

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2007/122 vom 27. Mai 2009**

Sg Versicherungsgericht, 2009-05-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2007\\_122](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2007_122)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2007/122 du 27 mai 2009

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2007/122 del 27 maggio 2009

## **Regeste**

Art. 6 UVG: Schleudertraumaähnliche Verletzung nach Auffahrunfall. Prüfung der Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. Mai 2009, UV 2007/122). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_623/2009.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob die bei der Beschwerdeführerin bestehenden gesundheitlichen Probleme für die Zeit nach dem 31. Oktober 2006 (Einstellungsdatum) kausal auf den Unfall vom 31. Juli 2004 zurückzuführen sind. Die Beschwerdegegnerin legte in den Erwägungen des angefochtenen Entscheids die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen physischen und psychischen Gesundheitsschädigungen (einschliesslich Schleudertrauma der Halswirbelsäule und diesem äquivalenten Verletzungen) und einem Unfall dar. Zwischenzeitlich ergab sich nun allerdings eine Rechtsprechungsanpassung insofern, als das Bundesgericht unter anderem den Katalog der bisherigen adäquanzrelevanten Kriterien bei Schleudertrauma-Verletzungen (BGE 117 V 359 Erw. 6a, 369 Erw. 4b) wie folgt neu umschrieb: Besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls, schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung, erhebliche Beschwerden, ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008 i/S M. [U 394/06 = BGE 134 V 109], Erwägung 10.3). Inwiefern diese Rechtsprechung auf die hier streitige Angelegenheit anwendbar ist, bildet Gegenstand der nachfolgenden Prüfung. Nicht Gegenstand des Verfahrens bildet der vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin geltend gemachte Anspruch auf Rente und Integritätsentschädigung, nachdem diese Leistungsarten auch im angefochtenen Entscheid nicht geprüft wurden. Diesbezüglich ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

### **E. 2**

2.1 Von Seiten des Röntgeninstituts "Jona" wurde am 25. August 2004 bestätigt, dass keine Hinweise auf traumatisch bedingte Veränderungen an der HWS, insbesondere keine Kontusionsmarken der Wirbelkörper und keine Zeichen von Nervenkompressionen vorliegen würden. Hingegen bestehe eine dorsale Bandscheibenprotrusion C5/6 bei allgemein degenerativ verändertem Segment auf dieser Höhe (UV-act. M2, M6).

Gegenüber pract. med. B.\_\_\_\_, bei welchem die Beschwerdeführerin ab 9. August 2004 in Behandlung war, gab sie unter anderem seit dem Unfall zunehmende Rückenschmerzen, Schulterschmerzen, Übelkeit, Schlafstörungen, Ameisenlaufen im Nacken, Hitzegefühl in der Hüfte, Angstattacken, gelegentliches Erbrechen sowie Kopfweh mit Müdigkeit an. Der Arzt diagnostizierte eine HWS-Kontusion und legte dar, subjektiv würden die Unruhe der Beschwerdeführerin und schmerzbedingte Schonhaltung auffallen, welche so intensiv präsentiert würden, dass sie unwirklich erscheinen würden. Es lägen nicht ausschliesslich Unfallfolgen vor. Die Patientin habe sich vor dem Unfallereignis über leichte Rücken-, Schulter- und Nackenbeschwerden sowie Kopfschmerzen beklagt, welche schon seit Monaten oder Jahren bestanden hätten. Es liege seit 9. August 2004 eine volle Arbeitsunfähigkeit vor (UV-act. M4). Am 12. November 2004 berichtete Dr. med. C.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, über die Behandlung der Beschwerdeführerin, welche an einer Angststörung leide (UV-act. M10). Im Rahmen eines stationären Aufenthalts der Beschwerdeführerin in der Klinik Valens wurden im Bericht vom 19. November 2004 die Diagnosen eines HWS- und LWS-Distorsionstraumas, einer Angststörung sowie einer Urge-Inkontinenz/Dysurie gestellt (UV-act. M9). Im Austrittsbericht vom 17. Dezember 2004 bestätigten die Ärzte der Klinik Valens ein HWS- und LWS-Distorsionstrauma, ein cervikospondylogenes Schmerzsyndrom, ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, Konzentrationsstörungen, eine Bandscheibenprotrusion C5/6, eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt und eine Urge-Inkontinenz/Dysurie. Sie hielten fest, eine Chance zur Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess bestehe nur, wenn die Beschwerdeführerin langsam und unter Begleitung an dieses Ziel herangeführt werde (UV-act. M12). Am 26. Januar 2005 bestätigte med. pract. B.\_\_\_\_ weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit und berichtete unter anderem, dass die Patientin am 26. Mai 2004 (rund zwei Monate vor dem streitigen Unfall) wegen chronischen Rücken- und Schulterschmerzen sowie Nacken- und Kopfschmerzen in Behandlung gewesen sei. Nach viermaliger Behandlung habe sie angegeben, fast beschwerdefrei zu sein, so dass der vereinbarte Termin vom 28. Juni 2004 abgesagt worden sei. Die posttraumatischen Adaptionstörungen sowie die chronifizierten cervikocephalen und lumbalen Schmerzen würden kaum mehr bis zur Beschwerdefreiheit behandelt werden können (UV-act. M14). Med. pract. B.\_\_\_\_ berichtete sodann am 31. August 2005, sämtliche Therapien seien fehlgeschlagen. Als chronische Schmerzpatientin werde die Beschwerdeführerin wohl 100% arbeitsunfähig bleiben. Auch Arbeitswiedereingliederungsmassnahmen würden fehl schlagen (UV-act. M21).

