

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/113 vom 23. Dezember 2010**

Sg Versicherungsgericht, 2010-12-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2009\\_113](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2009_113)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/113 du 23 décembre 2010

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/113 del 23 dicembre 2010

## **Regeste**

Art. 6 und 24 Abs. 1 UVG: Autounfall mit Deckenplattenimpressionsfrakturen mehrerer Brustwirbelkörper. Erreichen des Status quo sine bejaht. Zudem erfolgte die Leistungseinstellung zu Recht, nachdem die adäquate Unfallkausalität (Adäquananzprüfung nach der sog. Psychopraxis nach BGE 115 V 133) weggefallen war. Der ärztlich beurteilte Integritätsschaden von 5% ist nicht zu beanstanden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Dezember 2010, UV 2009/113).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 25. Februar 2001 und erbrachte entsprechende Versicherungsleistungen. Streitig und zu prüfen ist, ob sie weitere Leistungen ab 31. Juli 2008 wegen fehlender Unfallkausalität zu Recht verweigert hat. 1.2 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtlichen Voraussetzungen zur Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere jene des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfallereignis und gesundheitlicher Schädigung zutreffend dar; darauf ist zu verweisen (vgl. Erwägung 2.4 Abs. 1). Anzuführen bleibt, dass im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) die Adäquananz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle spielt. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung der adäquaten Kausalität, können doch gerade klinische Befunde erfahrungsgemäss auch psychisch ausgelöst werden. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquananzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person eine Schleudertraumaverletzung erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass eine versicherte Person eine Schleudertraumaverletzung erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquananzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen

aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a), andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten bzw. den mit BGE 134 V 109 modifizierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b). Zu präzisieren bleibt, dass die zu den Verletzungen nach klassischem Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung zum natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang (BGE 119 V 335, 117 V 359) auch auf analoge Verletzungen wie Distorsionen der HWS sowie Schädel-Hirntraumen anwendbar ist, wenn und soweit sich deren Folgen mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 17. August 2004 [U 243/03] i/S O.G.; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317, E. 3; BGE 117 V 369).

1.3 Gemäss Art. 6 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch für Schädigungen, die dem Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Art. 10 UVG). Der Unfallversicherer hat somit für Schäden einzustehen, die durch Heilmassnahmen im Anschluss an versicherte Unfälle herbeigeführt werden, ohne dass diese behandlungsbedingte Schadensverursachung den Unfallbegriff, den Tatbestand des haftpflichtrechtlichen Kunstfehlers oder der strafrechtlich relevanten Körperschädigung erfüllen müsste und ohne dass zwischen dem Unfall und der bei der unfallbedingten Heilbehandlung aufgetretenen Komplikation (bzw. dem dadurch hervorgerufenen Schaden) ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen müsste. Der Gesetzgeber hat durch den Erlass dieser Bestimmung bewusst eine Risikoverteilung zwischen Unfall- und Krankenversicherung vorgenommen (Alexandra Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung - Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3. Aufl. Zürich 2003, S. 75 mit Hinweis).

1.4 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45, 1994 Nr. U 206 S. 328; siehe ebenso BGE 117 V 261 E. 3b). Dabei muss jedoch nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen sind, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahin gefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b).

## E. 2

2.1 Streitig und zu prüfen sind als Erstes die somatischen Beschwerden. Die Beschwerdeführerin macht geltend, unter brennenden Rückenschmerzen auf Brusthöhe mit Verkrampfungen ober- und unterhalb davon, Nierenkoliken, einer Visusverminderung beidseits und Osteopenie zu leiden. Zudem sei wohl auch die Entwicklungsstörung ihres jüngeren Sohnes darauf zurückzuführen, dass sie infolge des Unfalls Medikamente habe einnehmen müssen.

2.2 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektiviert gilt eine solche Läsion durch einen entsprechenden radiologisch erhobenen Untersuchungsbefund. Röntgenuntersuchungen der HWS/BWS/LWS ap/lat und Dens vom 25. Februar 2001 ergaben keine sicheren Hinweise für eine frische traumatische ossäre Läsion oder Instabilität (UV-act. M1). Demgegenüber zeigten die Röntgenaufnahmen vom 12. April 2001 Deckplattenimpressionsfrakturen, zum Teil mit angedeuteter keilförmiger Deformation der Brustwirbelkörper 4, 5, 6, 8, 9 und 11 mit diskretem Knochenmarködem als Hinweis auf subakute Verletzungen. Hinweise auf discoligamentäre Verletzungen oder eine Spinalkanalstenose lagen nicht vor (UV-act. M5). Eine neurologische Untersuchung im Herbst 2001 ergab keinen pathologischen Befund (UV-act. M12). Im Bericht vom 8. Dezember 2003 hielt Dr. G. \_\_\_ diagnostisch verheilte Deckplattenimpressionsfrakturen BWK4, 5, 6, 8, 9 und 11, eine verheilte HWS-Distorsion sowie eine verheilte Distraktionsverletzung Th12/L1 fest. Die Befunde würden wie bereits früher eine gute Funktion der Wirbelsäule zeigen, jedoch lägen noch Restbeschwerden bei Belastung vor, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Kausalzusammenhang zum Unfall stünden. Da die Unfallfolgen in letzter Zeit immer noch abgenommen hätten, dürfe von einer weiteren Zunahme der Belastbarkeit der Wirbelsäule ausgegangen werden. Dabei hänge allerdings der Zustand der Beschwerdeführerin von der Entwicklung der nachgewiesenen Osteopenie ab. Eine Behandlung dieser unfallfremden Osteopenie sei indiziert (UV-act. M26 S. 3 ff.). Das Gutachten vom 11. Juli 2008 enthielt im Vergleich zum früheren Gutachtensbefund lediglich eine geringe Verschlechterung des Bewegungsumfangs der Wirbelsäule, die allerdings nicht verwertbar sei. Am Brustbein bestünden demgegenüber keine Druckschmerzen mehr. Die objektivierbaren Einbrüche von mehreren Brustwirbelkörpern seien aus orthopädischer Sicht überwiegend wahrscheinlich auf den Autounfall zurückzuführen. Die aktuell wie auch damals vorgenommenen Messungen der Knochendichte liessen vermuten, dass schon im Unfallzeitpunkt ein pathologischer Wert vorgelegen habe. Dieser hätte zu 30% die Entwicklung von Wirbelfrakturen begünstigen können. Internistischerseits könne eine zum Zeitpunkt des Unfalls bereits bestehende Osteopenie nicht ausgeschlossen werden. Eine Hyperkalzämie habe bisher nie dokumentiert werden können. Ein Hyperparathyreoidismus, eine Hyperthyreose, Neoplasie oder chronische Niereninsuffizienz kämen als Ursache nicht in Frage. Zum Zeitpunkt der noch ausgeübten Tätigkeit als Pflegerin könne ebenfalls eine Inaktivität als Ursache der Osteopenie ausgeschlossen werden, allenfalls könne das Rauchen als begünstigender Faktor aufgeführt werden. Grundsätzlich könne postuliert werden, dass bei vorbestehender Osteopenie ein erhöhtes Frakturrisiko bestehe, das die Entwicklung mehrfacher Wirbelkörper-Frakturen beim Unfall begünstigt haben dürfte (UV-act. M37 S. 39). Gemäss den orthopädischen Ausführungen sei, wenn das Vorliegen eines krankhaften Zustands im Zeitpunkt des Unfalls angenommen werde, sieben Jahre nach dem Unfallereignis ein Erreichen des Status quo sine anzunehmen. Das heisse nicht, dass in dieser Zeit mit grosser Wahrscheinlichkeit Frakturen aufgetreten wären, sondern dass wenigstens mit dem Auftreten von ähnlichen Beschwerden hätte gerechnet werden

