

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00250 vom 9. August 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-08-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00250

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00250 du 9 août 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00250 del 9 agosto 2007

Erwägungen

E. 3

3.1 Am 12. August 2002 musste die Beschwerdeführerin das von ihr gelenkte Auto vor einem Fussgängerstreifen zum Stillstand abbremsen; dabei fuhr ihr ein anderes Auto ins Heck (Urk. 10/1 Ziff. 6; vgl. Urk. 10/2, Urk. 10/9 S. 1, Urk. 10/95).

Der am Folgetag erstbehandelnde Dr. med. B. berichtete am 3. September 2002, die Beschwerdeführerin habe sofortige Schmerzen im Nackenbereich und Kopfschmerzen angegeben, bildgebend sei keine frische ossäre Läsion festzustellen gewesen und ein MRI vom 16. August 2002 (vgl. Urk. 10/6) sei ohne pathologischen Befund gewesen (Urk. 10/8 Ziff. 1-2 und 4). Er diagnostizierte eine Distorsion der HWS bei Auffahrunfall und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 13. August bis voraussichtlich 8. September 2005 und eine solche von 50 % ab 9. September 2005 (Urk. 10/8 Ziff. 5 und 8).

Die Fragen im entsprechenden Erhebungsblatt beantwortete die Beschwerdeführerin am 11. September 2005 dahingehend, sofort nach dem Unfall seien Kopfschmerzen und nach 2 Tagen extreme Nackenschmerzen aufgetreten (Urk. 10/9 S. 3 oben). Am 11. September 2005 berichtete sie, sie habe noch immer Nackenschmerzen, kein Kopfweh mehr, und die Arbeit zu 50 % wieder aufgenommen (Urk. 10/10 S. 1).

3.2 Im Oktober 2002 wechselte die Beschwerdeführerin von Dr. B., zu dem sie kein Vertrauen mehr hatte (vgl. Urk. 10/12), zu Dr. med. C., FMH für Innere Medizin, der nach einer ersten Konsultation am 21. Oktober 2002 im Rahmen eines Status nach HWS-Distorsion am 12. August 2002 ein Cervicovertebralsyndrom diagnostizierte und eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab 11. September 2002 attestierte (Urk. 10/15 Ziff. 1-2 und 4a).

Kreisarzt Dr. med. D., Facharzt für Chirurgie FMH, berichtete am 7. Februar 2003 über seine gleichentags erfolgte Untersuchung (Urk. 10/20): Die Beschwerdeführerin beklage Anlaufbeschwerden am Morgen und einen heissen Kopf nach Belastung und vermehrter Arbeit. Bezüglich Vergesslichkeit, Unkonzentriertheit, Kopfschmerzen habe sie keine Probleme (Urk. 10/20 S. 1). Die Beschwerdeführerin möchte ihre angestammte Tätigkeit weiterführen; aufgrund der heutigen Untersuchung sollte dies auch möglich sein. Die klinischen Symptome seien sehr diskret, so dass eine Steigerung der Arbeitsunfähigkeit gerechtfertigt sei. Neu betrage die Arbeitsunfähigkeit 25 % ab 10. Februar 2003, in den nächsten 2 Monaten sollte eine weitere Steigerung auf eine volle Arbeitsunfähigkeit möglich sein (Urk. 10/20 S. 2 unten).

Am 10. Februar 2003 teilte die Beschwerdeführerin dem Kreisarzt mit, anhand der Unfallsymptome, welche sie ihm ausführlich mitgeteilt habe, sehe sie sich leider vorläufig nicht in der Lage, während der Zeit der von ihm bewilligten Akupunktur 75 % zu arbeiten. Sie bitte um entsprechende Änderung des Unfallscheins (Urk. 10/21).