2.2 Dr. D.\_\_\_\_, Fachärztin für orthopädische Traumatologie, kam in einem gerichtlichen Gutachten vom 20. Oktober 2005 zum Schluss, der aktuelle Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei keine Folgeerscheinung des Unfalls vom 31. Juli 2004. Es bestehe auch keine Verminderung der Arbeitsfähigkeit als Folge des Unfalls (UV-act. M22; vgl. dazu Darlegungen in UV-act. 91, 98). Eine Untersuchung der Beschwerdeführerin in der Klinik Valens vom Februar 2006 ergab gemäss Bericht vom 2. März 2006 die Diagnosen eines chronischen cervikocephalen und cervikobrachialen sowie lumbospondylogenen Schmerzsyndroms, von Angst und depressiver Störung gemischt, einer Störung durch Sedativa und Hypnotika und einer OSG-Distorsion am 18. Januar 2006. Es werde von einer Arbeitsfähigkeit von 50% für leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeiten nach Abheilung der OSG-Distorsion ausgegangen (UV-act. M26). Im Bericht der Fachstelle für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie vom 21. April 2006 wurde unter anderem festgehalten, aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (UV-act. M27). Die Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin kündigte in der Folge das

Arbeitsverhältnis auf Ende Juli 2006 (UV-act. 119). Eine neurologisch/psychiatrische Abklärung ergab gemäss Gutachten des Instituts für interdisziplinäre medizinische Begutachtungen (IIMB) vom 19. August 2006 die unfallassoziierten Diagnosen einer Akzentuierung eines vorbestehenden Panvertebralsyndroms mit cervikocephalem Maximum und Aggravation durch Analgetikaüberkonsum (einschliesslich Opiate), einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen und eines Abhängigkeitssyndroms durch Sedativa. Als unfallfremd wurde unter anderem das chronische Panvertebralsyndrom mit rezidivierendem cervikocephalem und cervikobrachialem Syndrom und Lumboischialgie mit wiederholten Arbeitsunfähigkeiten angeführt. Der Unfall vom 31. Juli 2004 müsse als überwiegend wahrscheinliche Teilursache bei ausgeprägtem Vorzustand angesehen werden. Der Unfall sei zu 25% für die Beschwerden ursächlich. Obwohl der Analgetikakonsum primär als unfallfremd angesehen werden könne, müsse er dennoch - wie das hierzu führende Schmerzsyndrom - als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal eingestuft werden, da die Beschwerdeführerin ohne die Unfallereignisse wohl kaum einen das chronische Schmerzsyndrom unterhaltenden und verstärkenden Analgetikaüberkonsum aufweisen würde. Die Unfallkausalität sei aus psychiatrischer Sicht im Sinne einer Teilursache gegeben. Ohne erfolgte Therapie könne nicht beantwortet werden, wann der Status quo ante erreicht werde - wenn überhaupt. Die Frage der Erreichung des Status quo sine könne nicht beantwortet werden. In einem Vollpensum (in der bisherigen Tätigkeit im Haushalt- und Reinigungsdienst und in einer den Unfallfolgen angepassten Tätigkeit) sei die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zu 100% arbeitsunfähig. Aus somatischer Sicht (d.h. aufgrund Beschwerden organischer Genese) sei sie unfallbedingt zu 20% arbeitsunfähig. Es werde eine medikamentös-physiotherapeutische Behandlung sowie eine psychiatrische Evaluation empfohlen. Dringendste Massnahme sei der Stopp der Schmerzbehandlung mit Paracetamol (früher sogar Opiate) (UV-act. M29).

2.3 Eine ABI-Begutachtung ergab gemäss Bericht vom 21. Dezember 2007 die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einer Angst- und depressiven Störung gemischt, einer Schmerzverarbeitungsstörung und eines chronischen cervikocephalen und -brachialen sowie lumbalen Schmerzsyndroms. Die Gutachter kamen zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit sei aus neurologischer Sicht für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Altersheim um 50% eingeschränkt. Für körperlich leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung bestehe aus neurologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Die übrigen somatischen Befunde und Diagnosen würden sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Durch die psychiatrische Diagnose werde die Arbeitsfähigkeit generell um 20% eingeschränkt. Die Arbeitsunfähigkeiten aus neurologischer und psychiatrischer Sicht könnten nicht kumuliert werden, da dieselben Zeitabschnitte für vermehrt notwendige Erholungspausen genutzt werden könnten. Eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin mit einer 80%igen Arbeitsfähigkeit zumutbar, ganztags realisierbar. Nach dem Unfall vom 31. Juli 2004 habe sicher für eine gewisse Zeit eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die festgestellte Arbeitsfähigkeit bestehe sicher ab dem Untersuchungsdatum, mit Wahrscheinlichkeit, über die Zeit gemittelt, seit Anfang 2005. Die Arbeitsfähigkeit werde vor allem aus psychiatrischer Sicht kontrovers beurteilt. Rückblickend sei die im Gutachten des IIMB vom 25. Juli 2006 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit im Vergleich der beschriebenen mit den von den ABI-Gutachtern erhobenen Befunden nicht nachvollziehbar. Aus neurologischer Sicht bestehe keine unterschiedliche Beurteilung. Im Gutachten des IIMB werde die Arbeitsunfähigkeit aus rein

neurologischer Sicht ebenfalls auf 20% festgelegt (act. G 20.2).