müssen. Es sei damals mit persistierenden Beschwerden über drei Jahre gerechnet worden, so dass ab 2006 mit dem Erreichen des Vorzustands auch ohne Unfall gerechnet werden könne. Dies lasse sich auch damit begründen, dass die Frakturen der Wirbelkörper ohne Fehlstellung verheilt seien (UV-act. M37 S. 40). Laut Dr. E. \_\_\_ kann schon rein auf Grund der radiologischen Untersuchungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis geschlossen werden, dass vorbestehend bereits eine Osteopenie vorhanden war. Dieser Zustand habe sicher die Deckenplattenfrakturen multipler Wirbelkörper begünstigt. Es handle sich dabei um den Zustand, der im Verlauf der Zeit auch aus eigener Dynamik heraus nicht unbedingt zur Spontanfrakturierung von Wirbelkörpern führen müsse, dennoch aber sehr häufig Ursache von erheblichen Rückenbeschwerden sei, und zwar durchaus in einem Umfang, wie sie heute geklagt würden. Da die Frakturen ohne Fehlstellung verheilt seien, sei der im Gutachten festgehaltene Zeitpunkt des Eintretens des Status quo sine sieben Jahre nach dem Unfallereignis nachvollziehbar (UV-act. M39). Dass Dr. G. \_\_\_ noch im Bericht vom 8. Dezember 2003 (vgl. UV-act. M26 S. 3) eine bereits im Zeitpunkt des Unfalls vorliegende Verminderung der Knochendichte nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestätigen konnte, zeigt lediglich eine Beurteilung auf Grund damaliger Untersuchungsergebnisse. Wenn sich sodann der Zustand der Knochendichte nach mehreren Jahren kaum relevant verändert hat und die Ärzte auf Grund der laufenden Gesundheitsentwicklung zu neuen Erkenntnissen gelangen, ist dies nicht zu beanstanden. Da sowohl im Begutachtungszeitpunkt 2003 als auch in jenem von 2008 eine verminderte Knochendichte festgestellt wurde und weitere Ursachen unterdessen ausgeschlossen werden konnten, erweisen sich die Ausführungen von Dr. E. \_\_\_ zum Vorbestehen der Osteopenie sowie zum mittlerweile eingetretenen Status quo sine somit als nachvollziehbar. Folglich ist davon auszugehen, dass in Bezug auf die Rückenbeschwerden spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 31. Juli 2008 derjenige Zustand, wie er auch ohne Unfall eingetreten wäre, erreicht war.

2.3 Am 10. Juli 2001 suchte die Beschwerdeführerin erstmals wegen kolikartigen Schmerzen im linken Unterbauch notfallmässig das Kantonale Spital Rorschach auf. Die rezidivierenden Schmerzen wurden als Koliken im Rahmen einer rezidivierenden Urolithiasis beurteilt und die Beschwerdeführerin nach zwei Tagen auf Grund deutlich regredienter Beschwerden wieder entlassen (act. G 7.3). Gemäss ihrem Rechtsvertreter traten auch aktuell wieder Nierenkoliken auf (vgl. act. G 1 Ziff. III A 4.). Die Ursache der nach dem Unfall aufgetretenen Urolithiasis bleibt laut dem MEDAS-Gutachten vom 15. Juli 2003 unklar, wobei damals noch eine zeitlich begrenzte Hyperkalzämie zur Diskussion stand, einerseits durch Immobilisation bedingt, andererseits Vitamin D-bedingt zusammen mit der von der Beschwerdeführerin durchgeführten Selbsttherapie eines dyspeptischen Syndroms mit Milch und Rennie-Tabletten (act. G 7.2 S. 17 und S. 4). Nach erneuter Begutachtung hielten die Ärzte im MEDAS-Bericht vom 11. Juli 2008 fest, dass angeblich weitere Nierenkoliken persistierten, die jedoch zu keinen weiteren Komplikationen geführt hätten, indem die bisherige Selbsttherapie mit Buscopan, allenfalls zusätzlich Mefenacid und viel Trinken ausgereicht habe und insbesondere keine weiteren stationären Aufenthalte erforderlich gewesen seien. Eine Nierenfunktionsstörung wie auch eine Hyperurikämie könnten ausgeschlossen werden (UV-act. M37 S. 38). Damit könnten die nach dem Unfall aufgetretene Nephrolithiasis sowie die in der Folge anamnestisch weiterhin rezidivierenden Nierenkoliken als nur möglicherweise in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 25. Februar 2001 stehend beurteilt werden (UV-act. M37 S. 39). Nachdem auch Dr. E. \_\_\_ diese Ausführungen am 9. Oktober 2009 für schlüssig erachtete, sie nachvollziehbar sind und keine Anhaltspunkte vorliegen,

