

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/1 vom 12. Juli 2011

Sg Versicherungsgericht, 2011-07-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2010_1

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/1 du 12 juillet 2011

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/1 del 12 luglio 2011

Regeste

Art. 6 UVG. Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden im Nachgang zu einem Schleudertrauma-Unfall (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Juli 2011, UV 2010/1).

Erwägungen

E. 1

Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob die bei der Beschwerdeführerin bestehenden gesundheitlichen Probleme für die Zeit nach dem 28. Mai 2004 weiterhin auf den Unfall vom 28. Januar 1990 zurückzuführen sind. Gemäss ständiger Praxis des Bundesgerichts (bis 31. Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG) kann ein nach einem versicherten Unfall aufgetretenes Leiden nur dann als dessen Folge betrachtet werden, wenn und soweit es sicher oder doch zumindest überwiegend wahrscheinlich von jenem Unfall herrührt (natürliche Kausalität; BGE 115 V 133 sowie 117 V 359 und 134 V 109). Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung des Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1 und 118 V 289 Erw. 1b je mit Hinweisen). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es der rechtsanwendenden Behörde, die Fragen nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beurteilen (BGE 123 III 110 Erw. 3a). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb, 123 V 102 Erw. 3b, 118 V 291 Erw. 3a, 117 V 365 Erw. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung, 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 Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa für Unfälle

mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 Erw. 2a). Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten 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 Erw. 3b).

E. 2

2.1 Der erstbehandelnde Arzt Dr. B.____ berichtete am 24. Juli 1990 unter anderem, die nach dem Unfall angefertigten funktionellen Aufnahmen der HWS seien unauffällig gewesen. Trotz Besserung der Symptomatologie habe sich die Beschwerdeführerin nicht arbeitsfähig gefühlt, obwohl sie privat manchen Tätigkeiten nachgegangen sei, welche physischen Einsatz verlangt hätten. Sie habe sich Mitte März 1990 in K.____ weiter behandeln lassen. Dort sei eine operative Sanierung des Carpaltunnelsyndroms empfohlen worden. Die Patientin habe ihm erklärt, dass sie rein aufgrund der neurologischen Symptomatik der rechten Hand nicht arbeiten könne. Aufgrund des Cervicalsyndroms könne sie sich vorstellen, voll arbeiten zu können (UV-act. M6). In einem Therapiebericht des Medizinischen Zentrums K.____ vom 26. Juni 1990 wurde unter anderem auf ein Hämatom an der Nervenwurzel und auf das Carpaltunnelsyndrom rechts hingewiesen (act. G 1 Beilage 11). Ein MRI der HWS ergab gemäss Bericht vom 12. Oktober 1990 im Bereich von HWK4 eine beginnende Spondylophytenbildung, aber keinen Hinweis auf eine Beeinträchtigung des Myelons oder der Nervenwurzelaustritte; insbesondere war keine Diskushernie abgrenzbar (UV-act. M9). Im Gutachten der Klinik L.____ vom 20. März 1991 wurde von Dr. med. M.____, FMH für Neurologie, unter anderem festgehalten, der aktuelle neurologische Befund weise auf eine Wurzelläsion C6 hin, die nach der Anamnese in sicherem kausalem Zusammenhang mit dem Unfall vom 28. Januar 1990 stehe. Ein Carpaltunnelsyndrom vermöge die jetzige Symptomatik der eingeschränkten HWS-Beweglichkeit, der Kraftminderung im Bizeps und den abgeschwächten Bizepsreflex nicht zu erklären. Eine operative Sanierung sei nicht zu empfehlen. In ihrem Beruf mit anstrengender körperlicher Tätigkeit bestehe eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit. In geeigneter, körperlich weniger belastender Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit eventuell höher (UV-act. M12). Gestützt auf einen stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin berichteten die Ärzte des Spitals N.____ am 1. September 1993, mit Ausnahme der Spect-Untersuchung, welche geringgradige Durchblutungsstörungen mit fraglicher klinischer Bedeutung ergeben habe, seien alle Untersuchungen unauffällig gewesen. Insbesondere habe man im MRI vom 13. August 1993 (vgl. UV-act. M25f) keine Demyelinisierungsherde und keinen Hinweis auf eine Diskushernie oder Kompression des Rückenmarks und der Nervenwurzel gefunden. Die Patientin habe ausdrücklich auf einen konservativen Therapieversuch verzichtet. Es werde ein Therapieversuch mit Akupunktur und Physiotherapie empfohlen (UV-act. M22). Im Bericht vom 4. Februar 1998 bestätigte Dr. B.____ ein Cervicalsyndrom, ein Thoracalsyndrom und eine Konzentrationsschwäche sowie eine seit ca. 1992 bestehende Arbeitsunfähigkeit von 66 2/3 % (UV-act. M30; vgl. auch frühere Berichte dieses Arztes in UV-act. M23, M28, M29).

2.2 Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. O.____, hielt am 15. Mai 1998 fest, dass aufgrund des Unfalls mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine Schädigung der Nervenwurzel C6 im HWS-Bereich mit sensomotorischen Ausfallerscheinungen vorgelegen habe. Grob geschätzt betrage die

Arbeitsfähigkeit 50 % oder mehr. Wenn die im Gutachten von Dr. M.____ festgehaltene Ausfallsymptomatik der Wurzel C6 weiterhin persistieren sollte, bestehe hier ein Integritätsschaden in der Grössenordnung von 10 %. Dr. med. P.____ bescheinigte im Bericht vom 21. September 1998 eine (unfallbedingte) Arbeitsfähigkeit von 50 % seit 1. Januar 1998. Am objektiven Zustand habe sich nichts verändert (UV-act. M31). Der Neurologe Dr. med. Q.____, Klinik R.____, hielt im Gutachten vom 29. Dezember 1998 als Ergebnis unter anderem fest, die aktuelle somatische Schmerzsymptomatik wie auch die rechtsseitige Brachialgie mit sensiblem Reizsyndrom C6 und die neuropsychologischen Symptome mit Konzentrations- und Gedächtnisstörungen seien an und für sich für Folgen einer indirekten HWS-Traumatisierung typisch, auch wenn neurologische Ausfälle nicht objektiviert werden könnten. Aufgrund der Röntgenaufnahmen lasse sich der Verdacht auf eine Instabilität im Segment C2/C3 äussern, die durchaus ursächlich für die Persistenz der Beschwerden verantwortlich gemacht werden könnte. Insgesamt könne davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin eine indirekte HWS- und Schädelverletzung mit konsekutivem cervicocephalem und wechselseitigem cervicobrachialem Syndrom durchgemacht habe, mit Verdacht auf Instabilität im Segment C2/C3 und beginnenden degenerativen, möglicherweise posttraumatischen Veränderungen im Bereich der unteren HWS. Die Unfallkausalität sei gegeben; unfallfremde Faktoren könne er nicht eruieren. Eine Aggravationstendenz oder Neigung zu Simulation könne nicht festgestellt werden. Als Folge des Unfalls vom 28. Januar 1990 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %, in der früheren Tätigkeit eine solche von 20 %. Im Beruf, den sie als Selbständigerwerbende ausgeübt habe, habe die Patientin eine angepasste, abwechslungsreiche Tätigkeit, so dass er sich eine andere Anpassung, welche die Arbeitsfähigkeit nennenswert steigern würde, nicht vorstellen könne. Sollte sich die Patientin nicht für weitere Abklärungen entscheiden können, wofür er Verständnis hätte, so sei der gegenwärtige Zustand als Endzustand zu betrachten und der Integritätsschaden vom somatischen und neuropsychologischen Standpunkt her als leicht einzustufen, und zwar auf schätzungsweise 20 % (UV-act. M32). Am 2. Februar 1999 ergänzte Dr. Q.____, eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei angesichts des langen Verlaufs nicht möglich. Nach erneuter Durchsicht der früheren Beurteilungen schätze er die Arbeitsunfähigkeit in der früheren Tätigkeit auf 30 %; diese verantwortungsvolle Tätigkeit verlange einen manuellen Einsatz. Im Beruf, den sie als Selbständigerwerbende ausgeübt habe, schätze er die Reduktion der Arbeitsfähigkeit ebenfalls auf 30 %. Nachdem lediglich ein Verdacht und keine Sicherheit für eine Instabilität im Segment C2/C3 vorliege, könne ein positiver Ausgang einer möglichen Operation nur mit Vorbehalt zur Diskussion gestellt werden. Die Möglichkeiten einer konservativen Behandlung seien limitiert und bestünden eher in stabilisierenden Übungen (UV-act. M33).

