

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00240 vom 12. September 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-09-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00240

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00240 du 12 septembre 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00240 del 12 settembre 2008

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin begründete die veränderte Leistungseinstellung damit, es lägen keine organisch als Folge des erlittenen Unfalls erklärbaren Beschwerden mehr vor und hinsichtlich der psychischen Gründe fehle es mangels Adäquanz am rechtsgenügenden Kausalzusammenhang (Urk. 14/136 S. 1). Das Unfallereignis stufte sie als leicht ein; selbst wenn es als mittelschwer im Grenzbereich zu leicht einzustufen wäre, seien die gemäss BGE 117 V 367 massgebenden Kriterien nicht erfüllt (Urk. 2 S. 4 f. Erw. 2c; Urk. 13 S. 5 ff. Ziff. 4). Die Adäquanzprüfung sei keineswegs zu frühzeitig vorgenommen worden (Urk. 28 S. 2 Ziff. 3).

2.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich auf den Standpunkt, es lägen noch somatische Ursachen für die geklagten Beschwerden vor und es sei eine umfassende Begutachtung erforderlich (Urk. 14/143 S. 12). Sie habe eine leichte traumatische Hirnverletzung erlitten und es liege ein chronischer posttraumatischer Kopfschmerz vor (Urk. 14/143 S. 9 f.; Urk. 1 S. 10 f.). Rechtsprechungsgemäss genüge für das Bejahen der Adäquanz nach Schädel-Hirn-Trauma, dass ein einziges Kriterium erfüllt sei, was vorliegend zutrefte (Urk. 1 S. 16 f.). Gemäss neurologischer und neuropsychologischer Beurteilung könne ein neuropsychologisches Training den Gesundheitszustand verbessern; der Endzustand sei mithin noch nicht erreicht (Urk. 16 S. 2; Urk. 22 S. 3 f.). Aberdies habe die Beschwerdeführerin eine rechtzeitige neuropsychologische Untersuchung unterlassen, wofür sie im Sinne einer Schädigung während der Heilbehandlung (Art. 6 Abs. 3 UVG) hafte (Urk. 22 S. 4).

2.3 Strittig ist somit, ob im Zeitpunkt der veränderten Leistungseinstellung noch organisch erklärbare Beschwerden bestanden, wie gegebenenfalls die Frage der Adäquanz zu beantworten ist und ob der Beschwerdeführerin während der Heilbehandlung Schäden zugefügt wurden.

E. 3

3.1 Am 7. Februar 2003 stürzte die Beschwerdeführerin auf einer Eisbahn nach hinten auf den Hinterkopf (Urk. 14/1 Ziff. 6). Sie sei eine Weile liegen geblieben. Das Bewusstsein habe sie nicht verloren, aber massivste Kopfschmerzen gehabt. Sie habe aus eigener Kraft aufstehen können und sei nach Hause gefahren (Urk. 17 S. 11 Mitte).

Am anschliessenden Wochenende (8./9. Februar 2003) arbeitete die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben unter grössten Beschwerden, am Montag, 10. Februar 2003, begab sie sich, da ihre Hausärztin Dr. E. ___ ferienabwesend war, auf die Notfallstation des Spitals D. ___ (Urk. 14/5 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Bericht vom 18. Februar 2003 erwies sich ein Schädel-CT als altersentsprechend und ohne Hinweise für posttraumatische Läsionen, Frakturen oder Blutungen (Urk. 14/35).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. E. ____, FMH Allgemeinmedizin, gab in ihrem Zeugnis vom 31. März 2003 (Urk. 14/3) an, die Erstbehandlung habe am 17. Februar 2003 stattgefunden (Urk. 14/3 Ziff. 1). Als Diagnose nannte sie einen Sturz auf Occiput mit Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) und Schädelkontusion (Urk. 14/3 Ziff. 5) und attestierte eine bezüglich Dauer vom Verlauf abhängige Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 14/3 Ziff. 8; vgl. Urk. 14/8 Ziff. 8).