die zu einer anderen Schlussfolgerung führen würden, ist nicht davon auszugehen, dass die Nephrolithiasis mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis steht. 2.4 Bezüglich der Augenproblematik ist nach anamnestischen Angaben von einem korrigierten Visus rechts von 60% und links von 30% auszugehen (act. G 7.2 S. 17, UV-act. M37 S. 36). Gemäss dem Operationsbericht der Klinik für Augenkrankheiten des KSSG vom 20. November 2001 wurde bei der Beschwerdeführerin am 20. November 2001 infolge einer diagnostizierten fortgeschrittenen fleckförmigen Hornhautdystrophie eine perforierende Keratoplastik durchgeführt (act. G 7.4). Bei der Diagnose der Hornhautdystrophie handelt es sich um eine Sammelbezeichnung für eine Gruppe erblicher, immer beidseitiger, angeborener oder sich später manifestierender Trübungen in den verschiedenen Schichten der Hornhaut (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl. Berlin 2010, S. 904). Für die MEDAS-Ärzte war die Ursache der fleckförmigen Hornhautdystrophie gemäss Gutachten vom 15. Juli 2003 unklar. Diesbezüglich könnten aus den zur Verfügung stehenden Akten keine Rückschlüsse gezogen werden. Es wurde aber darauf hingewiesen, dass korneale und konjunktivale Calcifikationen im Rahmen von Hyperkalzämien beschrieben würden (act. G 7.2 S. 17). Auch im Gutachten vom 11. Juli 2008 wurde aufgeführt, dass die erstmalig nach dem Unfall aufgetretenen Nierenkoliken mit dokumentierter Lithotripsie im KSSG insbesondere beim gleichzeitigen Auftreten einer fleckförmigen Hornhautdystrophie einen mindestens transitorisch bestehenden hyperkalzämien Zustand vermuten liessen. Das Auftreten der fleckförmigen Hornhautdystrophie könne (aber) nur möglicherweise in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis stehend beurteilt werden (UV-act. M37 S. 38 f.). Damit ist auch hier - trotz Angaben der Beschwerdeführerin erst seit dem Unfall unter Sehstörungen zu leiden (vgl. act. G 7.2 S. 3) - der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und diesen Beschwerden nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. 2.5 Der Rechtsvertreter macht schliesslich geltend, die Entwicklungsstörungen des am 13. November 2002 geborenen Sohnes der Beschwerdeführerin seien auf die ihr infolge des Unfalls verordnete Medikation zurückzuführen. Wie dem MEDAS-Gutachten vom 11. Juli 2008 zu entnehmen ist, habe der Sohn im Kindergarten Mühe gehabt, jedoch habe sich die Situation mit Logopädie gebessert (UV-act. M37 S. 2). Ausgewiesen ist, dass der Beschwerdeführerin direkt nach dem Unfallereignis das Schmerzmittel Mefenacid (UV-act. M2) und gemäss eigenen Angaben Ponstan verschrieben wurden (act. G 7.2 S. 2). Im KSSG-Bericht vom 15. Oktober 2001 wurde die Empfehlung abgegeben, während zehn Tagen Vioxx50 einzunehmen (UV-act. M8). Dieses Medikament ist mittlerweile v.a. auf Grund eines gesteigerten Herzinfarkt- und Schlaganfallrisikos wieder vom Markt genommen worden (vgl. Abfrage vom 9. Dezember 2010: <http://www.netdokter.de/Magazin/Vioxx-r-Rueckzug-5222.html>). Infolge der unfallfremden Nierenkoliken im Juli 2001 verordneten ihr die behandelnden Ärzte Buscopan Dragees bei Bedarf, Primofénac Tabletten 50mg bei Bedarf sowie Noroxin 400mg 1-0-1 bis 19. Juli 2001 (act. G 7.3). Ansonsten konnte sie ebenfalls bei Bedarf durch die Hausärztin nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) beziehen (UV-act. M13). Gemäss dem MEDAS-Bericht vom 15. Juli 2003 nahm die Beschwerdeführerin das Antidepressivum Deroxat lediglich vor der zweiten Schwangerschaft ein (vgl. act. G 7.2 S. 3). Diesbezügliche über die Medikamenteneinstellung hinaus andauernde Nebenwirkungen sind mit Blick auf die bekannten Risikofaktoren jedoch zu verneinen (vgl. Arzneimittel-Kompendium der Schweiz, Deroxat, Abfrage vom 9. Dezember 2010:

<http://www.kompendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=de&MonType=pi>). Im Übrigen scheint sich die Beschwerdeführerin ihrer Schwangerschaft bereits frühzeitig bewusst gewesen zu sein und es zeigt sich, dass sie auch sofort die nötigen Vorsichtsmassnahmen ergriff, indem sie beispielsweise bereits Anfang März 2002 auf risikoreiche Röntgenabklärungen verzichtete (UV-act. M16). Die gemäss dem Bericht der Klinik für Urologie des KSSG vom 24. Juli 2002 durchgeführte Medikation mit Magnesiocard 1.2, Neobron sowie Dafalgan bei Bedarf (vgl. zur Zulässigkeit bei Schwangerschaft Abfrage vom 9. Dezember 2010:

<http://www.kompendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=de&MonType=pi>) erfolgte schliesslich in Kenntnis der Schwangerschaft bzw. scheint teilweise dadurch indiziert gewesen zu sein (act. G 7.2 S. 8). Vor diesem Hintergrund können die geltend gemachten Störungen in der Entwicklung des Sohnes nicht auf die infolge des Unfalls eingenommenen Medikationen zurückgeführt werden, ganz abgesehen davon, dass allfällige Gesundheitsschäden beim Sohn der Beschwerdeführerin ohnehin nicht durch deren Unfallversicherung gedeckt wären. 2.6 Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass die über den 31. Juli 2008 hinaus geklagten Beschwerden somatisch nicht mehr bzw. lediglich teilweise, jedoch mit nicht unfallbedingten Befunden erklärbar sind.

