

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2007/65 vom 17. Januar 2008

Sg Versicherungsgericht, 2008-01-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publikationen_UV_2007_65

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2007/65 du 17 janvier 2008

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2007/65 del 17 gennaio 2008

Regeste

Art. 6 UVG. Schleudertraumaähnliche Verletzung. Prüfung der Leistungseinstellung. Frage des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und den verbleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Januar 2008, UV 2007/65).

Erwägungen

E. 1

Streitig ist, ob die Einstellung der Leistungen durch die Beschwerdegegnerin per 31. Juli 2006 (Taggelder und Heilungskosten) zu Recht erfolgt ist oder ob sie auch nach diesem Zeitpunkt Leistungen aufgrund des Unfalls vom 7. Juni 2002 zu erbringen hat. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin bringt diesbezüglich vor, die einmal bejahte Adäquanz könne bei unverändertem Beschwerdebild nach Ablauf einer gewissen Zeit ohne Vorliegen neuer Fakten (z.B. ganz oder teilweise wieder gewonnene Arbeitsfähigkeit, neue medizinische Erkenntnisse) nicht plötzlich negiert werden (act. G 9 S. 4). Nicht Gegenstand des angefochtenen Entscheids bildete die Frage der Höhe der Integritätsentschädigung (vgl. dazu ärztliche Stellungnahmen in UV-act. I/55 und I/130) sowie des IV-Grades bzw. des Rentenanspruchs; entsprechende Ansprüche wurden einzig mit Hinweis auf die fehlende Adäquanz verneint. Auch die dem angefochtenen Entscheid zugrunde liegende Verfügung lehnte zwar weitere Geldleistungen (mit einem Klammerhinweis auf Rente und Integritätsentschädigung) ab; eine eigentliche Prüfung lag aber auch dieser Verfügung nicht zugrunde, da damit die Kausalität verneint wurde. Bezüglich Anspruch auf Rente und Integritätsentschädigung kann auf die Beschwerde insofern nicht eingetreten werden, als deren Zusprechung in einer bestimmten Höhe verlangt wird (vgl. act. G 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Entscheid 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 sowie die Beweisanforderungen (Erwägungen 7a, 8a, 8b) zutreffend dargelegt; darauf kann verwiesen werden.

E. 2.1

Ein bei der Beschwerdeführerin im Nachgang zum Unfall vom 7. Juni 2002 erstelltes Kernspintomogramm ergab normale cranio-cerebrale Verhältnisse, insbesondere ohne Nachweis von Kontusionsherden, sowie eine fragliche, nicht dislozierte Fraktur im Bereich der lateralen Wand des Sinus maxillaris links (UV-act. I/2). Hausarzt Dr. med. C.____ bestätigte im Bericht vom 16. August 2002 einen zögerlichen Heilungsverlauf mit