3.2 Ä Ä Ä Ä Am 18. September 2003 berichtete Dr. E. ____, über trotz ausgiebiger Analgesie persistierende Kopf- und Nackenschmerzen (Urk. 14/15 Ziff. 2) und nannte als Diagnose ein cervico-cephales Schmerzsyndrom nach Sturz auf Hinterkopf mit HWS-Distorsion (Urk. 14/15 Ziff. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vom 30. September bis 28. Oktober 2003 weilte die Beschwerdeführerin in der Rehaklinik F. ____, in deren Austrittsbericht vom 3. Dezember 2003 (Urk. 14/17) im Wesentlichen als Diagnose genannt wurde (Urk. 14/17 S. 1):

- Contusio capitis occipitalis am 7. Februar 2003 bei Sturz auf Eisbahn mit kraniozervikalem Beschleunigungstrauma (Differentialdiagnose: sekundäres Zervikalsyndrom)

- persistierendes zervikozephalales Schmerzsyndrom

- Anpassungsstörung mit depressiven Anteilen

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Kopfschmerz habe deutlich reduziert werden können; teilweise seien sogar kopfschmerzfreie Phasen vorhanden. Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit betrage weiterhin 100 %; bei weiterer Stabilisierung werde ein beruflicher Wiedereinstieg empfohlen (Urk. 14/17 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Bericht vom 24. Dezember 2003 ergab ein MR des Schädels keine Hinweise auf eine chronische entzündliche demyelinisierende Erkrankung oder eine traumatische intracranielle Läsion (Urk. 14/20 S. 1 unten). Ein MR der HWS ergab eine kleine mediane Diskusprotrusion im Segment C6/7 ohne Neurokompression, Zeichen einer geringgradigen degenerativen Diskopathie im Segment C3-C6 und keine Anhaltspunkte für eine traumatische HWS-Läsion (Urk. 14/20 S. 1 f.).

3.3 Ä Ä Ä Ä Dr. med. G. ____, Neurologie FMH, Kopfwehzentrum H. ____, berichtete am 30. Januar 2004 an Dr. E. ____, über seine Untersuchung der Beschwerdeführerin (Urk. 14/39). Als Kopfwehdiagnosen nannte er einen chronischen posttraumatischen Spannungskopfschmerz und eine Migräne mit Aura. Als weitere Diagnosen führte er an: postkommotionelles Syndrom mit Kopfschmerzen, Innenohrstörungen, Konzentrationsstörung, Müdigkeit, Vergesslichkeit, Schwindel, Affektstörung (Urk. 14/39 S. 1 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. I. ____, FMH Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 24. Februar 2004 als Diagnose eine posttraumatische psychoreaktive Störung bei chronischer Cephalaea nach Sturz auf Kopf am 7. Februar 2003 (Urk. 14/24 Ziff. 1) und berichtete, es finde eine delegierte Gesprächstherapie statt (Urk. 14/24 Ziff. 3a).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. E.____ nannte in ihrem Bericht vom 5. Mai 2004 (Urk. 14/32) als Diagnose eine Contusio capitis occipitalis am 7. Februar 2003 (Sturz) und ein postkommotionelles Syndrom mit Kopfschmerz, Innenohrstörung, Konzentrationsstörung, Müdigkeit, Vergesslichkeit, Schwindel (Urk. 14/32 Ziff. 1). Im Moment seien die Schmerzen langsam regredient (Urk. 14/32 Ziff. 2). Behandlungen fänden alle 3-4 Wochen statt; die Wiederaufnahme der Arbeit sei vom Verlauf abhängig (Urk. 14/32 Ziff. 3c und 4a).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anlässlich einer Besprechung am 7. Oktober 2004 wurde festgehalten, die Kopfschmerzen seien ständig vorhanden und stellten das Hauptproblem dar (Urk. 14/42 S. 1 Mitte). Nackenbeschwerden, Schwindel, Gehörseinbusse und Schlafstörungen wurden als ganz oder annähernd behoben bezeichnet; Vergesslichkeit, Ermüdbarkeit und depressive Verstimmung seien von den Kopfschmerzen abhängig (Urk. 14/42 S. 1 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Seit 22. November 2004 wurde die Beschwerdeführerin durch Dr. med. J.____, FMH Neurochirurgie, ambulant behandelt, der am 16. Dezember 2004 berichtete, in der neurologischen Untersuchung habe kein motorisches oder sensorisches Defizit objektiviert werden können; im Bereich der zervikalen Gelenkfacetten habe eine Druckdolenz bestanden, die mitgebrachten Bilder zeigten eine Steilstellung der HWS (Urk. 14/56 Mitte; vgl. Urk. 14/65, Urk. 14/72-73).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. K.____, FMH Ophthalmologie, berichtete am 29. Dezember 2004, es sei nach dem Unfall eine neue Brille verordnet worden. Damit habe die Beschwerdeführerin wieder gut lesen können; die vermehrte Ermüdbarkeit (vgl. Urk. 14/42 S. 2) sei aber bestehen geblieben (Urk. 14/59).