### **E. 3**

3.1 Schliesslich ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin beim Autounfall vom 25. Februar 2001 ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies der Fall, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen wie Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, neurologische Defizite (Konzentrations- und Gedächtnisstörungen), Übelkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. nach dem Unfall vorgelegen haben (BGE 8C\_181/2007 vom 17. April 2008 E. 2.4 bzw. BGE 117 V 359 E. 4b S. 360). Kann nicht von einem vielschichtigen somatisch-psychischen Beschwerdebild - d.h. von einem komplexen Gesamtbild unfallbedingter psychischer Beschwerden und ebenfalls unfallkausaler organischer Störungen - gesprochen werden, hat die Prüfung der adäquaten Kausalität praxisgemäss unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall gemäss BGE 115 V 133 zu erfolgen. Dieses Vorgehen greift Platz, wenn die zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Schleudertraumas gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zur ausgeprägten psychischen Problematik aber unmittelbar nach dem Unfall ganz in den Hintergrund getreten sind oder die physischen Beschwerden im Verlauf der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Einstellungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben (vgl. BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111f., 127 V 102 E. 5b/bb S. 103, 123 V 98 E. 2a S. 99; RKUV 5/2002 Nr. U 465 S. 437, je mit Hinweisen).

3.2 Die medizinischen Berichte gehen beim Unfall vom Februar 2001 konkret von einer HWS-Distorsion aus (UV-act. M1 - M3). Distorsionen der HWS sind Folgen von Beschleunigungskräften, die im Sinn einer Überdehnung und Überbiegung auf die HWS einwirken und mit einem Kopfanprall verbunden sein können. Ein eigentliches Schleudertrauma liegt nur dann vor, wenn bei einer Auffahrkollision durch die plötzliche Beschleunigung des getroffenen Fahrzeugs der Kopf des Insassen - ohne anzuprallen - zuerst nach hinten zu knicken scheint und anschliessend nach vorne beschleunigt wird. Führt der Beschleunigungsmechanismus zu einem Kopfanprall, sollte nicht von einem Schleudertrauma, sondern von einer HWS-Distorsion gesprochen werden (vgl.

diesbezüglich Thomas Locher, HWS-Distorsionen [Schleudertrauma] - Einführung in die Rechtslage nach schweizerischem Recht, in:

Murer/Niederer/Radanov/Rumo-Jungo/Sturzenegger/Walz [Hrsg.], Das sogenannte "Schleudertrauma" - medizinische, biomechanische und rechtliche Aspekte der Distorsionen der Halswirbelsäule, Bern 2001, S. 31 f.). Gemäss dem Fragebogen bei HWS-Verletzungen, welchen die Hausärztin am 13. März 2001 beantwortete, fand kein Kopfanprall statt (UV-act. M2). Ob die Beschwerdeführerin aber ein eigentliches Schleudertrauma oder eine schleudertraumaähnliche Verletzung, d.h. eine HWS-Distorsion und/oder ein Schädel-Hirntrauma, erlitten hat, braucht nicht abschliessend geklärt zu werden. Es genügt, dass davon ausgegangen werden kann, dass sie eine Beschleunigungsverletzung der HWS erlitten hat, auch wenn sich diese unbestrittenermassen nicht als strukturelle Verletzung zeigte (vgl. Erwägung 2.2).

3.3 Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt ein für die Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e).

3.4 Folglich ist zu prüfen, ob bei der Beschwerdeführerin nach dem Unfallereignis ein typisches Beschwerdebild nach HWS-Distorsionstrauma mit einer Beschwerdehäufung vorgelegen hat. Gemäss dem Bericht des KSSG vom 1. März 2001 konnte die Beschwerdeführerin nach Einlieferung in die Notfallaufnahme den Kopf nicht von der Unterlage abheben, jedoch bestand keine Druckdolenz über der HWS (UV-act. M1). Ihre Hausärztin hielt im Fragebogen bei HWS-Verletzungen am 13. März 2001 fest, dass sich nach dem Unfall Schwindel, Benommenheit und Verwirrtheit, Übelkeit und Erbrechen, Spontanschmerzen im Nacken rechts und links mit Ausstrahlung in die Schultern sowie eine Bewegungseinschränkung der HWS eingestellt hätten. Bei der ersten Konsultation in ihrer Praxis am 27. Februar 2001 hätten immer noch Schwindel, leichte Übelkeit, Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die Schultern sowie eine HWS-Bewegungseinschränkung bestanden. Die HWS-Beweglichkeit wurde als endphasig schmerzhaft beschrieben. Zu Beginn seien die Schmerzen und der Schwindel zunehmend gewesen, im Zeitpunkt des Arztberichts vom 13. März 2001 sei v.a. Schwindel bis hin zum Kollaps geklagt worden (UV-act. M2). Gemäss Arztzeugnis vom 22. Mai 2001 machte die HWS zu jenem Zeitpunkt keine Probleme mehr (UV-act. M3). Ende Juni 2001 wurde eine seit dem Unfall bestehende Lichtempfindlichkeit dokumentiert (UV-act. M4), die aber mit der Hornhautdystrophie in Zusammenhang gestanden haben dürfte. Schliesslich stellten sich seit dem Arbeitsversuch im September 2001 wieder vermehrt Rückenschmerzen sowie eine depressive Verstimmung ein (UV-act. M11). Gemäss Bericht des KSSG vom 15. Oktober 2001 beklagte die Beschwerdeführerin Schmerzen im mittleren unteren thorakalen Wirbelsäulenbereich, welche in letzter Zeit Richtung HWS ausstrahlten (UV-act. M12). Die Diplomierte Psychoanalytikerin und Psychotherapeutin / ECF Dr. phil. I. \_\_\_ berichtete am 25. Juli 2002, dass sie unter Alpträumen, Erschöpfungszuständen, erhöhter Reizbarkeit, sozialen Rückzugstendenzen und depressiver Verstimmung gelitten habe (UV-act. M20). Als weitere geltend gemachte Beschwerden nannte Dr. F. \_\_\_ im Bericht vom 15. Juli 2003 eine Einschränkung in der Konzentrationsfähigkeit und Rückenschmerzen. Zudem habe die Beschwerdeführerin angegeben, im Vormonat leicht unter Kopfschmerzen, Schwindel, Ohnmachtsanfällen, Herzklopfen und Herzrasen gelitten zu haben (UV-act. M25 S. 5, 8). Diese Erhebungen zeigen ein Beschwerdebild mit mehreren typischen Beeinträchtigungen unmittelbar nach

