

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00050 vom 30. November 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00050

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00050 du 30 novembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00050 del 30 novembre 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 Paula Christina Matos Rodrigues, geboren 1979, war seit dem 12. November 2001 als Kassenhilfe bei der Y. AG in Zürich beschäftigt und bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie sich am 19. Januar 2002 bei einem Autounfall in Z. verletzte (Urk. 8/1).

Die medizinische Erstversorgung fand in Z. statt; in der Folge wurde die Versicherte von Dr. med. A., Spezialärztin FMH für Innere Medizin, behandelt (vgl. etwa Urk. 8/2 und 8/5). Es wurde eine Beckenfraktur (Schambeinfraktur beidseits [Urk. 8/5]) diagnostiziert. Kreisarzt Dr. med. B., Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, untersuchte die Versicherte am 16. August 2002 (Urk. 8/16). Co-Chefarzt Dr. med. C., Spezialarzt FMH für Orthopädie und Traumatologie, vom Spital D. reichte die Berichte vom 15. November 2002 und vom 27. Januar 2003 zu den Akten (Urk. 8/22 und 8/26). Am 17. Februar 2003 fand eine weitere kreisärztliche Untersuchung statt (Urk. 8/31). Dr. med. E., Spezialarzt FMH für Neuroradiologie, vom Neuroradiologischen und Radiologischen Institut der Klinik F. führte am 24. März 2003 eine MRI-Untersuchung des Gehirns durch (Urk. 8/49). Am 28. März 2003 berichtete Dr. med. G., Facharzt FMH für Neurologie, über die von ihm durchgeführten Untersuchungen (Urk. 8/45). Vom 2. April bis 21. Mai 2003 hielt sich die Versicherte in der Rehabilitationsklinik H. auf (Urk. 8/48; vgl. auch Urk. 8/52). Am 8. Juli 2003 wurde die Versicherte erneut durch Kreisarzt Dr. B. untersucht (Urk. 8/60). Dr. med. I., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, reichte seinen Bericht am 23. Oktober 2003 zu den Akten (Urk. 8/75). Am 30. Dezember 2003 wurde eine weitere kreisärztliche Beurteilung zu den Akten genommen (Urk. 8/78).

Mit Schreiben vom 19. Januar 2004 (Urk. 8/80) teilte die SUVA der Versicherten mit, dass sie die Heilbehandlungsleistungen per 31. Januar 2004 und die Taggeldleistungen per 29. Februar 2004 einstellen werde und kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung bestehe. Mit Verfügung vom 10. März 2004 (Urk. 8/85) bestätigte sie die Einstellung der Leistungen zu den genannten Zeitpunkten sowie die Verneinung des Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung. Zur Begründung führte die SUVA im Wesentlichen aus, dass keine somatischen Unfallfolgen mehr vorlägen, die psychischen Beschwerden nicht (adäquat) unfallkausal seien und keine erhebliche und dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Unversehrtheit vorhanden sei. Die gegen diese Verfügung erhobenen Einsprachen der Versicherten (Urk. 8/92) und ihrer Krankenversicherung (Urk. 8/91) wies die SUVA mit Entscheid vom 21. September 2004 (Urk. 8/101) ab.

Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Sozialversicherungsgericht mit Urteil vom 27. Dezember 2005 (Urk. 8/102) in dem Sinne gut, dass der Einspracheentscheid vom 21. September 2004 aufgehoben und die Sache an die SUVA zurückgewiesen wurde, damit diese nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen (Beizug weiterer Akten und Einholung eines polydisziplinären Gutachtens)  ber ihre Leistungen ab 31. Januar/29. Februar 2004 neu verfüge.

1.2 Am 24. August 2007 reichte Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, von der K.____ sein Gutachten zu den Akten (Urk. 8/132). Diesem Gutachten lagen folgende Teilgutachten bei: das rheumatologische Fachgutachten von Dr. med. L.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie (Urk. 8/132a), das neurologische Fachgutachten von Assistenzärztin Dr. med. S.____ und Oberarzt Dr. med. M.____, Facharzt FMH für Neurologie (Urk. 8/132b), das neuropsychologische Fachgutachten von Dipl.-Psych. N.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, und Dr. phil. O.____ (Urk. 8/132c) sowie das psychiatrische Fachgutachten von Oberarzt Dr. med. P.____, Assistenzarzt Dr. med. Q.____ und Chefärztin Prof. Dr. med. R.____ (Urk. 8/132d).

Mit Verfügung vom 30. November 2007 (Urk. 8/135) stellte die SUVA ihre Leistungen per 31. Januar 2004 ein mit der Begründung, dass die organischen Unfallfolgen spätestens Anfang 2004 ausgeheilt gewesen seien, keine organisch objektivierbaren Unfallrestfolgen mehr vorlägen, auch kein typisches Beschwerdebild nach HWS-Distorsionstrauma vorhanden sei und demzufolge die Adäquanz der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen nach BGE 115 V 133 zu prüfen und zu verneinen sei. Die dagegen erhobene Einsprache der Versicherten (Urk. 8/139) wies die SUVA mit Entscheid vom 18. Januar 2008 (Urk. 2) ab.

1.3 Bereits mit Verfügung vom 15. März 2006 (Urk. 8/109) hatte die SUVA von der Versicherten unter dem Titel  berentsch digung den Betrag von Fr. 7'148.60 zurückgefordert und angekündigt, diese Summe mit der Nachzahlung der Eidgenössischen Invalidenversicherung zu verrechnen. Die dagegen erhobene Einsprache der Versicherten (Urk. 8/112) wies die SUVA mit gesondertem Einspracheentscheid vom 18. Januar 2008 (Urk. 5/2) ab.