Ä 3.4Ä Ä Ä Am 5. Juli 2005 erstattete Dr. med. L.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt Rehaklinik M.____, einen Bericht über die von ihm durchgeführte ambulante psychiatrische Abklärung (Urk. 14/107). Als Diagnose nannte er eine sogenannte atypische Depression (ICD-10: F 32.11) in Form von Verstärkung des Kopfwehs und verstärktem Leidensdruck, Schlafstörung mit Hypersomnie und nicht erholsamem Schlaf, Müdigkeit, leichter Reizbarkeit und Anhedonie (Urk. 14/107 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Objektive Befundlage und subjektive Befindlichkeit liessen insgesamt doch auf das Vorliegen einer am ehesten als atypische Depression zu klassifizierende depressive Stimmungslage schliessen (Urk. 14/107 S. 9 oben). Diese sei bisher ungenügend als eigenständiges behandlungsbedürftiges Leiden erkannt und entsprechend auch nicht behandelt worden (Urk. 14/107 S. 9 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die depressive Stimmungslage sei wahrscheinlich ein entscheidender Faktor, welcher den Verlauf der Kopfschmerzen nach dem Unfall entscheidend negativ beeinflusst und eine spontane Erholung verhindert beziehungsweise das Gegenteil bewirkt habe. Mit deutlich überwiegender Wahrscheinlichkeit würde die Beschwerdeführerin heute nicht unter einer solchen Kopfschmerzsymptomatik leiden, wenn der Unfall nicht passiert wäre; dieser stelle somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einen unerlässlichen Teilfaktor beim Zustandekommen der heutigen Situation dar. Jedoch würden insbesondere Schmerzstärke, Leidensdruck und Aktivitätseinschränkung infolge der Schmerzen massgeblich durch die depressive Verstimmung beeinflusst (Urk. 14/107 S. 10 Mitte).

Am 15. August 2005 erstattete Prof. Dr. med. N.____, Facharzt für Neurologie, stellvertretender Leitender Arzt Neurorehabilitation, Rehaklinik M.____, eine neurologische Stellungnahme (Urk. 14/108 S. 1-8) sowie gemeinsam mit Dr. L.____ eine interdisziplinäre Stellungnahme (Urk. 14/108 S. 9-12). Aus neurologischer Sicht wies er darauf hin, dass sich klinisch und aufgrund der anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin kein Hinweis auf eine unfallbedingte Hirnverletzung ergebe. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nicht eine traumatische Hirnverletzung erlitten habe, sondern dass eine Kopfkontusion stattgefunden habe (Urk. 14/108 S. 7 unten). Ferner hielt er fest, die geklagte Schmerzsymptomatik übersteige die üblicherweise nach einer Kopfkontusion auftretenden Beschwerden erheblich und sei seitens des Nervensystems nicht erklärbar (Urk. 14/108 S. 8).

In ihrer interdisziplinären Stellungnahme führten Dr. L.____ und Dr. N.____ aus, Beschwerden primär organischer Genese seien nicht feststellbar (Urk. 14/108 S. 10 Ziff. 2). Eine Behandlung der Depression werde mit Wahrscheinlichkeit in einer erheblichen Besserung oder sogar im Sistieren der Kopfschmerzsymptomatik resultieren (Urk. 14/108 S. 10 Ziff. 5). Die Leistungsfähigkeit sei - primär durch die depressive Symptomatik, nicht die Kopfschmerzsymptomatik - reduziert; bei einer halbschichtigen Tätigkeit beständen keine Einbußen (Urk. 14/108 S. 11 f. Ziff. 6, Ziff. 1).

Prof. N.____ nahm am 12. Januar 2006 ergänzend zur Frage Stellung, ob eine leichte traumatische Hirnverletzung (mild traumatic brain injury, MTBI) anzunehmen sei (Urk. 14/125). Er führte aus, gemäß den Kriterien der Europäischen Federation der Neurologischen Gesellschaften müsse, um eine MTBI annehmen zu können, entweder eine Reduktion der Glasgow Coma Scale (GCS) auf 13 oder 14 (statt 15 bei einer wachen gesunden Normalperson), oder ein Bewusstseinsverlust von weniger als 30 Minuten oder eine posttraumatische Amnesie von weniger als 60 Minuten eingetreten sein (Urk. 14/125 S. 1 Mitte). Ausweislich der Unterlagen sei nicht von einem unfallbedingten Bewusstseinsverlust auszugehen; auch sei nach dem Unfall keine Gedächtnisstörung eingetreten und es beständen keine Anhaltspunkte, dass die GCS unter den Wert von 15 reduziert gewesen wäre. Somit sei keines der klinischen Kriterien für eine MTBI erfüllt (Urk. 14/125 S. 1 unten). Die erhebliche Kopfschmerzsymptomatik könne nicht durch eine traumatische Verletzung des Hirns erklärt werden, da nicht davon auszugehen sei, dass das Unfallereignis zu einer Verletzung des Hirns geführt habe (Urk. 14/125 S. 2 oben). Eine neuropsychologische Testung vermöchte zwar eine allfällige funktionelle Beeinträchtigung aufzuzeigen; im vorliegenden Fall wäre eine solche jedoch im Kontext des psychiatrischen Störungsbildes zu erklären (Urk. 14/125 S. 2).