dem Unfall vom 25. Februar 2001 sowie solchen nach einer gewissen Latenzzeit, wobei letztere grundsätzlich nicht berücksichtigt werden können. Gesamthaft ist aber von einer Häufung von Beeinträchtigungen im Sinn eines typischen Beschwerdebilds nach HWS-Distorsionstrauma auszugehen, das als natürlich-kausale Unfallfolge eines HWS-Traumas zu betrachten ist.

#### **E. 4**

Dr. F.\_\_\_\_ befand nach seiner psychiatrischen Begutachtung 2008, dass das aktuelle Zustandsbild vorwiegend einem chronifizierten Schmerzsyndrom entsprechen dürfte, nachdem man ursprünglich von einer Kränkungsreaktion und Anpassungsstörung habe ausgehen können. Ein direkter Zusammenhang mit dem Unfall sei aus psychiatrischer Sicht nicht mehr nachvollziehbar. Die Beeinträchtigung des Ehelebens, die Entwicklungsstörung des Kleinkinds und die von der Psychotherapeutin im letzten Bericht erwähnte Aktualisierung von verdrängten frühkindlichen Traumata seien durch das Unfallereignis möglicherweise begünstigt worden, stünden jedoch nicht in einem überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang. Im Übrigen würden sie von der Untersuchten aktuell nicht bestätigt. Die Panikstörung resultiere aus einer chronischen Überreizung durch Schmerzerleben, Zukunftsängste, familiäre Belastung etc. (UV-act. M37 S. 29). Auch die Dres. med. K.\_\_\_\_ und med. H.\_\_\_\_, beratende Ärzte der Beschwerdegegnerin, sahen in ihren Berichten vom 7. August 2002 bzw. 10. Mai 2007 spätestens ab August/September 2002 und aktuell 2007 die psychogene Problematik als nicht mehr unfallbedingt (UV-act. M23 Ziff. 4, M29). Ob demzufolge der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den über den 31. Juli 2008 hinaus geklagten Beschwerden und dem streitigen Unfall verneint werden müsste, kann vorliegend aber offen bleiben, da - wie nachfolgende Ausführungen ergeben - eine weitergehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin mangels Bestehens des kumulativ vorausgesetzten adäquaten Kausalzusammenhangs ohnehin zu verneinen ist (BGE 135 V 472 E. 5.a).

#### **E. 5**

Bereits im Arzteugnis vom 6. November 2001 empfahl die Hausärztin eine psychologische/psychiatrische Begleitung der Beschwerdeführerin auf Grund einer depressiven Verstimmung (UV-act. M11). Eine solche fand dann bei Dr. I.\_\_\_\_ statt, welche mit Bericht vom 25. Juli 2002 eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23) diagnostizierte (UV-act. M20). Gemäss Dr. F.\_\_\_\_ ist die psychosomatische Störung der Beschwerdeführerin im Verhältnis zum gesamten Beschwerdebild in den Vordergrund gerückt. Den Zeitpunkt, ab wann dies so ist, könne man rückblickend nicht genau eruieren. Es dürfe aber davon ausgegangen werden, dass zwei Jahre nach einem Ereignis Anpassungsstörungen überwunden seien, es sei denn, die Auslöser würden fortbestehen. Als solcher seien die Schmerzen zu betrachten. Dazu komme eine gewisse Vulnerabilität in Form einer vorbestehenden leichten narzisstischen Problematik. Aus diesem Grund könne man grosszügig noch ein bis zwei Jahre zusätzliche Verarbeitungszeit mit notwendiger Psychotherapie zuschlagen. Spätestens Anfang 2005 dürfe aber die jetzige psychosomatische Störung als im Vordergrund stehend betrachtet werden (UV-act. M37 S. 29 f.). Sind die geklagten gesundheitlichen Störungen nach dem Gesagten auf Grund der medizinischen Akten im Zeitpunkt der Leistungseinstellung zumindest in ihrer überwiegenden Mehrheit als von psychischem Ursprung zu qualifizieren, hat die Beurteilung der Adäquanz praxismässig unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall (BGE 115 V 133) zu erfolgen und nicht anhand der Kriterien,

wie sie für Schleudertraumata der Halswirbelsäule entwickelt wurden (BGE 117 V 367 E. 6a). Vor diesem Hintergrund ist die Adäquanzprüfung vorliegend trotz diagnostizierter HWS-Distorsion und des gegebenen typischen Beschwerdebilds nicht nach der Rechtsprechung gemäss BGE 117 V 366 ff., sondern nach jener zu psychischen Fehlentwicklungen nach Unfällen (BGE 115 V 133 ff.) vorzunehmen.