2.3 Dr. med. S.____, Neurologie FMH, fand gemäss Berichten vom 28. März 2002 bei der Beschwerdeführerin einen Druckschmerz in Höhe C5/C6 rechts, L4 links sowie einen druckempfindlichen infraorbital Trigeminusast rechts. Die Motilität der HWS bzw. des Kopfes sei nicht eingeschränkt. Die Sensibilität in den Dermatomen C5/C6 rechts und S1 links sei gestört. Psychisch würden diskrete Frontalhirnsymptome in Form von diskreter Enthemmung, Witzelsucht und Planungsschwierigkeiten vorliegen. Es liege eine unfallbedingte Dysphorie vor. Es bestehe ein im Vordergrund stehender unfallunabhängiger Konflikt, da die Patientin nicht wisse, wie sie mit den gestiegenen Ansprüchen in den Tätigkeiten, die sie ausübe, umgehen solle. Zudem könne sie ihr Anstellungsverhältnis nicht lösen, obwohl sie genug Arbeit als Selbständigerwerbende habe (UV-act. M36-M38). Eine Untersuchung im Spital T.____ vom 8. April 2002 ergab ein

normales ECD-Hirn-Spect (UV-act. M34). Im Gutachten der Medas vom 28. Mai 2004 wurde als Diagnose mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ein cervicocephales und thoracovertebrales Syndroms mit latentem Schultergürtelkompressionssyndrom (Thoracic-outlet-Syndrom) festgehalten. Der Beschwerdeführerin sei die Umorientierung in ihre selbständige Erwerbstätigkeit, welche auch nicht körperlich anstrengende Arbeitsgänge umfasse, auf dem Niveau von etwa 50 % geglückt. Sie werde unfallbedingt in dieser Tätigkeit weiterhin und definitiv zu nur 50 % arbeitsfähig erachtet. Die früher ausgeübte (körperlich schwere) Tätigkeit komme nur noch zu maximal 30 % in Frage. Generell ungünstig seien Haltungsmonotonien, Arbeiten mit grossem Kraftaufwand der Hände oder vornübergebeugtem Oberkörper sowie Heben und Tragen von Lasten über 5 kg und Arbeiten oberhalb der Schulterebene. Wichtig sei, dass die Beschwerdeführerin wechselbelastend arbeiten könne. Ganz allgemein sei sie auf dem Arbeitsmarkt in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig. Die erhobenen Befunde stünden überwiegend wahrscheinlich in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 28. Januar 1990. Weder aus der Vorgeschichte noch aus dem Verlauf nach dem Unfall liessen sich Hinweise auf andere Ursachen finden. Die Folgen eines früheren Unfalls (1984) seien längst abgeklungen. Die Beschwerdeführerin leide laut der Beurteilung des Neurologen an zwei Arten von Kopfschmerzen. Beide seien zwanglos einem unfallbedingten cervicocephalen Syndrom zuzuordnen. Auch die vom Psychiater diagnostizierte "somatoforme Komponente" sei eine (indirekte) Unfallfolge. Eine weitere Heilbehandlung als Folge des Unfalls (Kraniosakraltherapie, Osteopathie, gelegentliche Einnahme von Schmerzmitteln, Kopfschmerztherapie) sei zur Linderung des Leidens sinnvoll und zweckmässig; eine namhafte Besserung sei nicht mehr zu erwarten. Der Integritätsschaden werde mit 10 % bewertet (UV-act. M40).

2.4 Die Beschwerdegegnerin liess im Jahr 2007 Abklärungen über die ausserberuflichen Tätigkeiten der Beschwerdeführerin tätigen. Diese ergaben für die Zeit von Mai 2004 bis Ende 2007 sportliche Aktivitäten (UV-act. A147-150, M41, M42). Dr. med. U. ____, FMH für Allgemeinmedizin, hielt im Bericht vom 16. Mai 2008 fest, insgesamt bestehe ein sehr wechselhaftes Beschwerdebild, wobei sich als roter Faden einerseits die Schmerzen im Nackenbereich und andererseits die vegetativen Symptome durchziehen würden. Die Beschwerdeführerin habe trotz der eigentlich schlechten Voraussetzungen einigermassen gut auf die gezielte manuelle und myofasziale Behandlung angesprochen. Sie könne jetzt auch wieder vermehrt beruflich tätig sein. Da er nicht die schon lange zurückreichende Gesamtproblematik lösen könne, sehe er momentan keinen neuen Behandlungstermin vor. Die hausärztliche Begleitung sei in so schwierigen Fällen extrem wichtig (UV-act. M45). Im Dezember 2008 liess sich die Beschwerdeführerin wegen eines Carpaltunnelsyndroms im Spital V. ____, operieren (UV-act. M44). Dr. med. W. ____, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, berichtete am 30. März 2009 unter anderem, in keinem der Berichte sei der Unfallhergang, bezogen auf die Relevanz der biomechanischen und kinematischen Belastung der HWS und des cervico-cranialen Übergangs sowie die Korrelation mit der komplexen klinischen Symptomatik der Patientin analytisch genügend gewürdigt worden. Visuelle Reize und schnellere Bewegungen würden sich auf die Schwindelbeschwerden und die visuelle Symptomatik provozierend auswirken, während gewisse Aspekte der sportlichen Betätigung, das Schwindelgefühl reduzierten, wodurch sich die Patientin viel stabiler und wohler fühle. Somit stehe die Fähigkeit der Patientin, ihren Sport erfolgreich als Hobby zu betreiben, in keinem Widerspruch zu den erhobenen neuro-otometrischen Befunden. Diese Befunde bekräftigten andererseits die Beeinträchtigung bei der Ausübung

von Tätigkeiten, welche mit visuellen Reizen, schnellem Wechsel der Körperposition oder Kopf- und Körperbewegungen verbunden seien. Für die Entstehung und Ausbreitung der Cervicocephalgien sei die neuro-anatomische Verbindung zwischen der oberen cervicalen Region und dem zentralen Nervensystem wichtig, was die Entstehung der posttraumatischen Kopfschmerzen mit Ausstrahlung bis zum Gesicht erkläre. Die rechtsseitigen Nacken- und Kopfschmerzen der Patientin seien mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit im Rahmen einer posttraumatischen "third occipital headache" erklärbar (UV-act. M45 S. 8, 12, 14). Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, hielt in der Stellungnahme vom 24. Juni 2009 unter anderem fest, aufgrund des Berichts von Dr. W.____ sei keine unfallbedingte, objektivierbare organische Beeinträchtigung ausgewiesen. Dessen Ausführungen betreffend Vereinbarkeit der regen sportlichen Betätigung mit den Beschwerden sei aus medizinischer Sicht nicht überzeugend. Es würden haufenweise hypothetische Ausführungen gemacht, ohne dass diese klinisch gesichert wären. Es lägen keinerlei neurologische Einschränkungen mehr vor; neurootologisch könne nichts Gesichertes als Einschränkung dokumentiert werden. Der Schwindel sei nicht objektivierbar. Bei der sportlichen Betätigung sei sicher keine Hyperventilation gegeben; die Beschwerdeführerin müsse sich auf sich und die sportliche Betätigung konzentrieren. Die (von Dr. W.____ erwähnte) Methode nach Bogduk sei zwar anerkannt; deren Anwendung sei im vorliegenden Fall jedoch nicht gerechtfertigt. Das im Dezember 2008 operierte Carpaltunnelsyndrom sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 28. Januar 1990 zurückzuführen (UV-act. M46).

