

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2005/83 vom 10. Januar 2007**

Sg Versicherungsgericht, 2007-01-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2005\\_83](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2005_83)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2005/83 du 10 janvier 2007

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2005/83 del 10 gennaio 2007

## **Regeste**

Art. 6 UVG; Art. 10 Abs. 1 und Art. 19 Abs. 1 UVG. Leistungseinstellung im Fall einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung bei krankheitsbedingtem Vorzustand. Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs und Bestätigung der Leistungseinstellung rund zwei Jahre nach dem Unfall (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. Januar 2007, UV 2005/83).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der erstbehandelnde Arzt Dr. B.\_\_\_\_ bestätigte im Nachgang zum Unfall vom 7. April 2003 eine HWS-Distorsion ohne Kopfanprall sowie eine eingeschränkte HWS-Beweglichkeit und Schmerzen in der Schulter und im Nacken rechts (Suva-act. 1). Dr. med. D.\_\_\_\_ hielt in der Beurteilung vom 1. Juli 2003 eine Osteochondrose C5/C6 mit Spondylose sowie minimale grenzwertige Instabilität C4/C5 ohne Hinweis für eine Instabilität C5/C6 fest. Der cranio-cervicale Übergang sei unauffällig. Ossär bestehe keine Pathologie (Suva-act. 13). Suva-Kreisarzt Dr. med. E.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 1. Juli 2003 unter anderem fest, im Nachgang zur distorsionellen Schädigung der unteren HWS bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen und ohne Hinweis auf ossäre Läsionen oder neurologische Ausfälle hätten sich keine Hinweise auf eine Commotio cerebri bzw. mild traumatic brain injury ergeben; es würden die Kardinalsymptome des Bewusstseinsverlusts und/oder der Amnesie fehlen. Neben dem mässigen cervicobrachialen Syndrom rechts klage die Beschwerdeführerin über persistierende Konzentrations- bzw. Frischgedächtnisstörungen. Angesichts des protrahierten Verlaufs seien weitergehende Abklärungen indiziert: Erweiterte konventionelle Röntgenabklärung der HWS, craniocervikales MRI. Die degenerativen Veränderungen im Bereich der unteren HWS einerseits sowie die kombinierte Acceleration und Deceleration (die Letztere bei gedrehtem Kopf und ohne Wahrnehmung des bevorstehenden Aufpralls) seien wahrscheinliche Erklärungen für den protrahierten Verlauf (Suva-act. 14). Eine cranio-cerebrale Kernspintomographie vom 15. Juli 2003 ergab gemäss Bericht der Klinik F.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2003 eine Streckfehlhaltung und leichtgradige Kyphosierung der HWS C4-C6 im Rahmen von degenerativen Veränderungen im Sinn von Bandscheibendehydratation, begleitet von Osteochondrose und dorsal akzentuierter Spondylosis deformans. Im weiteren wurde eine fortgeschrittene Uncovertebralarthrose C5/C6 sowie eine leichte Uncovertebralarthrose C4/C5 und C6/C7, eine minime linkskonvexe Skoliose im cervico-thorakalen Übergang und ansonsten ein normales übriges vertebrospinales Kernspintogramm C0-Th5, insbesondere ohne Hinweise auf das Vorliegen posttraumatischer disco-ligamentärer Veränderungen, bestätigt (Suva-act. 21). Dr. phil. H.\_\_\_\_, neuropsychologische Praxis, diagnostizierte am 16.

September 2003 eine Belastungsminderung mit leichter kognitiver Funktionseinschränkung (Konzentration) bei Status nach HWS-Distorsionstrauma am 7. April 2003. Im Vordergrund der Befunde stünden Einschränkungen und Leistungsschwankungen im Bereich der Aufmerksamkeit und Konzentration. In den anderen geprüften Funktionen lägen durchschnittliche Befunde vor. Die partiellen leichten Leistungsschwankungen im Gedächtnisbereich seien weitgehend durch die psychischen Reaktionen zu erklären. Die Befunde seien in ihrer Art mit einem Zustand nach HWS-Distorsionstrauma mit anhaltender Beschwerdepromotik vereinbar. Die von der Beschwerdeführerin berichteten Gedächtnisstörungen hätten sich in der Untersuchung nicht objektivieren lassen; die Gedächtnisfelleistungen im Alltag entstünden wahrscheinlich eher konzentrationsbedingt. Unter Umständen könnte die Beschwerdeführerin von einem Hirnleistungstraining profitieren. Die Therapiemotivation/-ausdauer erscheine jedoch fraglich. Die psychische Verfassung der Patientin sei im Auge zu behalten (Suva-act. 29).