## E. 6

6.1 Bei der Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und einer anschliessend einsetzenden psychischen Fehlentwicklung mit Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist nach der Rechtsprechung (BGE 115 V 138 ff. E. 6, bestätigt unter anderem in SVR 1999 UV Nr. 10 S. 31) vom Unfallereignis auszugehen. Dabei besteht ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfall, wenn dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Beschwerden zukommt. In objektiver Betrachtungsweise werden die Unfälle nach ihrer erfahrungsgemässen Eignung, psychische Beschwerden zu bewirken, eingeteilt in banale und leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und in einen dazwischen liegenden mittleren Bereich der mittelschweren Unfälle. Während die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, in der Regel bei banalen Unfällen ohne weiteres verneint und bei schweren Unfällen bejaht werden kann, lässt sie sich bei Unfällen im mittleren Bereich nicht auf Grund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Vielmehr sind weitere, objektiv fassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (BGE 115 V 139 E. 6a-c). Dabei müssen rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 115 V 140 E. 6c; SVR 1999 UV Nr. 10 S. 31 E. 2, 2001 UV Nr. 8 S. 32, je mit Hinweisen) die weiteren unfallbezogenen Kriterien entweder in gehäufte oder auffallender Weise oder ein einziges Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Als wichtigste Kriterien gelten dabei: besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls, die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, die ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, körperliche Dauerschmerzen, ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

6.2 Praxisgemäss werden Auffahrunfälle, bei welchen das Auto vor einem Fussgängerstreifen oder Lichtsignal stillsteht, dem mittleren Bereich an der Grenze zu den leichten Fällen zugeordnet (RKUV 2003 Nr. U 489 S. 357 E. 4.2 mit Hinweisen [U 193/01]). Im hier zu beurteilenden Fall kam der von der Beschwerdeführerin gelenkte Personenwagen auf der verschneiten Autobahn ins Schleudern und prallte gegen die linke und die rechte Leitplanke (UV-act. M1, A1, A7). Der Wagen ist dabei vorne und auf der linken Seite stark ("total") beschädigt worden. Ebenfalls zu beachten ist, dass die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben mit einer Geschwindigkeit von 90 - 100km/h gefahren ist (UV-act. A7). Dieser Geschehensablauf ist offensichtlich schwerwiegender als eine blosser Auffahrkollision in ein stehendes Auto, weshalb das Ereignis vom 25. Februar 2001 nicht bloss als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Fällen zu qualifizieren ist. Dass ein Unfall im Grenzbereich zu den schweren Fällen vorliegt, lässt sich denn aber gestützt auf die Rechtsprechung zu ähnlich gelagerten Fällen (vgl. beispielsweise Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009 i/S S. [8C\_897/2009] E. 4.1 mit weiteren Hinweisen) ebenfalls nicht begründen, zumal sich das Fahrzeug weder

überschlug noch weitere Wagen involviert waren. Somit ist auf Grund des unbestrittenen Geschehensablaufs und der sich dabei entwickelnden Kräfte mit der Beschwerdegegnerin von einem Unfall im mittleren Bereich im eigentlichen Sinn auszugehen. 6.2.1 Das Ereignis vom 25. Februar 2001 hat sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet, noch war es von besonderer Eindrücklichkeit. Das Kriterium der besonderen Eindrücklichkeit ist objektiv zu beurteilen und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207, U 287/97 E. 3b/cc; Urteil vom 25. Januar 2008 i/S A. [U 56/07] E. 6.1). Denn nicht was im Betroffenen psychisch vorgeht, ist entscheidend, sondern die objektive Eignung der Begleitumstände, psychische Fehlentwicklungen auszulösen (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc). Zu beachten ist, dass jedem mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit allein noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreicht (Urteil vom 11. Februar 2009 i/S S. [8C\_799/2008] E. 3.2.3 mit Hinweis).

6.2.2 Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin muss angesichts der Deckenplattenimpressionsfrakturen von BWK 4, 5, 6, 8, 9 und 11 mit diskretem Knochenmarksödem sowie einer HWS-Distorsion - auch wenn die Impressionsfrakturen erst eineinhalb Monate nach dem Unfallereignis diagnostiziert werden konnten - doch von erheblichen Verletzungen ausgegangen werden, die erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Entsprechend kann das diesbezügliche Kriterium grundsätzlich bejaht werden, allerdings nicht in ausgeprägter Weise. 6.2.3 Für die Frage der Dauer der ärztlichen Behandlung wird auf die kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustands gerichtete ärztliche Behandlung abgestellt. Eine Behandlung, die lediglich noch der Erhaltung des bestehenden Gesundheitszustands und nicht der Heilung dient, ist im Rahmen der Adäquanzprüfung grundsätzlich nicht relevant. Abklärungsmassnahmen und blossen ärztlichen Kontrollen kommt nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zu (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Februar 2008 i/S D. [U 11/07] E. 5.3.1 mit Hinweisen). Am Unfalltag wurde die Beschwerdeführerin lediglich ambulant in der Zentralen Notfallaufnahme des KSSG versorgt, wo sie einen weichen Halskragen erhielt (UV-act. M1). Hospitalisationen auf Grund des Unfalls fanden keine statt. Die Hausärztin verschrieb ihr Schmerzmittel und ordnete Physiotherapie an (UV-act. M2, M3, M9, M13, M15, M18, M21, M22). Zudem wurde Elektrotherapie und Fango angewandt (UV-act. M8, M10). Nach der Geburt des zweiten Kindes bestanden die weiteren Behandlungen schliesslich nur noch in Physiotherapiesitzungen (vgl. u.a. UV-act. M28, M32, M34, M36) und den für die Adäquanzprüfung nicht relevanten psychotherapeutischen Behandlungen (UV-act. M20, M30) sowie einer allfälligen Medikation zur Behandlung der Osteopenie (vgl. UV-act. M26 S. 4). Damit ist das Kriterium einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung klarerweise nicht erfüllt. 6.2.4 Während der Begutachtung durch Dr. G.\_\_\_\_ im Jahr 2003 gab die Beschwerdeführerin an, noch ständig leichte Schmerzen im Brustbereich vorne sowie hinten zu spüren. Manchmal würden sie von hinten bis in den Nacken ausstrahlen. Durch Belastung erfolge jedoch keine Schmerzzunahme (UV-act. M26 S. 2). Auch während der Untersuchung im Jahr 2008 bildeten die Rückenbeschwerden noch immer das Hauptproblem. Sie beständen in Form von Brennen und Stechen am Rücken auf Brusthöhe und Verkrampfungen gegen oben und unten. Es gebe gute Tage bis zu einer Woche, wo sie keine Schmerzmedikamente einnehme. Vorne am Brustkorb vorhandene Beschwerden wurden keine mehr erwähnt und konnten auch nicht objektiviert werden (UV-act. M37 Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2008 S. 1 und 3). Da folglich lediglich