Dazu hielt der Kreisarzt am 28. Februar 2003 fest, er habe die Arbeitsfähigkeit mit 75 % festgelegt, damit die Beschwerdeführerin genügend Zeitreserven für die anstehenden Therapien (Akupunktur) habe. Seines Erachtens genüge eine Arbeitszeitreduktion von rund 8 Stunden pro Woche zur Organisation von Akupunktur-Behandlungen. Dies habe er der Beschwerdeführerin auch schon während der Untersuchung mitgeteilt; sie habe bereits damals für diese Behandlungen einen größeren Zeitrahmen beanspruchen wollen (Urk. 10/24).

Dr. C. berichtete am 12. Mai 2003, der Zustand sei stationär bis sich verschlechternd. Die Arbeitsfähigkeit bezifferte er mit 50 % ab 6. Februar, mit 25 % ab 15. März und wieder mit 50 % ab 6. Mai 2003 (Urk. 10/29 Ziff. 2 und 4).

Die Beschwerdeführerin berichtete der Beschwerdegegnerin am 30. Juni 2003 über stetige stechende Schmerzen links unterhalb des Nackens. Sie sei dadurch immer müde und lustlos und ertrage keinen Lärm; das Schlafen gehe (Urk. 10/31 S. 1 Mitte). Den Versuch, ihre Leistung von 50 % auf 75 % zu steigern, habe sie nicht unternommen. Sie wisse um ihre Beschwerden, sie könne ihre Leistung nicht auf 75 % steigern (Urk. 10/31 S. 1 unten).

Am 31. Juli 2003 berichtete der von der Beschwerdeführerin konsultierte Dr. med. E., Facharzt FMH für Neurologie, über seine Untersuchungen (Urk. 10/40/2). Als Diagnose nannte er ein chronisches posttraumatisches Zervikalsyndrom nach Schleudertrauma mit Panikattacken im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung und mit abnormer Ermüdbarkeit, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Beruf und zu Hause um etwa die Hälfte einschränke (Urk. 10/40/2 S. 2 Ziff. 3). Er empfahl eine stationäre Behandlung (Urk. 10/40/2 S. 3 oben Ziff. 6) und - wegen der marginalen neurologischen Befunde - noch eine otologische und eine Magnetresonanztomographie des Kopfes (Urk. 10/40/2 S. 3 Ziff. 7).

Daraufhin veranlasste Kreisarzt Dr. D. eine stationäre Behandlung in der psychosomatischen Abteilung der Helenenlinik F. und ein MRI (Urk. 10/44).

Vom 28. Oktober bis 15. Dezember 2003 weilte die Beschwerdeführerin in der Rehabilitationsklinik G., in deren Bericht vom 16. Dezember 2003 folgende Diagnosen gestellt wurden (Urk. 10/58 S. 1 Mitte):

■ Status nach HWS-Distorsionstrauma am 12. August 2003 mit

■ chronischem zervikovertebralem Syndrom linksbetont

■ Haltungsinsuffizienz und muskuläre Dysbalance

■ posttraumatische Belastungsstörung

■ normalem MRI der HWS am 16. August 2002

■ Gonarthrose beidseits rechtsbetont

■ Status nach zweimaliger Knie-Operation rechts (1972 und 1996)

Bei Eintritt habe vor allem noch endphasige schmerzhafte HWS-Beweglichkeit und vermehrte LÄrmpfindlichkeit bestanden (Urk. 10/58 S. 1). Die Arbeitsfähigkeit betrage 50 % bis 18. Januar 2004, danach sollte eine weitere Steigerung möglich sein (Urk. 10/58 S. 2 Mitte).

3.4 Dr. C. berichtete am 27. Januar 2004 über eine Verschlechterung. Die Arbeitsfähigkeit betrage noch 40 %. Eventuell würden unfallfremde Faktoren im Heilungsverlauf mitspielen, nämlich die zwischenzeitlich erfolgte Kündigung per Ende Juni 2004 (Urk. 10/62 Ziff. 1, 2b und 4a; vgl. Urk. 10/63).