E. 2

2.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen, nämlich auf die ambulante Behandlung durch den Arzt, den Zahnarzt oder auf deren Anordnung durch eine medizinische Hilfsperson sowie im weitern durch den Chiropraktor (lit. a), die vom Arzt oder Zahnarzt verordneten Arzneimittel und Analysen (lit. b), die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (lit. c), die ärztlich verordneten Nach- und Badekuren (lit. d) und die der Heilung dienlichen Mittel und Gegenstände (lit. e).

Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung noch nicht abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario).

2.2 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch entsteht am dritten

Tag nach dem Unfalltag. Er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn der Rente oder mit dem Tod der versicherten Person (Art. 16 Abs. 1 und Abs. 2 UVG).

2.3.3.3 Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Als invalid gilt, wer voraussichtlich bleibend oder für längere Zeit in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist (Art. 18 Abs. 2 Satz 1 UVG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung aller möglicher Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 18 Abs. 2 Satz 2 UVG).

3.3.3.3 Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und alle möglichen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 Satz 1).

2.4.3.3 Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitaleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

3.3.3.3 Die Entschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

E. 2.5

2.5.1.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der Überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines

Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

2.5.2.2 Diese Beweisgrundsätze gelten ohne Weiteres auch in Fällen mit Schleuderverletzungen der Halswirbelsäule, Schädelhirntraumata oder äquivalenten Verletzungen. Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsumschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

E. 2.6

2.6.1.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 125 V 461 Erw. 5a, 123 V 103 Erw. 3d, 139 Erw. 3c, 122 V 416 Erw. 2a, 121 V 49 Erw. 3a mit Hinweisen; RKUV 1997 Nr. U 272 S. 172 Erw. 3a).

2.6.2.1 Bei organisch nachweisbaren Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung praktisch keine Rolle, indem die Unfallversicherung auch für seltenste, schwerwiegendste Komplikationen haftet, welche nach der unfallmedizinischen Erfahrung im Allgemeinen gerade nicht einzutreten pflegen (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 118 V 291 Erw. 2a, vgl. auch BGE 117 V 365 Erw. 5d/bb, mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung).

2.6.3.1 Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996

Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallerlebnis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 91).

Bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie zum Beispiel einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6a).

Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 140 Erw. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 Erw. 3b).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits

dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise 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 auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

2.6.4 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten und in BGE 134 V 109 präzisierten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c).

2.6.5 Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Eidgenössische Versicherungsgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas (BGE 117 V 382 f. Erw. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 Erw. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2).

2.6.6 Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in welchen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1).

2.7 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob

die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

2.8 Nach Art. 40 Abs. 1 Satz 1 UVG werden (sofern keine Koordinationsregel des UVG eingreift) Geldleistungen, ausgenommen Hilflosenentschädigungen, soweit gekürzt, als sie mit den anderen Sozialversicherungsleistungen zusammentreffen und den mutmasslich entgangenen Verdienst übersteigen.

Diese Norm war bis Ende 2002 gültig und wurde per 1. Januar 2003 durch die Bestimmung von Art. 69 ATSG betreffend Überentschädigung abgelöst.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 Satz 1 ATSG darf das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen nicht zu einer Überentschädigung führen. Bei der Berechnung der Überentschädigung werden nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt, die der anspruchsberechtigten Person auf Grund des schädigenden Ereignisses gewährt werden (Art. 69 Abs. 1 Satz 1 ATSG). Eine Überentschädigung liegt in dem Masse vor, als die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen den wegen des Versicherungsfalls mutmasslich entgangenen Verdienst zusätzlich der durch den Versicherungsfall verursachten Mehrkosten und allfälliger Einkommenseinbussen von Angehörigen übersteigen (Art. 69 Abs. 2 ATSG). Die Leistungen werden um den Betrag der Überentschädigung gekürzt (Art. 69 Abs. 3 Satz 1 ATSG).

E. 3.1

3.1.1 Die Beschwerdegegnerin begründete im angefochtenen Einspracheentscheid die Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. Januar 2004 im Wesentlichen damit, dass ab diesem Zeitpunkt keine somatischen Unfallfolgen mehr vorgelegen hätten, dass die Beschwerdeführerin kein Schleudertrauma der Halswirbelsäule erlitten habe und dass die Adäquanz der vorliegenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen zu verneinen sei. Es liege zwar ein Unfall im mittleren Bereich vor; es sei aber kein einziges Adäquanzkriterium erfüllt (Urk. 2). Im vorliegenden Prozess hielt die Beschwerdegegnerin daran fest, dass keine organischen Unfallfolgen mehr vorhanden seien und dass die Beschwerdeführerin kein Schleudertrauma der Halswirbelsäule erlitten habe, weshalb bei der Adäquanzprüfung nicht die sogenannte Schleudertrauma-Praxis zur Anwendung komme (Urk. 7).

