

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00153

## vom 5. Dezember 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-12-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2008.00153](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00153)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00153 du 5 décembre 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00153 del 5 dicembre 2008

### Erwägungen

#### E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin fiel am 20. April 2006 von der Laderampe ihres Lastwagens aus einer Höhe von zirka 1.5 Metern auf den Hinterkopf und den Rücken (Urk. 11/1, Urk. 11/5/2, Urk. 11/17/2 S. 1). Am 29. Mai 2006 verlor die sie am Steuer ihres Lastwagens das Bewusstsein und fuhr ungebremst in einen Stützpfeiler (Urk. 11/5/2).

3.2 Die Beschwerdeführerin war vom 20. bis 21. April 2006 in der Chirurgie, Spital C., hospitalisiert. Die Ärzte des Spitals C. nannten im Bericht vom 21. April 2006 als Diagnose eine Commotio cerebri. Die Abklärung habe kleine Kontusionsmarken mit einer Druckdolenz occipital rechts und eine leichte Druckdolenz über der Halswirbelsäule ergeben. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei frei und schmerzlos. Die neurologische Überwachung während 24 Stunden sei problemlos verlaufen. Die Beschwerdeführerin sei am 21. April 2006 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden (Urk. 11/17/2 S. 1 unten). Die Beschwerdeführerin solle sich beim Auftreten von starken Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit oder Erbrechen sofort beim Hausarzt oder im Spital C. melden (Urk. 11/17/2 S. 2).

3.3 Dr. med. D., Ärztin für Neurologie, führte im Bericht vom 21. Juni 2006 zur Anamnese aus, nach Meinung der Beschwerdeführerin sei es bei dem Sturz vom 20. April 2006 nicht zu einer Bewusstlosigkeit gekommen. Es sei ihr übel gewesen, und sie habe zwei Mal erbrochen. Nach anfänglichen Kopfschmerzen und Schwindel habe sie sich recht gut erholt. Sie fühle sich immer noch etwas müde und könne sich schlechter als früher konzentrieren. Hinsichtlich des zweiten Unfallereignisses bestehe ein Verdacht auf eine amnestische Episode (Urk. 11/20/4). Der Befund des am 20. Juni 2006 erstellten Elektroenzephalogramm lasse nicht auf eine Epilepsie schliessen (Urk. 11/20/5 unten).

Die Beschwerdeführerin sei als Chauffeuse arbeitsunfähig (Urk. 11/20/5 unten).

3.4 Nach dem Bericht von Dr. D. vom 17. Juli 2006 sei es am 27. Juni 2006 erneut zu einer Bewusstlosigkeit gekommen (Urk. 11/20/6, vgl. auch den Bericht von Dr. D. vom 27. Juni 2006 Urk. 11/20/2-3).

Die Beschwerdeführerin sei deutlich antriebsgehemmt und depressiv. Sie schildere die typischen Symptome einer Depression mit Antriebslosigkeit und Interesselosigkeit. Die Symptomatik sei als Folge der cerebralen Stoffwechselstörung im Rahmen der Commotio cerebri zu interpretieren (Urk. 11/20/6). Die Beschwerdeführerin werde mit Sertralin behandelt (Urk. 11/20/7).

3.5 Die Beschwerdeführerin wurde am 9. November 2006 durch SUVA-Kreisarzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, untersucht.

Dr. E.\_\_\_\_ führte in dem Bericht vom 9. November 2006 aus, die Beschwerdeführerin berichtete über dauernde Kopfschmerzen und einen schlechten Schlaf (Urk. 11/29/2 Ziff. 3 Mitte). Sie habe Schmerzen im Hinterkopf und im Nacken. Zu Anfällen von Bewusstlosigkeit sei es letztmals im September gekommen (Urk. 11/29/3 oben). Seit den Unfällen habe sie 25 kg zugenommen. Die Beschwerdeführerin bewege sich bei der Untersuchung flüssig, ohne Unsicherheiten. Die Beweglichkeit der Brust- und der Lendenwirbelsäule sei gut. Die Halswirbelsäule zeige ebenfalls eine gute Funktion. Die Nuchalmuskulatur sei nicht besonders verspannt oder empfindlich (Urk. 11/29/3 Ziff. 4).