Am 29. März 2004 gab die Beschwerdeführerin an, seit sie nach dem Rehabilitationsaufenthalt die Arbeit wieder aufgenommen habe, verspüre sie verstärkte Nackenschmerzen. Deshalb habe sie Dr. C. gesagt, sie könne von den Nackenschmerzen her nur noch 40 % arbeiten. Es sei ihr auch immer wieder schwindlig, sie sei deswegen mehrfach gestärzt (Urk. 10/69 S. 1 Mitte).

Kreisarzt Dr. D. hielt am 25. Juni 2004 als Hauptbeschwerden Nackenbeschwerden fest, ferner Episoden mit Zusammenfallen, Probleme beim Lesen und Appetitlosigkeit (Urk. 10/75 S. 2 oben). Während der Untersuchung seien keine Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit oder Ermüdbarkeit festzustellen gewesen; die Beschwerdeführerin wirke eher deprimiert und verdeutlichend (Urk. 10/75 S. 2 unten).

Somatisch fänden sich sehr diskrete Befunde, nämlich eine leichte Bewegungseinschränkung der HWS, mässige Muskelverspannungen im Nacken rechts betont und eine mässige Belastungsintoleranz bei Zusatzbelastung, mithin ein leichtes cervicovertebrales Syndrom rechts betont (Urk. 10/75 S. 3 unten). Daneben bestehe ein cervicocephales Syndrom mit anamnestisch Nackenschmerzen und Schmerzen im unteren HWS-Bereich, Konzentrationsstörungen, Augensymptomen (Abnahme des Visus), Schwindel, Schwarzwerden und Zusammenklappen, Leistungseinbusse, Zunahme der Ermüdbarkeit unter Belastung, Schlafstörungen, einem allgemein schlechten Zustand, Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme, sowie einem deprimierten Gemütszustand (Urk. 10/75 S. 4 oben).

Das diskrete cervicovertebrale Syndrom sei (als Folge) zum Unfallereignis nachvollziehbar, sei wenig beeinträchtigend und sei reproduzierbar feststellbar. Das cervicocephale Syndrom hingegen sei insgesamt als neuropsychologische und psychische Beeinträchtigungen zu bezeichnen und sei juristisch-administrativ auf die Adäquanz zu prüfen: Medizinisch sei die Entwicklung der Symptomatologie und Befunde nicht nachvollziehbar, die rein somatischen Folgen des Unfallereignisses seien als gering einzuschätzen (Urk. 10/75 S. 5 oben).

3.6 Am 15. Juli 2004 berichtete Dr. med. H., Fachärztin FMH für Neurologie, über ihre auf Anweisung von Dr. C. hin erfolgte Untersuchung (Urk. 10/94). Als Diagnosen nannte sie einerseits ein HWS-Distorsionstrauma am 12. August 2002 mit persistierendem, belastungsabhängigem zervikalen Schmerzsyndrom und neuropsychologischen Ausfällen, und andererseits eine zweimalige Synkope ungeklärter Ätiologie (Urk. 10/94 S. 1 Mitte). Knapp zwei Jahre nach einem HWS-Distorsionstrauma habe die Beschwerdeführerin immer noch ein belastungsabhängiges cervikales Schmerzsyndrom sowie leichte bis mässige neuropsychologische Ausfälle. Inwiefern letztere schon vorher vorhanden gewesen seien,

sie schwierig zu sagen. Es sei zu vermuten, dass bereits eine diskrete Gedächtnisstörung vorhanden gewesen sei (Urk. 10/94 S. 2 Mitte).

Im Bericht vom 5. November 2004 über die neuropsychologische Untersuchung vom 13. September 2004 (Urk. 10/98) wurde ausgeführt, die Befunde deuteten auf eine mittelschwere kognitive Funktionsstörung im Bereich rechts-frontaler sowie auf eine leichte kognitive Funktionsstörung im Bereich links-frontaler Strukturen hin (Urk. 10/98 S. 7 oben). Aus rein neuropsychologischer Sicht sei eine Arbeitsfähigkeit als Disponentin beziehungsweise Sekretärin kaum realisierbar; eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund der somatischen Beschwerden müsse von ärztlicher Seite festgelegt werden (Urk. 10/98 S. 8 oben).