E. 3

3.1 Bei der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es 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 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) 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 (RKUV 1997 Nr. U 281 S. 281 Erw. 1a). Nachdem vorliegend das Medas-Gutachten 2010 auch Umstände würdigt, die den Zeitraum vor Erlass des hier angefochtenen Einspracheentscheids betreffen und auch zu früheren Wertungen (im Gutachten von 2004) eingehend Stellung nimmt, erscheint es sachgerecht und auch erforderlich, dieses neue Gutachten in die Beurteilung mit einzubeziehen, auch wenn es erst nach Erlass des angefochtenen Entscheids erstellt wurde.

3.2 Der Neurologe Dr. med. X.____ bescheinigte im Bericht vom 8. Juni 1990 einen Status nach Schleudertrauma der HWS und Überdehnungstrauma des N. medianus und wahrscheinlich auch ulnaris mit jetzt sicherem CTS (Carpaltunnelsyndrom) rechts (UV-act. M2). Dr. M.____ vermerkte diesbezüglich im März 1991, dass ein Carpaltunnelsyndrom die jetzige Symptomatik der eingeschränkten HWS-Beweglichkeit, der Kraftminderung im Bizeps und den abgeschwächten Bizepsreflex und die Scapula alata nicht zu erklären vermöge (UV-act. M12 S. 6). Im Gutachten von Dr. Q.____ vom Dezember

1998 wurde – bei rechtsseitiger Brachialgie mit sensiblem Reizsyndrom C6 und normalen neurographischer Untersuchung – ein Carpal-tunnelsyndrom nicht mehr thematisiert (UV-act. M32). Der Medas-Konsiliarneurologe Dr. med. Y.____ hielt sodann in seinem Bericht vom 9. Februar 2004 im Wesentlichen fest, aus den Akten sei ein Kausalzusammenhang des zervikalen Schmerzsyndroms sowie der Brachialgien rechts belegt. Gegenüber der Voruntersuchung sei insofern eine Besserung eingetreten, als die Reflexe an den Armen symmetrisch auslösbar und auch keine sensiblen Ausfälle mehr vorhanden seien. Ein Carpal-tunnelsyndrom stand nicht zur Diskussion (vgl. UV-act. M40 Beilage, S. 9). Sechs Jahre später, am 10. Mai 2010, berichtete die Medas-Konsiliarneurologin Dr. med. Z.____ unter anderem, ein CTS sei erfolgreich operiert worden. Im Vergleich zu den neurologischen früheren Beurteilungen könne eine eindeutige cervico-radikuläre sensible Symptomatik oder ein eindeutiges cervico-brachiales Syndrom nicht mehr nachgewiesen werden. Aus neurologischer Sicht lasse sich keine Arbeitsunfähigkeit attestieren (act. G 26.1). Das CTS (auch Medianuskompressionssyndrom) wird als eine durch mechanische Kompression des Nervus medianus im Carpal-tunnel hervorgerufene Atrophie (Gewebschwund) der von ihm innervierten Daumenballenmuskulatur beschrieben, verbunden mit Sensibilitätsstörungen der Hohlhand und Finger und nächtlichem Einschlafgefühl (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 256. Aufl., S. 828). Der beratende Arzt Dr. H.____ stellte sich in der Stellungnahme vom 24. Juni 2009 auf den Standpunkt, das im Dezember 2008 operierte Carpal-tunnelsyndrom sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 28. Januar 1990 zurückzuführen. Es gebe zwar posttraumatische Carpal-tunnelsyndrome, wie in den Mitteilungen der Suva gut zusammengestellt. Die Diagnose eines Carpal-tunnelsyndroms rechts sei aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht gerechtfertigt, erst recht nicht eine Unfallkausalität desselben (UV-act. M46). Aufgrund der dargelegten Akten mit im Verlauf wechselnden medizinischen Erklärungen des Beschwerdebildes kann eine Unfallkausalität des im Dezember 2008 operierten Carpal-tunnelsyndroms rechts (UV-act. M44) im Sinn einer Unfallspätfolge nicht ohne weiteres ausgeschlossen werden (vgl. dazu Urteil des EVG [U 38/02], Erw. 4.1, 4.2). Obschon das CTS aktuell offenbar keine Einschränkungen mehr verursacht und auch keine Behandlung mehr erfordert, stellt sich die Frage der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Zeit nach der verfügten Einstellung. Die mehrdeutige Aktenlage erlaubt diesbezüglich keine abschliessende Beurteilung, so dass sich weitere Abklärungen nicht umgehen lassen. Die Angelegenheit ist dafür an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3.3 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). 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. [U 13/07] Erw. 3.2 und 3.3). Der Radiologe Dr. med. Aa.____ bestätigte am 15. Mai 1990 eine Instabilität in den Wirbelbereichen C3/C4 sowie C4/C5, welche als posttraumatisch zu verstehen sei (act. G 1 Beilage 10). Dr. Q.____ äusserte im Gutachten vom 29. Dezember 1998 aufgrund der Röntgenaufnahmen den Verdacht auf eine Instabilität im Segment C2/C3 (UV-act. M32). Nach Lage der Medas-Gutachten von 2004 (UV-act. M40) und 2010 (act. G 26.1 S. 23-27) bestanden keine somatisch-organisch/strukturellen Unfallfolgen im HWS-Bereich mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit. Der Medas-Rheumatologe hatte im Jahr 2004 ein cervicothoracovertebrales Syndrom mit Muskelverspannungen (Thoracic-outlet-Syndrom) und dadurch eingeschränkter Beweglichkeit bescheinigt. Eine ligamentäre Instabilität erachtete er als nicht gegeben. Er verneinte auch eine Operationsindikation. Die Unfallkausalität konnte dementsprechend nur im klinischen Kontext – ohne Nachweis eines organisch-strukturellen Gesundheitsschadens an der HWS – beurteilt werden (vgl. Bericht Dr. med. Bb.____ vom 11. Februar 2004 S. 4-7 und Hauptgutachten S. 24; UV-act. M40). Im Konsiliarbericht zuhanden der Medas vom 15. April 2010 verneinte Dr. Bb.____ explizit organisch/strukturelle Unfallfolgen im oben erwähnten Sinn. Im Radiologie-Bericht der Klinik Cc.____ vom 14. April 2010 war keine Instabilität festgestellt worden (act. G 26.1 S. 24f und Anhänge). Der Neurochirurg Dr. J.____ berichtete demgegenüber am 25. Januar 2011, die Patientin leide an klaren physischen Beschwerden im Sinn eines cervicospondylogenen Schmerzsyndroms bei segmentaler Instabilität HWK4/5 und HWK5/6 mit therapieresistentem Facettengelenkssyndrom. Am 15. Dezember 2010 sei eine Operation mit mikrochirurgischer Diskektomie und Stabilisation C4-C6 durchgeführt worden. Der postoperative Verlauf sei problemlos gewesen. Die Nackenschmerzen seien fast vollständig verschwunden. Leider habe die Patientin noch kurz vor Weihnachten den Kopf angeschlagen und klage über Ellbogenschmerzen. Von seiner Seite sei die Patientin ab 14. Februar 2011 wieder zu 50 % und ab 1. März 2011 voraussichtlich wieder zu 100 % arbeitsfähig. Eine IV-Rente werde sie nicht beanspruchen müssen (act. G 28.1). Die Schlussfolgerungen von Dr. J.____ (organisch-strukturelle Befunde an der oberen HWS mit anschliessender Operation) lassen sich mit denjenigen der Medas-Gutachter (Bescheinigung von im Wesentlichen psychisch bedingten Einschränkungen) nicht in Übereinstimmung bringen. Dr. J.____ bestätigte Befunde, die in den ersten Jahren nach dem Unfall vom 28. Januar 1990 (verdachtsweise) geäussert worden waren, wobei allerdings die von ihm genannten Wirbelsäulenbereiche (C4/5, C5/6) sich nur teilweise mit den von Dr. Aa.____ genannten Bereichen (C3/C4 sowie C4/C5) decken. Dr. Q.____ ortete die Instabilität wie erwähnt im Bereich C2/C3. Dr. H.____ führte in der Stellungnahme vom 10. März 2011 aus, die von Dr. J.____ diagnostizierte Instabilität könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 28. Januar 1990 zurückgeführt und die Operation vom 15. Dezember 2010 sei nicht aus unfallkausalen Gründen erfolgt. Eine unkausale Instabilität hätte sich bereits viel früher zeigen müssen. Die Ärzte, die die Beschwerdeführerin untersucht und begutachtet hätten, seien erfahren genug gewesen, um eine Instabilität der HWS feststellen zu können; zuletzt am 14. April 2010 habe ein HWS-Röntgen keine Instabilitätszeichen gezeigt. Auch klinisch seien im Frühjahr 2010 keine Hinweise auf eine Instabilität der HWS ersichtlich gewesen