Die Beschwerdeführerin fürchte sich vor weiteren Anfällen. Sie sei vorwiegend zu Hause und gerate zunehmend in eine Dekonditionierung und in eine gewisse depressive Verstimmung. Bei der heutigen Untersuchung erscheine die Beschwerdeführerin in der Stimmung gedämpft, aber nicht depressiv. Sie sei weiterhin arbeitsunfähig (Urk. 11/29/4).

3.6 Die Beschwerdeführerin war vom 6. Dezember 2006 bis 8. Februar 2007 in der Rehaklinik F.\_\_\_\_ hospitalisiert (Urk. 11/39/1), in deren Rahmen am 13. Dezember 2006 eine neuropsychologische Abklärung erfolgte (Urk. 11/38/1-4).

Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Medizinischer Leiter Neurologische Rehabilitation Rehaklinik F.\_\_\_\_, nannte im Bericht vom 28. Februar 2007 als Diagnosen (Urk. 11/39/1):

- A. Sturz vom 20. April 2006
  - leichte traumatische Hirnverletzung
- B. erneuter Sturz vom 29. Mai 2006
  - Status nach Dämmerzustand unklarer Genese
- C. Verdacht auf Schlafapnoe-Syndrom
- D. Übergewicht
- E. Gonadendysgenese

Die Beschwerdeführerin leide unter okzipitalen Kopf- und Nackenschmerzen, unklaren Episoden von Bewusstlosigkeit, Schlafstörungen, einer leichten neuropsychologischen Störung und an einer Anpassungsstörung sowie einer depressiven Reaktion, wahrscheinlich mit Aspekten einer larvierten Depression (Urk. 11/39/1). Die Genese der Bewusstlosigkeit bleibe unklar. Nach dem letzten Unfall sei es noch zwei Mal zu einer Bewusstlosigkeit gekommen (Urk. 11/39/2 Mitte). Die klinische Untersuchung habe eine eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule ergeben. Für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik beständen keine Anhaltspunkte (Urk. 11/39/2 unten).

Nach dem von Prof. G.\_\_\_\_ und lic. phil. H.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, unterzeichneten neuropsychologischen Bericht vom 14. Dezember 2006 beständen Hinweise für leichte neuropsychologische Störungen. Im

Vordergrund ständigen Einschränkungen der Umstellfähigkeit und leichte Konzentrationsschwächen. Die Beschwerden seien wahrscheinlich die Folge des Mischbildes nach durchgemachter milder traumatischer Hirnverletzung, Schmerzen, Verunsicherung, Energielosigkeit, Ermüdung und reaktiv deprimierter Stimmung (Urk. 11/38/3 oben). Infolge der neuropsychologischen Funktionsstörung bestehe eine leichte kognitive Leistungsminderung, die keine Folge einer primär hirnorganischen Schädigung, sondern eher Ausdruck des chronifizierten Beschwerdebildes sei (Urk. 11/39/1 unten). Der Beschwerdeführerin sei jedoch eine leichte bis mittelschwere körperliche und kognitive Tätigkeit vollumfänglich zumutbar. In der Tätigkeit als Mitarbeiterin der A. \_\_\_ AG liege keine relevante Arbeitsunfähigkeit vor. Zur Anpassung und Angewöhnung sei für maximal zwei Monate von einer stundenweisen Tätigkeit und anschliessend während maximal zwei Monaten von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen (Urk. 11/39/2 oben, Urk. 11/39/3 unten).

3.7 Die Beschwerdeführerin wurde am 10. Juli 2007 durch SUVA-Kreisarzt Dr. med. I. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, untersucht.