3.1.2 Betreffend Überentschädigung führte die Beschwerdegegnerin aus, die Beschwerdeführerin mache geltend, dass die IV-Rente für den getrennt lebenden Ehegatten nach dem Grundsatz der personellen Kongruenz nicht in die Überentschädigungsberechnung einbezogen werden dürfe. Die Auffassung der Beschwerdeführerin sei nicht zutreffend: Soweit der andere Ehegatte die Auszahlung einer IV-Zusatzrente an sich habe verlangen können, weil der rentenberechtigte Ehegatte seiner Unterhaltspflicht nicht nachgekommen sei oder weil die Ehegatten getrennt gelebt hätten, habe es sich lediglich um einen vom Bestand des Grundanspruchs abgeleiteten Anspruch gehandelt, der nicht dazu führe können, dass nicht der gesamte Rentenanspruch gegenüber der Eidgenössischen Invalidenversicherung in die Überentschädigungsberechnung einzubeziehen wäre. Andernfalls würde die Überentschädigungsberechnung von der sachlich und rechtlich nicht zu begründenden Zufälligkeit abhängen, ob vom anderen Ehegatten eine Auszahlung an sich geltend gemacht worden sei oder nicht (BGE 100 V 83; Urk. 5/2). Im

vorliegenden Fall sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin die Ehegattenrente in Form von Unterhaltszahlungen wieder zurück erhalten habe. Dies ergebe sich auch aus der Tatsache, dass ihr die Ehegattenrente direkt ausgerichtet worden sei, nachdem ihr Ehemann seinen Unterhaltszahlungen nicht mehr nachgekommen sei (Urk. 7).

E. 3.2

3.2.1. Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vortragen, dass das Gutachten der K.____ nicht nachvollziehbar sei. Im Gutachten würden zwar HWS-Beschwerden beschrieben, aber eine HWS-Distorsion verneint und eine Abheilung der Mikrofrakturen nach zwei Jahren postuliert. Dies sei nicht begründet. Bei der Beantwortung der Fragen sei das Vorliegen einer HWS-Distorsion verneint worden, und zwar mit der Begründung, die Annahme, dass sich das typische Beschwerdebild aufgrund der hochdosierten Schmerzmittelgaben, die im Rahmen der Beckenfraktur erforderlich gewesen seien, nicht habe ausbilden können, lasse sich nicht bestreiten. Auch dafür fehle eine nachvollziehbare Begründung. Schliesslich sei eine milde traumatische Hirnverletzung (MTBI) diagnostiziert worden. Was die HWS-Problematik angehe, sei das Gutachten nicht überzeugend. Bei Vorliegen einer MTBI könne diese Frage jedoch offen gelassen werden. Massgebend sei, dass bei einer MTBI und einer Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit eine Adäquanzbeurteilung gemäss BGE 117 V 359 zu erfolgen habe. Gemäss Gutachten sei der Endzustand noch nicht erreicht; es seien eine Therapie und eine spätere Neuevaluation erforderlich. Im Übrigen sei der Unfall vom 19. Januar 2002 auch ein Schreckereignis gewesen; die Beschwerdeführerin habe Todesängste ausgestanden (Urk. 1 und 12).

3.2.2. Betreffend Überentschädigung liess die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend machen, dass der von der Beschwerdegegnerin angeführte BGE 100 V 83 lange Zeit vor Inkrafttreten des ATSG ergangen sei und überdies einen anderen Sachverhalt betreffe. Nach dem Grundsatz der personellen Kongruenz dürfe vorliegend keine Überentschädigungsrückforderung vorgenommen werden (Urk. 5/1 und 12).

E. 4

4.1. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Versicherungsleistungen per 31. Januar 2004 eingestellt hat, weil keine somatischen Unfallfolgen mehr vorhanden gewesen seien und bezüglich der geklagten psychischen Beschwerden die Adäquanz zu verneinen sei. Vorweg ist der Frage nachzugehen, nach welchen Kriterien die Adäquanz zu prüfen ist beziehungsweise ob die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 19. Januar 2002 ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, ein Schädelhirntrauma oder eine äquivalente Verletzung erlitten hat.

E. 4.2

4.2.1. Die medizinischen Akten, die bereits beim Rückweisungsentscheid des hiesigen Gerichts vom 27. Dezember 2005 (Urk. 8/102) vorhanden waren, werden nachfolgend nicht nochmals wiedergegeben. Um Wiederholungen zu vermeiden sei insoweit auf das genannte Urteil verwiesen. Festzuhalten ist diesbezüglich, dass aufgrund der damaligen medizinischen Aktenlage insbesondere nicht entschieden werden konnte, ob die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 31. Januar 2004 ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, ein Schädelhirntrauma und/oder eine äquivalente Verletzung erlitten hatte, weshalb die Sache an die Beschwerdegegnerin

zurückgewiesen wurde, um ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen (was in der Zwischenzeit - wie bereits ausgeführt - geschehen ist).

4.2.2.2. Dr. M. ___ und Dr. S. ___ diagnostizierten in ihrem neurologischen Gutachten vom 13. März 2007 (Urk. 8/132b) ein chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.2) mit Kopfschmerzen vom Mischtyp, einem Zervikalsyndrom, ein residuelles Schmerzsyndrom im Bereich des Beckens sowie neuropsychologische Defizite (anamnestisch) bei Status nach Commotio cerebri (anamnestisch). In der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung bestehe eine leicht eingeschränkte HWS-Beweglichkeit, eine Klopfdolenz der zervikalen Wirbelsäule sowie ein Muskelhartspann der Nacken- und Schultermuskulatur. Zudem sei auch eine schmerzbedingte Einschränkung der Beweglichkeit der lumbalen Wirbelsäule bei vermindertem Fingerbodenabstand vorhanden. Bei der Lasègue-Prüfung bestehe eine Schmerzprovokation im Bereich der Hüften beidseits. Mit dem chronischen Zervikalsyndrom im Sinne eines Zervikozephalosyndroms seien die von der Beschwerdeführerin geschilderten Kopfschmerzen assoziiert, die sich einerseits in Spannungskopfschmerzen und andererseits in migräniforme Kopfschmerzen aufgliederten. Die Spannungskopfschmerzen seien holozephal und von drückendem Charakter. Die migräniformen Kopfschmerzen seien begleitet von Übelkeit, Erbrechen und Lichtempfindlichkeit. Die Beschwerdeführerin sei aus neurologischer Sicht aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms für sämtliche körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten zu 80 bis 90 % arbeitsfähig. Bezüglich der Quantifizierung einer möglichen Einschränkung durch die anamnestisch erhobenen kognitiven Defizite oder Einschränkungen im Rahmen einer psychischen Erkrankung werde explizit auf das neuropsychologische und das psychiatrische Gutachten verwiesen.

