Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
U 393/05

Urteil vom 27. April 2006
IV. Kammer

Besetzung
Bundesrichterin Widmer, Bundesrichter Schön und Frésard; Gerichtsschreiber Jancar

Parteien
S._____, 1957, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Guy Reich, Münchhaldenstrasse 24, 8008 Zürich,

gegen

Zürich Versicherungs-Gesellschaft, Mythenquai 2, 8002 Zürich, Beschwerdegegnerin

Vorinstanz
Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Winterthur

(Entscheid vom 29. August 2005)

Sachverhalt:
A.
Die 1957 geborene S._____ war seit 1. Oktober 1999 kaufmännische Angestellte bei der Firma B._____ AG in X._____ und damit bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft (nachfolgend Zürich) unfallversichert. Am 7. März 2000 stürzte sie beim Skifahren. Am 8. März 2000 suchte sie Frau Dr. med. H._____, Kinderärztin FMH, auf, die eine Prellung des linken Arms und der Schulter diagnostizierte (Bericht vom 24. März 2000). Seit 20. März 2000 war sie bei Dr. med. W._____, Arzt für Allgemeine Medizin, in Behandlung, der ein traumatisches Cervicalsyndrom, wahrscheinlich eine Commotio cerebri, ein Supraspinatussehnensyndrom links, eine Contusio des linken Ellbogens und eine HWS-Distorsion diagnostizierte (Berichte vom 3. und 25. April 2000). Die Zürich erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld). Sie holte diverse Arztberichte sowie Gutachten der Neurologischen Klinik und Poliklinik, Universitätsspital Y._____, vom 2. April 2002 und des Dr. med. J._____, FMH Innere Medizin spez. Rheumatologie, vom 12. Juni 2003 ein. Mit Verfügung vom 18. Juli 2003 führte sie aus, laut Expertise des Dr. med. J._____ lasse sich eine Kausalität zwischen dem Unfall und den jetzigen Beschwerden nur bedingt begründen.
Gemäss seinem Vorschlag übernehme sie die Kosten für eine 3-monatige Trigger-Punkt Therapie und werde danach keine Leistungen mehr erbringen. Dagegen erhoben am 22. Juli 2003 die SWICA als Krankenversicherer und am 10. September 2003 die Versicherte Einsprache. Erstere zog sie am 2. September 2003 zurück. Die Zürich holte ein Gutachten des Prof. Dr. med. M._____, Klinikdirektor, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, Universitätsspital Y._____, vom 22. März 2004 ein. Mit Entscheid vom 15. April 2004 hiess sie die Einsprache der Versicherten im Sinne der Erwägungen teilweise gut; sie stellte die Leistungen per Ende September 2003 ein und bejahte den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von 10 % (Fr. 10'680.-).
B.
Die hiegegen eingereichte Beschwerde wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Entscheid

vom 29. August 2005 ab.
C.
Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt die Versicherte, es seien ihr die gesetzlichen Leistungen zu entrichten.
Die Zürich schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, während das Bundesamt für Gesundheit auf eine Vernehmlassung verzichtet.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:
1.
1.1 Das kantonale Gericht hat die gesetzlichen Bestimmungen über den Anspruch auf Heilbehandlung (Art. 10 Abs. 1 UVG), ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG) und auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) zutreffend dargelegt. Gleiches gilt zu dem für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod; BGE 129 V 181 Erw. 3.1 mit Hinweisen), zur vorausgesetzten Adäquanz des Kausalzusammenhangs im Allgemeinen (BGE 129 V 181 Erw. 3.2 mit Hinweis) und bei Folgen eines Unfalls mit Halswirbelsäulen(HWS)-Schleudertrauma oder einer diesem äquivalenten Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle (BGE 122 V 415, 117 V 359 ff. und 369 ff.; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 [Urteil C. vom 15. März 2005, U 380/04]; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2). Darauf wird verwiesen.
1.2
1.2.1 Zu ergänzen ist, dass die versicherte Person nach Art. 24 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung hat, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet (Abs. 1). Die Entschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Abs. 2).
1.2.2 Die Normen des ATSG bringen gegenüber der bis 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Rechtslage keine substanziellen Änderungen. Insbesondere die im ATSG enthaltenen Definitionen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG), der Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG) und der Invalidität (Art. 8 ATSG) entsprechen den bisherigen, in der Unfallversicherung von der Rechtsprechung dazu entwickelten Begriffen und Grundsätzen. Keine materiellrechtliche Änderung beinhaltet auch der redaktionell neu gefasste Unfallbegriff des Art. 4 ATSG (BGE 130 V 343 ff.; RKUV 2004 Nr. U 530 S. 576 [Urteil F. vom 5. Juli 2004, U 123/04], Nr. U 529 S. 572 [Urteil G. vom 22. Juni 2004, U 192/03]; Urteil J. vom 24. Mai 2005 Erw. 2.2, U 332/04).
1.2.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 153 Erw. 2.1 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein
leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b mit Hinweisen) und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil O. vom 31. August 2001 Erw. 4b, U 285/00). Der Unfallversicherer hat nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist an sich unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil M. vom 28. September 2005 Erw. 1.2, U 248/05, mit Hinweisen).
1.2.4 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet und nachvoll-