Dr. I. \_\_\_ führte in dem gleichentags erstellten Bericht aus, die Beschwerdeführerin gebe als Hauptproblem Kopf- und Nackenschmerzen an. Die Nackenschmerzen würden sich auf die okzipitale Region beschränken. Die Schmerzen seien Tag und Nacht vorhanden. Es bestehe ein Basisschmerz von 6 auf der VAS-Schmerzskala. Nach der Arbeit habe sie jeweils stärkere Schmerzen. Schwindel und Nausea würden kein Problem mehr darstellen. Wegen der zervikozephalen Beschwerden leide sie auch unter Schlaflosigkeit. Sie sei in psychiatrischer Behandlung (Urk. 11/60 S. 3 oben). Wegen ihrer Kopfschmerzen und wegen Problemen mit dem linken Arm, die sie seit dem zweiten Unfall habe, könne sie bei der A. \_\_\_ AG nur zwei oder drei Stunden pro Tag arbeiten (Urk. 11/60 S. 3 Mitte).

Die Nackenmuskulatur, insbesondere der M. trapezius, zeige einen eher hohen Grundtonus. Die Palpation der Nackenmuskulatur und des Trapezius seien diffus schmerzhaft. Die Beschwerdeführerin gebe beim Bewegen des Kopfes auch im Nackenbereich Schmerzen an (Urk. 11/60 S. 4 oben). Anlässlich des stationären Aufenthaltes der Beschwerdeführerin in der Rehaklinik F. \_\_\_ seien keine organischen Unfallfolgen festgestellt worden. Die Ärzte der Rehaklinik F. \_\_\_ hätten die Symptomatik am ehesten im Rahmen einer Anpassungsstörung und einer depressiven Reaktion interpretiert (Urk. 11/60 S. 4 f.).

Die Nacken- und okzipitalen Kopfschmerzen ständen nach wie vor im Vordergrund. Daneben beklage die Beschwerdeführerin seit Februar 2007 ein Pfeifen im linken Ohr. Bei der heutigen klinischen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf eine durch den Unfall erlittene organisch, strukturelle Veränderung ergeben. Die Nacken- und Kopfschmerzen würden sehr diffus beschrieben. Die bewegungsabhängigen Schmerzen könnten nicht zugeordnet werden. Sie seien am ehesten im Zusammenhang mit der depressiven Stimmungslage der Beschwerdeführerin zu sehen. Auch die jahrelange Überbelastung (Vollzeittätigkeit als Chauffeuse, Nebentätigkeit bei den A. \_\_\_ AG, Vertragen von Zeitungen, Führen eines Zweipersonenhaushaltes) könne eine Rolle spielen (Urk. 11/60 S. 5 Mitte). Bezüglich der Unfallfolgen dürfte der Endzustand erreicht sein. In einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/60 S. 5 unten).

3.8. Dr. med. J.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, führte im Bericht vom 27. August 2007 aus, im Vordergrund ständen therapieresistente Nacken- und Kopfschmerzen, kognitiv-mnestische Störungen und fluktuierende Schwindel- und Gleichgewichtsbeschwerden mit einer Sturzgefahr (Urk. 11/66 S. 1). Die Beschwerdeführerin beklage ein fluktuierendes Rauschen im linken Ohr, das drei bis vier Wochen nach dem ersten Unfall aufgetreten sei (Urk. 11/66 S. 2 unten).

Dr. J.\_\_\_\_ nannte als Diagnosen unter anderem ein Comotio cerebri et labyrinthi links mit einem Abknicktrauma der Halswirbelsäule im Rahmen des Sturzes vom 20. April 2006, einen Status nach einem cervico-cephalen Akzelerations-/Dezelerationstrauma und eine Comotio cerebri im Rahmen der Frontalkollision vom 29. Mai 2006, ein postcommotionelles und cervico-encephales Syndrom sowie eine hochtonbetonte, gering bis mittelgradige sensori-neurale Schwerhörigkeit links (Urk. 11/66 S. 8).