(act. G 32.1). Wenn davon ausgegangen würde, dass der in der Stellungnahme von Dr. Hauser aufgezeigte medizinische Standpunkt die erwähnten Gegensätze in den Beurteilungen nicht aufzulösen vermöchte, so spräche dies für die Notwendigkeit von weiteren Abklärungen mit Bezug auf die Frage, ob den von Dr. J. ___ angeführten Befunden und der von ihm durchgeführten Operation organisch/strukturelle Folgen des Unfalls vom 28. Januar 1990 zugrunde liegen. Die übrige Aktenlage (insbesondere die beiden Medas-Gutachten 2004 und 2010) spricht jedoch dafür, dass die von Dr. J. ___ durchgeführte Operation keine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegten unfallbedingten Umstände betraf. Eine Kausalität der von Dr. J. ___ angeführten Befunde liesse sich überdies – 21 Jahre nach dem Unfall vom 28. Januar 1990 und angesichts der Vielzahl zwischenzeitlich möglicher anderer Kausalitäten – nicht mehr zuverlässig eruieren. Die Angelegenheit ist daher im Sinn der Schleudertrauma-Rechtsprechung weiter zu prüfen (vgl. dazu nachstehende Erwägungen). Die weitere Abklärung der Ursache des Carpal-tunnelsyndroms hindert dabei eine Adäquanzprüfung nicht.

E. 4

4.1 Als nachgewiesen zu gelten hat, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 28. Januar 1990 ein Beschleunigungstrauma der HWS erlitten hatte. Unmittelbar im Nachgang zum Unfall gab sie dem erstbehandelnden Arzt Dr. B. ___ nebst Schmerzen in der HWS, Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen, Brechreiz sowie einige Tage nach dem Unfall Parästhesien im Bereich der rechten Hand an (UV-act. M6). Der Neurochirurg Dr. med. Dd. ___, bestätigte am 6. November 1990 das Vorliegen von Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindelanfällen, Ohrensausen und Sehstörungen sowie eine Unsicherheit beim Gehen und eine gelegentliche Depressivität (UV-act. M10). Dr. D. ___ vermerkte im Bericht 25. Juni 1991 sodann starke Migräne-Kopfschmerzen bis zum Erbrechen und Konzentrationsstörungen (UV-act. M13). Nach der Rechtsprechung (vgl. z.B. Urteil des EVG vom 4. November 2005 i/S K. [U 312/05]) muss 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 eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung auftreten können (vgl. Urteil des EVG vom 30. Januar 2007 i/S T. [U 215/05], Erw. 5.3 mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin anerkannte denn auch während Jahren ihre Leistungspflicht und erachtet nunmehr die Leistungseinstellung auf Ende Mai 2004 bzw. 21. Februar 2008 (vgl. UV-act. A164 S. 21 und A145 S. 11) als ausgewiesen.

4.2 Abklärungen der Beschwerdegegnerin ergaben, dass die Beschwerdeführerin mindestens seit dem Jahr 2004 im Sport registriert und bei mehreren Vereinen aktiv sei. Abgesehen von den vielen Wettkämpfen müsse sie dafür auch einen entsprechenden Trainingsaufwand betreiben. Allein schon aufgrund ihrer Sportaktivitäten und Nebenbeschäftigungen dürfte es der Beschwerdeführerin fast nicht möglich sein, noch einen 100 % selbständigen Erwerb auszuführen. In einem Bericht (undatiert; wohl von Ende 2007) hielt Dr. med. Ee. ___, FMH Allgemeinmedizin, zuhanden der Beschwerdegegnerin unter anderem sinngemäss fest, der sportliche Terminkalender der Beschwerdeführerin spreche eher dafür, dass sie sich fit fühle, besonders auch deshalb, weil sie teilweise arbeite. Eine Sportlerin mit einem solchen Terminkalender habe in der Regel auch einen grossen Trainingsaufwand. Er könne sich nicht vorstellen, dass der Sport sich mit der beruflichen Tätigkeit so vereinbaren lasse, dass dabei noch Training und Wettkampf Platz finde, wenn ein derartiger Leidensdruck bestehe. Der ausgeübte Beruf sei nicht nur sehr beanspruchend, er erfordere auch psychische und

physische Gesundheit. Mehr als fünf Stunden Arbeit täglich sei in diesem Beruf konzentriert gar nicht möglich. Wenn daneben noch Zeit für sportliche Aktivitäten bleiben sollte, sei ein grosser Leidensdruck nicht vorstellbar. Es entstehe der Eindruck, dass die Patientin schwinde bzw. dass nicht alles der Wahrheit entspreche. Diese Frau sei arbeitsfähig; wahrscheinlich seien Therapiesitzungen erforderlich (UV-act. M41).