ziehbar sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a; RKUV 2003 Nr. U 487 S. 345 Erw. 5.1 [Urteil B. vom 5. Juni 2003, U 38/01]).
2.
2.1 Im Neurologischen Gutachten des Universitätsspitals Y._____ vom 2. April 2002 wurde ausgeführt, es bestehe ein Status nach HWS-Distorsion und möglicher leichter Commotio cerebri am 7. März 2000. Weiter könne eine Migräne mit Verdacht auf Aura sowie ein episodisches Spannungstyp-Kopfweh diagnostiziert werden. Zusätzlich bestehe ein leichtes Schulter-Arm-Syndrom rechts. Da die Versicherte anamnestisch vor dem Unfall nie an Kopfschmerzen gelitten habe und die aktuellen Kopfschmerzen unmittelbar danach aufgetreten seien, seien sie gemäss allgemein gebräuchlicher Einteilung als posttraumatische Kopfschmerzen zu interpretieren. Eine Schlussbeurteilung sei noch nicht möglich, da die Versicherte bei weitem noch nicht voll austherapiert sei und eine deutliche Abnahme der Kopfschmerzfrequenz und -intensität erwartet werden könne. Aus neurologischer Sicht sei sie zu 100 % arbeitsfähig. Es bestehe kein Integritätsschaden. Empfohlen werde Medikamenten- mit unterstützender Kraniosakraltherapie.
2.2 Am 10. September 2002 wurde im Regionalen MR-Zentrum eine triplanare vertebro-spinale MRT cervicothoracal (C0 bis Th7) durchgeführt. Im Bericht vom 10. September 2002 wurde dargelegt, es lägen diskrete uncarthrotische Degenerationen im Segment C3/C4 und C4/C5 rechts vor. Im Übrigen bestehe ein normales vertebro-spinales MRT im dargestellten Bereich und kein Nachweis einer ostephytär-discalen Wurzelalteration, allfälliger fokaler Myelonläsionen bzw. einer fassbaren Pathologie im Bereich der dargestellten paravertebralen Weichteile oder der Lungenspitzen.
2.3 Der Rheumatologe Dr. med. K._____, Leitender Arzt, Klinik Z._____, diagnostizierte am 2. Februar 2003 ein chronifiziertes Cervico-Brachialsyndrom links bei Status nach Kopfkontusion (Februar 2000), myofaszialer Problematik, Fehlhaltung der Wirbelsäule (Kyphose) und Subluxation des linken AC-Gelenks. Anamnestisch habe die Versicherte nach dem Skiunfall an Nacken- und Schulterbeschwerden links gelitten. Initial sei sie mit Akupressur behandelt worden, unterstützt durch Chiropraktik (beides mindestens zu Beginn hilfreich). Später sei eine Kraniosacralbehandlung erfolgt, worauf wieder mehr Kopfschmerzen aufgetreten seien. Infiltrationen im Schulterbereich und AC-Gelenk hätten die Beschwerden eher verstärkt. Aktuell bestünden Schmerzen im Nacken links mit Ausstrahlung in den Schulterbereich. Ein lokaler Druck unterhalb der linken Clavicula löse Schmerzen im Scapulabereich links aus. Es bestehe kein sicherer Tagesrhythmus, die Beschwerden träten häufig schon morgens auf. Der linke Arm könne nicht schmerzfrei eleviert werden. Bei Kopfrotation nach links trete gelegentlich leichtes Knicken auf. Der Schlaf sei selten gestört. Es bestehe eine diskrete Degeneration der Segmente C3-C5. Das Röntgenbild des AC-Gelenks links zeige eine
minimale Dehiszens. Verbindliche Hinweise für eine cervicale Instabilität habe er nicht finden können. Es seien vor allem myofasziale objektivierbar mit Verkürzungen (z.B. Scaleni, Trapezius, Levator scapulae, Suboccipital-Muskulatur) sowie vereinzelten Triggerpunkten. Zudem bestehe ein falsches Bewegungsmuster vor allem bei Abduktion/Elevation des linken Arms. Erschwerend wirke eine ungünstige Kyphosierung der Brustwirbelsäule (BWS) mit kompensatorischer Lordose cervical, wahrscheinlich verstärkt bei der PC-Arbeit. Eine radikuläre Kompression habe bei der Bildgebung ausgeschlossen werden können. Empfohlen werde konsequent durchgeführte Physiotherapie zur Verbesserung der Weichteilsituation. Unterstützend und begleitend sollte die BWS mobilisiert und aufgerichtet sowie muskulär stabilisiert werden. Eventuell wäre der Einsatz einer analgetischen Akupunktur-Behandlung sinnvoll und erfolgversprechend. Auf eine ausreichende Schmerzbehandlung sei zu achten. Abgesehen von der vorgeschlagenen gezielten Facettengelenks-Infiltration, die vor allem aus differentialdiagnostischen Überlegungen sinnvoll sei, bestehe im Moment keine Veranlassung zu weiteren diagnostischen Massnahmen.
2.4 Der Rheumatologe Dr. med. J._____ diagnostizierte im Gutachten vom 12. Juni 2003 eine chronifizierte myofasziale, zum Teil generalisierende Schmerzsymptomatik links paracervikal, Schultergürtelbereich, ausdehnend bis in den unteren BWS-Bereich parathorakal links mit vereinzelten Triggerpunkten im M. trapezius, Pars descendens und geringer auch M. levator scapulae links; Fehlen von signifikanten degenerativen Veränderungen bei normaler HWS-Konfiguration und fehlenden klinischen Hinweisen für Instabilität; zur Zeit nur partieller Bewegungseinschränkung im Segment C2/3, reversibel; keinen Hinweisen für eine AC-Gelenks- respektive gleonohumerale respektive Rotatorenmanschetten-Symptomatik links; partieller Dislokation im AC-Gelenk von 2-3 mm; Status nach operativer Versorgung einer Claviculafraktur links 1980 mit wahrscheinlich postoperativer Knochenapposition subacromial. Die klinisch reproduzierbar fassbaren Veränderungen entsprächen einer myofaszialen chronifizierten Triggerpunkt-Symptomatik im Bereich paracervikal und Schulter-