Die Beschwerden hätten mittels der durchgeführten audio-neuro-otometrischen und aequilibrimetrischen Tests objektiviert und in den Rahmen eines postcommotionellen und cervicoencephalen Syndroms eingeordnet werden können. Diese seien mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit den Unfällen vom 20. April und 29. Mai 2006 zuzuordnen (Urk. 11/66 S. 12 oben). Aufgrund der Testverfahren sei festgestellt worden, dass es im Rahmen der Contusio capitis und Comotio cerebri auch zu einer Comotio labyrinthi links gekommen sei. Es handle sich um eine posttraumatische Cochleopathie mit mittel- bis hochgradigem Hochtonverlust mit Metz-Recruitment und fehlenden otoakustischen Emissionen im Hochtonbereich links (Urk. 11/66 S. 12 Mitte). Die cochleäre Schädigung im Rahmen der Comotio labyrinthi sei definitiv. Die Hörschwelle links könne therapeutisch nicht mehr verbessert werden. Es sei ein diagnostisch-therapeutisches Verfahren nach Nikolai Bogduk durchzuführen (Urk. 11/66 S. 13 f.).

Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin äusserte sich Dr. J.\_\_\_\_ nicht.

3.9. Am 30. Januar 2008 nahm Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie und Arbeitsmedizin, von der Abteilung Arbeitsmedizin der SUVA zum Bericht von Dr. J.\_\_\_\_ Stellung.

Die Abklärung in der Rehaklinik F.\_\_\_\_ habe keine Hinweise auf Schwindel, Hörstörungen oder Störungen des Gleichgewichts ergeben (Urk. 11/82 S. 2 oben). Dr. J.\_\_\_\_ habe im Wesentlichen eine cochleovestibuläre Funktionsstörung leichten Grades - ohne numerische Präzisierung - festgestellt mit einem minimalen Ausfallnystagmus und einem leichten Richtungsüberwiegen bei den experimentellen Untersuchungen. Die Posturographie habe verschiedene marginale Befunde ergeben, die auch mit der einseitigen Funktionsstörung des peripheren Vestibularisorgans links bis zu einem gewissen Grad vereinbar seien. Die festgestellte cochleovestibuläre Funktionsstörung links lasse sich aus neurootologischer Sicht nachvollziehen. Auf die übrigen durch Dr. J.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen könne aus otologischer Sicht nicht eingegangen werden. Die anschliessende Diskussion der Resultate durch Dr. J.\_\_\_\_ habe schlussendlich wenig Fassbares ergeben (Urk. 11/82 S. 2 unten). Die Beschwerdeführerin habe ein Kopftrauma erlitten, primär mit Schmerzen, initial etwas Übelkeit, jedoch

ausdrücklich ohne Schwindelbeschwerden und ohne otologische Symptome. In den ärztlichen Berichten fanden sich keine Hinweise auf derartige Symptome. Aber ein Jahr nach dem Unfall wurden das erste Mal Schwindelbeschwerden erwähnt (Urk. 11/82 S. 3 oben). Im Gegensatz dazu finde sich im Bericht von Dr. J. \_\_\_ die Aussage, dass die otologischen Symptome bereits kurz nach dem Unfall aufgetreten seien und seither persistieren würden. Die Beschwerdeführerin habe nie über Hörstörungen und praktisch nicht über Schwindel geklagt und klage erst seit Kurzem über ein Ohrgeräusch (Urk. 11/82 S. 3 Mitte).