Dr. med. G. \_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, gelangte im Bericht vom 20. Februar 2004 zum Schluss, von den initial vorhandenen Gedächtnis- und Schlafstörungen habe sich die Patientin im Verlauf weitestgehend erholt. Bei der klinisch-neurologischen Untersuchung habe sich eine schmerzhaft eingeschränkte HWS-Beweglichkeit sowie eine leicht verspannte und rechtsbetont druckdolente Nackenmuskulatur feststellen lassen. Radikuläre sensomotorische Ausfälle im Bereich der oberen Extremitäten hätten nicht bestanden. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei aus rein neurologischer Sicht schwierig. Eine verminderte Belastbarkeit sei zum Teil für längere Zeit für Patienten mit Status nach HWS-Distorsionstrauma bekannt. Häufig würden hierbei unbewusste psychische Faktoren eine nicht unerhebliche Rolle spielen und müssten bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt werden. Aus rein neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit bei der Beschwerdeführerin nicht mehr als 20% eingeschränkt (Suva-act. 42).

Im Zwischenbericht vom 22. Juni 2004 diagnostizierte Dr. B. \_\_\_\_, eine chronische Belastungsstörung bei Status nach HWS-Distorsionstrauma (Suva-act. 48). PD Dr. C. \_\_\_\_, berichtete im Nachgang zu einer Begutachtung der Beschwerdeführerin am 26. Januar 2005, in den neuropsychologischen Testungen, bisher zweimal und zuletzt im Rahmen dieser Begutachtung durchgeführt, seien Belastungsintoleranz und Konzentrationsprobleme im Einzelnen verifiziert worden. Gedächtnisprobleme im engeren Sinn seien keine gefunden worden. Aktuell seien die mentalen Defizite insgesamt als leicht bis mittelschwer eingestuft und die Arbeitsfähigkeit in den bisherigen Tätigkeiten als 30-50% reduziert eingeschätzt worden. In der klinisch-neurologischen Untersuchung hätten sich aktuell keine objektiven Ausfälle gefunden; lediglich endphasig habe die Patientin bei Bewegung in der Halswirbelsäule Schmerzen angegeben. Die radiologischen Abklärungen seien zusammen mit PD Dr. I. \_\_\_\_, angeschaut worden. Aufgrund des zeitlichen Verlaufs bestehe zumindest ein mittelbarer Zusammenhang zwischen Unfall und Beschwerden. Das Beschwerdebild erscheine relativ typisch nach einem derartigen Trauma. So genannte funktionelle Beschwerden könnten davon nicht eindeutig abgegrenzt werden. Für eine milde traumatische Hirnverletzung bestünden keine klaren Hinweise. Das Beschwerdebild sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 7. April 2003 zurückzuführen. Unfallbedingte und nicht unfallbedingte Beschwerden könnten kaum unterschieden werden. Das Krankheitsbild sei auffallend therapieresistent in Relation zum eher leichten bis mittelschweren Trauma. Dass unfallfremde Ursachen eine entscheidende Rolle spielen würden, könne er nicht weiter belegen. Eine gleichzeitige relevante psychische Störung könne nur äusserst vage vermutet werden. Für Büroarbeiten sehe er