3.5 Dr. K.____ nannte in seinem Bericht vom 17. November 2005 als Diagnosen einen Status nach Schleudertrauma am 7. Februar 2003 mit persistierenden Beschwerden sowie Astigmatismus / Presbyopie beidseits (Urk. 14/120 S. 1 Mitte). Zweieinhalb Jahre nach dem Schleudertrauma beständen noch immer sehr glaubhaft geschilderte Beschwerden (Konzentrationschwierigkeiten, rasches Ermüden). Ein weiteres typisches Phänomen bei Schleudertrauma-Patienten sei die Überforderung bei visuellen Reizen im dynamischen Bereich. Die Beschwerden hätten zwar deutlich gebessert; sie seien aber immer noch deutlich vorhanden und es bestehe ein kausaler Zusammenhang mit dem Unfallereignis (Urk. 14/120 S. 2 oben).

3.6. Dr. G. bezeichnete in seinem Bericht vom 24. Februar 2006 (Urk. 14/131) den Verlauf als unerfreulich und chronisch. Auffallend sei, dass die antidepressive Schmerzbehandlung und die psychotherapeutische Behandlung nicht ausgeschöpft seien (Urk. 14/131 S. 2 oben).

Gleichentags äusserte sich Dr. G. zur von ihm gestellten Diagnose chronischer posttraumatischer Kopfschmerzen assoziiert mit leichtem Schädelhirntrauma (Urk. 14/132). Dabei bezog er sich auf die Definition der internationalen Kopfwehgesellschaft, wonach für das Schädelhirntrauma drei Kriterien massgebend seien, nämlich keine (29 Minuten übersteigende) Bewusstlosigkeit, GCS gleich oder höher als 13, mit der Diagnose einer Hirnerschütterung (concussion) vereinbare Symptome oder Befunde (Urk. 14/132 S. 1 Mitte).

Für die genauere Definition des leichten diffusen Schädelhirntraumas (Gehirnerschütterung oder commotio) halte er sich an die Unterteilung der American Academy of Neurology, welche im vorliegenden Fall mit Grad I vereinbar sei (Urk. 14/132 S. 1 unten).

Der GCS werde bei einem Bagatellunfall natürlich nicht routinemässig durchgeführt und sei für die Beurteilung der leichten Gehirnerschütterung Grad I natürlich ein zu grobes und damit nutzloses Instrumentarium. Zusammenfassend könne er an der gestellten Diagnose festhalten (Urk. 14/132 S. 2 oben).

Am 19. Oktober 2007 erstattete Dr. med. O., FMH Neurologie, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 17). Er referierte die ihm überlassenen Akten (Urk. 17 S. 1-10) und seine eigenen Erhebungen (Urk. 17 S. 10-14).

Zum Unfallhergang und den dabei erlittenen Verletzungen hielt Dr. O. fest, die Beschwerdeführerin sei an der Unfallstelle sicherlich nicht bewusstlos gewesen und habe auch für das Unfallereignis selber keine Amnesie gehabt. Den Weg von der Unfallstelle nach Hause habe sie jedoch bildmässig nicht mehr in der Erinnerung (Urk. 17 S. 14 unten).

Zusammengefasst habe die Beschwerdeführerin wahrscheinlich eine leichte MTBI mit Amnesie für die Strecke vom Unfallort nach Hause erlitten. Ein weiteres Problem sei die Diagnose «Schleudertrauma». Die Beschwerdeführerin sei zu Boden gestürzt und mit dem Hinterkopf heftig angeschlagen, was ein Beschleunigungstrauma wie beispielsweise bei einer Auffahrkollision ausschliesse. Sie habe aber wahrscheinlich eine Kontusion des Kopfes und der Halswirbelsäule (HWS) beziehungsweise ein Abknicktrauma erlitten. Das entstandene Beschwerdebild sei ähnlich oder äquivalent dem gemäss Gerichtspraxis «typischen Bild» nach HWS-Distorsionen (Urk. 17 S. 15 Mitte).