Am 19./20. Oktober 2004 fand eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) statt, über welche am 16. Februar 2005 berichtet wurde (Urk. 10/110): Das arbeitsbezogen relevante Problem sei eine ausgeprägte Müdigkeit, ein durch die Belastung zunehmendes Zittern am ganzen Körper und eine ausgeprägte Nervosität sowie zunehmende Konzentrationsstörungen. Bei den Tests habe eine nur mässige Leistungsbereitschaft bestanden und eine deutliche Selbstlimitierung vor allem bei den statischen Tests. Die Belastbarkeit liege allgemein bei einer leichten Arbeit; aus rheumatologisch/orthopädischer Sicht sei eine angepasste leicht Arbeit ganztags zumutbar (Urk. 10/110 S. 9 Ziff. 4).

Am 17. Dezember 2004 meldete sich der in den Fall involvierte Haftpflichtversicherer und wies darauf hin, dass seit der kreisärztlichen Untersuchung durch verschiedene Ärzte eine wesentlich geringere Arbeitsunfähigkeit bescheinigt werde als die vom Hausarzt nach wie vor attestierte (Urk. 10/102 S. 1 Mitte).

3.7 Kreisarzt Dr. D. berichtete über die am 14. Juni 2005 erfolgte Untersuchung, die Beschwerdeführerin sei von ihrem Rechtsvertreter begleitet gewesen, welcher sie während der Anamnese explizit auf die sogenannt typischen Symptome aufmerksam gemacht und angesprochen habe (Urk. 10/114 S. 2 Mitte). Während des Gesprächs seien keine Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Ermüdbarkeit oder Leistungseinbussen festzustellen gewesen (Urk. 10/114 S. 3 Mitte).

Die feststellbaren Befunde, insbesondere das zervikovertebrale rechtsseitige Beschwerdebild, seien, ausser einer blockierenden Reklinationsbewegung des Kopfes, sehr diskret (Urk. 10/114 S. 4). Die seit der letzten Untersuchung vom Juni 2004 noch einmal durchgeführten Standortbestimmungen (neurologisch, neuropsychologisch, EFL) hätten zusammengefasst keine neuen Erkenntnisse ergeben (Urk. 10/114 S. 4 unten).

Am 1. Juli 2005 berichtete Dr. phil. I. über die von ihm durchgeführte Schmerztherapie: Er habe die Beschwerdeführerin seit 13. Oktober 2004 sehr niederfrequent in insgesamt 7 Sitzungen gesehen (Urk. 10/119 Ziff. 1). Als Diagnose nannte er eine Anpassungsstörung mit dem Leitsymptom chronifizierter Schmerzen im HWS-Bereich (Urk. 10/119 Ziff. 3).

Am 18. November 2005 berichtete Dr. med. J., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, es beständen nach wie vor Nacken- und Schulterbeschwerden; Kopfschmerzen seien selten, die Schwindelbeschwerden hätten im Laufe der Zeit

abgenommen; es bestehe kein Tinnitus (Urk. 10/141/2 S. 2). Die Symptome könnten grob in ein chronisches Schmerzsyndrom (vor allem im Nackenbereich), eine neuropsychologische Funktionsstörung sowie psychoreaktive Beschwerden gruppiert werden (Urk. 10/141/2 S. 3 f.). Es gebe keine Hinweise, dass die Schmerzen primär psychogen zu verstehen wären, die neuropsychologischen Befunde wären so nicht zu erwarten, wenn das Zustandsbild von einer psychiatrischen Störung dominiert wäre (Urk. 10/141/2 S. 4). Insgesamt sei von einer leichten psychoreaktiven Störung auszugehen, welche die anderen Symptome nicht dominiere (Urk. 10/141/2 S. 5 unten).