Dr. med. Ff.____, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, vermerkte am 6. Februar 2008, die von der Medas bestätigte Arbeitsfähigkeit von 50 % sei nicht nachvollziehbar, wenn man von den vielen anderen Tätigkeiten wisse, die die Beschwerdeführerin auch ausübe. Die Beschwerdeführerin könnte vermehrt in der beratenden, körperlich nicht belastenden Tätigkeit arbeiten; die Arbeitsfähigkeit würde sich dementsprechend erhöhen. Das Bestehen von Schmerzschüben in der rechten Schulter und Behinderungen im rechten Handgelenk erscheine bei einer derartigen sportlichen Intensität wenig glaubhaft. Insgesamt sei der Beschwerdeführerin zumutbar, in einer adaptierten Tätigkeit vollschichtig zu arbeiten. In den letzten Jahren habe sie sich keiner zielgerichteten ärztlichen Behandlung unterzogen. Es handle sich um passive Massnahmen, welche als Dauertherapie nicht angezeigt seien (UV-act. M42). Bei den erwähnten Abklärungen der Beschwerdegegnerin handelte es sich um Recherchen im Internet und durch ein hierauf spezialisiertes Büro in Österreich. Die Beschwerdeführerin wurde dabei nach Angaben der Beschwerdegegnerin nicht persönlich überwacht (vgl. UV-act. A151). Im Einspracheverfahren liess die Beschwerdeführerin darlegen, der Bericht des Büros für Schadenermittlung führe verschiedene Sportanlässe mehrmals auf und fasse sie dann in der Darstellung der Jahreswertung nochmals zusammen. Das Ganze werde damit in die Länge gezogen und aufgebauscht, um den Eindruck zu erwecken, es handle sich um wesentlich mehr Sportanlässe, als sie tatsächlich mitgemacht habe. Auch ein gebetsmühlenartiges Wiederholen des Satzes, ein Wettkampf brauche sehr viel Kondition, mache diesen nicht richtig. Sie sei vor dem Unfall aktive Sportlerin in der Disziplin Gg.____ gewesen. Nach dem Unfall (glaublich 1992) habe sie einen nochmaligen Versuch in dieser Sportart unternommen. Bereits nach einem halben Tag habe sie die Übung abbrechen müssen. Erneut zum Sport sei sie im Frühling 2004 gekommen, als sie dem Verein Hh.____ beigetreten sei, wo sie immer noch Passiv-Mitglied sei. Im Jahr 2007 habe sie zum Verein Ii.____ gewechselt, wo sie Aktiv-Mitglied sei. Im Mai 2004 habe sie in der Disziplin J.____ (welche körperlich wesentlich weniger belastend als früher sei) an einem Wettkampf teilgenommen (dieser dauere 6-8 Minuten). Letztmals habe sie sich im Mai 2006 in der Disziplin J.____ betätigt. Anschliessend habe sie diese aufgegeben. An der Meisterschaft A in der Disziplin J.____ mit dem Gewehr habe sie nur im Jahr 2005 teilgenommen. Das Absolvieren einer Disziplin dauere ungefähr sechs Minuten. Eine Belastung sei nicht gegeben. Die erforderliche Kondition sei gleich null; auch ältere Menschen würden noch teilnehmen. Bei der Disziplin F.____ sei sie ein Naturtalent, weshalb sie trotz gesundheitlicher Einschränkung und ohne Training auf Anhieb hervorragende Resultate erreicht habe, die viele mit intensivem Training nie schaffen würden. Ohne Behinderung wäre sie mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit Mitglied einer Auswahl (Zeugennennung). Sie bevorzuge die Disziplin F.____ und dort vor allem die Variante I.____. Diese verlange praktisch keine körperlichen Anforderungen. Die eigentliche sportliche Betätigung in einem Wettkampf in dieser Disziplin dauere weniger als 20 Minuten. Diese Wettkämpfe oder Meisterschaften seien zugleich die längsten Anlässe. Die meisten der Wettkämpfe in der Disziplin F.____ würden drei bis fünf Minuten dauern. Die längsten dauerten weniger als 30 Minuten. Sie trainiere praktisch nicht, abgesehen von gewissen Übungen zu Hause, die sie sowieso zur Kräftigung der Muskulatur machen

müsse. Ausserdem mache sie mentales Training. Als Sportlerin sei ihr die Disziplin Gg.____ nicht mehr möglich; es verbleibe ihr die Disziplin F.____, die fast nur positive Wirkungen habe (psychologisch notwendige Bestätigung, Stabilität, Selbstvertrauen, Emotionskontrolle usw.). Vor dem Unfall sei sie begeisterte Windsurferin gewesen; dies gehe heute nicht mehr. Auch Joggen und Mountainbiken, Skifahren, Snowboardfahren und Langlauf sowie das vor dem Unfall betriebene wettkampfmässige Schwimmen seien nicht mehr möglich. Das Fahren mit dem 1998 angeschafften Motorroller habe sie bald aufgeben müssen; einerseits wegen des Schwindels und weil sie nach zwei Kilometern jeweils Lähmungserscheinungen in Arm und Hand gehabt habe, so dass sie kaum mehr habe Gas geben können. Die anderen freiwilligen Nebenbetätigungen habe sie im Dezember 2005 aufgegeben oder sie könne daran häufig nicht teilnehmen oder sei eingeschränkt. Der Schluss, dass sie 100 % arbeiten könne, weil sie wettkampfmässig Sport betreibe, sei absolut unzulässig. Sie habe sich als allein lebende Person vor längerem ein Haustier angeschafft, das wenig Betreuung brauche; auch dieses müsse als Indiz für eine weitergehende Arbeitsfähigkeit herhalten. Andere Betätigungen hätten sich auf die Ferien beschränkt; seit 2002 habe sie diese gänzlich aufgegeben. Dr. Ee.____ irre, wenn er von einem grossen Trainingsaufwand ausgehe. Sie trainiere praktisch nicht (Zeugenofferte). In selbständiger Tätigkeit arbeite sie nicht nur körperlich, sondern führe auch nicht belastende Behandlungen und verschiedene Beratungen durch. In den Jahren 2004 bis 2006 habe sie durchschnittlich 312 Stunden jährlich verrechnen können; das seien bei 44 Arbeitswochen gut 7 Stunden wöchentlich. Die Gesamtbeurteilung der Beschwerdegegnerin sei ebenso unrichtig wie tendenziös. Auch eine nur reduziert Arbeitsfähige sei in der Lage, ihr Sportprogramm zu absolvieren (UV-act A152). Aufgrund der geschilderten Standpunkte hinsichtlich der privaten Aktivitäten der Beschwerdeführerin ergibt sich, dass die Abklärungsergebnisse der Beschwerdegegnerin in Bezug auf den ausgeübten Sport zu relativieren sind. Zum einen ist festzuhalten, dass der Bericht von Dr. Ee.____ insofern auf falschen erwerblichen Annahmen beruht, als er offenbar davon ausging, dass die Beschwerdeführerin ausschliesslich in einer eher schweren körperlichen Tätigkeit arbeite. Belegt erscheint jedoch, dass ihre selbständige Erwerbstätigkeit auch viele körperlich wenig belastende Aspekte und Beratungen umfasst (vgl. UV-act. A134). Dabei handelt es sich im Wesentlichen um leichte Tätigkeiten. Hinzu kommt, dass ein erheblicher Trainingsaufwand für den Sport von der Beschwerdeführerin bestritten ist und auch nicht als belegt gelten kann. Der Standpunkt der Beschwerdegegnerin basiert somit hinsichtlich der Art der Berufstätigkeit, des Trainingsaufwands im Sport und des zeitlichen Umfangs desselben teilweise auf nicht bewiesenen Annahmen, so dass nicht ohne weiteres darauf abgestellt werden kann. Dies umso weniger, als wie dargelegt etwa Dr. W.____ die Aktivitäten im Sport als einen aus gesundheitlicher Sicht eher positiven Hintergrund interpretiert. Andererseits ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass schwer nachvollziehbar ist, wie die Disziplin F.____ wettkampfmässig betrieben werden kann, wenn Arm und Hand, welche dabei zum Einsatz gelangen, von regelmässigen Schmerzen und Missempfindungen bis hin zu Sensibilitätsstörungen in den Fingern betroffen sind (Einspracheentscheid S. 12). Der im Zusammenhang mit Schmerzen und Lähmungserscheinungen in der rechten Hand geltend gemachte Umstand, dass die Beschwerdeführerin eine Nebentätigkeit manuell nicht mehr habe ausführen können, erscheint ebenfalls nicht ohne weiteres vereinbar mit der Tatsache, dass die Ausübung des Sports im Rahmen von Anlässen an fest vorgegebenen Terminen dennoch möglich blieb. Insgesamt bleibt – auch unter zusätzlicher Berücksichtigung des Umstands, dass bei der Disziplin F.____ in der von der