Seit entsprechender Behandlung sei eine Besserung mit Reduktion der Häufigkeit der Migräne eingetreten. Die von Dr. L. diagnostizierte Depression sei nicht mehr aktuell (Urk. 17 S. 15 unten). Empfohlen sei eine fundierte neuropsychologische Abklärung (Urk. 17 S. 16 oben).

Auf die Frage, welche Beschwerden die Beschwerdeführerin klage, führte Dr. O. aus: «Ein klassisches Schleudertrauma lag nicht vor, die Patientin hatte beim Sturz auf Glatteis eine Kopfkontusion und überwiegend wahrscheinlich eine

HWS-Kontusion mit cervico-cephalen Beschwerden, mit neurovegetativer und neuropsychologischer Symptomatik (Urk. 17 S. 16 Ziff. 2).

Dr. O. formuliert folgende Diagnose: Status nach Sturz auf Glatteis auf den Hinterkopf mit Kopf- und wahrscheinlich HWS-Kontusion beziehungsweise Abknicktrauma, mit Cervicocranialsyndrom, mit leichter MTBI, mit richtungsweisender Verstärkung einer vorbestehenden Migräne, mit neurovegetativer und neuropsychologischer Symptomatik, ohne fokale neurologische Ausfälle, bei 2 Mikroangiopathien rechts frontal subcortical und kleiner, nicht kompressiver Degeneration der Bandscheibe C6/7 (Urk. 17 S. 17 Ziff. 4).

Zwar habe weder eine Amnesie noch eine Bewusstlosigkeit vorgelegen, jedoch wahrscheinlich eine Form von Veränderung des Bewusstseins, was nach den Kriterien der American Academy of Neurology die Diagnose einer MTBI erlaube (Urk. 17 S. 17 Ziff. 4.1).

Der Endzustand könne heute noch nicht beurteilt werden. Bereits habe die entsprechende Behandlung der Migräne zu einer signifikanten Reduktion der Schmerzen geführt. Nach der neuropsychologischen Untersuchung könne die Konsequenz einer entsprechenden Trainingstherapie besser abgeschätzt werden (Urk. 17 S. 19 Ziff. 6.1).

Dr. phil. P. und dipl. psych. Q. erstatteten am 14. Dezember 2007 einen Bericht über die von ihnen durchgeführte neuropsychologische Untersuchung (Urk. 23/1).

Sie führten aus, bei insgesamt gut durchschnittlichem Leistungsniveau zeigten sich leichte Schwierigkeiten im Umstellvermögen, im divergenten Denken und in der kognitiven Flexibilität sowohl in der sprachlichen wie auch in der visuell-figuralen Informationsverarbeitung. Ferner beständen deutliche bis massive Verlangsamungen im Konzentrations- und Aufmerksamkeitsvermögen, in der Daueraufmerksamkeit, der selektiven Aufmerksamkeit, bei Reaktionswechsel- und Umstellungsaufgaben, in der geteilten Aufmerksamkeit und im Arbeitsgedächtnis (Urk. 23/1 S. 13 Ziff. 3).

Die Befunde deuteten auf eine leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörung im Bereich präfronto-basaler und tieferer Hirnstrukturen (Hirnstamm) hin (Urk. 23/1 S. 13 Ziff. 4).

Die Frage, ob die zur Zeit noch vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf den Unfall zurückzuführen seien, lasse sich nach streng wissenschaftlichen neuropsychologischen Erkenntnismöglichkeiten nicht beantworten (Urk. 23/1 S. 13 f. Ziff. 5.1). Aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin, der Untersuchungsergebnisse, der vorliegenden Akten und Anamnese der Beschwerdeführerin erscheine das Unfallereignis als einzige Ursache, es sei denn, man finde eine andere Ursache (Urk. 23/1 S. 14 Mitte).

Eine neuropsychologische Therapie sei dringend indiziert und erfolgsversprechend (Urk. 23/1 S. 15 Ziff. 6.1).

4.1 Als aufgrund der Akten erstellt gelten kann, dass die Beschwerdeführerin nach hinten gestürzt und dabei mit dem Kopf auf den Boden geprallt ist.