Ob die cochleovestibuläre Funktionsstörung auf die Unfälle vom 20. April und 29. Mai 2006 zurückzuführen sei, sei schwierig zu beantworten. Dafür, dass es sich nicht um Unfallfolgen handle, spreche, dass die Symptome erst über ein Jahr nach den Unfällen aufgetreten seien. Auf der anderen Seite sei eine Commotio auris interne (Innenohrschütterung) durchaus mit dem Umstand zu vereinbaren, dass die Beschwerdeführerin mit dem Kopf auf dem Boden aufgeschlagen sei. Zu einer einseitigen, peripheren cochleovestibulären Funktionsstörung könne es jedoch auch spontan, ohne äußeren Anlass kommen. Ein Zusammenhang mit dem Unfall sei höchstens möglich (Urk. 11/82 S. 3 unten). Da praktisch keine Beschwerden bezüglich des Gleichgewichts mehr beständen - die Beschwerdeführerin fahre auch wieder Auto - sei der Endzustand aus neurootologischer Sicht erreicht (Urk. 11/82 S. 4).

3.10 Am 10. März 2008 nahm Dr. med. L. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, Versicherungsmediziner der Beschwerdegegnerin, zu den Akten Stellung (Urk. 11/85).

Dass die Beschwerdeführerin an Nackenbeschwerden leide, werde erstmals im Bericht von Dr. E. \_\_\_ vom 9. November 2006 erwähnt. Die Annahme von Dr. J. \_\_\_, es würden therapieresistente Nackenbeschwerden vorliegen, werde durch die Akten nicht erhärtet (Urk. 11/85 S. 1 f.). Eine eingeschränkte Beweglichkeit des Nackens werde erstmals anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung durch Dr. E. \_\_\_ (richtig: Dr. I. \_\_\_) vom 10. Juli 2007 beschrieben (Urk. 11/85 S. 2 Ziff. 2). Dr. J. \_\_\_ habe keine Befunde erhoben, die für eine von einem Fazettengelenk ausgehende Symptomatik kennzeichnend oder verdächtig seien (Urk. 11/85 S. 2 Ziff. 3).

3.11 Dr. med. M. \_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin FMH, Psychiatrie und Psychotherapie, führte in einem Arztzeugnis vom 29. April 2008 aus, die Beschwerdeführerin habe bereits bei der ersten Konsultation vom 24. April 2006 wie auch nach dem zweiten Unfall vom 29. Mai 2006 über Kopf- und Nackenbeschwerden geklagt (Urk. 3/4).

3.12 Die Beschwerdeführerin ist seit dem 21. September 2006 im Psychiatrie-Zentrum N. \_\_\_, Ambulatorium C. \_\_\_, in ambulanter psychiatrischer Behandlung (Urk. 3/6 S. 1).

Dr. med. O. \_\_\_, Stellvertretender Oberarzt, nannte in einem Bericht vom 9. April 2008 als Diagnosen ein organisches Psychosyndrom nach einem Schädel-Hirntrauma im August (richtig: April) 2006 mit persistierenden Kopfschmerzen und einen Status nach rezidivierenden Synkopen unklarer Ätiologie (Urk. 3/6 S. 1). Die Beschwerdeführerin versichere glaubhaft, dass sie nur wieder gesund werden wolle (Urk. 3/6 S. 1 unten). Sie sei nach wie vor nicht in der Lage, mehr als einige Stunden pro Tag zu arbeiten (Urk. 3/6 S. 2 oben).

Es bestanden keine Hinweise für eine erhebliche psychische Komponente der Beschwerden. Die Beschwerdeführerin klagt seit Beginn der Behandlung unverändert über Kopfschmerzen, die ihre Leistungsfähigkeit erheblich beeinträchtigen würden. Die Schilderungen der Beschwerdeführerin seien konsistent und glaubhaft. Abgesehen von kurzen reaktiven Symptomen hätten keine Symptome einer Depression, einer Rentenneurose oder für eine somatoforme Störung festgestellt werden können. Für eine tiefergehende Beurteilung sei eine Begutachtung erforderlich (Urk. 3/6 S. 2 Mitte).