Beschwerdeführerin (als "Naturtalent" ohne viel Training) ausgeübten Form eine gute HWS-Beweglichkeit, ein schmerzfreier Kopfbereich ohne Schwindel und eine sehr gute Konzentration unabdingbar sein dürften – der Eindruck einer widersprüchlichen tatsächlichen Situation bestehen, welche sich jedoch durch die nachfolgend darzulegenden späteren (psychiatrischen) Erhebungen in einem gewissen Umfang klären liess. 4.3 Die zweite Medas-Begutachtung ergab gemäss Bericht vom 21. Juni 2010 unter anderem das Vorliegen einer komplexen Situation. Während im somatischen Bereich ein Paradigmawechsel abgelaufen sei, habe sich in der Psyche die bei der ersten Begutachtung andeutungsweise vermutete Persönlichkeitsstörung mit dissoziativen Zügen stärker entwickelt. Im körperlichen Bereich seien die objektivierbaren Befunde weniger ausgeprägt als im Jahr 2004. Dies betreffe vor allem die myofaszialen Störungen. Nach wie vor finde sich keine somatische Läsion, welche diese Störung begründen könnte. Aus der dargelegten neuen Optik in der Beurteilung solcher Schmerzzustände (vgl. act. G 26.1 S. 25) müsse heute der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten und mittelschweren Tätigkeiten attestiert werden. Anders verhalte es sich im psychischen Bereich. Der Psychiater bezeichne die Beschwerdeführerin nun eindeutig als "krank", da sich nun die Persönlichkeitsstörung mit dissoziativen Zügen deutlich abzeichne und die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit behindere. In ihrer selbständigen beruflichen Tätigkeit und in allen adaptierten, theoretisch denkbaren Tätigkeiten sei sie zu 50 % arbeitsfähig. Durch medizinische Massnahmen könne die Arbeitsfähigkeit nicht verbessert werden (act. G 26.1 S. 27, 28, 29). Der Psychiater der Medas hielt sodann fest, es fänden sich keine Anhaltspunkte, dass die Beschwerdeführerin durch das Unfallereignis vom 28. Januar 1990 an sich bleibend psychisch traumatisiert worden sei. Abgestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin müsse aber davon ausgegangen werden, dass sie nach dem Unfall über Wochen dissoziiert gewesen sei. Diese Dissoziation habe sich in der verzerrten Körperwahrnehmung geäussert. So berichte sie, das Gefühl gehabt zu haben, als ob das Rückenmark und das Gehirn anschwellen würden. Ab diesem Zeitpunkt leide die Beschwerdeführerin auch unter einem Schmerzsyndrom, das abgestützt auf die Aktenlage nur ungenügend erklärt werden könne (act. G 26.1 S. 27). 4.4 Aus der Tatsache allein, dass die Beschwerdegegnerin (ohne formelle Verfügung) bis Dezember 2007 Heilungskosten übernahm und Taggelder auf der Basis einer 30 %igen Arbeitsunfähigkeit ausrichtete (act. G A145), kann nicht die Anerkennung der adäquaten Unfallkausalität abgeleitet werden (Urteil des EVG vom 20. April 2004 [U 299/03] Erw. 2.2). Die Beschwerdegegnerin erachtet ihre Leistungspflicht seit dem Zeitpunkt der Erstellung des Medas-Gutachtens vom 28. Mai 2004 (UV-act. M40) insbesondere mit Hinweis darauf, dass die Beschwerdeführerin die Gutachter über ihre sportlichen Aktivitäten im Unklaren gelassen bzw. getäuscht habe, als nicht mehr gegeben, wobei sie lediglich wegen voraussichtlicher Uneinbringlichkeit auf eine Rückforderung von nach der Begutachtung erbrachten Leistungen verzichtete (Einspracheentscheid S. 21). Die Medas-Begutachtung fand im Februar 2004 statt. Die Beschwerdeführerin hatte damals die Gutachter darüber informiert, dass sie sich sportlich in der Disziplin F.____ betätige und in einer Nebentätigkeit engagiert sei (UV-act. M40 S. 19). Die eigentlichen sportlichen Aktivitäten nahm sie nach ihren Darlegungen erst im Mai 2004 auf (vgl. act. G 1 S. 12); frühere diesbezügliche Betätigungen sind jedenfalls (abgesehen von der Disziplin F.____) nicht belegt. Allein aus der Tatsache der im Mai 2004 begonnenen hobbymässigen sportlichen Betätigung lässt sich angesichts der vorstehenden Darlegungen nicht ableiten, dass die Medas-Beurteilung 2004 auf fehlerhaften Sachverhaltsgrundlagen beruht. Die Wiedererwägungsvoraussetzung der

zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Leistungsausrichtung (Art. 53 Abs. 2 ATSG; BGE 127 V 469 Erw. 2c mit Hinweisen) lässt sich daher nicht bejahen. Zweifellos wäre die Unrichtigkeit lediglich dann, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es dürfte nur ein einziger Schluss - derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung - möglich sein (BGE 125 V 383 Erw. 6a S. 393; Urteil des Bundesgerichts vom 10. Mai 2006 [U 378/05] Erw. 5.2 und 5.3, und Urteil des EVG [C 29/04] vom 24. Januar 2005 Erw. 3.1.1, ferner etwa Urteil des EVG vom 5. Dezember 2006 [I 912/05] Erw. 3.2, je mit Hinweisen). Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn die gesetzeswidrige Leistungszusprechung auf Grund falscher oder unzutreffender Rechtsregeln erlassen wurde oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden (BGE 103 V 126 E. 2a S. 128; ARV 1996/97 Nr. 28 S. 158). Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung in Bezug auf gewisse Schritte und Elemente (z.B. Invaliditätsbemessung, Einschätzungen der Arbeitsunfähigkeit, Beweiswürdigungen, Zumutbarkeitsfragen) notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung solcher Anspruchsvoraussetzungen (einschliesslich ihrer Teilaspekte wie etwa die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (Urteil des Bundesgerichts [I 907/06] vom 7. Mai 2007 Erw. 3.2.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts [9C_215/2007] vom 2. Juli 2007, Erw. 3.2 mit Hinweisen). Auch erhebliche neue Tatsachen oder neue Beweismittel, deren Beibringung zuvor nicht möglich war (Art. 53 Abs. 1 ATSG) und die geeignet sind, zu einer andern rechtlichen Beurteilung zu führen (BGE 127 V 469 Erw. 2c mit Hinweisen), können vorliegend nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als nachgewiesen gelten. Eine Rückforderung der Leistungen ab 28. Mai 2004 entfällt damit auch wegen Nichtvorliegens der Wiedererwägungs- bzw. Revisionsvoraussetzungen.