Persistenz von Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen und thorakolumbalen Rückenschmerzen. Die Beschwerdeführerin habe die Arbeit seit 13. August 2002 zu 66 2/3 % wieder aufnehmen können (UV-act. I/6, I/13). Am 21. Februar 2003 berichtete Dr. med. D.____, dipl. Homöopathin und Allgemeine Medizin FMH, über persistierenden Schwindel, Kopfschmerzen, Müdigkeit und Depressionstendenz, Konzentrationsbeschwerden, Atembeschwerden sowie eine wahrscheinlich vorbestehende (unfallfremde) Depressionstendenz (UV-act. I/14). Im Bericht vom 25. Februar 2003 ging Dr. med. E.____, Neurologie FMH davon aus, dass die Patientin anlässlich des Unfalls vom 7. Juni 2002 ein HWS-Abknicktrauma sowie eine leichte traumatische Hirnverletzung oder ein leichtes Schädelhirntrauma erlitten habe. Sie beklage heute noch linksbetonte Nackenschmerzen mit schmerzhafter Funktionseinschränkung, Kopfschmerzen von teilweise migräniformem Charakter, teilweise mit Gleichgewichtsstörungen verbunden, Vigilanzstörungen, Konzentrations- und Gedächtnisleistungseinschränkungen, allgemeine Verlangsamung, leichte räumliche Orientierungsstörungen und verminderten Antrieb. Die neurologische Untersuchung habe keine neurologischen Ausfälle, jedoch ein mässiges, linksbetontes Cervikalsyndrom mit leichter, schmerzhafter Funktionseinschränkung ergeben. Der Arzt reduzierte die Arbeitsfähigkeit mit Wirkung ab 7. Januar 2003 auf 60% (UV-act. I/15). In den Berichten vom 13. Juni 2003 (UV-act. I/19) und 21. Januar 2004 (UV-act. I/34) bestätigte Dr. E.____ die von ihm gestellten Diagnosen. Dr. phil. F.____ hielt am 11. August 2003 als Ergebnis einer neuropsychologischen Untersuchung unter anderem fest, insgesamt seien die Einbussen in der neuropsychologischen Untersuchung als leicht zu bezeichnen, doch sei zu bedenken, dass die Beschwerdeführerin prämorbid eine sehr selbständige Lebensführung habe verwirklichen können. Aufgrund der neuropsychologischen Defizite sei dies nicht mehr im gewohnten, prämorbidem Umfang möglich. Unfallfremde Faktoren, welche die neuropsychologischen Ergebnisse mit beeinflussen könnten, hätten keine gefunden werden können. Insbesondere könnten depressive Tendenzen verneint werden. Aufgrund der neuropsychologischen Einschränkungen sei eine Steigerung des Arbeitspensums nicht zu empfehlen (UV-act. I/22; vgl. auch UV-act. I/45). Dr. D.____ bescheinigte in der Folge ab 1. Oktober 2003 eine volle Arbeitsunfähigkeit (UV-act. I/23). Am 17. Dezember 2003 und 8. März 2004 berichteten die Ärzte des Sunnehus, Wildhaus, über einen stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin (UV-act. I/41, 43). Die Ärzte der Rehaklinik Rheinfelden erhoben im Bericht vom 29. Januar 2004 die Diagnosen eines Status nach Unfall vom 7. Juni 2002 mit leichter traumatischer Hirnverletzung (Commotio cerebri) und HWS-Distorsion (persistierender zervikozephaler Symptomenkomplex, Exazerbation einer vorbestehenden Migräne, leichte neuropsychologische Funktionsstörungen, Verdacht auf Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt, Status nach Leberriess und Jochbeinfraktur links). Im Neurostatus verneinten sie einen Meningismus. Die Laboruntersuchungen ergaben keine pathologischen Befunde. Die Röntgenaufnahmen des Schädels und der HWS zeigten keine Schädelfraktur und keinen Hinweis für eine traumatische Knochenläsion oder Segmentgefügelockerung der HWS. Zur Unfallverarbeitung sei eine Psychotherapie indiziert (UV-act. I/40).

E. 2.2

Am 6. Mai 2004 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung durch Suva-Arzt Dr. med. G.____. Dabei zeigte sich eine enggradig eingeschränkte Beweglichkeit der HWS mit einer diffusen Druckschmerzsymptomatik und linksbetonten nuchalen Verspannungen. Klar im Vordergrund der Problematik stünden die neuropsychologischen Einschränkungen und die damit verbundenen Probleme. Aus somatischer Sicht sei der Endzustand eingetreten und es

könne zu den Restfolgen Stellung genommen werden. Der Arzt schätzte in der Folge den Integritätsschaden für ein leichtes bis mässiges Zervikalsyndrom bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen auf 5% (UV-act. I/54f). Eine psychiatrische Untersuchung durch Suva-Arzt Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ergab gemäss Bericht vom 13. Juli 2004 die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma. Der Arzt bejahte einen natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 7. Juni 2002 (UV-act. I/60). Im Nachgang zum Unfall vom 31. Dezember 2004 (Sturz auf den Kopf) wurden in den Berichten des Kantonsspitals St. Gallen vom 3. Januar 2005 die Diagnosen einer Contusio capitis und einer milden HWS-Distorsion sowie einer Commotio cerebri bestätigt (UV-act. II/2f). Der Sturz verursachte nur vorübergehende Beschwerden und die Behandlung wurde bei komplikationslosem Verlauf Mitte 2005 abgeschlossen (UV-act. II/3, 4).