Darüber, welche Verletzung sie sich dabei zugezogen hat, liegen aus medizinischer Sicht unterschiedliche Sichtweisen vor. Offensichtlich unzutreffend ist dabei die Annahme des Augenarztes Dr. K., es habe eine HWS-Distorsion (Schleudertrauma) stattgefunden; insbesondere Dr. O. führte in seinem neurologischen Gutachten überzeugend aus, dass der Unfallhergang ein Beschleunigungstrauma ausschliesse.

Die behandelnde Dr. E. nannte als Diagnose (lediglich) eine Kopfkontusion. Der Neurologe Prof. N. kam zum Schluss, es gebe keinen Hinweis auf eine unfallbedingte Hirnverletzung; die Beschwerdeführerin habe lediglich eine Kopfkontusion und namentlich keine MTBI erlitten.

Der Kopfwehspezialist Dr. G. hingegen vertrat den Standpunkt, es sei zu einem leichten diffusen Schädelhirntrauma Grad I gekommen. Der als Gutachter von der Beschwerdeführerin beigezogene Dr. O. führte auf die Frage nach den geklagten Beschwerden zwar ebenfalls aus, die Beschwerdeführerin habe sich eine Kopfkontusion zugezogen (Urk. 17 S. 16 Ziff. 2), nannte als Diagnose aber unter anderem eine leichte MTBI, dies an einer Stelle mit der Begründung, die Beschwerdeführerin habe keine bildliche Erinnerung an die Rückfahrt vom Unfallort nach Hause (Urk. 17 S. 14 f.), während er an anderer Stelle ausführte, es habe keine Amnesie vorgelegen, sondern wahrscheinlich eine Form von Veränderung des Bewusstseins (Urk. 17 S. 17. Ziff. 4.1).

Die Darlegungen von Dr. G. und von Dr. O. erscheinen als nicht durchwegs nachvollziehbar. Bei Dr. G. stand sichtlich das Bestreben im Vordergrund, die Kopfschmerzsymptomatik als posttraumatisch einzuordnen, was voraussetzt, dass von einer zumindest leichten Hirnverletzung ausgegangen werden kann, was er denn auch tat. Gleichzeitig räumte er ein, dass das Kriterium GCS-Wert mangels Erfassung nicht gegeben sei. Dieses Kriterium nannte er einerseits als eines der von ihm als massgeblich erachteten Kriterien, andererseits bezeichnete er es als nutzlos, da bei einem Bagatellunfall der GCS nicht routinemässig durchgeführt werde. Auch die Ausführungen von Dr. O. erscheinen als widersprüchlich. Einerseits argumentierte er mit der - von ihm im Oktober 2007 erstmals erfragten - fehlenden bildlichen Erinnerung an die Fahrt vom Unfallort nach Hause, andererseits führte er explizit aus, es sei keine Amnesie aufgetreten.

Unter einer milden traumatischen Hirnverletzung (MTBI) wird ein durch Kontaktkräfte (Kopfanprall, Schlag auf Kopf) oder Akzeleration bzw. Dezeleration bedingtes kraniales Trauma verstanden, welches zu einer Unterbrechung der zerebralen Funktionen führt. Nach allgemein anerkannter Lehrmeinung setzt die Diagnose entweder eine Episode von Bewusstlosigkeit oder einen Gedächtnisverlust für Ereignisse unmittelbar vor oder nach dem Unfall oder eine Bewusstseinsstörung (z.B. Benommenheitsgefühl, Desorientierung) im Zeitpunkt der Verletzung voraus. Andererseits darf die Störung nicht mit einer Bewusstlosigkeit von mehr als 30 Minuten, einem Schweregrad nach der Glasgow Coma Scale (GCS) von 13 bis 15 nach 30 Minuten oder einer posttraumatischen Amnesie von mehr als 24 Stunden verbunden sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_210/2007 vom 15. Mai 2008 i.S. H., Erw. 7.2; mit Hinweis auf die

Urteile U 479/05 vom 6. Februar 2007, Erw. 5.2, und U 197/04 vom 29. März 2006, Erw. 3.1, sowie auf: Siegel, Neurologisches Beschwerdebild nach Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule, in: Siegel/Fischer, Hrsg., Die neurologische Begutachtung, Zürich 2005, S. 165 f.).

Die Diagnose einer milden traumatischen Hirnverletzung erfolgt aufgrund bestimmter Symptome nach kranialen Traumen und bedeutet nicht schon, dass eine objektiv nachweisbare Funktionsstörung vorliegt. Hierzu bedarf es einer feststellbaren intrakraniellen Läsion oder eines messbaren Defektzustandes in Form neurologischer Ausfälle, wie sie nach einer Contusio cerebri auftreten können (vgl. Siegel, a.a.O. S. 164 f.). Fehlt es hieran, ist die Adäquanz der Unfallkausalität nach der für Schleudertraumen der HWS und Schädel-Hirntraumen ohne nachweisbare Funktionsausfälle geltenden Rechtsprechung zu beurteilen (Urteil U 197/04 vom 29. März 2006 i.S. T., Erw. 3.1).