Dr. P. ___, Dr. Q. ___ und Prof. Dr. R. ___ erhoben in ihrem psychiatrischen Gutachten vom 13. März 2007 (Urk. 8/132d) folgende Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit): Eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) und eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst [ICD-10 F41.0]). Daneben liege noch (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.0) vor. Die affektive Symptomatik habe bei der Beschwerdeführerin, soweit nachvollziehbar, zu keinem Zeitpunkt die Ausprägung einer depressiven Episode erreicht und sei deshalb zum aktuellen Zeitpunkt diagnostisch als Dysthymia zu erfassen. Das paroxysmale Auftreten von Angst sei diagnostisch im Rahmen einer Panikstörung zu verstehen. Die Angstsymptomatik, von spezifischen Situationen (Alleinsein) getriggert, aber auch spontan auftretend, limitiere die Beschwerdeführerin in ihrem Alltag massiv. So gehe sie kaum noch aus ihrer Wohnung und unternehme nichts allein. Auf der kognitiven Ebene präsentiere sie eine Reihe von sorgenvollen Gedanken. So fürchte sie, dass ihr Verhalten zu einem erneuten Verlust von zwischenmenschlichen Beziehungen führe. Sowohl diese dysfunktionalen Überzeugungen als auch die mangelnde Bereitschaft für eine Auseinandersetzung mit dem Angsterleben, verbunden mit der Überzeugung, an einer somatischen Krankheit zu leiden, würden maßgebend zum Aufrechterhalten der Störung beitragen. Die Schmerzen, die andauernd im Hauptfokus der Beschwerdeführerin ständen, ihre Lebensführung bestimmten und organisch nicht hinreichend erklärt werden könnten, seien diagnostisch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zuzuordnen. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der verminderten emotionalen Belastbarkeit sowie der Angstsymptomatik mit ausgeprägtem

Vermeidungsverhalten in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit aus rein psychiatrischer Sicht zu 20 % arbeitsunfähig.

Dr. L. ___ erhob in seinem rheumatologischen Gutachten vom 15. März 2007 (Urk. 8/132a) folgende Diagnosen:

1. Chronifizierte Schmerzen im Beckenbereich unklarer Aetiologie: im Bereich der vorderen Schambeinäste und der Spina iliaca anterior superior beidseits, im Bereich der Beckenkämme beidseits, an den Adduktorenansätzen

- St. n. leicht dislozierter Fraktur des vorderen und hinteren Schambeinastes rechts im Rahmen eines Autounfalls [...] am 19.01.02 (Beckenfraktur Typ B), verheilt

2. Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom mit muskulären Schmerzen und Tendenz zu unspezifischer generalisierter Schmerzsymptomatik an den oberen Extremitäten und im Rumpfbereich

- Thoracic-outlet-Symptomatik beidseits

- freie HWS-Beweglichkeit klinisch

- konventionell radiologisch und mittels MRI (12.06.04) keine signifikanten Auffälligkeiten

- Fehlhaltung des oberen Achsen skeletts mit hypotoner Kopfkliniation und Schulterventralkippung beidseits

3. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom

4. Deutliche Genua valga, wahrscheinlich Fehlstatik-bedingte muskuläre Unterschenkelbeschwerden anamnestisch

Die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden (etwa Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Kopf, Sehstörungen, allgemeines Schwächegefühl, Zittern, Unterschenkel- und Knieschmerzen sowie Beckenschmerzen und Konzentrationsschwierigkeiten) konnten in ihrer Intensität und in ihrem faktischen Behinderungsausmass mit den erhobenen klinischen und radiomorphologischen Befunden nicht erklärt werden. Im HWS-Bereich sei es denkbar, dass das Unfallereignis zu - konventionell radiologisch nicht fassbaren - (Mikro-)Läsionen geführt habe; spätestens nach ein bis zwei Jahren wären diese Läsionen aber geheilt gewesen. Bezüglich Unfallkausalität könne er der Beurteilung der Beschwerdeführerin folgen und den Fallabschluss aus muskuloskelettärer Sicht im Jahr 2004 nachvollziehen. Das aktuelle Beschwerdebild sei aus muskuloskelettärer Sicht wohl auch ab diesem Zeitpunkt zu weniger als 50 % unfallkausal anzusehen. Zweifellos sei aber aufgrund der persistierenden Beschwerdesymptomatik die Beschwerdeführerin vermindert belastbar. Für adaptierte, körperlich leichte Verrichtungen (ohne repetitives Bücken, ohne Überkopfarbeiten, ohne repetitives Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten von mehr als 3 bis 5 kg, mit der Möglichkeit der Wechselbelastung, ohne Benutzung von Leitern oder gehäuften Treppensteigen) sei die Beschwerdeführerin aus muskuloskelettärer Sicht zu 100 % arbeitsfähig. In ihrem früher ausgeübten Beruf als Küchenhilfe in einem Catering-Service bestehe jedoch seit dem Unfallzeitpunkt keine Arbeitsfähigkeit mehr.