#### E. 4

4.1 Die Beschwerdeführerin wurde in somatischer Hinsicht umfassend abgeklärt. Nach dem von der Beschwerdeführerin eingereichten Bericht von Dr. O., Psychiatrie-Zentrum N., vom 9. April 2008 liegen keine Hinweise für eine erhebliche psychische Komponente vor (Urk. 3/6 S. 2 Mitte), so dass auch insofern kein Bedarf für weitere Abklärungen besteht.

4.2 Die Untersuchung in der Rehaklinik F. ergab eine leichte kognitive Leistungseinschränkung infolge einer neuropsychologischen Funktionsstörung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Nach der kreisärztlichen Untersuchung durch Dr. I. vom 10. Juli 2007 liegen keine Hinweise für eine organisch, strukturelle Schädigung oder eine Läsion vor.

Nach Einschätzung durch Dr. I. und Prof. G., Rehaklinik F., ist der Endzustand (status quo ante oder status quo sine, vgl. Erw. 1.3) erreicht und besteht für die Tätigkeit als Mitarbeiterin bei der A. AG eine volle Arbeitsfähigkeit. Dr. J. stellte im Bericht vom 27. August 2007 verschiedene otorhinologische Diagnosen. Gemäss Dr. K. ergab die Abklärung bei Dr. J. im Wesentlichen eine cochleovestibuläre Funktionsstörung. Eine einseitige periphere cochleovestibuläre Funktionsstörung kann nach Dr. K. jedoch auch spontan ohne äusseren Anlass auftreten. Dr. K. legte nachvollziehbar und überzeugend dar, dass eine allfällige Innenohrschädigung (Commotio auris interne) nur möglicherweise auf die Unfälle zurückszuführen ist und der Endzustand auch aus neurootologischer Sicht erreicht ist. Demgegenüber lässt sich die Beurteilung durch Dr. J. nicht mit den übrigen medizinischen Akten vereinbaren, als Schwindel- und Gleichgewichtsbeschwerden in dieser Deutlichkeit erstmals im Bericht von Dr. J. vom 27. August 2007 über zwei Jahre nach den Unfällen erwähnt werden (vgl. Urk. 11/82 S. 3 oben) und in den erfolgten Abklärungen im übrigen keine organisch nachweisbaren Verletzungen festgestellt wurden. Nach übereinstimmender ärztlicher Beurteilung ist daher vom Erreichen des Endzustandes auszugehen, so dass es bereits an einem natürlichen Kausalzusammenhang zu den Unfällen fehlt.

#### 4.3

4.3.1 Die bei einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule geltende Rechtsprechung ist sinngemäss auch bei einem Schädel-Hirntrauma anwendbar, wenn es dabei zu vergleichbaren Beschwerden wie Kopf- und Nackenbeschwerden, Schwindel, Konzentrationsstörungen, Lärmempfindlichkeit Schlafstörungen, Angstzuständen und einer Depression sowie einer Wesensveränderung gekommen ist (BGE 117 V 382 Erw. 4b).