Vor diesem Hintergrund kann offen bleiben, ob trotz der genannten Vorbehalte (vgl. Erw. 4.2) anzunehmen sei, die Beschwerdeführerin habe eine MTBI erlitten. Denn einerseits hat unbestrittenermassen keine intrakranielle Läsion stattgefunden und andererseits stellen die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung dominierenden Kopfschmerzen keinen messbaren Defektzustand dar, während sich die im November 2007 erhobenen neuropsychologischen Einbussen - wie im entsprechenden Bericht auch ausgeführt - nicht zuverlässig auf den erlittenen Unfall zurückzuführen lassen.

Somit hat, da im Zeitpunkt der Leistungseinstellung keine organischen Unfallfolgen mehr vorlagen, eine spezifische Adäquanzprüfung entsprechend der Praxis nach erlittener HWS-Distorsion (BGE 134 V 109, 117 V 369) und sinngemäss zu beurteilenden Verletzungen stattzufinden (vgl. Urteil 8C_101/2007 vom 17. August 2007 i.S. N., Erw. 5).

Die massgebenden Kriterien sind (BGE 134 V 130 Erw. 10.3):

- (a) besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- (b) die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- (c) fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- (d) erhebliche Beschwerden;
- (e) ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- (f) schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- (g) erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Zu beachten ist, dass die Darstellung der Beschwerdeführerin, es genüge für das Bejahen der Adäquanz nach Schädel-Hirn-Trauma, dass ein einziges Kriterium erfüllt sei (Urk. 1 S. 16 f.), unzutreffend ist. Vielmehr ist auch nach einem allfälligen Schädel-Hirntrauma nur dann ein einziges Kriterium genügend, wenn es sich um einen schwereren Unfall im mittleren Bereich oder sogar einen Grenzfall zu einem schweren Unfall handelt, oder wenn im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Handelt es sich um einen Unfall

im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffälliger Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht wird (BGE 117 V 384 Erw. 4c).

Die Prüfung der Adäquanz erfolgt in dem Zeitpunkt, in welchem der Fall abgeschlossen wird, mithin Taggeld- und Heilbehandlungskosten-Leistungen eingestellt werden (BGE 134 V 112 f. Erw. 3). Dieser Zeitpunkt ist gegeben, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 113 ff. Erw. 4).

E. 5

5.1 Die Beschwerdeführerin stürzte beim Schlittschuhlaufen nach hinten und schlug dabei mit dem Kopf auf die Eisfläche auf. Der Sturz als solcher ist an sich als leichtes Unfallereignis einzustufen. Angesichts des dabei erlittenen Kopfanpralls erscheint jedoch die Qualifikation als Unfallereignis mittlerer Schwere, wenn auch dicht an der Grenze zu einem leichten, als gerechtfertigt.

5.2 Einige der massgebenden Kriterien sind offensichtlich nicht erfüllt, nämlich (a) besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls, (b) Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, (e) ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, und (f) schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen.

5.3 Zum Kriterium der ärztlichen Behandlung (c) hat das Bundesgericht festgehalten, die ärztliche Behandlung könne unter Umständen mit einer erheblichen und durch die übrigen Kriterien nicht abgedeckten Belastung für die versicherte Person verbunden sein. Entscheidend sei deshalb, ob nach dem Unfall fortgesetzt spezifische, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung bis zum Fallabschluss notwendig war (BGE 134 V 128 Erw. 10.2.3).

Nach dem rund 8 Monate nach dem Unfall erfolgten Rehabilitationsaufenthalt konzentrierten sich die therapeutischen Massnahmen - nebst einer delegierten Gesprächstherapie - hauptsächlich auf die Kopfschmerzsymptomatik. Wohl wurde der diesbezügliche Verlauf als unerfreulich und chronisch beschrieben. Dass jedoch die Behandlung eine das mit jeder Therapie unvermeidlich verbundene Mass an Belastung überstiegen hätte, lässt sich, abgesehen allenfalls von einer nicht verträglichen Botox-Behandlung (vgl. Urk. 14/108 S. 4 unten, Urk. 14/107 S. 4), den Akten nicht entnehmen.