E. 2.3

Der Neurologe Prof. Dr. med. I.____ kam gestützt auf seine Untersuchungen im Bericht vom 28. Januar 2005 zum Schluss, dass sich keine objektivierbaren pathologischen Befunde, jedoch Hinweise auf eine mangelhafte Kooperation der Beschwerdeführerin finden lassen würden. Im Weiteren interpretierte er das Beschwerdebild als seelische Reaktion auf den erlittenen Unfall und empfahl eine psychiatrische Behandlung (UV-act. I/99). Dr. med. J.____, Praxis für klassische Homöopathie, berichtete am 3. Mai 2005, der Gesamtzustand habe sich deutlich gebessert. Der Sturz auf den Kopf (vom 31. Dezember 2004) habe nur vorübergehende Beschwerden verursacht (UV-act. I/111). Im Bericht vom 29. August 2005 bestätigte Dr. H.____, dass die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma, wie sie bei der Beschwerdeführerin zu stellen sei, gemäss ICD-10 gleichgesetzt werde mit der Diagnose eines postcommotionellen Syndroms. Die Diagnose könne sowohl bei Fehlen von organischen Alterationen als auch bei Vorhandensein derselben gestellt werden. Für organische Alterationen bestünden konkret neuroradiologisch keine und elektroencephalographisch ungenügende Hinweise. Die neuropsychologischen Testbefunde wären zwar mit organischen Alterationen vereinbar, könnten aber auch durch eine Reihe von anderen Ursachen bedingt sein. Wenngleich eine strukturell-organische Läsion nicht sicher ausgeschlossen werden könne, so fehle es doch an genügenden Hinweisen, um eine solche mindestens wahrscheinlich zu machen. Die Arbeitsfähigkeit sei sowohl für den ursprünglichen Beruf als Sozialpädagogin wie für die Arbeit beim Katalogisieren in einer Bibliothek nicht mehr im verwertbaren Bereich (UV-act. I/119). Im Bericht vom 5. Januar 2006 führte Dr. G.____ aus, dass sich in Bezug auf die Beweglichkeit der HWS im Vergleich zur letzten kreisärztlichen Untersuchung eine Verbesserung ergeben habe. Aus klinischer Sicht bestehe nach wie vor ein leichtes bis mässiges Cervikalsyndrom; aus somatischer Sicht sei nach wie vor von einem Endzustand auszugehen. Nach Commotio cerebri würden sich keine organisch strukturellen Restfolgen finden lassen. Gemäss Dr. H.____ werde die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma nach ICD-10 gleichgesetzt mit der Diagnose eines postcommotionellen Syndroms. Es könne nicht gefolgert werden, dass bei Fehlen von strukturell objektivierbaren Unfallfolgen auch kein Integritätsschaden vorliege, da dieser abstrakt und egalitär zu beurteilen sei. Bezüglich der Integritätsschaden-Schätzung verweise er auf die Beurteilung vom 6. Mai 2004. Nach wie vor seien der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht alle durchschnittlichen Frauenarbeiten ganztags zumutbar. Ausgenommen seien Schwerarbeit sowie Arbeiten, welche eine dauernde Inklination sowie Reklination in Bezug auf die Halswirbelsäule erforderten (UV-act. I/130).