Die Neuropsychologinnen N.____ und Dr. O.____ führten in ihrem neuropsychologischen Gutachten vom 11. Juni 2007 (Urk. 8/132c) aus, dass sich aufgrund kultureller und bildungsbedingter Einflussfaktoren sowie einer nicht-bewussten Verdeutlichungstendenz kein valider neuropsychologischer Status habe erheben lassen. Dies bedeute jedoch nicht, dass die Beschwerdeführerin nicht unter neuropsychologischen Funktionseinbussen infolge des am 19. Januar 2002 erlittenen Traumas leide. Aufgrund der mit dem erlittenen Trauma chronifizierten Schmerzen, der wahrscheinlich stattgefundenen MTBI sowie der zur Diskussion stehenden psychischen Erkrankungen wären authentische Beeinträchtigungen in attentionalen und damit assoziierten exekutiven und mnestischen Funktionen in leichtem Ausmass durchaus plausibel. Typische neuropsychologische Funktionseinbussen, welche mit einer chronischen Schmerzbelastung einhergingen, seien Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeitskapazität, der Informationsverarbeitungs- sowie der psychomotorischen Geschwindigkeit. Die genannten psychischen Komorbiditäten gingen schwerpunktmässig mit einer Verlangsamung mentaler Prozesse sowie einer kognitiven Inflexibilität einher. Im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung, auch subsyndromalen Ausmasses, könnten ferner Lern- und Gedächtniseinbussen auftreten. Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse könne die wahre kognitive Leistungsfähigkeit und die damit einhergehende Arbeitsfähigkeit kaum quantifiziert werden. Dennoch sei derzeit bei der vorliegenden Pathologie auf der Basis der Verhaltensbeobachtung von deutlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Ein wesentliches Merkmal der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin am Fließband sowie als Küchenhilfe bestehe in einer hohen beziehungsweise von aussen getakteten Anforderung an die psychomotorische Geschwindigkeit. Es könne davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin zum aktuellen Zeitpunkt diesen Anforderungen nicht gerecht werden könne.

Dr. J.____ hielt in seinem Gutachten vom 24. August 2007 (Urk. 8/132) unter Berücksichtigung der oben zitierten Teilgutachten (Urk. 8/132a-d), wobei zusätzlich zu den Teilgutachtern an der polydisziplinären Gesamtbeurteilung auch noch Prof. Dr. med. T.____, der ärztliche Leiter der K.____, und Dr. med. U.____, der stellvertretende Chefarzt der K.____, beteiligt waren, folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest:

1. Chronifizierte Schmerzen im Beckenbereich: im Bereich der vorderen Schambeinäste und der Spina iliaca anterior superior beidseits, im Bereich der Beckenkämme beidseits, an den Adduktorenansätzen (ICD-10: 54.87) bei/mit

- St. n. leicht dislozierter Fraktur des vorderen und hinteren Schambeinastes rechts nach Autounfall 01/2002 (Beckenfraktur Typ B)

2. Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.2) bei/mit

- muskulären Schmerzen an den oberen Extremitäten und im Rumpfbereich

- Thoracic-outlet-Symptomatik beidseits

- klinisch und radiologisch ohne Hinweise auf zervikales radikuläres sensibles oder motorisches Reiz- oder Ausfallsyndrom (MRI 06/2004)

- freie HWS-Beweglichkeit klinisch

3. **Ä Ä Ä Ä Neuropsychologische Funktionsstörung (ICD-10: F06.7) bei/mit**

- **Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä nicht näherer Quantifizierbarkeit**

- **Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä St. n. Autounfall 01/2002**

- **Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä wahrscheinlicher MTBI und anamnestisch St. n. Commotio cerebri**

4. **Ä Ä Ä Ä Dysthymia (ICD-10 F34.1)**

5. **Ä Ä Ä Ä Kopfschmerzen vom Mischtyp bei/mit**

- **Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Spannungskopfschmerzen und migräniformer Komponente (ICD-10 G44.2)**

6. **Ä Ä Ä Ä Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.5)**

7. **Ä Ä Ä Ä Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) (ICD-10 F41.0) ■**