Somit kann dieses Kriterium nicht als erfüllt gelten.

5.4 Für das Kriterium der Dauerbeschwerden (d) sind nur in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden relevant. 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 128 Erw. 10.2.4).

Der Rehabilitationsaufenthalt vom Oktober 2003 wurde bezüglich der dominierenden Kopfschmerzsymptomatik als erfolgreich beurteilt; der Kopfschmerz habe deutlich reduziert werden können, teilweise seien sogar kopfschmerzfremde Phasen vorhanden. Insofern erscheint es fraglich, ob angenommen werden kann, die Beschwerden hätten ohne wesentlichen Unterbruch angehalten. Andererseits ist in Rechnung zu stellen,

dass die Beschwerdeführerin seither über dauernd - wenn auch möglicherweise in wechselnder Intensität - vorhandene Kopfschmerzen berichtete.

Vor diesem Hintergrund rechtfertigt es sich, das Kriterium als zwar knapp, aber doch erfüllt zu betrachten.

5.5 Für das Kriterium der Arbeitsunfähigkeit (g) ist eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche massgebend, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt (BGE 134 V 129 f. Erw. 10.2.7).

Gemäss ihren eigenen Angaben im Juli 2005 waren bis zu diesem Zeitpunkt zwei von der Beschwerdeführerin unternommene Arbeitsversuche (vgl. Urk. 14/46) ungünstig verlaufen (Urk. 14/107 S. 7 unten). Allfällige Bestrebungen der Beschwerdeführerin, die im Rahmen der Beurteilung durch Dr. L. und Prof. N. im Juli / August 2005 attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % zu verwerten, sind weder aktenkundig noch von der Beschwerdeführerin geltend gemacht worden (vgl. Urk. 1 S. 13 unten).

Zwar erscheint die Arbeitsunfähigkeit von 100 % von Februar 2003 bis Sommer 2005 und von 50 % ab Juli/August 2005 als erheblich. Aber die rechtsprechungsgemäss geforderten diesbezüglichen Bemühungen der Beschwerdeführerin - beziehungsweise, insbesondere ab Sommer 2005, das Fehlen solcher Bemühungen - führen zum Schluss, dass das entsprechende Kriterium nicht als erfüllt betrachtet werden kann.

5.6 Unter Berufung auf die Neuropsychologin Dr. P. machte die Beschwerdeführerin schliesslich geltend, sie sei zu spät neuropsychologisch abgeklärt bzw. behandelt worden, was ihren Leidensweg verlängert habe (Urk. 16 S. 2, Urk. 22 S. 3).

Die von der Beschwerdeführerin beauftragte neuropsychologische Gutachterin führte aus, eine frühere Untersuchung und ein früherzeitigeres Erfassen allfälliger kognitiver Minderleistungen hätte eine raschere Verbesserung bewirkt (Urk. 23/1 S. 15/16). Die ambulanten und stationären Behandlungen der Beschwerdeführerin - die aktenkundig bereits vor dem Unfall bzw. seit Kindheit an Kopfschmerzen und Migräne gelitten hat (u.a. Urk. 17 S. 11) - erscheinen vielfältig, und es gibt keine Hinweise für eine Falschbehandlung bzw. eine Schädigung gemäss Art. 6 Abs. 3 UVG. Selbst der von der Beschwerdeführerin eingereichte Bericht des Neurologen Dr. O. spricht gegenteils von einer Besserung des Gesundheitszustands (Urk. 17 S. 19 betr. Kopfweh/Migräne).

5.7 Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass sich lediglich eines der massgebenden Kriterien (d) als knapp erfüllt erweist.

Damit besteht - bei einem Unfallereignis im mittleren Bereich an der Grenze zu den leichten - keine Grundlage, um die Adäquanz bejahen zu können. Sie ist im Gegenteil zu verneinen.

Somit bestand im Zeitpunkt der Leistungseinstellung kein rechtsgemässlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den damaligen Beschwerden. Dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht verneint hat, erweist sich als zutreffend, so dass der angefochtene Entscheid zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

5.8. Daran ändert auch der Standpunkt der Beschwerdeführerin nichts, wonach der Umstand, dass die Beschwerdegegnerin im damaligen Zeitpunkt keine neuropsychologische Untersuchung veranlasste, einer Schädigung während der Heilbehandlung entspreche (Urk. 22 S. 4). Nachdem im strittigen Zeitpunkt keine unfallkausalen Beschwerden mehr festzustellen waren, bestand keine Pflicht der Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen oder Behandlungen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Katja Ziehe

- Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters 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.