E. 3.1

Bei der Beschwerdeführerin ergab sich als Folge des Unfalls vom 7. Juni 2002 unbestrittenermassen eine leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI) bzw. eine Commotio cerebri (vgl. Polizeibericht in UV-act. I/8 Blatt 7, in welchem eine Gehirnerschütterung erwähnt wird). Mit dieser Diagnose sind indessen organische Unfallfolgen noch nicht dargetan. Die Diagnose einer milden traumatischen Hirnverletzung erfolgt aufgrund bestimmter Symptome nach kranialen Traumen und bedeutet nicht schon, dass eine objektiv nachweisbare Funktionsstörung im Sinn der Rechtsprechung zum Schleudertrauma der HWS und zum Schädel-Hirntrauma vorliegt. Hiezu bedarf es einer feststellbaren intrakraniellen Läsion oder eines messbaren Defektzustands in Form neurologischer Ausfälle, wie sie nach einer Contusio cerebri auftreten können. Fehlt es hieran, ist die Adäquanz der Unfallkausalität nach der für Schleudertraumen der HWS und Schädel-Hirntraumen ohne nachweisbare Funktionsausfälle geltenden Rechtsprechung zu beurteilen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 29. März 2006 i/S T. [U 197/04] Erw. 3.1 mit Hinweisen auf die medizinische Literatur). Nach Lage der medizinischen Akten ist konkret als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt zu erachten, dass sich die von der Beschwerdeführerin aktuell angegebenen Beschwerden nicht auf eine objektivierbare organische (neurologische) Schädigung bzw. eine strukturelle Veränderung an der HWS zurückführen lassen, die mit dem Unfall vom 7. Juni 2002 in Zusammenhang zu bringen wären. Es kann davon ausgegangen werden, dass im Nachgang zum Unfall vom 7. Juni 2002 Nacken- und Kopfschmerzen unmittelbar nach dem Ereignis auftraten (UV-act. I/3, I/14). Im Weiteren wurden ein seit dem Unfall bestehender Schwindel, Kopfschmerzen, Müdigkeit und Depressionstendenz sowie Konzentrationsbeschwerden festgehalten (UV-act. I/14). Auch nach der neueren Rechtsprechung (vgl. z.B. Urteil des EVG vom 4. November 2005 i/S K. [U 312/05]) muss nicht der gesamte Beschwerdekatalog vorliegen, um bei Unfällen mit HWS-Beteiligung 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, lässt sich vorliegend nicht in Abrede stellen. Hievon ging im Resultat auch die Beschwerdegegnerin aus, indem sie ihre Leistungspflicht bis 31. Juli 2006 anerkannte.

E. 3.2

Ausgehend davon, dass ein unfallkausales typisches Beschwerdebild für die Zeit nach dem streitigen Unfall vom 7. Juni 2002 zu bejahen ist, bleibt zu klären, ob die von der Beschwerdeführerin angeführten Beschwerden auch für die Zeit nach dem 31. Juli 2006 eine natürlich- und adäquat-kausale Folge des Unfalls darstellen. Dabei ist von Bedeutung, 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 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). Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen 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). Konkret lag auch im Zeitpunkt der streitigen Leistungseinstellung unbestrittenermassen ein typisches Beschwerdebild nach schleudertraumaähnlicher Verletzung teilweise vor, und der natürliche Kausalzusammenhang der Beschwerden zum streitigen Unfall wurde auch von der Beschwerdegegnerin bejaht (vgl. UV-act. I/157 S. 12). Den Akten lässt sich im übrigen kein selbständiges, ganz im Vordergrund stehendes psychisches Leiden (RKUV 1999, 407 Erw. 3b) oder eine nicht unfallkausale psychische Beeinträchtigung (RKUV 2001, 79) entnehmen.

E. 4.1

Beim Ereignis vom 7. Juni 2002, bei welchem ein Personenwagen mit einer - von der Beschwerdeführerin allerdings in Frage gestellten (act. G 1 S. 13) - Geschwindigkeit von ca. 30 km/h seitlich von hinten mit der Fahrrad fahrenden Beschwerdeführerin kollidierte und diese als Folge davon auf die Strasse stürzte, ist von einem mittelschweren Unfall auszugehen (vgl. dazu den Sachverhalt im Urteil des EVG vom 15. März 2005 i/S R. [U 214/04], bei welchem ein mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen angenommen wurde, sowie denjenigen im Urteil des EVG vom 23. Januar 2004 i/S D. [U 66/03: mittelschwerer Unfall im leichteren Bereich]). Bei der Beschwerdeführerin lag nach dem Unfall eine kurze Bewusstlosigkeit mit Amnesie für das Unfallereignis vor (UV-act. I/3). Eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls oder dramatische Begleitumstände sind nicht belegt, zumal das objektive Unfallgeschehen und nicht das subjektive Erleben des Ereignisses (vgl. act. G 1 S. 12 unten) massgebend ist. Zu Recht hielt die Beschwerdegegnerin diesbezüglich fest, die Amnesie für das Unfallereignis sei kein Hinweis für eine besondere Dramatik oder Eindrücklichkeit des Unfalls (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] sowie vom 15. November 2004 i/S K., Erw. 3.2 [U 334/03]). Bei der erlittenen Verletzung (HWS-Abknicktrauma mit Kopfanprall) handelt es sich nicht um eine solche, die durch ihre Schwere oder besondere Art charakterisiert wäre (vgl. Urteil des EVG vom 9. August 2004 i/S J. [U 116/04]). Die Beschwerdeführerin bezeichnete sie denn auch selbst als objektiv mittelschwer (act. G 1 S. 14).