gürtel links. Radiologisch fehlten Hinweise für degenerative oder posttraumatische strukturelle Veränderungen, so dass auf Grund des eher moderaten Traumas eine richtunggebende Verschlimmerung nicht
gefunden werden könne. Dass Beschwerden beim Unfall entstanden seien, lasse nicht automatisch darauf schliessen, dass sie nach 3 Jahren noch unfallkausal seien. Die posttraumatische Migräne scheine gemäss Angaben der Versicherten seit längerem und auch aktuell nicht mehr relevant zu sein; sie leide noch an Verspannungen im Nacken-Schultergürtelbereich, aber nicht mehr an den migräneartigen Beschwerden. Rheumatologisch könne er die Kausalität zwischen Unfall und jetzigen myofaszialen Beschwerden nur bedingt begründen. Es bestehe eine erhebliche muskuläre Insuffizienz mit diffusen Dysbalancen bei monotoner, zum Teil repetitiv belastender Tätigkeit mit Blick auf diese Region. Eine Chronifizierung werde auch durch die letztgenannten Faktoren mitbeeinflusst. Die bisherige absolute Therapieresistenz lasse darauf schliessen, dass die gewählten Therapieoptionen nicht genügend oder adäquat gewesen seien. Es sei eine intensive Triggerpunkt-Behandlung mit Verbesserung der Kraftausdauer unter physiotherapeutischer Kontrolle notwendig. Eine Facettengelenks-Infiltration würde er im Moment noch nicht empfehlen, sondern diese Therapieoption mit einer Dauer von 2-3 Monaten im Verlauf beurteilen. Für diese Zeit würde er der Zürich in dieser nicht
ganz klaren Situation der Unfallkausalität die Kostenübernahme empfehlen. Grundsätzlich sollte bei Fehlen von strukturellen Veränderungen im Bereich des Achsenskeletts das Ergebnis gut respektive die Situation viel besser kontrollierbar sein. Im Rahmen einer muskulären Insuffizienz und chronischer Belastung am Arbeitsplatz könnten solche Beschwerden chronifizieren und wären als unfallfremd zu qualifizieren. Bürotätigkeiten seien unter Umständen schmerzverstärkend, da diese Muskelregion beansprucht werde; bei besser konditionierter Muskulatur sei aber die jetzige Tätigkeit grundsätzlich günstig und zumutbar. Der Endzustand sei nicht erreicht. Nach einer dreimonatigen Therapiedauer könne er die Unfallkausalität höchstens als möglich betrachten.