3.8. Am 17. August 2006 erstellte Dr. med. K. ____, Orthopädische Chirurgie FMH, ein funktionelles MRI, worüber er am 21. August 2006 berichtete (Urk. 14/1). Die Bilder zeigten, so sein Befund, einen Zustand nach subtotaler Ruptur beider Ligamenta alaria. Eine aus diesem Grunde entstehende hypermobile Instabilität der Kopfgelenke gelte als sehr wahrscheinlich (Urk. 14/1 S. 2 oben).

Am 5. Februar 2007 erstattete Dr. med. L. ____, Fachärztin Neurologie FMH, Fachärztin Neurologie und Psychiatrie, Leiterin Kompetenzzentrum VMG, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, eine ärztliche Beurteilung (Urk. 20). Sie führte aus, bei der von Dr. K. ____, befundeten Aufnahme handle es sich nicht um ein funktionelles, sondern ein statisches MRI in einer Kopfhaltung (Urk. 20 S. 1 unten). Sodann führte sie aus, es gebe in der Literatur genügend Hinweise darauf, dass eine asymmetrische Darstellung und Dichte der Ligamenta alaria (Flügeländer) auch bei Gesunden vorkomme (Urk. 20 S. 1 f.).

In den axialen Sequenzen könnten die Flügeländer nicht so gut abgegrenzt werden, dass sie beurteilbar wären. Das Ligamentum transversale, das sich sogar auf computertomografischen Bildern darstelle, sei ebenfalls nicht gut dargestellt; dies deute auf eine nicht optimale Bildaufklärung hin. Die einschlägigen Studien basierten auf Aufnahmen mit Geräten mit einer Magnetfeldstärke von 1.5 Tesla; das vorliegend verwendete Gerät habe eine solche von 0.6 Tesla (Urk. 20 S. 4). Auf der sagittalen und der koronaren Ebene seien beide Ligamenta alaria nicht eindeutig dargestellt (Urk. 20 S. 4 unten). Insgesamt seien wegen der asymmetrischen Schnittführung die Ligamenta alaria auf keinem der Bilder gleichzeitig und sicher zu erkennen (Urk. 20 S. 5 Mitte).

Klinisch sei Dr. K. ____, davon ausgegangen, es habe sich um einen Auffahrunfall mit einer Geschwindigkeit von 60 km/h gehandelt. Offenbar habe ihm die unfallmechanische Beurteilung (vgl. Urk. 10/95) nicht vorgelegen, welche eine Geschwindigkeitsänderung innerhalb oder oberhalb des Bereichs von 10-15 km/h ergeben habe. Damit habe die Beschleunigung weit weniger als 8 g betragen, also in einem Bereich gelegen, in dem die Beschleunigung keine Verletzung der Ligamenta alaria zu bewirken vermöge. Solche Verletzungen kämen praktisch nur bei Opfern von Verkehrsunfällen vor, die gleichzeitig ein schweres Schädel-Hirn-Trauma erlitten hätten (Urk. 20 S. 5).

Zusammengefasst könne die von Dr. K. ____, gestellte Diagnose eines Zustandes nach subtotaler Ruptur beider Ligamenta alaria nicht bestätigt werden (Urk. 20 S. 6 oben).

E. 4

4.1. Vorab ist die Frage zu beantworten, ob die Adäquanzprüfung zu einem verfrühten Zeitpunkt erfolgt sei, wie dies die Beschwerdeführerin geltend machte. Dass die Beschwerdeführerin noch Nackenbeschwerden beklagt und deswegen weiter in