E. 4.2

Hinsichtlich der Länge der Behandlungsdauer ist vorweg festzuhalten, dass ärztliche Abklärungen und Begutachtungen nicht zur eigentlichen Behandlung gehören. Die Beschwerdeführerin gab gemäss Kreisarzt-Bericht vom 5. Januar 2006 eine leichte Beschwerdebesserung an, wobei jedoch nach wie vor dreiwöchentlich bei Dr. F.____ neuropsychologische Behandlungen stattfanden (UV-act. I/130 S. 2). In den Schreiben vom

20. und 28. Juli 2006 erwähnte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin die Durchführung von Craniosacral-Therapien und machte entsprechende Kostenerstattung geltend (UV-act. I/144). In der Beschwerde vermerkte der Rechtsvertreter eine seit dem Unfall vom 7. Juni 2002 andauernde Behandlung (act. G 1 S. 14). Dr. J.____ hatte am 3. Mai 2005 von einer deutlichen Besserung des Gesamtzustandes berichtet (UV-act. I/111). Im Bericht vom 21. August 2006 legte Dr. F.____ unter anderem dar, die unfallbedingten kognitiven Defizite würden bei geringer Verbesserung persistieren. Markant seien die Einbussen in den Aufmerksamkeitsfunktionen. Zudem leide die Beschwerdeführerin unter Schmerzen im Schulter-, Nacken- und Kopfbereich und an Schwindelbeschwerden. Eine psychische Problematik, welche die Akzentuierung der somatischen und kognitiven Beschwerden begünstigen könnte, liege nicht vor. Vier Jahre nach dem Unfall seien aus neuropsychologischer Sicht keine wesentlichen Verbesserungen in der Leistungsfähigkeit mehr zu erwarten (act. G 1.1/12). Im Bericht vom 14. Mai 2007 bestätigte Dr. F.____ diese Darlegungen sowie die Notwendigkeit einer weiteren neuropsychologischen Therapie (act. G 9.1). - 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 dargelegten Umstände kann die Notwendigkeit einer Behandlung über den Einstellungszeitpunkt hinaus nicht ohne weiteres verneint werden, wobei allerdings unklar bleibt, inwiefern sich durch sie noch eine eigentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes erreichen lässt. Kreisarzt Dr. G.____ hielt im Bericht vom 5. Januar 2006 fest, aus klinischer Sicht bestehe nach wie vor ein leichtes bis mässiges Cervikalsyndrom und vermerkte gleichzeitig, aus somatischer Sicht sei "nach wie vor ein Endzustand eingetreten". Letzteres begründete er mit dem Hinweis, dass keine organischen strukturellen Restfolgen mehr vorliegen würden (UV-act. 130 S. 3). Solche Folgen müssen aber bei einer Verletzung, wie sie hier streitig ist, für die Bejahung der Unfallkausalität nicht notwendigerweise bestehen. In der Beurteilung des Integritätsschadens war Dr. G.____ denn auch von unfallbedingten, erheblichen und dauernden Beschwerden aufgrund des Zervikalsyndroms ausgegangen (UV-act. I/55). Eine Feststellung, wonach die klinischen Befunde nicht auf den streitigen Unfall zurückzuführen seien, findet sich im späteren Bericht von Dr. G.____ nicht (vgl. UV-act. I/130). Wenn somit die Behandlung vier Jahre nach dem Unfall zwar noch andauerte, jedoch unklar bleibt, ob sie noch eine Verbesserung des Gesundheitszustands bewirken konnte, so lässt sich die hier in Frage stehende Dauer der Behandlung nicht abschliessend festlegen. Diese Frage wird vielmehr die Beschwerdegegnerin noch abzuklären haben. Demgegenüber lagen ein schwieriger Heilverlauf und erhebliche Komplikationen nach Lage der Akten nicht vor. Ein schwieriger Heilungsverlauf kann - entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung (act. G 1 S. 16) - nicht schon dann angenommen werden, wenn eine Vielzahl von verschiedenen Therapien zu keinem Heilungserfolg führt. Von einer ärztlichen Fehlbehandlung ist ebenfalls nicht auszugehen. Auch das Vorliegen von Dauerschmerzen ist gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin in den medizinischen Akten zu verneinen (vgl. UV-act. I/54 S. 1, I/119 S. 3, I/130 S. 2).