### **E. 3**

3.1 Die von der Beschwerdeführerin aktuell angegebenen Beschwerden können nach Lage der medizinischen Akten (UV-act. M6, M7, M8, M26 Anhang 1 S. 4) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine objektivierbare organische Schädigung bzw. strukturelle Veränderung an der HWS zurückgeführt werden, die mit dem Unfall vom 31. Juli 2004 in Zusammenhang zu bringen wäre. Eine manuelle ärztliche Untersuchung der versicherten Person fördert klinische, nicht aber objektivierbare Ergebnisse zu Tage. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht. Folglich kann von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 9, 117 V 359 Erw. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 Erw. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 Erw. 5.1 mit Hinweisen). Beispielsweise sind ein Thoracic outlet Syndrom (TOS), myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde für sich allein nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen zu betrachten. Auch Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit können für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden. Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008 i/S H.B.-G. [8C\_124/2008] mit vielen Hinweisen, sowie vom 7. Februar 2008 i/S D. [U13/07] Erw. 3.2 und 3.3). Soweit die Gutachter des IIMB als Begründung für das Vorliegen von unfallbedingten Gesundheitsschäden an der Wirbelsäule allein klinisch feststellbare Einschränkungen anführten, indem sie festhielten, als organisches Korrelat für die aktuellen Beschwerden (Nacken-, Kopf- und Rückenschmerzen) finde sich ein paravertebraler Muskelhartspann in HWS, BWS und LWS bzw. ein leichtes cerviko-, thorako- und lumbovertebrales Syndrom (vgl. UV-act. M29 S. 10 [Befunde der neurologischen Untersuchung im Detail] und S. 14 oben), so genügt dies für die Annahme einer somatisch/organisch/strukturellen Unfallschädigung im erwähnten Sinn nicht. Daran vermögen die vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin angeführten Gerichtsentscheide (act. G 1 S. 5 und 6) nichts zu ändern, zumal gemäss Sachverhalt, welcher dem Urteil des EVG (Eidgenössisches Versicherungsgericht; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) vom 6. September 2005 i/S W. (U 155/05) zugrundelag, beim dortigen Versicherten die vorbestehenden degenerativen Veränderungen der HWS aus orthopädischer und neurologischer Sicht erst zufolge des Unfalls schmerzhaft wurden und dies in der Folge weiterhin blieben (Erw. 5 des erwähnten Urteils). Demgegenüber bestand - wie auch die Gutachter des IIMB bestätigten - bei der Beschwerdeführerin schon lange vor dem streitigen Unfall ein Verspannungs- und Schmerzsyndrom im HWS- und BWS-Bereich, welches immer wieder zu ärztlichen Behandlungen führte (vgl. UV-act. M14, M16; M29). Der Rheumatologe der Klinik Valens legte sodann im Bericht vom 14. Februar 2006 dar, es fänden sich keine strukturell somatischen Ursachen, welche die Beschwerden hinreichend erklären könnten (UV-act. M26 Anhang 1 S. 4). Das weitere vom Rechtsvertreter genannte Bundesgerichtsurteil vom 17. September 2007 i/S P. (U 442/06) lässt sich bezüglich der Würdigung des dort streitigen Sachverhalts - soweit dieser aus dem

Urteil ersichtlich ist - mit der oben erwähnten, später ergangenen Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht in Einklang bringen. 3.2 Dr. med. E.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, bescheinigte zuhanden der Beschwerdegegnerin am 20. März 2006, er habe die Beschwerdeführerin nur am 27. Februar 2006 gesehen wegen Schwindelbeschwerden. Sie zeige eindeutigen horizontalen Nystagmus bei Status nach Auffahrkollision mit Verletzung der HWS am 31. Juli 2004 (UV-act. M25). Bei der vorerwähnten Diagnose handelt es sich um ein sogenanntes Augenzittern bzw. um unwillkürliche, rhythmische, okuläre Oszillationen (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. A., S. 1367). Allein die Formulierung des Arztes "bei Status nach..." lässt noch nicht den Schluss auf eine unfallbedingte organische Gesundheitsschädigung zu. Gegenüber den Gutachtern des IIMB erwähnte die Beschwerdeführerin ein solches Leiden nicht. Es findet sich - und dies erscheint ausschlaggebend - auch unter den von den Gutachtern erhobenen Befunden nicht (vgl. UV-act. M29 S: 7f und 10). Auch im ABI-Gutachten kamen solche Beschwerden weder anamnestisch noch als Befunde zur Sprache (vgl. act. G 20.2 S. 8-12). Ein unfallbedingter organischer Gesundheitsschaden kann daher in diesem Zusammenhang nicht als belegt gelten. Die Schwindelanfälle als solche stellen gegebenenfalls Teil des typischen Beschwerdebildes nach HWS-Verletzung dar, wobei allerdings die Wirkung des Schmerzmittelüberkonsums ärztlicherseits in diesem Zusammenhang nicht quantifiziert wurde. Was die medikamenteninduzierte Gesundheitsschädigung bzw. die Verstärkung des Schmerzsyndroms durch Analgetikaüberkonsum (UV-act. M26, M29; act. G 20.2 [Benzodiazepin-Abhängigkeit]) betrifft, liesse sich insofern keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin nach Art. 6 Abs. 3 UVG (Schädigungen bei der Heilbehandlung) begründen, als sich die medikamenteninduzierte Schädigung nach Lage der Akten (UV-act. M29) bereits durch die Absetzung der schädigenden Medikamente, und nicht durch weitere Therapien oder Leistungen, beheben oder vermindern liesse. 3.3 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin macht im Weiteren geltend, die sogenannte Konsensbeurteilung des ABI-Gutachtens sei offenbar lediglich durch Dr. med. F.\_\_\_\_ vorgenommen worden. Zudem seien bei dieser Begutachtungsstelle grösste Zweifel an deren Unabhängigkeit angebracht (act. G 22 S. 2f). Dazu ist festzuhalten, dass Dr. F.\_\_\_\_ an der Begutachtung überhaupt nicht beteiligt war. Die beteiligten Gutachter, d.h. der Internist Dr. med. G.\_\_\_\_, der Psychiater Dr. med. H.\_\_\_\_ und der Neurologe Dr. med. I.\_\_\_\_, unterzeichneten das Gutachten auf Seite 22. Die Konsensbeurteilung weicht im Ergebnis nicht von den Beurteilungen der einzelnen Fachärzte ab (vgl. act. G 20.2). Wenn die in den einzelnen Fachbereichen festgestellten Arbeitsunfähigkeiten nicht addiert wurden - wie die Beschwerdeführerin sinngemäss bemängeln lässt (act. G 22 S. 4 Mitte) -, so ist festzuhalten, dass bei Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen sich deren erwerbliche Auswirkungen in der Regel überschneiden, weshalb der Grad der Arbeitsunfähigkeit diesfalls aufgrund einer sämtliche Behinderungen umfassenden ärztlichen Gesamtbeurteilung zu bestimmen ist. Eine blosser Addition der mit Bezug auf einzelne Funktionsstörungen und Beschwerdebilder geschätzten Arbeitsunfähigkeitsgrade ist nicht zulässig (Urteil des EVG vom 3. März 2003 i/S E. [U 850/02] Erw. 6.4.1). Dies ist vorderhand darin begründet, dass Arbeitsunterbrüche bzw. Ruhepausen, welche aus somatischen Gründen erforderlich sind, gleichzeitig auch für eine aus psychischen Gründen erforderliche Erholung oder Schonung genützt werden können. Massgebend ist somit nicht eine isolierte Betrachtung einzelner Arbeitsunfähigkeitsgrade, sondern die Gesamtschau. Im Weiteren sind konkrete Anhaltspunkte, aufgrund welcher die Unabhängigkeit der erwähnten Gutachter in Frage zu stellen wäre, aus den Akten nicht ersichtlich. Die allgemein gehaltenen Vorbringen des

Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (act. G 22 S. 3f) sind nicht geeignet, Zweifel an der Unabhängigkeit der erwähnten Gutachter zu begründen.

#### **E. 4**

4.1 Hinsichtlich des streitigen, mit echtzeitlichen Akten nur rudimentär dokumentierten Unfalls vom 31. Juli 2004 ist davon auszugehen, dass das Auto, in welchem die Beschwerdeführerin nach ihren eigenen Angaben auf dem Rücksitz sass, im Heckbereich durch ein anderes Fahrzeug beschädigt wurde. Ein Bewusstseinsverlust ergab sich bei der Beschwerdeführerin nach Lage der Akten nicht, und sie konnte das Auto allein verlassen. Relativ unmittelbar nach dem Unfall stellten sich bei ihr Nackenschmerzen und Schwindel ein. Die ärztliche Erstbehandlung erfolgte drei Tage nach dem Unfall, d.h. am 3. August 2004 (vgl. dazu UV-act. M22 und M29 S. 3 und 12; act. G 20.2 S. 10f). Im Polizeiprotokoll wurde der Schaden am Unfallfahrzeug "Ford Scorpion" (wohl: Scorpio) dahingehend beschrieben, dass die "Packträger Haube" (offenbar der Kofferraumdeckel), die hintere Stossstange, die hintere rechte Seite, die Rücklichter sowie "Verbindungsblech und Boden des Gepäcktragers" beschädigt worden seien. Im Weiteren wurde festgehalten, es seien keine Personen verletzt worden. Die Beschwerdeführerin wurde darin allerdings überhaupt nicht erwähnt (Übersetzung aus dem Serbokroatischen; UV-act. 19). Dass die Beschwerdeführerin tatsächlich in dem Unfallauto sass, wurde erst nachträglich vom Fahrer bestätigt (UV-act. 32, 54). Das von der Beschwerdeführerin am 3. August 2004 aufgesuchte Krankenhaus in K.\_\_\_\_ verneinte Zeichen für eine Fraktur oder Luxation im Bereich der HWS und der LWS; die Ärzte stellten hingegen degenerative Veränderungen im Sinn einer Spondylarthrose und Unkarthrose der HWS und Spondylose der LWS sowie Zeichen der Diskopathie fest. Als objektiven Befund hielten sie Verspannungen im Bereich der HWS sowie der LWS mit Zwangshaltung der HWS fest (UV-act. M7, M8). Mit dem beschädigten "Ford" war offenbar die Rückreise von Serbien in die Schweiz ohne weiteres noch möglich. Der Umstand, dass das Gefährt in der Folge verschrottet wurde (vgl. act. G 20.2 S. 10f), sagt für sich allein noch nichts zur Unfallschwere aus, sondern lag allenfalls darin begründet, dass die Reparaturkosten den versicherten Fahrzeugrestwert überstiegen. Angesichts des Unfallhergangs und der Fahrzeugschäden erscheint die gegenüber den ABI-Gutachtern erstmals erfolgte Schilderung der Beschwerdeführerin, wonach sie beim Aufprall "plötzlich einen Druck von Metall in ihrem Kreuz verspürt" und sie nicht angeben könne, ob sie den Nacken oder den Kopf angeschlagen habe (act. G 20.2 S. 15), nicht erklärbar, zumal sie auf der (gepolsterten) Rückbank sass. Insbesondere wäre diesfalls auch eine HWS-Beteiligung am Unfall nicht plausibel. Pract. med. B.\_\_\_\_ diagnostizierte nach dem Unfall lediglich eine HWS-Kontusion (UV-act. M4). Auf welche Weise sich eine HWS-Kontusion oder eine HWS-Distorsion (als schleudertraumaähnliche Verletzung) bei der auf der Rückbank sitzenden Beschwerdeführerin hatte ergeben können, lässt sich den Akten allerdings nicht im Einzelnen entnehmen. Ein Anschlagen des Kopfes oder der HWS wurde weder explizit behauptet noch ist ein solcher Sachverhalt aus den Akten ersichtlich; die Schilderung mit dem "Druck von Metall im Kreuz" (act. G 20.2 S. 15) erfolgte erstmals gut drei Jahre nach dem Unfall. Damit scheint jedenfalls in Frage gestellt, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des streitigen Unfalls ein Beschleunigungstrauma der HWS oder eine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitt. Der Umstand, dass die Ärzte der Klinik Valens später die Diagnose eines HWS- und LWS-Distorsionstraumas stellten und diese von den Folgegutachtern und beiden Parteien für ihre Argumentation übernommen wurde, vermag an den dargelegten unklaren echtzeitlichen Umständen nichts zu ändern. Eine abschliessende Beantwortung dieser Frage kann jedoch unterbleiben, weil - wie