2.5 Prof. Dr. med. M._____ stellte im Gutachten vom 22. März 2004 folgende Diagnosen: chronisches, stark schwankendes zervikospondylogenes Syndrom links bei Status nach Skiunfall am 7. März 2000, mit linksseitigen bis globalen Kopfschmerzen, Schulter-/Armschmerzen links, acromioclaviculärer und sterno-claviculärer Insuffizienz links sowie Parästhesien/Hypästhesie der radialen Finger (leichtes Carpaltunnelsyndrom möglich); rezidivierendes lumbovertebrales Syndrom (belastungsabhängig); Morbus Crohn, Status nach partieller Dünndarmresektion wegen Dünndarmverschluss 1992; Status nach Claviculafraktur links mit operativer Versorgung 1980; Status nach Hysterektomie wegen Myom 1995. Die Versicherte leide seit dem Unfall vom 7. März 2000 an chronischen, linksseitig betonten Kopfschmerzen sowie Schmerzen im Bereich des Nackens mit Ausstrahlung in den linken Arm sowie in die linke Schulterregion. Die Schmerzen seien einerseits stark belastungsabhängig (Überkopfarbeiten mit dem Arm, Hebearbeiten); anderseits könnten sie auch ohne Belastung auftreten (insbesondere Kopfschmerzen). Die Beschwerden seien überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 7. März 2000 zurückzuführen. 1980 sei ein Status nach Claviculafraktur mit operativer
Versorgung bekannt. Danach hätten aber während 20 Jahren keine Beschwerden bestanden, weshalb dieses Ereignis als ausgeheilt betrachtet werden müsse. Der Unfall selbst sei geeignet gewesen, die gegenwärtigen Beschwerden auszulösen, insbesondere auch die Insuffizienz des acromioclaviculären und sterno-claviculären Übergangs. Eine weitere Behandlung der Unfallfolgen dürfte nicht zu einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes führen. Erfahrungsgemäss lasse sich eine Insuffizienz des acromioclaviculären sowie sternoclaviculären Übergangs nicht durch weitere Massnahmen verbessern. Es sei deshalb von einem stationären Verlauf auszugehen. Intermittierend stärkere Beschwerdeexazerbationen, insbesondere wenn verbunden mit HWS-Blockaden und/oder muskulären Myogelosen und grösseren Muskelverhärtungen, bedürften jeweils einer lokalen Therapie (Physiotherapie bzw. Mobilisation). Die Beschwerden seien etwa stationär seit Ende 2002, weshalb der Endzustand seit damals erreicht sein dürfte. Im Beruf als kaufmännische Angestellte bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Es müsse nur eine leichte Umstellung in Kauf genommen werden: So könne z.B. ein Ordner nicht mehr mit der (dominanten) linken Hand aus dem Gestell genommen werden, sondern müsse
mit der rechten Hand gehoben werden; längere sitzende Tätigkeit müsse gelegentlich durch Aufrichteübungen bzw. kurzes Herumgehen unterbrochen werden. Es müsse aber intermittierend mit einem kurzfristigen Arbeitsausfall gerechnet werden, nämlich dann, wenn die Schmerzen (insbesondere Kopfschmerzen) sich stark steigerten und damit eine berufliche Tätigkeit während dieser Zeit nicht möglich sei. Beeinträchtigungen träten vor allem bei schwererer Haushalttätigkeit auf, daneben bei den früher sehr umfangreichen sportlichen Tätigkeiten, von denen einige nicht mehr ausgeübt werden könnten. Überkopf- und Überschulterarbeiten, Heben von Gewichten sowie Tätigkeiten mit regelmässiger Kopfrotation seien nicht mehr zumutbar. Auch das Krafttraining