von leichten körperlichen Dauerschmerzen auszugehen ist, durch welche die Beschwerdeführerin im Lebensalltag jedoch nicht massgeblich beeinträchtigt ist, kann das Kriterium der ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden erheblichen Beschwerden nicht bejaht werden. 6.2.5 Anzeichen einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, eines schwierigen Heilungsverlaufs oder erheblicher Komplikationen sind vorliegend nicht ersichtlich. Auch wenn die Deckenplattenimpressionsfrakturen der verschiedenen BWK erst zeitlich verzögert und durch eine zweite Röntgenuntersuchung eruiert werden konnten, kann darin noch keine Fehlbehandlung gesehen werden, zumal die Frakturen ohne Fehlstellungen verheilt sind. Im Übrigen sind, wie bereits ausgeführt wurde (vgl. Erwägung 2.5), auch durch den Medikamentenkonsum keine Nebenwirkungen nachgewiesen, welche zu negativen Folgen geführt hätten. 6.2.6 Die Beschwerdeführerin war im Anschluss an das Unfallereignis vom 25. Februar 2001 vollständig arbeitsunfähig (UV-act. M1, M2). Ein Arbeitsversuch mit einer Arbeitsfähigkeit von 25% musste nach drei Wochen wegen Rückenschmerzen wieder abgebrochen werden (UV-act. M11). Zwischenzeitlich bestand jedoch zusätzlich eine Hospitalisation aus unfallfremden Gründen, d.h. wegen Nierensteinen, und es wurden auch nachfolgend weitere Therapien durchgeführt (act. G 7.3, UV-act. M9). Zudem hatte sich die Beschwerdeführerin einer Operation des rechten Auges zu unterziehen (vgl. act. G 7.4). Beim Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit gilt es schliesslich auch den Umstand zu berücksichtigen, dass die psychischen Probleme die organischen schon relativ früh unterhalten haben. So wurde Anfang November 2001 erstmals eine depressive Verstimmung dokumentiert (UV-act. M11) und Dr. F.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 15. Juli 2003 fest, dass die jetzigen psychischen Beschwerden nach dem Unfall aufgetreten seien, ein exakter Beginn jedoch nicht festgestellt werden könne. Vielmehr hätten sich die psychischen Störungen an die unfallbedingten somatischen Symptome angeschlossen und mit psychischen Reaktionen auf die Keratoplastik vermischt (UV-act. M25 S. 6). Während die Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht in körperlich angepasster Tätigkeit gemäss Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2003 (UV-act. M26 S. 4) 100% betrug, war die Beschwerdeführerin laut Dr. F.\_\_\_\_ aus psychiatrischer Sicht in einer vollzeitigen externen Arbeit zu 50% eingeschränkt (UV-act. M25 S. 6, 8). Nach dem MEDAS-Gutachten vom 15. Juli 2003 kam eine Wiedereingliederung in der Wirtschaft zu jenem Zeitpunkt aber lediglich deshalb nicht in Frage, weil die Doppelrolle Hausfrau-Mitverdienerin eine Überforderung dargestellt hätte, was eine Verschlechterung des psychischen Zustands hätte bewirken können (act. G 7.2 S. 3). Unter diesen Umständen kommt dem Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit kein besonderes Gewicht zu. 6.2.7 Somit kann höchstens eines der massgebenden Kriterien (die besondere Art oder Schwere der erlittenen Verletzung) als erfüllt gelten und zwar ausdrücklich nicht in ausgeprägter Weise, weshalb die Unfalladäquanz der psychischen Beeinträchtigungen verneint werden muss (BGE 115 V 139 E. 6c). Im Übrigen kann festgehalten werden, dass die Adäquanz selbst nach der gemäss Rechtsprechung für die Beschwerdeführerin günstigeren Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109 ff.) ebenfalls nicht erfüllt wäre.

## **E. 7**

7.1 Erleidet eine versicherte Person durch einen Unfall eine dauernde erhebliche Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Entschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Als dauernd gilt ein Integritätsschaden, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang

bestehen wird, und als erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität unabhängig von der Erwerbsfähigkeit augenfällig oder stark beeinträchtigt ist (Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]; vgl. RKUV 1998 Nr. U 303 S. 354). 7.2 Die Entschädigung ist nach der Schwere des Integritätsschadens abzustufen (Art. 25 Abs. 1 UVG). Für ihre Bemessung gelten die Richtlinien des Anhangs 3 zur UVV (Art. 36 Abs. 2 UVV). Der Anhang 3 zur UVV enthält eine Skala der Integritätsschäden. Dadurch, dass ein Integritätsschaden in der Liste steht, ist dessen Erheblichkeit bejaht, nicht dagegen in jedem Fall die Dauer, d.h. der voraussichtlich lebenslange Charakter (Gilg/Zollinger, Die Integritätsentschädigung, Bern 1984, S. 49 f.). Die Skala ist verbindlich, als Grobraster indessen nicht abschliessend. Sie enthält lediglich richtunggebende, in der Praxis häufig vorkommende Schäden mit den entsprechenden Werten. Teilschäden, andere Schäden oder Kombinationen derartiger Ganz- oder Teilschäden müssen mit den Listenfällen verglichen und nach der Schwere der durchschnittlichen Auswirkungen taxiert werden (Art. 36 Abs. 3 UVV; Ziff. 1 Abs. 2 der Richtlinien im Anhang 3 zur UVV). Die Schätzung des Integritätsschadens ist eine ausschliesslich ärztliche Angelegenheit. Die Skala der Integritätsschäden im Anhang 3 zur UVV erlaubt es dem Arzt oder der Ärztin, grundsätzlich jeden Integritätsschaden annähernd vergleichbaren Integritätsschäden in dieser Skala zuzuordnen. Trotzdem hat sich in der Praxis ein Bedürfnis zur differenzierten listenmässigen Erfassung der Integritätsschäden manifestiert. Die Suva hat in der Folge, basierend auf der erwähnten Skala und unter Berücksichtigung dieser verbindlichen Werte, weitere Schätzungsgrundlagen in tabellarischer Form erarbeitet (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva Nr. 57 bis 59, Tabellen 1 bis 16). Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziffer 1 der Richtlinien im Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den Regelfall gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich als Richtwerte angesehen werden, mit denen die Gleichbehandlung aller versicherten Personen gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 113 V 218; RKUV 1987 Nr. U 21 S. 328 und Nr. U 31 S. 438). 7.3 Bei der Schätzung der Beeinträchtigung der Integrität hat der Arzt oder die Ärztin festzustellen, in welcher Hinsicht die versicherte Person durch den Unfall noch körperlich oder geistig/psychisch geschädigt ist. Sie haben sich im Weiteren dazu zu äussern, welche dieser Schäden als dauernd zu betrachten sind, d.h. voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens im gleichen Umfang bestehen bleiben. Bei geringfügigen Verletzungsfolgen hat sich der Arzt oder die Ärztin zur Frage zu äussern, ob die Schädigung im Hinblick auf die im Anhang 3 zur UVV enthaltenen Listenpositionen als erheblich, d.h. augenfällig oder stark zu gelten hat. Gegebenenfalls haben sie zudem auf voraussehbare Verschlimmerungen aufmerksam zu machen. Anschliessend ist es Sache der Verwaltung bzw. des Sozialversicherungsgerichts, die ärztlichen Schlussfolgerungen daraufhin zu prüfen, ob sie den gesetzlichen Anforderungen gerecht werden. 7.4 Im Bericht vom 8. Dezember 2003 hielt Dr. G.\_\_\_\_ eine Beurteilung des Integritätsschadens für verfrüht, da immer noch eine Besserung der Beschwerden stattgefunden habe und eine Zunahme der Belastbarkeit noch möglich sei (UV-act. M26). Die am 1. April 2008 im Röntgeninstitut und MR-Zentrum Dres. L.\_\_\_\_, M.\_\_\_\_, N.\_\_\_\_ angefertigten Röntgenaufnahmen ergaben, dass die gemessenen Werte im LWS- und Beckenbereich einer Osteopenie entsprachen und der Wert im distalen Vorderarm im Normbereich sei. Die Morphometrie zeige die beschriebenen Frakturen im unteren BWS-Bereich, im Übrigen

aber eine normale Morphometrie. Wegen der anamnestischen Distraktionsverletzung Th12/L1 sei die Messung auch im LWK 2-4 durchgeführt worden. Diese zeige jedoch ähnliche Verhältnisse wie beim Wert L1-L4 (UV-act. M37 S. 23). Laut Dr. G.\_\_\_\_ im MEDAS-Bericht vom 11. Juli 2008 waren die Frakturen sodann nicht in Fehlstellung verheilt, der Zustand seit fünf Jahren stationär und eine Verschlimmerung nicht voraussehbar. Gestützt auf die Suva-Tabelle 7 gemäss UVG lägen mässige Beanspruchungsschmerzen nach Frakturen der BWS vor mit möglicher Erholung und schmerzfreien Intervallen. Daraus ergebe sich ein Integritätsschaden von 5% (UV-act. M37 S. 34). Demgegenüber kann die vorliegende psychosomatische Störung gemäss Dr. F.\_\_\_\_ nicht mit Bestimmtheit als Unfallfolge bezeichnet werden. Sie stelle auch keine definitive erhebliche Schädigung der geistigen Integrität im Sinn von Art. 24 UVG dar (UV-act. M37 S. 31). Dr. E.\_\_\_\_ hielt die im Gutachten festgelegte Schädigung der körperlichen Integrität von 5% unter Berücksichtigung der nur minimalen funktionellen Einschränkungen und der Tatsache, dass die Frakturen ohne Dislokation verheilt seien, sowie in Anbetracht des seit 2003 stationären Verlaufs für nachvollziehbar (UV-act. M39). In Anbetracht dieser schlüssigen und einleuchtenden Integritätsschadensbeurteilungen durch die MEDAS-Ärzte, welche sich auf lückenlose Verlaufsdokumentationen abstützen und die Beschwerdeführerin bereits fünf Jahre früher begutachtet hatten, besteht somit kein Grund für ein Abweichen. Insbesondere liegen auch keine Berichte oder Röntgenbefunde mit anderslautenden Ergebnissen vor. Damit ist die von der Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 15. Oktober 2009 zugesprochene Integritätsentschädigung von 5% nicht zu beanstanden.

#### **E. 8**

Den Anträgen zur Einholung von zusätzlichen medizinischen Gutachten zur Frage der Unfallkausalität der Visusstörung sowie der Nierenkoliken ist nicht zu entsprechen, da nicht anzunehmen ist, dass weitere medizinische Abklärungen für die Beurteilung des vorliegend relevanten Sachverhalts neue Erkenntnisse bringen. Vielmehr kann auf das schlüssige und nachvollziehbare Gutachten der MEDAS Ostschweiz vom 11. Juli 2008 abgestellt werden (vgl. dazu BGE 125 V 351 E. 3a, RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 mit Hinweisen; antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 124 V 94 E. 4b; Pra 88 Nr. 117; SVR-UV 1996 Nr. 62.211).

#### **E. 9**

Auf Grund dieser Ausführungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 15. Oktober 2009 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). 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.