nachstehend darzulegen sein wird - eine Adäquanz selbst bei Annahme einer schleudertraumaähnlichen Verletzung zu verneinen wäre. 4.2 Nach der Rechtsprechung (vgl. z.B. Urteil des EVG vom 4. November 2005 i/S K. [U 312/05]) müsste - soweit konkret von einer schleudertraumaähnlichen Verletzung auszugehen wäre - nicht der gesamte Beschwerdekatalog vorliegen, um von einer Unfallkausalität ausgehen zu können. Innerhalb der Latenzzeit von drei Tagen nach dem Unfall müssen sich sodann lediglich Nacken- bzw. HWS-Beschwerden manifestieren, und nicht auch jene, die typischerweise im Rahmen einer schleudertraumaähnlichen Verletzung auftreten können (vgl. Urteil des EVG vom 30. Januar 2007 i/S T. [U 215/05], Erw. 5.3 mit Hinweisen). Ein Beschwerdebild, wie es typischerweise nach schleudertraumaähnlicher Verletzung auftreten kann, liesse sich vorliegend nicht in Abrede stellen (vgl. UV-act. M4), auch wenn sich das Auftreten der Beschwerden zeitlich nicht genau eingrenzen lässt. Die Beschwerdegegnerin anerkannte denn auch vorerst ihre Leistungspflicht und erachtet nunmehr die Voraussetzungen für die Leistungseinstellung als erfüllt. Dazu ist festzuhalten, dass das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein muss. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, trägt - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender 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). Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalls ist. Diese Bestimmung beinhaltet eine Durchbrechung des Kausalitätsprinzips für Fälle, in denen ein Gesundheitsschaden durch das Zusammenwirken konkurrierender, teils unfallbedingter, teils unfallfremder Ursachen bewirkt worden ist (Urteil des EVG vom 18. Februar 2003 i/S. S. [U 287/02] Erw. 4.4). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (RKUV 1997Nr. U 281 S. 281). 4.3 Nach der Rechtsprechung war es weder nach der früheren (in RKUV 2002 Nr. U 465 S. 477 publiziertes Urteil U 164/01 vom 18. Juni 2002) noch in Anwendung der in BGE 134 V 109 entwickelten Praxis zulässig, längere Zeit nach einem Unfall, wenn die zum typischen Beschwerdebild gehörenden physischen Beschwerden weitgehend abgeklungen sind, die psychische Problematik aber fortbesteht, diese fortan nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen zu beurteilen, während sie in einem früheren Stadium, als das typische Beschwerdebild noch ausgeprägt war, nach der Schleudertrauma-Praxis beurteilt worden wäre (BGE 134 V 109 Erw. 9.5, S. 125; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2008 [8C\_331/2007] Erw. 3.3). Hingegen muss auch bei Vorliegen einer Schleudertrauma-Verletzung der Nachweis möglich sein, dass es sich bei den nach einem Unfall aufgetretenen psychischen Störungen nicht um eine unfallkausale psychische

Beeinträchtigung handelt (RKUV 2001 Nr. U 412 S. 79) oder dass eine ausgeprägte psychische Problematik ganz im Vordergrund steht (RKUV 1999 Nr. U 341 S. 407 Erw. 3b). Sodann ist - wie in den vorerwähnten Fällen - dort, wo keine mit der HWS-Distorsion in engem Zusammenhang stehende psychische Problematik, sondern eine selbstständige sekundäre Gesundheitsschädigung vorliegt, die Adäquanzbeurteilung auch dann nach BGE 115 V 133 vorzunehmen, wenn das psychische Beschwerdebild die körperlichen Beschwerden nicht eindeutig in den Hintergrund gedrängt hat (Urteil des EVG vom 23. Mai 2006 i/S O. [U 5/06] Erw. 3.2.2 mit Hinweisen). Med. pract. B.\_\_\_\_ vermerkte im Bericht vom 7. September 2004 das Vorliegen von Angstattacken bei der Beschwerdeführerin (UV-act. M4). Daraufhin berichtete die Psychotherapeutin Dr. C.\_\_\_\_ am 12. November 2004 über die Behandlung der Angststörung (UV-act. M10). Die Ärzte der Klinik Valens hielten am 19. November 2004 fest, die Angstanfälle mit vegetativer Übererregbarkeit hätten sich nur ungenügend beeinflussen lassen, weshalb die Patientin in ein spezielles Therapieprogramm mit enger, auch psychologischer Betreuung umgeteilt worden sei (UV-act. M9). Im Austrittsbericht vom 17. Dezember 2004 stellten die Klinikärzte unter anderem die Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (UV-act. M12). Am 31. August 2005 bestätigte med. pract. B.\_\_\_\_, dass sämtliche Therapien fehlgeschlagen seien (UV-act. M21). Gemäss Bericht der Klinik Valens vom 2. März 2006 bestand neben dem chronischen cervikocephalen und cervikobrachialen sowie lumbospondylogenen Schmerzsyndrom eine Angst- und depressive Störung sowie eine Störung durch Sedativa und Hypnotika (psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanz, iatrogen; UV-act. M26). Der Rheumatologe der Klinik hielt dabei fest, es handle sich um einen ausgeprägten Fall einer maladaptiven Krankheitsbewältigung mit gleichzeitig vorliegender psychischer Problematik. Aufgrund der klinischen Präsentation ausgeprägter schmerzbedingter Selbstlimitierung und unter Berücksichtigung der Vorgeschichte sei von physiotherapeutischen Massnahmen keine Beschwerdelinderung zu erwarten. Wegen des Verhaltens in der rheumatologisch-internistischen Untersuchung seien zudem von einer funktionsorientierten ergonomischen Belastung aufgrund der ausgeprägten Selbstlimitierung keine weiteren Informationen zu erwarten (UV-act. M26 Anhang 1 S. 4). Aus psychosomatischer Sicht wurde von Seiten der Klinik Valens die Durchführung einer stationären Rehabilitation mit psychosomatisch-psychiatrisch geführtem Programm empfohlen, bei welchem auch der Versuch eines Benzodiazepin-Entzugs gemacht werden könne (UV-act. M26 S. 3 und M26 Anhang 2 S. 5). Die Fachstelle für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie setzte die bei Dr. C.\_\_\_\_ begonnene Therapie fort. Im Bericht vom 21. April 2006 hielt sie die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung fest und verneinte eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit (UV-act. M27). Die Gutachter des IIMB bejahten die Unfallkausalität der psychischen Beschwerden im Sinn einer Teilursache und bestätigten - im Gegensatz zur Fachstelle für Sozialpsychiatrie - eine volle Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht (UV-act. M29), wobei im psychiatrischen Teilgutachten eine im Verhältnis zum gesamten Beschwerdebild im Vordergrund stehende psychische Störung bescheinigt wurde (UV-act. M28 S. 25 Ziffer 5.3). Die ABI-Gutachter bestätigten am 21. Dezember 2007 eine um 20% eingeschränkte Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen (act. G 20.2). - In Anbetracht dieser Aktenlage ist festzuhalten, dass das gegenwärtige psychische Zustandsbild vorerst zwar mit einer erlittenen Verletzung in Verbindung gebracht (mit entsprechender Leistungsanerkennung durch die Beschwerdegegnerin), dann jedoch wie dargelegt zum wesentlichen Teil auf eine psychogene Störung zurückgeführt wurde. Der psychischen Problematik kam bereits