könne für die oberen Extremitäten nur noch eingeschränkt durchgeführt werden. Den Integritätsschaden schätze er auf 10 %; dies stütze sich auf die Einschränkung der Lebensqualität insgesamt, die strukturellen Veränderungen im acromioclaviculären Gelenk, im clavio-sternalen Übergang und die eingeschränkte HWS-Rotation bei ausgeprägtem zerviko-cephalen Syndrom (Kopfschmerzen linksseitig). Diese Beschwerden dürften auch bei weiterer optimaler Therapie nicht bessern. Eine allfällig leichte
Verschlechterung im Bereich der Gelenksverbindungen acromio- und sterno-claviculär sei in dieser Schätzung nicht mitberücksichtigt.
3.
3.1 Die Zürich legte im Einspracheentscheid vom 15. April 2004 dar, bezüglich der Schulterproblematik sei bildgebend eine leichte Dehiszenz des acromioclaviculären Gelenks dokumentiert. Es handle sich um einen objektivierbaren Befund, so dass sich die natürliche und adäquate Kausalität deckten und zu bejahen seien. Hinsichtlich der HWS-Problematik sei die Adäquanz nach der Schleudertrauma-Praxis zu verneinen, da von den erforderlichen sieben Kriterien lediglich zwei (ungewöhnlich lange Behandlungsdauer und Dauerschmerzen) erfüllt seien. Gemäss Prof. Dr. med. M._____ sei der Endzustand Ende 2002 erreicht worden. Unter Berücksichtigung der Verfügung vom 18. Juli 2003 werde er auf Ende September 2003 festgelegt. Mangels Erwerbseinbusse sei die Versicherte nicht invalid, weshalb keine Leistungen mehr zu erbringen seien. Die Integritätsentschädigung betrage laut Prof. Dr. med. M._____ 10 %.
3.2 Die Vorinstanz hat erwogen, der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den andauernden Beschwerden sei gegeben. Diese seien indessen bildgebend nicht darzustellen. Eine eingeschränkte Kopfrotation und ein muskulärer Hartspann seien keine objektivierbare Grundlage für die geklagten Beschwerden. Die Adäquanzbeurteilung habe demnach nach den für HWS-Schleudertraumen massgebenden Regeln zu erfolgen. Von den sieben relevanten Kriterien sei nur eines gegeben (lange Behandlungsdauer); zwei seien teilweise erfüllt (Dauerbeschwerden, schwieriger Heilungsverlauf). Da ein mittelschwerer Unfall im unteren Bereich vorliege, sei die adäquate Kausalität zu verneinen. Daran ändere die Zusprechung der Integritätsentschädigung nichts.
3.3 Die Versicherte macht geltend, die Zürich habe die Adäquanz bezüglich der Schulterproblematik anerkannt, da diese strukturell nachweisbar sei. Diese sei mit der Integritätsentschädigung abgegolten worden. Im Vordergrund stünden jedoch die HWS-Beschwerden, die gemäss Prof. Dr. med. M._____ auch künftig eine Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit mit sich bringen könnten. Der Unfall sei mittelschwer und mit einer gewissen Dramatik verbunden gewesen. Erfüllt seien die Kriterien der langen Behandlungsdauer, der Dauerbeschwerden, des schwierigen Heilungsverlaufs und des Grades sowie der Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Die Adäquanz sei demnach zu bejahen. Es gehe nicht an, die Kopfschmerzen im Rahmen der Integritätsentschädigung, hingegen nicht bei der Adäquanz zu berücksichtigen.
4.
4.1
4.1.1 Gemäss den Berichten des Dr. med. W._____ vom 3. und 25. April 2000, des Chiropraktors Dr. A._____ vom 3. Juli 2000 und der Expertise der Neurologischen Klinik des Universitätsspitals Y._____ vom 2. April 2002 erlitt die Versicherte beim Unfall vom 7. März 2000 eine HWS-Distorsion. Dr. med. W._____ führte am 25. April 2000 aus, seit dem zweiten Unfalltag beklage die Versicherte Übelkeit, Erbrechen sowie gelegentlich Schlafstörungen und Depressionen. Sie leide an leichtem Schwindel, Spontanschmerzen im Kopf (frontal/okzipital) und Nacken links mit Ausstrahlung in die linke Schulter sowie an einer HWS-Bewegungseinschränkung. Der psychische Zustand sei beeinträchtigt. Das Universitätsspital Y._____ legte am 2. April 2002 anamnestisch dar, nach ihren Angaben habe die Versicherte unmittelbar nach dem Unfall (nicht sehr starke) Kopfschmerzen gehabt. Am Abend des Unfalltages habe sie zunehmende Schmerzen im Nacken-/Kopfbereich sowie in Schulter und Arm links gehabt. Später seien auch Nausea und Erbrechen aufgetreten, weshalb sie am nächsten Tag zum Arzt gegangen sei. Es trat mithin innerhalb der von der Rechtsprechung anerkannten Latenzzeit (RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29; Urteil A. vom 24. Oktober 2005 Erw. 4.2.1, U 90/05) das für eine HWS-Distorsion typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden auf. Damit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin eine HWS-Distorsion erlitten hat. Dies ist denn auch unbestritten.