4.3.2. Aktenkundig ist, dass die Beschwerdeführerin nach dem Sturz vom 20. April 2006 am Hinterkopf blutete, sie zwei Mal erbrechen musste und eine Schwindelheit bestand. Zudem klagte sie über Kopfschmerzen (Urk. 11/17/2 S. 1, Urk. 11/22/1 oben, Urk. 11/20/4). Die Abklärung im Spital C. \_\_\_ ergab eine leichte Druckdolenz über der Halswirbelsäule bei einer im übrigen freien Beweglichkeit der Halswirbelsäule. Die Beschwerdeführerin konnte am 21. April 2006 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden (Urk. 11/17/2 S. 1). Die Ursache der kurzzeitigen Bewusstlosigkeit, die zum Unfall vom 29. Mai 2006 führte, konnte nicht geklärt werden. Nach dem Arzteugnis von Dr. M. \_\_\_ vom 29. April 2008, die die Beschwerdeführerin nach beiden Unfällen untersuchte, klagte die Beschwerdeführerin unmittelbar nach den Unfällen über Kopf- und Nackenbeschwerden (Urk. 3/4). Nach dem Bericht von Dr. D. \_\_\_ vom 17. Juli 2006 war die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Berichterstattung ständig müde und kam es als Folge der Unfälle auch zu einer nicht weiter bezeichneten depressiven Symptomatik (Urk. 11/20/6 unten). Dr. D. \_\_\_ berichtete sodann bereits am 21. Juni 2006 über eine schlechte Konzentrationsfähigkeit der Beschwerdeführerin (Urk. 11/20/4). Aufgrund der erwähnten Symptome (Schwindelheit, Kopf- und Nackenschmerzen, Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit, Depression, Müdigkeit) erscheint es gerechtfertigt, die Frage der Adäquanz nach den in BGE 117 V 359 ff. entwickelten Kriterien und nicht nach BGE 115 V 133 ff., wie von der Beschwerdegegnerin angenommen, zu prüfen. Dies um so mehr als es bei dem Unfall vom 29. Mai 2006 offenbar zu einem Akzelerationstrauma gekommen ist (Urk. 11/66 S. 8).

4.3.3. Die Beschwerdeführerin fiel am 20. April 2006 aus einer Höhe von zirka 1.5 Metern auf den Hinterkopf und den Rücken. Nach der Praxis sind Unfälle, bei welchen ein Sturz aus einer gewissen Höhe als Ursache vorliegt, regelmässig dem mittleren Bereich zuzuordnen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen T. vom 30. Mai 2008, 8C\_396/2007, Erw. 3.3). Hinsichtlich des zweiten Unfalls vom 29. Mai 2006 ist lediglich erstellt, dass die Beschwerdeführerin ungebremst in einen Stützpfiler fuhr (Urk. 11/5/2). Nach den Angaben der Beschwerdeführerin konnte sie normal aus dem Fahrzeug aussteigen (Urk. 11/20/5 oben). Auch dieser Unfall ist dem mittleren Bereich im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen.

Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit der Unfälle sind nicht vermerkt. Nach den Akten erlitt die Beschwerdeführerin auch keine besonders schweren Verletzungen. Nach einer Behandlungsdauer von mehr als zwei Jahren ist auch das Kriterium einer fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung nicht erfüllt. Hingegen ist, da die Beschwerdeführerin an schweren andauernden Kopfschmerzen leidet, grundsätzlich von erheblichen Beschwerden auszugehen. Anzeichen für eine ärztliche Fehlbehandlung bestehen nicht. Nachdem hinsichtlich der Gleichgewichtsbeschwerden wie auch der zwischenzeitlich dokumentierten depressiven Symptomatik eine Besserung eingetreten ist, ist auch nicht von einem schwierigen Heilungsverlauf oder erheblichen Komplikationen auszugehen. Prof. G. \_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin bereits im Februar 2007 nach einer Anpassungszeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Dass die Beschwerdeführerin in der Folge besondere Anstrengungen unternommen hätte, um ihre Arbeitsfähigkeit zu steigern, ist nicht erstellt. Da die Kriterien in ihrer Mehrzahl nicht gegeben sind und auch nicht von besonders ausgeprägten Beschwerden auszugehen ist,

fehlt es auch am adäquaten Kausalzusammenhang.

4.4 Zusammenfassend ergibt sich, dass es hinsichtlich der geltend gemachten Beschwerden sowohl am natürlichen als auch an einem adäquaten Kausalzusammenhang zu den Unfällen vom 20. April und 29. Mai 2006 fehlt. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungen daher zu Recht auf den 30. September 2007 eingestellt.

Der angefochtene Entscheid erweist sich daher als rechts, so dass die Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Ivo Wiesendanger

- 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 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.