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zudem wurden noch folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erhoben: anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.0), Genu valgä beidseits sowie ein Status nach Tonsillektomie 03/2003. Die Beschwerdeführerin sei in ihrer angestammten Tätigkeit am Fließband und in der Verpackung von Nahrungsmitteln in einer Catering-Firma vollständig arbeitsunfähig; diese Tätigkeit sei vom Belastungsprofil her nicht geeignet. In einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe **■ formal theoretisch ■** eine Restarbeitsfähigkeit von 60 %. Die 40%ige Einschränkung ergebe sich aus der Summe der neuropsychologischen, rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen Diagnosen. Dabei seien etwa 20 % der Einschränkungen als unfallkausal zu betrachten. Die affektive Störung und die Angststörung seien durch eine Kombinationstherapie aus Pharmakotherapie und psychotherapeutischer Intervention in der Regel gut behandelbar. Die Frage, welche der geklagten Beschwerden organischer Genese seien, beantworteten die Gutachter folgendermassen (Urk. 8/132 S. 27): **■ Die dolenten Sehnenansätze im Beckenbereich, im Schulterbereich und an der Linea nuchalis sowie die dolente paravertebrale Muskulatur zervikal und lumbal können als Korrelat organischer Beschwerden angenommen werden. Seitens der rheumatologischen Beurteilung übersteigt das Ausmass der geltend gemachten Beschwerden jedoch die klinischen Befunde und ist in dieser Ausprägung nicht konsistent erklärbar. ■ Die Frage, ob die typischen Beschwerden nach einem HWS-Distorsionstrauma oder einer äquivalenten Verletzung vorliegen, verneinten die Gutachter. Zwar klagt die Beschwerdeführerin über Kopfschmerzen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Nackenschmerzen sowie über eine affektive Beeinträchtigung, doch seien diese Beschwerden erst zeitversetzt aufgetreten. Das Kriterium, dass das typische Beschwerdebild nach HWS-Distorsionstrauma bis spätestens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten müsse, sei nicht erfüllt. Die von der Beschwerdeführerin vertretende Auffassung, dass sich das typische Beschwerdebild aufgrund der hochdosierten Schmerzmittelgaben, die im Rahmen der Beckenfraktur erforderlich gewesen seien, zunächst nicht habe ausbilden können, habe sich anlässlich der rheumatologischen-klinischen Untersuchung nicht bestätigen lassen. Aber selbst bei Annahme einer signifikanten HWS-Distorsion wäre das Ausmass der geklagten Schmerzen und der daraus abgeleiteten Behinderung mit den klinisch erhobenen Befunden nicht erklärbar. Es sei theoretisch denkbar, dass das Unfallereignis zu konventionell-radiologisch nicht fassbaren distorsiven Mikroläsionen im HWS-Bereich geführt haben könnte; aufgrund des Alters der Beschwerdeführerin und der**

Ziffer 7.1). Mithin ist (aus somatischer Sicht) der sogenannte medizinische Endzustand erreicht.

Â Â Â Â Â Â Â Â Aus dem Gesagten folgt, dass die Einstellung der Versicherungsleistungen unter Verweigerung einer Invalidenrente und einer Integritätsentschädigung bereits deshalb nicht geschätzt werden kann, weil die Beschwerdeführerin nach Ansicht der Gutachter der K.____ nach wie vor an unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen leidet, denen zum einen ein organisches Korrelat zugrunde liegt und die zum anderen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin haben. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. Januar 2008 betreffend Leistungseinstellung (Urk. 2) ist demzufolge insoweit aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die erforderlichen erwerblichen Abklärungen vornehme, gestützt auf einen Einkommensvergleich den Invaliditätsgrad errechne, in Bezug auf eine allenfalls geschuldete Integritätsentschädigung weitere medizinische Abklärungen veranlasse und hernach über ihre Leistungen ab 1. Februar 2004 verführe.

E. 4.4

4.4.1Â Â Bei der Beschwerdeführerin liegen nach der Auffassung der Gutachter der K.____ - neben den genannten organisch fassbaren Beschwerden - weitere unfallbedingte Gesundheitsbeeinträchtigungen vor (vgl. dazu etwa Urk. 8/132 S. 22 ff. und S. 30 Ziffer 5.1), denen aber kein organisches Korrelat zugrunde liegt. Es ist nachfolgend zu präzisieren, nach welchen Kriterien die Adäquanz dieser Gesundheitsbeeinträchtigungen zu beurteilen ist.

4.4.2Â Â Die Gutachter der K.____ kamen übereinstimmend zum Ergebnis, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 19. Januar 2002 kein Schleudertrauma der Halswirbelsäule erlitten habe. Zur Begründung führten sie dazu im Wesentlichen aus, dass die Latenzphase von 72 Stunden zwischen Unfallereignis und Auftreten des typischen Beschwerdebildes bei Weitem überschritten worden sei und auch das Argument, dass dafür die Verabreichung von hochdosierten Schmerzmitteln verantwortlich sei, nicht zutreffe (vgl. Urk. 8/132 S. 27 Ziffer 2.1). Diese Einschätzung ist nachvollziehbar und leuchtet ein; weitere Abklärungen sind demzufolge insoweit nicht notwendig.

4.4.3Â Â Soweit die Gutachter der K.____ das Vorliegen einer milden traumatischen Hirnverletzung (MTBI) und auch eine Commotio cerebri diagnostizierten, ist der Beschwerdeführerin entgegenzuhalten, dass dies - wie die Beschwerdegegnerin zutreffend ausführte - allein nicht ausreicht, um die Adäquanz nach den Kriterien zu beurteilen, welche die Praxis für Schleudertraumata der Halswirbelsäule, Schädelhirntraumata oder äquivalente Verletzungen aufgestellt hat. Dazu ist nämlich weiter erforderlich, dass die Commotio cerebri eine gewisse objektive Schwere aufweist.

Â Â Â Â Â Â Â Â Das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht erwog dazu in seinem Urteil in Sachen SUVA gegen S. vom 13. Juni 2005 (U 276/04) Folgendes:

■2.2.1 Das Vorliegen eines Schädel-Hirntraumas, worunter sämtliche Hirnfunktionsstörungen mit oder ohne morphologisch fassbare Schädigung des Gehirns und seiner Hüllen, einschliesslich Gehirnschädel und Kopfschwarte subsumiert werden (Trentz/Bären, Checkliste Traumatologie, Stuttgart/New York 2001, S. 122 ff.), rechtfertigt nach den zutreffenden Ausführungen der SUVA die analoge Anwendung der

Schleudertrauma-Praxis nur, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen Commotio und Contusio cerebri liegt. Leichte Hirnerschütterungen hingegen reichen hierfür nicht aus (Urteil K. vom 6. Mai 2003, U 6/03).