Zudem zog sie sich die Versicherte eine Verletzung der Schulter und des Arms/Ellbogens links zu (Berichte der Frau Dr. med. H._____ vom 24. März 2000, des Dr. med. W._____ vom 3. und 25. April 2000

sowie der Klinik Z._____ vom 2. Februar 2003; Gutachten des Prof. Dr. med. M._____ vom 22. März 2004).
Soweit das Universitätsspital Y._____ am 2. April 2002 ausführte, es bestehe auf Grund des Unfalls vom 7. März 2000 ein leichtes Schulter-Arm-Syndrom rechts (Erw. 2.1 hievor), ist dies offensichtlich aktenwidrig. Anamnestisch wurde in diesem Gutachten denn auch richtigerweise von einer Verletzung des linken Ams und der linken Schulter ausgegangen.
4.1.2 Dr. med. W._____ verneinte am 25. April 2000 eine Benommenheit oder Bewusstlosigkeit der Versicherten beim Unfall vom 7. März 2000, erachtete aber eine leichte Commotio cerebri als wahrscheinlich. Das Universitätsspital Y._____ erachtete am 2. April 2002 eine leichte Commotio cerebri bloss als möglich. Dr. med. J._____ verneinte einen Bewusstseinsverlust beim Unfall und das Vorliegen einer Commotio cerebri (Gutachten vom 12. Juni 2003). Auch Prof. Dr. med. M._____ ging in der Expertise vom 22. März 2004 davon aus, dass kein Bewusstseinsverlust vorlag; eine Commotio cerebri diagnostizierte er nicht. Ob eine solche vorlag, kann indessen offen bleiben (vgl. Erw. 7.3 und 8.2.1 hienach).
4.2 Die Zürich und die Vorinstanz haben den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 7. März 2000 und den im Zeitpunkt des Einspracheentscheides (15. April 2004) weiterhin bestehenden Beschwerden (chronische, linksseitig betonte Kopfschmerzen sowie Schmerzen im Bereich des Nackens mit Ausstrahlung in den linken Arm sowie in die linke Schulterregion; Erw. 2.5 hievor) bejaht. Dies ist nicht zu beanstanden.
5.
Streitig und zu prüfen ist, ob auch der adäquate Kausalzusammenhang gegeben ist.
5.1 Gemäss der Expertise des Prof. Dr. med. M._____ waren aktuell keine therapeutischen Leistungen nötig. Er legte jedoch dar, die zu erwartenden stärkeren Beschwerdeexazerbationen bedürften jeweils einer lokalen Therapie (Physiotherapie bzw. Mobilisation; Erw. 2.5 hievor).

Die Versicherte beantragt denn auch keine konkreten aktuellen Leistungen, sondern verlangt im Rahmen der Beschwerdebegründung die Bejahung der Adäquanz im Hinblick auf die absehbaren künftigen Arbeitsunfähigkeiten und medizinische Behandlungen.
5.2 Diesbezüglich ist das schutzwürdige Interesse an der Aufhebung oder Abänderung des angefochtenen Entscheides (Art. 103 lit. a OG) zu bejahen, weil die rechtskräftige Verneinung der adäquaten Kausalität (vorbehältlich der prozessualen Revision) zur Ablehnung sämtlicher aktueller und künftiger Leistungsbegehren auf Grund des Unfalls vom 7. März 2000 und seiner beurteilten Folgen führen würde, egal ob es um Heilbehandlung, Taggelder, Invalidenrenten oder die Integritätsentschädigung geht (BGE 127 V 102; Urteile H. vom 10. Januar 2005 Erw. 1.1, U 269/04, und H. vom 22. Oktober 2003 Erw. 3.4.2, U 210/00).
6.
Gemäss Prof. Dr. med. M._____ sind die Beschwerden seit 2002 stationär, weshalb der Endzustand seit damals erreicht sein dürfte. Eine weitere Behandlung dürfte nicht zu einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes führen, weshalb von einem stationären Verlauf auszugehen sei (Erw. 2.5 hievor). Unter diesen Umständen ist der unfallbedingt erforderliche Heilungsprozess abgeschlossen. Hieran ändert nichts, dass bei stärkeren Beschwerdeexazerbationen auch künftig mit einer vorübergehenden Therapiebedürftigkeit zu rechnen ist (Erw. 5.1 hievor). Denn dies dient nur der Erhaltung des bestehenden Gesundheitszustandes. Demnach erweist sich die Adäquanzbeurteilung nicht als verfrüht (in HAVE 2004 S. 119 zusammengefasstes Urteil K. vom 11. Februar 2004, U 246/03, Urteil H. vom 10. Januar 2005 Erw. 1.3, U 269/04, je mit Hinweisen; vgl. auch Urteil P. vom 15. Oktober 2003 Erw. 3.3, U 154/03).
7.
7.1 Die Vorinstanz hat hinsichtlich sämtlicher Beschwerden ausgeführt, sie seien durch bildgebende Untersuchungen nicht nachweisbar, weshalb die Adäquanz nach der Schleudertrauma-Praxis zu prüfen sei.