unmittelbar nach dem Unfall Bedeutung zu, und im späteren Verlauf standen die psychischen Probleme im Vergleich zur physischen Problematik gesamthaft gesehen im Vordergrund. Der abschliessenden Beantwortung dieser Frage kommt jedoch insofern keine entscheidende Bedeutung zu, als - wie nachstehend zu zeigen sein wird - die Adäquanz sowohl in Anwendung der Rechtsprechung zu den psychischen Fehlentwicklungen (vgl. nachfolgende Erw. 4.4) als auch der Schleudertrauma-Rechtsprechung (nachfolgende Erw. 4.5) zu verneinen ist.

4.4 In Fällen, in welchen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist die Beurteilung praxisgemäss unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall vorzunehmen (BGE 123 V 98 Erw. 2a mit Hinweisen). Die Rechtsprechung, wonach bei der Prüfung der adäquaten Kausalität zwischen psychisch und physisch bedingten Beschwerden nicht unterschieden wird (RKUV 1999 Nr. U 341 S. 407 Erw. 3b), kommt dabei nicht zur Anwendung. Vorliegend bejahten die Gutachter des IIMB wie erwähnt einen natürlichen (teilweisen) Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin und dem Unfall (vgl. UV-act. M29).

Beim Ereignis vom 31. Juli 2004 ist in Anbetracht der (kaum dokumentierten) Unfallumstände von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen auszugehen. Der Unfall hatte bei der Beschwerdeführerin nach Lage der Akten keine Bewusstlosigkeit bewirkt. Für einen Kopfanprall an (harten) Strukturen - als Voraussetzung etwa für eine *Commotio cerebri* - fehlt jeglicher Anhaltspunkt. Eine besondere Eindrücklichkeit oder dramatische Begleitumstände sind nicht belegt, zumal das objektive Unfallgeschehen und nicht das subjektive Erleben des Ereignisses massgebend ist (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 EVG 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]). Bei einer HWS-Kontusion bzw. allenfalls HWS-Distorsion als solcher handelt es sich nicht um eine Verletzung, die durch ihre Schwere oder besondere Art charakterisiert wäre (vgl. Urteil des EVG vom 9. August 2004 i/S J. [U 116/04]). Hieran vermag ein gesundheitlicher Vorzustand nichts zu ändern. Hinsichtlich der Länge der Behandlungsdauer ist festzuhalten, dass von Seiten der Klinik Valens im Februar/März 2006 einzig eine psychotherapeutische Behandlung befürwortet, physiotherapeutische Massnahmen jedoch wegen der ausgeprägten Selbstlimitierung als nicht sinnvoll erachtet wurden (UV-act. M26 Anhang 1 S. 4 und Anhang 2 S. 5). Die IIMB-Gutachter sahen im August 2006 als dringendste Massnahme den Stopp der Behandlung mit Schmerzmedikamenten vor. Sie empfahlen sodann den Einsatz eines Antidepressivums zur Schmerzdistanzierung, eine aktive, muskelaufbauende Physiotherapie (zu Hause) sowie eine psychiatrische Evaluation (UV-act. M29 S. 17f). Die IIMB-Gutachter bezeichneten die Prognose nicht als sehr günstig, da der somatische Vorzustand eine Heilung nicht zulasse und somit sowohl somatische Beschwerden persistieren als auch psychische Probleme vorhanden bleiben würden (UV-act. M29 S. 18). Unter Ausklammerung des somatischen Vorzustandes im Bereich der HWS und LWS handelt es sich somit auch bei den Empfehlungen der IIMB-Gutachter im Wesentlichen um Massnahmen, welche im Zusammenhang mit dem psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin stehen. Gegenüber den ABI-Gutachtern erklärte die Beschwerdeführerin im Dezember 2007 hinsichtlich der zwischenzeitlich durchgeführten Therapien, Physiotherapie habe sie früher gehabt; momentan sei eine Pause. Im Juli 2007