Behandlung steht, ist nicht per se ein Grund, mit der Durchführung der Adäquanz länger zuzuwarten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Denn wenn sich die Behandlung(sbedürftigkeit) auf Beschwerden beziehen sollte, die sich als nicht adäquat unfallkausal erweisen würden, hätte ein Zuwarten zur Folge, dass eine fortgesetzte Leistungspflicht angenommen würde, die sich bei rechtzeitig durchgeführter Adäquanzprüfung als nicht bestehend erwiesen hätte. Aus eben diesem Grund nennt die Praxis den Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses als den Zeitpunkt, in welchem die Adäquanzprüfung zu erfolgen hat (vorstehend Erw. 1.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorliegend waren bereits im Juni 2004 somatisch nur noch sehr diskrete Befunde zu erheben und das direkt dem Unfall zuzuordnende cervicovertebrale Syndrom wurde als wenig beeinträchtigend beurteilt (vorstehend Erw. 3.5). Vor diesem Hintergrund ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin noch einmal ein Jahr später und über drei Jahre nach dem Auffahrunfall die Frage geprüft hat, ob die noch immer bestehenden Beschwerden noch in rechtsgemäßigem Kausalzusammenhang mit dem erlittenen Unfall stehen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Einwand der Beschwerdeführerin, die Adäquanzprüfung sei verfrüht erfolgt, ist somit nicht zutreffend.

4.2 Ä Ä Ä Ä Dass die Beschwerdeführerin eine HWS-Distorsion erlitten hat, ist unbestritten. Ebenso ist - unter anderem durch radiologische Abklärungen (Urk. 10/8) - erstellt, dass keine strukturellen Läsionen nachgewiesen sind. Dies ergibt sich aus den Abklärungen, die im Anschluss an den Unfall mit konventionellen bildgebenden Methoden erfolgt sind. Dass auch die von Dr. K. ___ im August 2006 eingesetzte Technik kein anderes Ergebnis zu erbringen vermocht hat, hat Dr. L. ___ mit sorgfältiger und nachvollziehbarer Begründung, die hier keiner Wiederholung bedarf, überzeugend dargelegt (vorstehend Erw. 3.9).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Somit steht fest, dass die Folgen einer HWS-Distorsion ohne nachgewiesene strukturelle Läsionen, mithin ohne organisches Substrat für noch bestehende Beschwerden, zu beurteilen sind.

4.3 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Demnach ist als nächstes zu klären, nach Massgabe welcher Praxis die Adäquanz zu prüfen ist. Die Beschwerdegegnerin hat das Bestehen des sogenannt bunten Bildes typischer Beschwerden verneint und die Adäquanz im Sinne psychischer Unfallfolgen (BGE 115 V 133) geprüft. Die Beschwerdeführerin hingegen bejahte das Vorliegen des einschlägigen Beschwerdebildes, womit die Adäquanz gemäss BGE 117 V 359 zu prüfen sei.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ob das bunte Beschwerdebild, das für die Anwendbarkeit von BGE 117 V 359 gegeben sein muss, besteht, erscheint an sich als fraglich:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es stehen eindeutig die geklagten Nackenschmerzen im Vordergrund, auch zeitweilig Kopfschmerzen, Schwindel, Müdigkeit, Konzentrationsschwäche. Bei den neuropsychologischen Defiziten wurde nicht ausgeschlossen, dass sie schon vor dem Unfall bestanden haben könnten. Diese Beschwerden wurden zeitweilig von der Beschwerdeführerin anamnestisch geltend gemacht (vgl. vorstehend Erw. 3.7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zweckmässigerweise bleibt die Frage des anzuwendenden Massstabs jedoch vorerst offen, in dem zuerst zu prüfen ist, ob die Adäquanz gemäss der für

schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen) sind offensichtlich nicht erfüllt.

Als Ergebnis ist festzuhalten, dass bei zwei der massgebenden Kriterien fraglich ist, ob sie als erfüllt betrachtet werden können (vorstehend Erw. 4.5). Sie sind mithin, wenn überhaupt, jedenfalls nicht ausgeprägt erfüllt. Alle übrigen Kriterien sind nicht erfüllt. Somit ist das Bestehen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen noch bestehenden Beschwerden und dem 2002 erlittenen Auffahrunfall, der ein Ereignis mittlerer Schwere im Grenzbereich zu einem leichten darstellt, zu verneinen.

4.7 Der angefochtene Entscheid, mit dem die Leistungen der Beschwerdegegnerin per 30. November 2005 eingestellt wurden, erweist sich damit als rechtens.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fürsprecher Herbert Schober

- Rechtsanwalt Mathias Birrer

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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