Dem kann nicht gefolgt werden. Die Zürich hat richtig erkannt, dass im linken Schultergelenk bildgebend eine leichte Dehiszens von 2-3 mm dokumentiert ist. Diesbezüglich liegt mithin ein organisches Substrat vor, weshalb die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers keine Rolle spielt (BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb mit Hinweisen).
7.2 Gemäss Bericht des Regionalen MR-Zentrums vom 10. September 2002 bestehen im Weiteren diskrete uncarthrotische Degenerationen der HWS-Segmente C3-C5 rechts.

Nach unfallmedizinischer Erfahrungstatsache kann eine richtunggebende, mithin dauernde, unfallbedingte Verschlimmerung einer vorbestandenen, degenerativen Erkrankung der Wirbelsäule nur als nachgewiesen gelten, wenn ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen nach einem Trauma radioskopisch erstellt sind (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 f. Erw. 3a, Urteil M. vom 28. September 2005 Erw. 2.1, U 248/05, je mit Hinweisen). Auf Grund der Aktenlage trifft dies im Falle der Beschwerdeführerin nicht zu.
7.3 Nach dem Gesagten ist der Zürich beizupflichten, dass mit Ausnahme der Schulter-/Armproblematik links sämtliche Beschwerden (Erw. 4.2 hievor) organisch nicht (hinreichend) nachweisbar sind. Abgesehen von den Ersteren richtet sich die Adäquanzbeurteilung mithin nach den in BGE 117 V 366 ff. Erw. 6 festgelegten Kriterien, was unbestritten ist.
8.
8.1 Nach ihren Angaben befuhr die Versicherte am 7. März 2000 im Gebiet G._____ eine ehemalige Frauenabfahrtspiste in relativ steilem Terrain. Wegen eines sie überholenden Skifahrers sei sie erschrocken, worauf sich ihre Skis verkantet hätten und sie auf hartem Schnee über mehrere Meter Kopf voran in eine Eiswand gestürzt sei. An dieser sei sie mit dem Kopf und der linken Schulter aufgeschlagen. Sie habe sich danach leicht schwindlig gefühlt, aber noch wenig Schmerzen verspürt und bis zur Talstation fahren können. Am gleichen Abend hätten die Schmerzen zugenommen und sie habe erbrechen müssen, weshalb sie am nächsten Tag eine Ärztin aufgesucht habe.

Die Vorinstanz hat diesen Unfall zu Recht als mittelschweres, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis qualifiziert. Weiter hat sie auf Grund der medizinischen Unterlagen mit zutreffender Begründung, auf die verwiesen wird, dargelegt, dass die adäquate Kausalität zwischen dem Unfall und den geklagten Beschwerden (mit Ausnahme der Schulter-/Armproblematik links, vgl. Erw. 7.1 und 7.3 hievor) ab 1. Oktober 2003 zu verneinen ist.
8.2 Hieran vermögen die Einwendungen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde nichts zu ändern.
8.2.1 Unbestritten ist, dass die beiden Kriterien der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen sowie der ärztlichen Fehlbehandlung nicht erfüllt sind.