E. 4.3

Nachdem die Beschwerdeführerin ab 13. August 2002 wieder in dem Umfang (65%) wie vor dem Unfall vom 7. Juni 2002 gearbeitet hatte (UV-act. I/6, I/13), bestätigte Dr. E.____ ab 7. Januar 2003 eine von 65% auf 60% reduzierte Arbeitsfähigkeit (UV-act. I/15). In der Folge wurde ab 1. Oktober 2003 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert (UV-act. I/23). Im

Jahr 2005 war die Beschwerdeführerin zu 20% in einer Bibliothek tätig (UV-act. I/111). Dr. G.____ bejahte bereits am 6. Mai 2004 die Zumutbarkeit einer leichten Arbeitstätigkeit (UV-act. I/54). Dies geschah allerdings aus rein somatischer Sicht. Die von Dr. F.____ bestätigten (unfallbedingten) neuropsychologischen Einschränkungen (vgl. act. G 1.1/12) bezog Dr. G.____ - soweit ersichtlich - nicht in seine Beurteilung mit ein (UV-act. I/130 S. 4). Zuvor hatte Suva-Arzt Dr. H.____ im Bericht vom 29. August 2005 die Arbeitsfähigkeit als nicht mehr im verwertbaren Bereich liegend erachtet (UV-act. I/119); die Unfallkausalität der psychischen Beschwerden hatte er schon vorher bestätigt (UV-act. I/60). Dr. J.____ bescheinigte Arztbesuche in den Jahren 2006 und 2007 sowie eine volle Arbeitsunfähigkeit (act. G 1.1/11). Zur Unfallkausalität der von ihm bestätigten Arbeitsfähigkeit wurde Dr. J.____ nach Lage der Akten nicht befragt. Dr. F.____ attestierte ebenfalls eine volle Arbeitsunfähigkeit sowie deren Unfallbedingtheit (act. G 9.1). Mit Blick auf die Rechtsprechung (vgl. zusammenfassende Darstellung im Urteil des EVG vom 30. August 2001 [U 56/00] Erw. 3d) lässt sich bei dieser Aktenlage ein rein durch den streitigen Unfall bedingter, erheblicher Anteil einer (lang dauernden) Arbeitsunfähigkeit weder in Abrede stellen noch bestätigen. Gegen eine lange Dauer spricht der Umstand, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall über ein Jahr lang praktisch im Vorunfall-Pensum (65% ab 13. August 2002, 60% ab 7. Januar 2003) tätig war und die volle Arbeitsunfähigkeit erst ab Oktober 2003 bestätigt wurde. In den Akten findet sich andererseits keine ärztliche Stellungnahme, welche - in Bezug auf das hier streitige, gemischt somatisch und psychisch bedingte Beschwerdebild - eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit verneint. Hingegen ergibt sich nicht klar aus den Akten, inwiefern die Beschwerdeführerin - unfallbedingt - in ihrer Arbeitsfähigkeit effektiv eingeschränkt ist. Immerhin war sie in der Lage, in dem hier streitigen Zeitraum ab 31. Juli 2006 eine künstlerische Tätigkeit auszuüben, auch wenn sie dadurch (in erwerblicher Hinsicht) nicht als eingegliedert gelten konnte. Die Leistungseinstellung auf den 31. Juli 2006 erscheint damit nicht ausgewiesen. Die Beschwerdegegnerin wird unter diesen Umständen in medizinischer (multidisziplinärer) Hinsicht noch abzuklären haben, welche Tätigkeiten die Beschwerdeführerin seit der kreisärztlichen Beurteilung vom 6. Mai 2004 in welchem Umfang ausüben konnte. Dabei geht es nicht nur um den bisherigen Beruf, sondern um eine zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf und Aufgabenbereich (vgl. Art. 6 ATSG).

E. 5

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist, unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 19. April 2007 teilweise gutzuheissen und die Sache zur Durchführung von weiteren Abklärungen und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Es rechtfertigt sich, diese auf pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht entschieden: 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist, wird der Einspracheentscheid vom 19. April 2007 aufgehoben und die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin entschädigt die Beschwerdeführerin mit Fr. 4'000.--.