habe sie ohne wesentliche Besserung eine Serie Akupunktur durchgeführt. Einmal im Monat bekomme sie eine Spritze von Dr. med. J. \_\_\_\_\_. Die Psychotherapie habe sie wieder beendet, weil sie keine Veränderung gebracht habe (act. G 20.2 S. 9). Die ABI-Gutachter kamen zum Schluss, angesichts der subjektiven Krankheitsüberzeugung könnten weder medizinische noch berufliche Massnahmen vorgeschlagen werden (act. G 20.2 S. 21). Die versicherte Person hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung (Art. 10 Abs. 1 UVG) der Unfallfolgen für so lange, als von ihrer Fortsetzung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario). Aufgrund der aufgeführten Aktenlage kann die Notwendigkeit einer eigentlichen Behandlung von somatischen Unfallfolgen jedenfalls über den Zeitpunkt der Behandlung in der Klinik Valens im Februar/März 2006 hinaus nicht bejaht werden. In diesem Sinn sind eine lange Behandlungsdauer, aber auch ein schwieriger Heilverlauf und erhebliche Komplikationen zu verneinen. Nachdem anlässlich des Aufenthalts der Beschwerdeführerin in der Klinik Valens Ende 2004 noch keine negativen Wirkungen der Einnahme der schon damals beträchtlichen Anzahl von Medikamenten vermerkt wurden (UV-act. M12f), stellten die Klinikärzte im März 2006 eine iatrogene Störung durch Sedativa oder Hypnotika (psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) fest und empfahlen eine Ersetzung von einzelnen Medikamenten durch andere Präparate und eine Anpassung der Dosis (UV-act. M26 S. 2). In der Folge hielt der Analgetikaüberkonsum an und die IIMB-Gutachter erachteten diesen als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal (UV-act. M29 S. 14). Von einer ärztlichen Fehlbehandlung wäre in diesem Zusammenhang auszugehen, wenn das Suchtpotential der Verabreichung von Medikamenten für die verabreichenden Ärzte zum voraus erkennbar und offensichtlich auch nicht unfallbedingt notwendig war. Weder für die Voraussehbarkeit im erwähnten Sinn noch für die fehlende Unfallbedingtheit bzw. für eine zum vornherein gegebene Ungeeignetheit der Medikation können den medizinischen Akten Anhaltspunkte entnommen werden. Eine ärztliche Fehlbehandlung kann daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als belegt gelten. Nachdem im Bericht der Klinik Valens vom 2. März 2006 - im Wesentlichen mit Hinweis auf psychisch bzw. durch die Selbstlimitierung bedingte Einschränkungen, denn in somatischer Hinsicht hatten die Beschwerden nicht erklärt werden können (UV-act. M26 Anhang 1 S. 4) - von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit für leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeiten ausgegangen worden war (UV-act. M26), bestätigten die IIMB-Gutachter am 19. August 2006 neben der vollen Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht eine unfallbedingte, somatische Arbeitsunfähigkeit von 20% (UV-act. M29). Die ABI-Gutachter bescheinigten demgegenüber gestützt auf eine Untersuchung der Beschwerdeführerin im September 2007 eine ausschliesslich aus psychischen Gründen um 20% eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit (act. G 20.2). Auch wenn von der 20%igen somatisch bedingten Einschränkung gemäss Gutachten des IIMB ausgegangen würde, könnte eine lang dauernde (somatisch begründete) erhebliche Arbeitsunfähigkeit im Sinn der Rechtsprechung (vgl. zusammenfassende Darstellung im Urteil des EVG vom 30. August 2001 [U 56/00] Erw. 3d) nicht als nachgewiesen bzw. höchstens in geringem Umfang als erfüllt gelten. Angesichts der aus den Akten ersichtlichen psychischen Überlagerung und Selbstlimitierung kann auch das Vorliegen von (somatischen) Dauerschmerzen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als nachgewiesen gelten. Damit liesse es sich nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die adäquate Unfallkausalität der psychischen Beschwerden verneinte. 4.5 Selbst wenn - wie die Beschwerdeführerin geltend machen lässt - nicht von einer unfallfremden, im

Vordergrund stehenden psychischen Störung auszugehen und damit bei der Prüfung der Adäquanzkriterien nicht zwischen somatischen und psychischen Gesundheitsschäden zu unterscheiden wäre, müsste - wie bereits erwähnt - die Adäquanz jedenfalls ab dem Zeitpunkt der streitigen Leistungseinstellung verneint werden. Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände und der besonderen Eindringlichkeit des Unfalles (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.2.1, S. 127 mit Hinweisen) ist wie oben (Erw. 4.4) ausgeführt zu verneinen. Was die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen anbelangt, hat das Bundesgericht in Erw. 10.2.2 von BGE 134 V 109 präzisiert, dass es zur Bejahung dieses Kriteriums einer besonderen Schwere der für die gegebene Verletzung typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können, bedarf. Davon kann konkret nicht ausgegangen werden. Nicht ausgewiesen sind in diesem Kontext erhebliche Verletzungen, welche sich die Beschwerdeführerin neben der HWS-Kontusion bzw. -Distorsion zuzog. Sodann ist entscheidungswesentlich (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.2.3), ob nach dem Unfall eine fortgesetzt spezifische, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung bis zum Fallabschluss notwendig war. Die Beschwerdeführerin unterzog sich im Nachgang zum Unfall einer physiotherapeutischen und medikamentösen Behandlung (vgl. UV-act. M5) und stand seit Herbst 2004 auch in psychotherapeutischer Behandlung (UV-act. M10, M27). Im Weiteren weilte sie im November 2004 zu einer stationären Therapie in der Klinik Valens (UV-act. M12), wo sie im Februar 2006 erneut untersucht wurde. Wie bereits dargelegt befürworteten die Ärzte der Klinik Valens gestützt auf die letztgenannte Abklärung eine psychotherapeutische Behandlung und erachteten physiotherapeutische Massnahmen wegen der ausgeprägten Selbstlimitierung als nicht sinnvoll (UV-act. M26 Anhang 1 S. 4 und Anhang 2 S. 5). Wie erwähnt (vorstehende Erw. 4.4 zweiter Abschnitt) ging es - unter Ausklammerung des somatischen Vorzustands im Bereich der HWS und LWS - sodann auch bei den Empfehlungen der IIMB-Gutachter im Wesentlichen um Massnahmen, welche im Zusammenhang mit dem psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin stehen. In Anbetracht dieser Aktenlage ist festzuhalten, dass sich für die Zeit nach dem Unfall vom 31. Juli 2004 bis zum streitigen Fallabschluss per 31. Oktober 2006 eine fortgesetzt spezifische, die Versicherte belastende ärztliche Behandlung nicht ohne weiteres verneinen lässt. Als belastend wirkt hier neben der Vielzahl der therapeutischen Massnahmen die Tatsache, dass der Erfolg offenbar weitgehend ausblieb. Adäquanzrelevant können im Weiteren in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.4). Bereits die Ärzte der Klinik Valens erwähnten die Notwendigkeit eines Benzodiazepin-Entzugs (UV-act. M26 S. 3). Die IIMB-Gutachter hielten diesbezüglich fest, die von der Beschwerdeführerin eingenommene Medikation mit Paracetamol sei kontraproduktiv in der Behandlung des Schmerzkomplexes, indem sie einen chronischen Schmerz unterhalte und fördere. Ein Absetzen dieser Medikamente sei die dringendste Massnahme (UV-act. M29 S. 16). Die Psychiaterin vermerkte sodann die primäre Indikation eines Benzodiazepin-Entzugs in einer stationären Facheinrichtung (UV-act. M28 S. 18). Wenn somit die Medikamenteneinnahme die chronischen Schmerzen unterhielt bzw. förderte und die Absetzung der Medikamente überwiegend wahrscheinlich auch eine erhebliche Schmerzreduktion bzw. den Wegfall derselben bewirken würde, so kann das Kriterium der erheblichen, unfallbedingten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit

belegt gelten. Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsunfähigkeit anbelangt, ist gemäss BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7 dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS (und punkto Adäquanztbeurteilung gleich zu behandelnden Verletzungen) ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus als eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Gelingt es ihr trotz solcher Anstrengungen nicht, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7 mit Hinweisen). Wie dargelegt (vorstehende Erw. 4.4) gingen die Ärzte der Klinik Valens im Bericht vom 2. März 2006 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit für leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeiten aus (UV-act. M26), und die IIMB-Gutachter bestätigten am 19. August 2006 neben einer vollen Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht eine unfallbedingte, somatische Arbeitsunfähigkeit von 20% (UV-act. M29). Die ABI-Gutachter bescheinigten demgegenüber gestützt auf eine Untersuchung der Beschwerdeführerin im September 2007 eine ausschliesslich aus psychischen Gründen um 20% eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit (act. G 20.2). Die ABI-Gutachter erachteten eine volle Arbeitsunfähigkeit als nicht nachvollziehbar und begründeten dies damit, dass eine posttraumatische Belastungsstörung nicht diagnostiziert werden könne, da kein schweres Unfallereignis vorgelegen habe und auch die diesbezüglichen Symptome fehlen würden. Die Beschwerdeführerin geniesse das Zusammensein mit ihren Kindern und ihren Verwandten. Es zeige sich kein sozialer Rückzug. Es könne lediglich eine ängstlich-depressive Störung und eine Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert werden. Der Benzodiazepin-Abusus schränke die Arbeitsfähigkeit nicht ein. Im Vordergrund stehe die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung und der erhebliche sekundäre Krankheitsgewinn (act. G 20.2 S. 14 und 22). Auch von Seiten der Fachstelle für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie wurde bereits am 21. April 2006 festgehalten, bei der Beschwerdeführerin handle es sich um eine wache, bewusstseinsklare und in allen Qualitäten ausreichend orientierte Person. Im Kontakt sei sie zugewandt. Es bestünden keine Anhaltspunkte für Störungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration oder der Auffassungsgabe. Der Gedankengang sei formal geordnet, inhaltlich jedoch eingeengt auf die chronischen Schmerzen. Eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen liege nicht vor (UV-act. M27 S. 2). Vorliegend braucht nicht entschieden zu werden, welche Arbeitsfähigkeitsschätzung (aus psychiatrischer Sicht) zutreffend ist, da bei der geschilderten medizinischen Sachlage in jedem Fall von einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit in erheblichem Ausmass höchstens bis Frühjahr 2006 ausgegangen werden kann (vgl. UV-act. 26). Hierbei ist zu beachten, dass die von den Ärzten der Klinik Valens im Frühjahr 2006 bestätigte Arbeitsunfähigkeit von 50% sämtliche Gesundheitsschäden - auch die nicht unfallbedingten - miteinbezog. Später lag (unfallbedingt) höchstens eine 20%ige bzw. 25%ige Arbeitsunfähigkeit vor

(s. IIMB-Gutachten; UV-act. M29 S. 14, wo die Unfallursächlichkeit der Beschwerden mit 25% angegeben wurde). Sodann hatte der damalige Arbeitgeber der Beschwerdegegnerin bereits am 8. Februar 2005 mitgeteilt, er habe sein Einverständnis für einen therapeutischen Arbeitseinsatz gegeben. Körperlich leichte Tätigkeiten gebe es bei ihnen genug (UV-act. 36, 38). Med. pract. B.\_\_\_\_ berichtete hierauf am 31. August 2005, die Patientin sei zu keinem Zeitpunkt bereit gewesen, auch nur für 20% die Arbeit aufzunehmen, auch wenn diese leicht und ohne irgendwelche Zwänge gestaltet worden sei. Sie klage über sofortige Kopfschmerzen und Schwindel, wenn sie am Arbeitsplatz sei (UV-act. M21). Nachdem die Klinik Valens im Frühjahr 2006 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt hatte (UV-act. M26), machte die Beschwerdeführerin nach Lage der Akten keine Versuche mehr, wieder im Arbeitsprozess Fuss zu fassen. Gegenüber den ABI-Gutachtern gab sie an, sich nicht mehr arbeitsfähig zu fühlen (act. G 20.2 S. 21). Unter diesen Umständen sind ernsthafte Anstrengungen der Beschwerdeführerin, wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen, abgesehen von den vorerwähnten Arbeitsversuchen, nicht ausgewiesen. Zusammenfassend ist eines der in BGE 134 V 109 angeführten Adäquanzkriterien gegeben, was dazu führt, dass die Unfall-Adäquanz der anhaltenden Beschwerden zu verneinen ist. Die Leistungseinstellung auf Ende Oktober 2006 lässt sich dementsprechend nicht beanstanden.

#### **E. 5**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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