Die Diagnose einer HWS-Distorsion vermag für sich allein die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung nicht zu begründen (Urteil J. vom 20. Mai 2005 Erw. 3.3.3, U 279/04). Die zusätzlich von der Versicherten erlittenen Verletzungen vermögen zu keinem anderen Ergebnis zu führen, selbst dann nicht, wenn auch von einer leichten Commotio cerebri auszugehen wäre (Erw. 4.1 hievor; vgl. auch Urteil S. vom 13. Juni 2005 Erw. 2.3, U 276/04).
8.2.2 Im Weiteren kann bezüglich des Unfalls vom 7. März 2000 nicht von einer besonderen Eindrücklichkeit oder besonders dramatischen Begleitumständen gesprochen werden.
8.2.3 Unbestritten ist, dass die Versicherte drei Wochen nach dem Unfall wieder zu 50 % an die Arbeit zurückkehrte. Nach fünf Wochen war sie wieder voll arbeitsfähig. Danach war sie pro Jahr insgesamt jeweils während etwa 3 bis 4 Wochen teilweise oder vollständig arbeitsunfähig. Das Kriterium des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist damit nicht gegeben. Zu keinem anderen Ergebnis führt das Vorbringen der Versicherten, es sei auch künftig mit Arbeitsausfällen von jährlich 3 bis 4 Wochen zu rechnen (vgl. auch RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 [Urteil L. vom 30. August 2001, U 56/00]).
8.2.4 Praxisgemäss wird eine Behandlungsbedürftigkeit während zwei bis drei Jahren nach einer HWS-Distorsion noch als üblich betrachtet (Urteil J. vom 20. Mai 2005 Erw. 3.3.4, U 279/04). Die Vorinstanz hat das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung zu Recht bejaht. In besonders ausgeprägter Weise ist es indessen nicht erfüllt. An diesem Ergebnis ändert nichts, dass auch künftig bei stärkeren Beschwerdeexazerbationen mit einer vorübergehenden lokalen Therapiebedürftigkeit (Physiotherapie bzw. Mobilisation) zu rechnen ist (Erw. 2.5 und 5.1 hievor). Anzufügen bleibt, dass den verschiedenen Abklärungsmassnahmen und den blossen Kontrollen beim Hausarzt nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zukommt (Urteil K. vom 25. Oktober 2004 Erw. 4.4.5, U 61/03).
8.2.5 Gemäss der Expertise des Prof. Dr. med. M._____ sind die Schmerzen der Versicherten einerseits stark belastungsabhängig (Überkopfarbeiten mit dem Arm, Hebearbeiten); anderseits könnten sie auch ohne Belastung auftreten (insbesondere Kopfschmerzen). Sie gebe Einschränkungen vor allem im Haushalt (Nacken- und Armschmerzen bei schwereren Arbeiten), bei der Hobbyausübung (Aufgabe oder Einschränkung früherer

Sportbetätigungen) sowie beim Autofahren (Kopfdrehen auf die Seite in Phasen stärkerer Schmerzen stark eingeschränkt) an. Im Beruf sei sie nicht wesentlich eingeschränkt; die Einschränkung beziehe sich vorwiegend auf nur gelegentliche Hebearbeiten (z.B. könne ein Ordner nicht links aus dem Gestell gezogen werden).

Unter diesen Umständen ist das Kriterium der Dauerbeschwerden nur teilweise und jedenfalls nicht in ausgeprägter Weise erfüllt.
8.2.6 Die Vorinstanz hat das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs als teilweise erfüllt angesehen, wobei von erheblichen Komplikationen nicht gesprochen werden könne.

Für die Bejahung dieses Kriteriums bedarf es besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil H. vom 21. September 2005 Erw. 5.3.6, U 141/05, mit Hinweis). Solche Gründe sind hier entgegen der Vorinstanz nicht ersichtlich.
8.2.7 Nach dem Gesagten sind höchstens zwei Kriterien (ungewöhnlich lange Behandlungsdauer und Dauerbeschwerden) zu bejahen. Da sie nicht in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, reicht es nicht aus, um die Adäquanz zu bejahen (BGE 117 V 367 f. Erw. 6b).
8.3
8.3.1 Die Versicherte macht geltend, es gehe nicht an, die Adäquanz hinsichtlich der Kopfschmerzen zu verneinen, sie aber bei der Integritätsentschädigung zu berücksichtigen.
8.3.2 Prof. Dr. med. M._____ berücksichtigte im geschätzten Integritätsschaden von total 10 % neben der Einschränkung der Lebensqualität insgesamt sowie der Schulterproblematik links auch die eingeschränkte HWS-Rotation bei ausgeprägtem zerviko-cephalen Syndrom (linksseitige Kopfschmerzen; Erw. 2.5 hievor).

Indem die Zürich und die Vorinstanz diesen Integritätsschaden übernahmen, bejahten sie implizit auch die adäquate Kausalität zwischen dem Unfall und den HWS-Beschwerden (inkl. linksseitige Kopfschmerzen). Dies ist nach dem in Erwägung 7.3 und 8.1 f. hievor Gesagten nicht korrekt, zumal es nicht zulässig ist, im Rahmen der Adäquanzprüfung einen je nach der konkret zur Diskussion stehenden Leistung unterschiedlichen Massstab anzulegen (Erw. 5.2 hievor; BGE 127 V 102).

Die Integritätsentschädigung von 10 % (Fr. 10'680.-) ist daher grosszügig. Da sie jedoch von keiner Seite in Frage gestellt wird, hat es dabei sein Bewenden.

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.
Luzern, 27. April 2006
Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Die Vorsitzende der IV. Kammer: Der Gerichtsschreiber: