisch-arbeitsmedizinischen Obergutachtens. Das Gutachten des Z.\_\_\_\_, auf welches in erster Linie abgestellt wird und das nach dem gesundheitsbedingten Ausfallen von Dr. G.\_\_\_\_ im Wesentlichen von Dr. F.\_\_\_\_ ausgearbeitet wurde, setzt sich umfassend mit der Beschwerdesymptomatik auseinander. Die getätigten Untersuchungen sind transparent dokumentiert, die Untersuchungsergebnisse ausführlich dargestellt und die Schlussfolgerungen überzeugend begründet. Obwohl die Beschwerdeführerin die Feststellungen im Gutachten schon seit langem kannte und die Mängel nach Meinung ihres Rechtsvertreters derart erheblich sind, dass sie das Gutachten als unseriös erscheinen liessen, hat sie ihre Einwände erst in der Replik vorgebracht, ohne dabei substantiiert aufzuzeigen, inwiefern die Ergebnisse nicht überzeugen. Die pauschalen Einwände gegen das Gutachten des Z.\_\_\_\_ halten einer näheren Überprüfung nicht stand und sind daher zurückzuweisen.

4.- Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen und der angefochtene Einsprache-Entscheid vom 27. Januar 2006 zu bestätigen. Für dieses Verfahren sind keine Gerichtskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.