E. 5

5.1 Die Frage, ob ein natürlicher (teilweiser) Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfall zu bejahen ist, kann aufgrund der vorerwähnten Feststellungen nicht zweifelsfrei beantwortet werden. Ganz allgemein lässt sich gestützt auf die dargelegten medizinischen Akten nicht abschliessend festlegen, ob es sich bei den auch nach dem streitigen Einstellungszeitpunkt bestehenden Gesundheitsstörungen mit der daraus resultierenden Arbeitsfähigkeitseinschränkung um eine natürliche (Teil-)Folge des versicherten Unfalls handelt. Diese Frage kann jedoch – gleich wie diejenige, ob der im Medas-Gutachten 2010 postulierte Paradigmawechsel in der Diagnosestellung bei gleichgebliebener Arbeitsfähigkeit zutreffend ist – offenbleiben, da die Adäquanz zu verneinen ist. Letzteres wird nachstehend zu zeigen sein. Auch bei Vorliegen einer schleudertraumaähnlichen Verletzung steht der Nachweis offen, dass es sich bei den nach einem Unfall aufgetretenen psychischen Störungen nicht um eine unfallkausale psychische Beeinträchtigung handelt (RKUV 2001, 79) oder dass eine ausgeprägte psychische Problematik ganz im Vordergrund steht (RKUV 1999 Nr. U 341 S. 407 Erw. 3b). Wird davon ausgegangen, dass aufgrund der medizinischen Akten – bei weiterhin bestehendem vielschichtigem Beschwerdebild – ein Sachverhalt im erwähnten Sinn nicht zweifelsfrei ausgewiesen ist, hat die Beurteilung der Adäquanz nach der für die Beschwerdeführerin günstigeren Schleudertrauma-Rechtsprechung (BGE 134 V 109) zu erfolgen, womit zwischen psychisch und physisch bedingten Beschwerden nicht zu unterscheiden ist

(RKUV 1999 Nr. U 341 S. 407 Erw. 3b). 5.2 Gestützt auf das Medas-Gutachten 2004 ist davon auszugehen, dass Anfang 2004 keine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit mit der Aussicht auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr vorlag und die Therapien im Wesentlichen zur Aufrechterhaltung der bestehenden teilweisen Arbeitsfähigkeit und des Gesundheitszustands bzw. zur Vermeidung eines Rückfalls vorgeschlagen wurden (UV-act. M40 S. 29f). Die Beschwerdegegnerin nahm somit zu Recht den Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 (UVG) – als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung (BGE 134 V 109) – per 28. Mai 2004 (Datum der ersten Medas-Begutachtung) an. Hiervon zu unterscheiden ist die in Erw. 4.4 dargelegte (und verneinte) Frage des Vorliegens der Rückforderungsvoraussetzungen. 5.3 Gemäss dem Sachverhalt, welcher dem vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin genannten Urteil des Bundesgerichts vom 15. September 2009 (8C_129/2009) zugrunde lag, führte das dortige Ereignis dazu, dass sich das Fahrzeug der Versicherten um seine eigene Achse drehte und von der Strasse geschleudert wurde. Der Experte errechnete bezogen auf den Fahrersitz des Personenwagens der Beschwerdeführerin eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung von 32 bis 42 Stundenkilometer (Urteil 8C_129/2009 Erw. 5.2.2). Dem vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin im Weiteren angeführten Urteil vom 7. Mai 2008 (8C_633/2007) lag ein Sachverhalt zugrunde, wonach gemäss der biomechanischen Kurzbeurteilung die durch die Heckkollision bedingte Geschwindigkeitsänderung (delta-v) des Fahrzeuges der Versicherten oberhalb des Bereiches von 10-15 km/h lag und überdies die anschliessende Frontalkollision erhebliche Beschleunigungskräfte freisetzte; das Delta-v wurde dort mit 30-35 km/h angegeben (Urteil 8C_633/2007, Erw. 6.2.2). Das hier zur Diskussion stehende Ereignis vom 28. Januar 1990 mit seitlich-frontaler Kollision lässt sich mit den vorerwähnten Geschehensabläufen nicht vergleichen. Die Beschwerdeführerin konnte ohne fremde Hilfe aus dem Fahrzeug aussteigen. Zusammen mit einer weiteren Person schob sie das Auto von der Fahrbahn weg. Am Folgetag suchte sie den Arzt auf (act. G 1.2 Beilage 1; UV-act. M40 S. 16). In Anbetracht der Akten (UV-act. M12 S. 1f, M40 S. 16, A170) ist von einem mittelschweren Unfall auszugehen, allerdings nicht im Grenzbereich zu den schweren Unfällen (vgl. den vergleichbaren Sachverhalt im Urteil des EVG vom 10. April 2006 [U 177/05], Erw. 5.1 [kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung des vom Versicherten gesteuerten Personenwagens von 20 bis 30 km/h]), sondern sogar eher im Grenzbereich zu den leichten Unfällen, dürfte doch die schneebedeckte Unterlage die Wirkung des Zusammenpralls mit hoher Wahrscheinlichkeit günstig beeinflusst haben. Aus dem Umstand, dass das Gefährt des Kollisionsgegners Totalschaden erlitt, lässt sich zur Unfallschwere nichts ableiten; er bedeutet im Wesentlichen nur, dass die mutmasslichen Reparaturkosten den Restwert des Fahrzeuges überstiegen. Eine eigentliche biomechanische Abklärung wurde nicht vorgenommen. Eine nachträgliche (ungefähre) Berechnung der Beschwerdegegnerin ergab einen delta-v-Wert (kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung) zwischen 16 und 20 km/h (UV-act. A170). Angesichts des über 20 Jahre zurückzuliegenden Unfallereignisses würden weitere biomechanische Abklärungen überwiegend wahrscheinlich zu keinem genaueren Ergebnis führen, so dass hiervon abzusehen ist. Ausgehend von der geschilderten Unfallschwere wäre die Adäquanz zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wäre oder mehrere der zu berücksichtigenden Kriterien gegeben wären. Der Unfall hatte bei der Beschwerdeführerin keine Bewusstlosigkeit oder Commotio cerebri/MTBI bewirkt (vgl. UV-act. M1, M6, M32 S. 2). Eine besondere Eindringlichkeit des Unfallereignisses 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. [U 109/04], Erw. 2.3 und vom 2. März 2005 i/S S. [U 309/03], Erw. 5.1). Bei der erlittenen 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]). Der Unfall hatte auch keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art zur Folge. Hierzu bedürfte es einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (Urteile des EVG i/S C. vom 28. April 2005 [U 386/04], i/S D. vom 4. September 2003 [U 371/02], i/S T. vom 6. Februar 2002 [U 61/00] und D. vom 16. August 2001 [U 21/01]). Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen (RKUV 2003 Nr. U 489 S. 361 Erw. 4.3 mit Hinweisen). Solche Umstände sind hier nicht gegeben. Die Beschwerdeführerin war auf das Ereignis vorbereitet (UV-act. M32 S. 2). Die von Dr. W. ___ beschriebene Kopfdrehung nach rechts (UV-act. M45 S. 1) findet in den weiteren Akten keine Bestätigung (vgl. UV-act. M36, M38 [nach links oben gedrehter Kopf]) und liesse sich im Übrigen auch nicht ohne Weiteres mit der Tatsache vereinbaren, dass die Beschwerdeführerin die Kollision erwartete bzw. darauf vorbereitet war. Auch liegt keine besondere Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden vor. Entsprechend kann dieses Kriterium nicht bejaht werden.

5.4 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. In den Jahren nach dem Unfall erfolgten Behandlungen (medikamentös und Physiotherapie) der HWS-Beschwerden, vor allem aber auch umfangreiche Abklärungen (vgl. UV-act. M40 S. 2-10). Im Gutachten der Klinik L. ___ vom 20. März 1991 wurde festgehalten, verschiedene konservative Therapiemassnahmen hätten bisher zwar eine Besserung, aber noch kein Verschwinden der Symptome gebracht. Eine Pause solcher Therapien sei deshalb indiziert (UV-act. M12 S. 8). Gemäss den Darlegungen im Bericht des Spitals N. ___ vom 1. September 1993 wurde auf einen konservativen Therapieversuch verzichtet, nachdem die Beschwerdeführerin ausdrücklich keine Physiotherapie gewünscht habe (UV-act. M22 S. 2). In den Jahren 1995 bis 1998 erfolgten erneut physiotherapeutische Behandlungen, wobei Dr. Q. ___ Ende Dezember 1998 festhielt, dass konservative therapeutische Massnahmen "wenig zu offerieren" seien (UV-act. M23, M27, M28, M31, M32 S. 7). Gemäss Darlegungen im Medas-Gutachten 2004 war die Beschwerdeführerin seit einiger Zeit "eigentlich nicht konkret in ärztlicher Behandlung", d.h. sie habe wohl Ärzte besucht, diese hätten jedoch insbesondere dem Verschreiben von Schmerzmitteln gedient (UV-act. M40 S. 10 und 20). Am 16. Mai 2008 bescheinigte Dr. U. ___ eine manuelle und myofasziale Behandlung sowie deren Abschluss (UV-act. M45). Im Medas-Gutachten 2010 wurde die Einnahme von (Schmerz-)Medikamenten sowie die Aussage der Beschwerdeführerin vermerkt, dass sie einmal pro Woche zum Chiropraktor gehe (act. G 26.1 S. 21). Insgesamt ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall mit Unterbrüchen im Wesentlichen medikamentös und daneben physiotherapeutisch behandelt wurde, ohne dass damit eine länger andauernde Besserung eingetreten wäre. In Anbetracht dieser Aktenlage erscheint das Vorliegen einer fortgesetzt spezifischen, die Beschwerdeführerin belastende

ärztliche Behandlung bis zum Zeitpunkt der Adäquanzprüfung nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen, zumal Physio- sowie eine medikamentöse Schmerztherapie das Kriterium für sich allein nicht zu erfüllen vermögen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. April 2008 i/S H.B. [8C_181/2007] Erw. 3.2, vom 5. September 2008 i/S S.I. [8C_52/2008] Erw. 8.2) und vom 18. Dezember 2008 [8C_724/2008] Erw. 4.4.2). Zudem sind die konkret sehr umfangreichen Abklärungsmassnahmen sowie ärztliche Kontrollen bei der Prüfung dieses Kriteriums nicht zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008 [8C_57/2008], Erw. 9.3.3).

5.5 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). Nach Lage der Akten (vgl. UV-act. M3, M6, M20, M32) bestanden im Verlauf nach dem Unfall belastungsabhängige Schmerzen unterschiedlicher Intensität. Soweit das erwähnte Kriterium im Fall der Beschwerdeführerin - ausgehend von ihren Angaben gegenüber den Medas-Gutachtern (UV-act. M40, act. G 26.1) - zu bejahen wäre, konnte dies nicht in ausgeprägtem Umfang der Fall gewesen sein, da sie trotz der Beschwerden während Jahren in einem Teilzeitpensum arbeiten konnte und zudem die geschilderten Freizeitaktivitäten möglich waren (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. Dezember 2008 i/S S. [8C_209/2008]). Eine die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung liegt unbestrittenermassen nicht vor. Angesichts der geschilderten Behandlungsmassnahmen sind auch ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen zu verneinen. Das von der Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang angeführte Verhebetrauma von 2002 bewirkte nicht einen schwierigen Heilungsverlauf und auch keine Komplikationen, denn gemäss dem Medas-Gutachten 2004 wurden die Beschwerden nach einer vorübergehenden Verschlimmerung der Situation als ausgeheilt betrachtet (UV-act. M40 S. 24). Selbst wenn die Operation im Dezember 2008 wegen eines Carpal-tunnelsyndroms auf den Unfall vom 28. Januar 1990 zurückgeführt werden müsste (was noch abzuklären ist), könnten ein schwieriger Heilungsverlauf und/oder erhebliche Komplikationen nicht bejaht werden.

5.6 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 Adäquanzbeurteilung 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). Mit Blick auf die nach dem Unfall in wechselndem Umfang gegebene Arbeitsunfähigkeit und die von den Medas-Gutachtern im

Jahr 2004 durchgehend bescheinigte 50 %ige Arbeitsfähigkeit lässt sich eine (teilweise unfallbedingte) Arbeitsunfähigkeit im Zeitpunkt der streitigen Leistungseinstellung nicht ohne Weiteres in Abrede stellen. Was die von den Medas-Gutachtern im Jahr 2010 mit Hinweis auf psychiatrische Diagnosen bestätigte Arbeitsunfähigkeit von 50% betrifft, ist deren Unfallkausalität bzw. ein unfallkausaler Anteil an dieser Arbeitsunfähigkeit allerdings nicht überwiegend wahrscheinlich belegt. Die Beschwerdeführerin nahm Anfang 1998 eine selbständig erwerbende Tätigkeit auf und übte daneben seit 1. April 1998 bis 2002 eine weitere Tätigkeit im Anstellungsverhältnis aus (vgl. UV-act. A73, A75, A82). Aufgrund der Tatsache, dass sie nach dem Unfall aus eigenem Antrieb eine selbständig erwerbende Teilzeittätigkeit aufnahm und beibehielt, sind Anstrengungen der Beschwerdeführerin, wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen, als ausgewiesen zu erachten. Würde dieses Kriterium bejaht, so wären insgesamt zwei der in BGE 134 V 109 angeführten Adäquanzkriterien (eher geringgradig) gegeben, was bedeutet, dass die Adäquanz der nach wie vor geklagten Beschwerden mit dem versicherten Unfall zu verneinen ist, da nach der Rechtsprechung bei mittelschweren Unfällen im engeren Sinn die Erfüllung von mindestens drei Adäquanzkriterien verlangt ist (SVR-UV 2010 Nr. 25, 100 mit Hinweis auf Urteil 8C_421/2009 vom 2. Oktober 2009). Die Leistungseinstellung ab 21. Februar 2008 (vgl. UV-act. A164 S. 21 und A145 S. 11) ist dementsprechend nicht zu beanstanden.

E. 6

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde in dem Sinn teilweise gutzuheissen, dass die Angelegenheit zur Abklärung der Unfallkausalität (Ereignis vom 28. Januar 1990) des im Dezember 2008 operierten Carpaltunnelsyndroms und entsprechend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Bei diesem Verfahrensausgang, wo das Obsiegen lediglich einen klar abgrenzbaren Teilaspekt der Streitigkeit betrifft, hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Ausgehend von einer Pauschalentschädigung von Fr. 4'000.-- bei vollem Obsiegen erscheint es gerechtfertigt, die Entschädigung vorliegend auf Fr. 2'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinn teilweise gutgeheissen, dass die Angelegenheit zur Abklärung der Unfallkausalität (Ereignis vom 28. Januar 1990) des im Dezember 2008 operierten Carpaltunnelsyndroms und zu entsprechend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit Fr. 2'000.-- zu entschädigen.

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