höchstens eine leichtgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 25%. Für körperlich anstrengende Arbeiten (Mahlzeiten-Zubereitung, Abwaschen/Tisch-Decken, Einkaufen, Putzen/Aufräumen, Waschen/Bügeln, handwerkliche Tätigkeiten, Haustiere/Pflanzen/Garten) sei die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zwischen 25 und 50%. Die Beeinträchtigung der Integrität liege bei 10% (belastungsabhängige Schmerzen und damit assoziiert neurokognitive Probleme). Eine Beeinträchtigung der geistigen Integrität liege nicht vor. Als Teilzeit-Reiki-Therapeutin bestehe keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit, C.\_\_\_\_ bei Berücksichtigung der unfallbedingten Beschwerden organischer Genese noch bei Berücksichtigung des Beschwerdebildes. Als Teilzeit-Keramikmal-Kursleiterin sei die Beschwerdeführerin zu 25 bis 50% eingeschränkt (Suva-act. 77). Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 10. Dezember 2004 wurde unter anderem zusätzlich festgehalten, aufgrund der unspezifischen kognitiven Funktionsstörungen mit Verschlechterung sei von einer vor allem schmerz- und psychisch bedingten kognitiven Leistungsstörung auszugehen. Ob andere Ursachen für die Verschlechterung bzw. die kognitive Leistungsminderung in Frage kommen würden, müsse aus medizinischer Sicht bestimmt werden. Wenn allein die kognitiven Störungen berücksichtigt würden, sei der Beschwerdeführerin eine Arbeitszeit von 70% mit einem leistungsmässigen Umfang von 60-80% zumutbar. Die Prognose sei jedoch schlecht aufgrund der im Vordergrund stehenden Belastungsminderung (Suva-act. 76). Im Juni 2006 wurde die Beschwerdeführerin in der MEDAS abgeklärt. Die Gutachter hielten im Bericht vom 28. September 2006 unter anderem fest, das neurologische Konsilium habe vollkommen normale Befunde ergeben. Aus psychiatrischer Sicht zeige es sich, dass die Beschwerdeführerin psychisch gesund sei. Es gebe keine psychiatrischen Befunde, welche die Arbeitsfähigkeit einschränken würden. Aus neuropsychologischer Sicht ergäben sich vollkommen alters- und ausbildungsadäquate mentale Leistungen bei im Vordergrund stehender Schmerzproblematik und damit verbundener reduzierter Belastbarkeit. Einzig die somatisch-rheumatologische Sicht begründe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. An der Halswirbelsäule zeige sich ein rechtsbetontes Zervikalsyndrom bei degenerativen Veränderungen vor allem der Etagen C4/5 und C5/6. Ebenfalls könnten leichtgradige degenerative Veränderungen am rechten Schultergelenk dokumentiert werden. Diese Beschwerden würden zu einer 20%igen Einschränkung der vielfältigen Tätigkeiten der Beschwerdeführerin führen. Die Arbeitsfähigkeit betrage in der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Administration des eigenen Geschäfts, als Reiki-Therapeutin oder Porzellan-Malerin 80%. Eine alternative Tätigkeit mit anderweitiger Beurteilung der Arbeitsfähigkeit könne nicht angegeben werden (Gutachten S. 13f). Im rheumatologischen Konsilium beantwortete Dr. med. K.\_\_\_\_ Zusatzfragen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers dahingehend, dass er den unfallbedingten Anteil des heutigen Beschwerdebildes auf ca. 1/3 schätze (act. G 21).

## **E. 2**

a) Ist ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Hierbei genügt es für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt

(BGE 117 V 359 Erw. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 Erw. 3e). Im Rahmen freier rechtlicher Beweiswürdigung haben die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auch solche medizinische Berichte zu würdigen, welche die Wahrscheinlichkeit der natürlichen Kausalität nicht allein vom sicheren Nachweis neurologischer Ausfälle oder entsprechender Befunde mit bildgebenden Untersuchungsmethoden (Computertomogramme usw.) abhängig machen. Einzubeziehen sind in diesem Zusammenhang auch nichtärztliche Auskünfte über Leistung und Verhalten des Versicherten vor und nach dem Unfall (BGE 117 V 369 Erw. 3e). Hingegen bilden auch bei Schleudertraumen der Halswirbelsäule zuallererst die medizinischen Fakten die massgeblichen Grundlagen für die Kausalitätsbeurteilung. Die geklagten Beschwerden müssen medizinisch einer fassbaren gesundheitlichen Beeinträchtigung zugeschrieben werden können, welche ihrerseits mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem versicherten Unfall steht. Dass eine Teilursächlichkeit des Unfalls für eine Kausalitätsbejahung ausreicht, bedeutet nicht, dass blosser Klagen über diffuse Beschwerden für den Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs genügen (vgl. BGE 119 V 335 Erw. 2b; vgl. auch BGE 122 V 415). - Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung können bei einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten. Dabei ist es nicht entscheidend, ob die im Anschluss an ein Schleudertrauma der HWS auftretenden Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden, zumal diese Differenzierung angesichts des komplexen Beschwerdebildes gelegentlich grosse Schwierigkeiten bereitet. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, EGG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 359 Erw. 5d aa). Diese für Schleudertraumata entwickelte Rechtsprechung ist auch anwendbar, wenn analoge Beschwerdebilder nach Distorsionen der HWS und Schädelhirntraumata auftreten (BGE 117 V 369 Erw. 7b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2). b) Im Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen schilderte die Beschwerdeführerin das Unfallereignis vom 7. April 2003 am 2. Mai 2003 dahingehend, dass der nachfolgende Personenwagen ungebremst in das Heck des stehenden Autos gefahren sei, in welchem sie als Beifahrerin gesessen habe. Anschliessend sei das Auto in das vor ihnen stehende Fahrzeug geschoben worden. Ihre Sitzposition sei bei der Heckkollision gerade gewesen, mit nach vorne gerichtetem Kopf. Bei der anschliessenden Frontkollision sei sie mit gedrehtem Oberkörper und Kopf auf die linke Seite gesessen; sie habe nachschauen wollen, was mit der Enkeltochter geschehen sei. Sie sei bei der Heck- und Frontalkollision mit dem Hinterkopf an der Kopfstütze angeprallt. Ein Anprall anderer Körperteile habe nicht stattgefunden. Ein Bewusstseinsverlust sei nicht eingetreten. Sie sei C.\_\_\_\_ auf die Heck- noch auf die Frontalkollision gefasst gewesen. Sie habe sofort Schmerzen in der HWS sowie in der linken Schulter und Brust verspürt. Innert Stunden nach dem Unfall sei sie verwirrt gewesen; es seien Schwindel und Brechreiz aufgetreten. Sie habe eine "unsichtbare Wand" vor dem Kopf sowie einen "schweren Kopf" gehabt. Innerhalb von drei Tagen nach dem Unfall seien Vergesslichkeit, Wortfindungs- sowie Gedächtnisstörungen aufgetreten. An äusserlich sichtbaren Verletzungen habe sich eine Blauverfärbung der Schulter links sowie im Brustbeinbereich ergeben. Frühere Nacken-, Kopf-, Schulter- und Rückenbeschwerden hätten nicht vorgelegen (Suva-act. 5). Am Fahrzeug, in welchem die Beschwerdeführerin beim Unfall sass, ergab sich Totalschaden

(Suva-act. 23). Eine biomechanische Kurzbeurteilung ergab gemäss Bericht vom 28. August 2003, dass das Fahrzeug durch die Heckkollision eine Geschwindigkeitsänderung in Vorwärtsrichtung erfuhr, die unterhalb oder knapp innerhalb des Bereichs von 10-15 km/h gelegen habe. Die anschliessende Frontalkollision habe nochmals zu einer Geschwindigkeitsänderung geführt, die nun jedoch im Sinn einer Verlangsamung gewirkt und deutlich unterhalb eines Bereichs von 20-30 km/h gelegen habe. Die Insassen des Fahrzeug hätten sich relativ zu ihrem Fahrzeug erst geradlinig nach hinten (Heckkollision) und dann nach vorne (Frontalkollision) bewegt. Im Rahmen einer Triage würden die Betrachtungen auf die primäre Heckkollision beschränkt. Es würden aus technischer Sicht keine Angaben zur zeitlichen Abfolge zwischen Heck- und frontalem Stoss vorliegen. Aufgrund der Angabe aber, dass die Beschwerdeführerin bei der zweiten Kollision eine andere Haltung angenommen habe als bei der Heckkollision, müsse davon ausgegangen werden, dass die zweite Kollision deutlich nach dem kritischen Zeitraum, der bei weniger als einer halben Sekunde liege, erfolgt sei, somit also keine Zusatzbelastung der HWS im Sinne einer Resonanz aufgetreten sei. An biomechanischen Besonderheiten seien die degenerativen Veränderungen (an der HWS) zu berücksichtigen; es liege hier eine Abweichung vom Normalfall vor. Ein in den Akten erwähnter Hinweis, der Kopf sei zur Zeit der Kollision abgedreht gewesen, müsse hinsichtlich ihrer biomechanischen Relevanz immer vorab eingegrenzt werden. Da hier keine genaueren Angaben vorliegen würden, könne dieser Umstand nicht in die Überlegungen miteinbezogen werden. Die anschliessend an das Ereignis bei der Beschwerdeführerin festgestellten, von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde seien durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall eher nicht erklärbar. Aufgrund der Abweichungen vom Normalfall (Vorschaden, Alter) würden sie aber eher erklärbar. Im weiteren sei das längere Tragen eines Halskragens praktisch nie sinnvoll und wirke sich in den meisten Fällen sogar negativ auf die Heilung aus (Literaturangaben im Anhang). Es wäre nicht erstaunlich, wenn das lange Tragen des Halskragens - die Rede sei hier von zwei Wochen ganztags und noch länger nur stundenweise - die Heilung negativ beeinflusst hätte (Suva-act. 28). c) Vorweg ist auf die im angefochtenen Entscheid (Erwägung 1) zutreffend wiedergegebene Unterscheidung der drei Kategorien gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf körperlicher Ebene im Zusammenhang mit Schleudertraumen der HWS, dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzungen oder Schädel-Hirn-Traumen zu verweisen. Nach Lage der medizinischen Akten, insbesondere des Berichts der Klinik F. \_\_\_ vom 16. Juli 2003 (Suva-act. 21) und des MEDAS-Gutachtens vom 28. September 2006, ist konkret mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erstellt zu erachten, dass die von der Beschwerdeführerin aktuell angegebenen Beschwerden zwar klinisch fassbar sind, sich jedoch nicht auf eine objektivierbare organische Schädigung bzw. strukturelle Veränderung zurückführen lassen, die mit dem Unfall vom 7. April 2003 in Zusammenhang zu bringen wäre. Indessen sind nach Lage der Akten erhebliche degenerative (unfallunabhängige) Veränderungen im HWS-Bereich ausgewiesen. Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin am 7. April 2003 dem HWS-Schleudertrauma äquivalente Verletzungen erlitt und einzelne, zum typischen Beschwerdebild gehörende Beeinträchtigungen relativ unmittelbar nach dem Ereignis auftraten ("schwerer Kopf", Schwindel, Brechreiz, Gedächtnisstörungen). Den Eintritt eines Bewusstseinsverlustes verneinte die Beschwerdeführerin am 2. Mai 2003 (Suva-act. 5). Vom Vorliegen einer Beschwerdebildhäufung ist somit auszugehen. Auch nach der neueren Rechtsprechung (vgl. z.B. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 4. November 2005 i/S K. [U 312/05]) muss nicht der gesamte Beschwerdekatalog

vorliegen, um von einer (natürlichen) Unfallkausalität ausgehen zu können.

### E. 3

a) Es gibt Fälle, in denen bei sonst unauffälligen Untersuchungsbefunden neuropsychologische Abklärungen Hirnleistungsstörungen aufzeigen können und der neuropsychologische Befund der einzig verlässliche Parameter ist (BGE 117 V 378 Erw. 3d). Jedenfalls bei eindeutigem, nicht diffusem Befund kann nach der Rechtsprechung der neuropsychologischen Diagnostik - im Rahmen einer neurologischen Gesamtwürdigung - auch bei der Kausalitätsbeurteilung ein Aussagewert zukommen (BGE 119 V 343 Erw. 3c). Hingegen vermag die Neuropsychologie, nach derzeitigem Wissensstand, es nicht, selbständig die Beurteilung der Genese abschliessend vorzunehmen (RKUV 2000, 316 Erw. 3). Nach B.P. Radanov (Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach Halswirbelsäulen-Distorsion, SZS 1996, S. 471ff) sind psychologische Probleme (und die eingenommenen Medikamente) geeignet, die kognitiven Leistungen negativ zu beeinflussen (S. 477). Psychologische Probleme bzw. die Interrelation psychologischer und kognitiver Funktionen könnten die reduzierte Leistungsfähigkeit miterklären (S. 475). - Dr. H. \_\_\_ hielt am 16. September 2003 fest, die partiellen Leistungsschwankungen im Gedächtnisbereich seien weitgehend durch die psychischen Reaktionen zu erklären (Suva-act. 29). Im Gutachten der Klinik L. \_\_\_ vom 26. Januar 2005 wurden Belastungsintoleranz und Konzentrationsprobleme verifiziert, wohingegen sich Gedächtnisprobleme im engeren Sinn nicht finden liessen (Suva-act. 77). Das neuropsychologische Teilgutachten vom 10. Dezember 2004 bestätigte eine vor allem schmerz- und psychischbedingte kognitive Leistungsstörung (Suva-act. 76). Die MEDAS-Gutachter bestätigten in neuropsychologischer Hinsicht vollkommen alters- und ausbildungsadäquate mentale Leistungen bei im Vordergrund stehender Schmerzproblematik und damit verbundener reduzierter Belastbarkeit (act. G 21). Den neuropsychologischen Befunden, soweit solche zu bejahen sind, kann unter diesen Umständen bei der Kausalitätsbeurteilung kein selbständiger Aussagewert beigemessen werden. Der Rheumatologe Dr. K. \_\_\_ hielt im Konsiliarbericht zuhanden der MEDAS vom 21. September 2006 fest, die Beschwerden seien anfänglich mehrheitlich unfallbedingt gewesen, aber schätzungsweise zwei Jahre nach dem Unfall mehrheitlich in den Hintergrund getreten und durch die degenerativen Veränderungen verursacht worden. Die degenerativen Veränderungen seien vorbestehend und nicht unfallbedingt. Sie hätten bis zum Unfall vom 7. April 2003 kaum Anlass für eine Behandlung gegeben. Es handle sich um eine richtunggebende Verschlimmerung eines krankhaften, bis dato mehrheitlich asymptotischen Zustandes, wobei das heutige Beschwerdebild ca. 1/3 unfallbedingt und 2/3 krankheitsbedingt sei (act. G 21). Auch Dr. C. \_\_\_ hatte das Beschwerdebild aufgrund der Begutachtung vom 26. Januar 2005 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 7. April 2003 zurückgeführt (Suva-act. 77). Von daher lässt sich die natürliche (teilweise) Unfallkausalität hinsichtlich der HWS-Probleme auch für die Zeit nach dem 31. Mai 2005 nicht in Abrede stellen. Unter diesen Umständen ist zu klären, inwieweit die von der Beschwerdeführerin angeführten Beschwerden ab dem erwähnten Zeitpunkt eine adäquat-kausale Folge des Unfalls darstellen. Die Beschwerdegegnerin legte die diesbezüglich von der Rechtsprechung aufgestellten Adäquanz-Voraussetzungen im angefochtenen Entscheid (Erwägung Ziffer 4) zutreffend dar; darauf kann verwiesen werden. Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich hierbei um eine

anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, trägt - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - der Unfallversicherer insofern eine Beweislast, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu seinen Ungunsten ausfällt (RKUV 1992 S. 75 Erw. 4b). b) Beim Ereignis vom 7. April 2003 ist unbestrittenermassen von einem mittelschweren Unfall auszugehen. Der Umstand, dass der Unfall zwei aufeinander folgende Kollisionen beinhaltete und sich im Fahrzeug auch das Enkelkind der Beschwerdeführerin befand, vermag eine besondere Eindrücklichkeit oder dramatische Begleitumstände nicht zu belegen (vgl. die Kasuistik zu diesem Kriterium in RUMO-JUNGO, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 58-64, sowie Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 23. November 2004 i/S B., Erw. 2.3 [U 109/04] und vom 2. März 2005 i/S S., Erw. 5.1 [U 309/03]). Wenn die Beschwerdeführerin hinsichtlich des Kriteriums der Schwere oder besonderen Art der Verletzung einwenden lässt, ihre HWS-Verletzung sei chronifiziert auf schlechtem Niveau mit bleibender Arbeitsunfähigkeit und damit zweifellos schwer im erwähnten Sinn (act. G 1 S. 10), so vermag dies nichts daran zu ändern, dass es sich bei der erlittenen HWS-Distorsion als solche nicht um eine Verletzung handelt, die durch ihre Schwere oder besondere Art charakterisiert wäre, zumal nach der biomechanischen Kurzbeurteilung die Beschwerden im Normalfall (d.h. ohne Berücksichtigung des Alters und des gesundheitlichen Vorzustandes) durch das Unfallgeschehen eher nicht zu erklären gewesen wären (Suva-act. 28). Die Beschwerdeführerin stand seit dem Unfall vom 7. April 2003 in mehr oder weniger regelmässiger ärztlicher bzw. therapeutischer Behandlung (vgl. Beilagen zu Suva-act. 72). Die therapeutischen Massnahmen bestanden bzw. bestehen nach ihren Angaben in Reiki-Entspannungstechnik (zwei- bis dreimal täglich) sowie osteopathischen, kraniosakralen und homöopathischen Therapien einschliesslich Akupunktur, ohne dass eine Besserung des Beschwerdebildes aufgetreten sei. Die MEDAS-Gutachter empfahlen bezüglich des Zervikalsyndroms phasenweise physikalische Massnahmen mit Wärmeapplikationen, detonisierende Massagen und aufbauender Gymnastik (MEDAS-Gutachten S. 6 und 15; act. G 21). Demgegenüber hatte PD Dr. C.\_\_\_\_ im Gutachten vom 26. Januar 2005 festgehalten, er glaube nicht, dass nach dem bisherigen Verlauf mit Therapieresistenz noch ein entscheidender Fortschritt erwartet werden könne. Es falle eine sehr reservierte Haltung der Patientin therapeutischen Bemühungen gegenüber auf. Sie sei nicht bereit gewesen, wegen eines älteren Hundes, den sie betreuen müsse, eine angebotene stationäre Rehabilitation anzutreten (Suva-act. 77). Hinsichtlich der Länge der Behandlungsdauer ist somit festzuhalten, dass die ärztliche bzw. therapeutische Behandlung im Zusammenhang mit dem HWS-Distorsionstrauma nach Lage der Akten im streitigen Einstellungszeitpunkt zwar offenbar andauerte (Suva-act. 88 S. 10 sowie 91 S. 7), gemäss der Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ jedoch keinen Fortschritt mehr erwarten liess. Gegenüber dem MEDAS-Konsiliararzt Dr. K.\_\_\_\_ gab die Beschwerdeführerin am 14. Juni 2006 an, sie mache schon lange keine Therapie mehr. Das letzte, was sie versucht habe, sei Akupunktur gewesen (vgl. Bericht Dr. K.\_\_\_\_ vom 21. September 2006, S. 2, in act. G 21). Nach der Rechtsprechung ist eine ärztliche Behandlung von zwei bis drei Jahren bei einem Schleudertrauma nicht ungewöhnlich (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 8. Februar 2005 i/S [U 314/04] Erw. 2.3). Die von den MEDAS-Gutachtern vorgeschlagenen, phasenweise unterstützenden Massnahmen genügen angesichts der geschilderten tatsächlichen Verhältnisse für sich allein nicht, um eine Weiterdauer der eigentlichen Behandlung (über den Einstellungszeitpunkt hinaus) bejahen zu können, zumal