2.2.2 Die Schwere eines Schädel-Hirntraumas wird üblicherweise nach dem Punktwert in der Glasgow-Coma-Skala (GCS) eingeteilt. In dieser Skala erhält der Patient für bestimmte Reaktionen (wie Augenöffnen, Reaktion auf Schmerzreize und sprachliche Äusserungen) eine Anzahl von Punkten, welche zum Schluss addiert werden. Der schlechteste Wert beträgt 3, der beste 15. Von einem leichten Schädel-Hirntrauma spricht man bei einem GCS-Wert von 13 bis 15 (mittelschwer: 9 bis 13, schwer: 3 bis 8; vgl. Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 260. Aufl., Berlin/New York 2004, zu "Bewusstseinsstörung"; Trentz/Böhren, a.a.O., S. 123).

2.2.3 Aus den Akten ergibt sich, dass der Versicherte einen GCS-Wert von 15 aufwies. Das erlittene Trauma ist damit als leicht anzusehen [...].

Auch im vorliegenden Fall betrug der Punktwert in der Glasgow-Coma-Skala lediglich 15. Dies wurde auf dem Formular des Service départemental d'incident et de secours des la V., der für die medizinische Erstversorgung zuständig war, ausdrücklich festgehalten (Urk. 8/119/6: Score de Glasgow: 15). Aus diesem Formular ist unter anderem auch ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall beziehungsweise bei Eintreffen der Rettungskräfte bei Bewusstsein und nicht desorientiert war; ihre Reaktionen waren unauffällig.

Aus dem Ausgeföhrten folgt, dass vorliegend die Adäquanz der organisch nicht fassbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht nach den besonderen Kriterien, die nach Schleudertraumata beziehungsweise nach Schädelhirntraumata gelten, zu erfolgen hat, da das erlittene Schädelhirntrauma im Sinne der oben wiedergegebenen Praxis als leicht zu qualifizieren ist.

4.4.4 Daraus ergibt sich, dass die Adäquanzprüfung nach denjenigen Kriterien zu erfolgen hat, welche die Praxis für psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen nach Unfällen entwickelt hat (vgl. Erw. 2.6.3).

Die Beschwerdeführerin schilderte das Unfallereignis vom 19. Januar 2002 dahingehend, dass das von ihrem Ehemann gelenkte Automobil in einer Linkskurve ins Schleudern geraten und gegen einen Betonpfosten geprallt sei. Es habe sich um einen Selbstunfall gehandelt (Urk. 8/7). Daraus und aus den in den Akten befindlichen Photographien des Unfallwagens, der anlässlich des Unfalls vom 19. Januar 2002 erheblich beschädigt wurde (vgl. Urk. 8/92/3-6), ist zu schliessen, dass das genannte Unfallereignis am ehesten dem mittleren Bereich im engeren Sinne zuzuordnen ist.

Obwohl dieser Unfall, wie aus den genannten Photographien ersichtlich ist, keinesfalls zu bagatellisieren ist, liegen weder besonders dramatische Begleitumstände vor, noch war er in besonderem Masse eindrücklich. Auch das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist nicht erfüllt; insbesondere ist eine Beckenverletzung erfahrungsgemäss nicht prädestiniert, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Die ärztliche Behandlung dauerte nicht ungewöhnlich lange. Anzeichen für eine ärztliche Fehlbehandlung sind nicht

vorhanden. Der Heilungsverlauf war nicht schwierig; Komplikationen traten nicht auf. Auch das Kriterium **Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit** ist vorliegend nicht erfüllt, standen doch bald anteilmässig die psychischen Beschwerden im Vordergrund. Hingegen ist das Kriterium **körperliche Dauerschmerzen** - wie auch aus dem Gutachten der K. ___ zu schliessen ist - bis zu einem gewissen Grad erfüllt, wobei die Gutachter aber - wie bereits ausgeführt - ausdrücklich darauf hinwiesen, dass die geklagten Beschwerden allein durch organisch nachweisbare Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht zur Grenze zu erklären seien (vgl. etwa Urk. 8/132 S. 27). Insgesamt reicht dies nicht aus, um die Adäquanz zu begründen.

Daraus folgt, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht hinsichtlich der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs zum Unfallereignis vom 19. Januar 2002 zu Recht verneinte.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zwar in Bezug auf die organisch nicht fassbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen zu Recht per 31. Januar 2004 eingestellt hat, dass sie aber zu Unrecht davon ausgegangen ist, dass keine organischen Unfallfolgen mehr vorliegen, weshalb insoweit - wie bereits ausgeführt wurde (vgl. Erw. 4.3) - der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit sie im Sinne der Erwägungen über die der Beschwerdeführerin zustehenden Leistungen ab 1. Februar 2004 verfähre.

E. 5.1

Mit Verfügung vom 15. März 2006 (Urk. 8/109; vgl. insbesondere auch die Berechnungen in Urk. 8/109/2-3), die mit Einspracheentscheid vom 18. Januar 2008 (Urk. 5/2) bestätigt wurde, stellte die Beschwerdegegnerin fest, dass die Beschwerdeführerin in der Zeit zwischen 19. Januar 2002 bis 29. Februar 2004 Taggelder der Unfallversicherung in der Höhe von Fr. 62'653.95 und Rentenleistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung von Fr. 31'024.--, mithin insgesamt Fr. 93'677.95 erhalten hatte. Gleichzeitig hielt die Beschwerdegegnerin fest, dass für die genannte Zeit von einem mutmasslichen Verdienstausfall von Fr. 86'529.35 auszugehen sei. Demzufolge kam die Beschwerdegegnerin zum Schluss, dass eine **berentschädigung** von Fr. 7'148.60 (= Fr. 93'677.95 ./ Fr. 86'529.35) vorliege, welche sie mit der genannten Verfügung von der Beschwerdeführerin zurückforderte beziehungsweise mit Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung verrechnete.

E. 5.2

5.2.1 Die Beschwerdeführerin liess die ziffernmässige Berechnung der **berentschädigung** beziehungsweise die Höhe der diversen Faktoren (Höhe der Taggelder, der Invalidenrente und des mutmasslich entgangenen Verdienstes) zu Recht nicht in Zweifel ziehen. Sie liess jedoch ragen, dass die Beschwerdegegnerin die IV-Zusatzrente an den von ihr getrennt lebenden Ehemann in die **berentschädigungsberechnung** einfliessen liess.

5.2.2 Die Beschwerdegegnerin stützte ihren Entscheid auf BGE 100 V 83. In diesem Entscheid hatte das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht erwogen, dass es sich beim Rentenanspruch des getrennt lebenden Ehegatten **lediglich um einen abgeleiteten Anspruch** handle, denn dieser sei vom Bestand des Grundanspruchs abhängig. Es rechtfertige sich daher die Anrechnung der ganzen Rente. Nur auf diese Weise lasse sich

verhindern, dass die KÄ¼rzung Ä¼ von der sachlich und rechtlich nicht zu begrÄ¼ndenden ZufÄ¼lligkeitÄ¼ abhÄ¼nge, ob die Ehepartner getrennt leben oder nicht.

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Soweit die BeschwerdefÄ¼hrerin dagegen einwenden liess, dass dieses PrÄ¼judiz einen anderen Sachverhalt betreffe, ist zwar zutreffend, dass sich BGE 100 V 83 mit dem Zusammentreffen von Renten der EidgenÄ¼ssischen Invalidenversicherung mit solchen der MilitÄ¼rversicherung befasste und vorliegend Taggeldleistungen der Unfallversicherung mit Rentenleistungen der EidgenÄ¼ssischen Invalidenversicherung zusammenfallen. Es ist aber nicht ersichtlich, weshalb dies einen relevanten Unterschied machen sollte. Geht es doch im einen wie im anderen Fall darum zu verhindern, dass eine Person Sozialversicherungsleistungen bezieht, die ihren mutmasslich entgangenen Verdienst Ä¼bersteigen. Unter diesem Gesichtspunkt erscheint es - wie in BGE 100 V 83 ausgefÄ¼hrt - auch nicht angezeigt, in der Ä¼berentschÄ¼digungsberechnung danach zu differenzieren, ob die Ehegatten zusammen oder getrennt leben, sondern es ist einzig danach zu fragen, ob eine versicherte Person direkt oder indirekt (das heisst inklusive abgeleitete AnsprÄ¼che) Sozialversicherungsleistungen bezieht, die ihren versicherten Verdienst Ä¼bersteigen. Die entsprechenden finanziellen Konsequenzen des Getrenntlebens eines Ehepaares sind jedenfalls nicht im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Ä¼berentschÄ¼digungsberechnung zu regeln, sondern - falls sich die Ehegatten nicht einig werden - durch das Eheschutzgericht. Schliesslich ist auch der Einwand der BeschwerdefÄ¼hrerin, dass BGE 100 V 83 vor Inkrafttreten des ATSG ergangen sei, nicht stichhaltig. Die grundsÄ¼tzlichen ErwÄ¼rgungen im genannten Entscheid beanspruchen nach wie vor Geltung.

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerde insoweit abzuweisen ist. Die Ä¼berentschÄ¼digungsberechnung der Beschwerdegegnerin erweist sich als korrekt.

6.Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Nach Ä¼§ 34 Abs. 1 des Gesetzes Ä¼ber das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde fÄ¼hrende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne RÄ¼cksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (Ä¼§ 34 Abs. 3 GSVGer). Vorliegend ist bei der Bemessung der ProzessentschÄ¼digung insbesondere zu berÄ¼cksichtigen, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin nur teilweise obsiegt, weshalb die ihr zuzusprechende ProzessentschÄ¼digung entsprechend zu kÄ¼rzen ist. Unter BerÄ¼cksichtigung aller UmstÄ¼nde erscheint eine ProzessentschÄ¼digung in der HÄ¼he von Fr. 1'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

Das Gericht erkennt:

1.Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Die Beschwerde betreffend Leistungseinstellung wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 18. Januar 2008 betreffend Leistungseinstellung aufgehoben und die Sache insoweit im Sinne der ErwÄ¼rgungen an die Beschwerdegegnerin zurÄ¼ckgewiesen wird, damit sie Ä¼ber ihre Leistungen ab 1. Februar 2004 verfÄ¼ge. Im Ä¼brigen werden die Beschwerden abgewiesen.

2.Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Das Verfahren ist kostenlos.

3.Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der BeschwerdefÄ¼hrerin eine reduzierte ProzessentschÄ¼digung in der HÄ¼he von Fr. 1'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4.Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Guy Reich
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- Bundesamt für Gesundheit

5. 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.