die Akupunktur-Behandlung nach Lage der Akten bereits am 27. Oktober 2004 abgeschlossen worden war (vgl. Suva-act. 72 Beilage). Danach erfolgten wie erwähnt keine Therapien mehr, und bei der Beschwerdeführerin ist auch keine entsprechende Bereitschaft ausgewiesen. Die versicherte Person hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung (Art. 10 Abs. 1 UVG) der Unfallfolgen für solange, als von ihrer Fortsetzung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario). Die MEDAS-Gutachter legten nicht dar, inwiefern aus den von ihnen vorgeschlagenen Massnahmen eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten wäre. Angesichts der reservierten Haltung der Beschwerdeführerin gegenüber weiteren Therapien und mit Blick auf die Beurteilung von PD Dr. C.\_\_\_\_ war jedenfalls für die Zeit nach dem 31. Mai 2005 (Einstellungsdatum) die Ablehnung weiterer Heilbehandlung gerechtfertigt. In diesem Sinn sind unbestrittenermassen auch ein schwieriger Heilverlauf und erhebliche Komplikationen zu verneinen (act. G 1 S. 12). Von einer ärztlichen Fehlbehandlung kann nicht ausgegangen werden, auch wenn das Tragen eines Halskragens bei HWS-Distorsionsstraumen nicht von allen Fachleuten empfohlen wird (vgl. dazu auch Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, a.a.O). Der Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_ hatte das Tragen des Schanzkragens für zwei bis drei Tage angeordnet (Suva-act. 2 Ziff. 7d), wohingegen die Beschwerdeführerin ihn während zwei Wochen ganztags und nachher noch stundenweise "zwecks Entlastung" trug (Suva-act. 6). Soweit diesbezüglich eine Fehlbehandlung vorlag, hat sich die Beschwerdeführerin diese selbst zuzuschreiben. Der Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_ attestierte ab 17. April 2003 und für die Folgezeit eine Arbeitsfähigkeit von 50% (Suva-act. 6, 11, 39, 48). Die Neurologin Dr. G.\_\_\_\_ bestätigte am 20. Februar 2004 eine Arbeitsunfähigkeit (aus neurologischer Sicht) von nicht mehr als 20% (Suva-act. 42), und PD Dr. C.\_\_\_\_ am 26. Januar 2005 eine solche von 25% für Büroarbeiten sowie für körperlich anstrengende Arbeiten bzw. als Teilzeit-Keramikmal-Kursleiterin von 25-50% (Suva-act. 77). Gemäss dem MEDAS-Gutachten beträgt die - ausschliesslich durch den rheumatologischen Befund eingeschränkte - Arbeitsfähigkeit (ab 3. August 2006; vgl. act. G 21 S. 15) in der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Administration des eigenen Geschäfts, als Reiki-Therapeutin oder Porzellan-Malerin 80%. Eine alternative Tätigkeit mit anderweitiger Beurteilung der Arbeitsfähigkeit könne nicht angegeben werden (Gutachten S. 13f). Der rheumatologische Konsiliarius Dr. K.\_\_\_\_ schätzte den unfallbedingten Anteil des heutigen Beschwerdebildes wie erwähnt auf ca. 1/3, so dass daraus eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit von gut 6% resultieren würde (act. G 21). Auch wenn die Teilarbeitsunfähigkeit (von 25 bis 50%) im streitigen Einstellungszeitpunkt rund zwei Jahre (und darüber hinaus) andauerte, kann mit Blick auf die Rechtsprechung (vgl. zusammenfassende Darstellung im Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 30. August 2001 [U 56/00] Erw. 3d) eine lang dauernde, erhebliche Arbeitsunfähigkeit nicht bejaht werden, zumal der unfallbedingte Anteil für die Folgezeit, d.h. jedenfalls ab August 2006, mit 6% nur noch gering war. Was das Vorliegen von Dauerschmerzen betrifft, so lassen sich solche zwar nicht grundsätzlich in Abrede stellen, zumal die Beschwerdeführerin gegenüber den MEDAS-Gutachtern permanente vorhandene Schmerzen im Bereich des Nackens angegeben hatte (vgl. act. G 21 S. 9). Hingegen ist angesichts des erheblichen, krankheitsbedingten Befundes an der HWS nicht abgrenzbar, inwiefern Dauerschmerzen für die Zeit ab Juni 2005 noch auf unfallbedingte Umstände zurückzuführen sind. Dieses Kriterium kann daher nur in geringem Mass als erfüllt betrachtet werden. Da somit bezüglich des streitigen mittelschweren Unfalls ein Adäquanz-Kriterium lediglich in

geringer Ausprägung als gegeben anzusehen ist, ist die adäquate Unfallkausalität der HWS-Beschwerden für die Zeit ab 1. Juni 2005 zu verneinen. Der angefochtene Entscheid lässt sich unter diesen Umständen nicht beanstanden.

#### **E. 4**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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